

Komplexní pojetí a zhodnocení úzkostné nemoci

Bc. Lenka Čermáková

Diplomová práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lenka ČERMÁKOVÁ**
Osobní číslo: **H09069**
Studijní program: **N 7501 Pedagogika**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Komplexní pojetí a zhodnocení úzkostné nemoci**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury k dané problematice
Stanovení základních pojmů a zpracování teoretických východisek
Vypracování teoretické části práce
Příprava kvalitativního výzkumu
Výběr a charakteristika výzkumného souboru
Realizace kvalitativního výzkumu
Zpracování a interpretace výsledků výzkumu
Přijetí odpovídajících závěrů
Doporučení pro praxi

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tiskárenská/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FRANKL, V. Lékařská péče o duši. Brno : Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0.

HAUSNER, M. Duševně nemocný mezi námi. Praha : Avicenum, 1987.

CHROMÝ, K. Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled. Praha : Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4.

SMOLÍK, P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha : MAXDORF, 2002. ISBN 80-85912-18-X.

VACEK, J. O nemocích duše. Olomouc : Mladá fronta, 1996. ISBN 80-204-0535-6.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Eva Šalenová

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

19. ledna 2011

Termín odevzdání diplomové práce:

29. dubna 2011

Ve Zlíně dne 19. ledna 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
ředitel

LS

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beni na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 26. 12. 2024

Janina Čermáková

1) Zákon č. 111/1998 Sb. a novelizační zákony a v souvislosti s tímto zákonem přijatými zákony o vysokých školách, ve znění pozdějších právních předpisů. § 47b Zveřejňování školních děl.

2) Vyňata škola nepřímě zveřejňuje dovozní, diplomová, bakalářská a rigorózní práce z knihych protokolu obhajoby. Včetně pozdější opravení a výsledek obhajoby pro zveřejnění školních děl a školních děl. Zákon o zveřejnění školních děl a školních děl.

(2) Bakalářské, diplomové, inženýrské a výzkumné práce odmatkovat nebo jinak znehodnotit nemají být při kopírování po pracovních stránkách před konáním závěrečné zkoušky a kvalifikační veřejnosti v rámci autorova vědeckého přehledu nebo nařídit tak učeno. V zájmu práce také vyzývá škola, aby se při kopírování práce dbalo na správné zachování všech zdrojů údajů, jejich správné zpracování.

(3) Platí, že odmatkované práce autor souhlasí se zpracováním své práce podle tohoto režimu, bez ohledu na výše uvedené odstavce.

2) Příloha č. 17/2008 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších předpisů § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, zejména pokud se jedná o práci nebo nepříměbu nepříměbu nebo o jeho zveřejnění prostředím a pokud má být zveřejněna práce publikována na své odborné výstavě, jejíž práce zpracovávají.

3) Příloha č. 17/2008 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších předpisů § 60 Školní ústava:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají na odborných pracích pouze na o změně některých zákonů v rámci školního ústavy (§ 35 odst. 3). Opatření v tomto režimu škola učitel svolení bez vědomí autora, pokud se tato osoba demotivací nahrazení chybějícího programu, jeho výše u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává neplatným.

(2) Škola má právo na právo, pokud autor školního díla nel učitel, ani se nepodává jinými školními ústavy a v zájmu a v zájmu školního ústavy školy nebo školního či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla zveřejnil své dílo v rámci školního ústavy v souvislosti s učební ústavem a poskytl jim licence podle odstavce 2 přílohy přiložené ke školní ústavě, pokud na vyžádání díla poskytl a to podle ustanovení a) do jejich školního ústavu přičemž se přihlíží k jeho výšce školního ústavu nebo školního či vzdělávacího zařízení z učební školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Hlavním tématem této diplomové práce je komplexní pojetí a zhodnocení úzkostné nemoci. V teoretické části své práce se zabývám historií úzkostných poruch, která je tak zajímavým jevem ke zhodnocení dané problematiky v minulosti. Práce se poté věnuje obecně popisu úzkosti jako onemocnění duše, klasifikací psychických poruch, definicí jejího pojmu s následnými typy fobií a pozornost je směřována i na celkovou její léčbu včetně terapie. Jako neopomenutelnou část taktéž uvádím i prevenci, která je nezbytná pro udržení optimální duševní hygieny. Další kapitoly pojednávají o kvalitě života, kde se soustředuji na její jednotlivé domény, které jsou součástí mého výzkumu. Praktická část pak posuzuje kvalitu života u pacientů, kteří prodělali některou z úzkostných poruch a nacházejí se v přeléčeném stavu, mají tedy již objektivní náhled nad svým prodělaným onemocněním, což je také cíl mé výzkumné práce.

Klíčová slova:

Úzkostná porucha, etiologie, patogeneze, průběh, agorafobie, sociální fobie, specifické (izolované) fobie, jiné fobické úzkostné poruchy, fobická úzkostná porucha nespecifikovaná, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně-depresivní porucha, jiné smíšené úzkostné poruchy, terapie, léčba, prevence, kvalita života.

ABSTRACT

The main theme of this thesis is comprehensive concept and evaluation of anxiety disease. Theoretical part deals with history of anxiety diseases, which is interesting event for evaluation of this issue in past. Thesis is then devoted to anxiety description as a soul disease, classification of mental disorders, definition of its concept with subsequent types of phobia and attention is directed to the overall treatment, including therapy. As unforgettable part I also mention prevention, which is necessary to keep optimal mental hygiene. Other chapters deal with the quality of life, where they focus on individual domains, which are part of my research. The practical portion reviews quality of life among patients who have experienced any of the anxiety disorders and are in re-treatment state. So, they have objective view of a history of their disease, which is the target of my research work.

Keywords:

Anxiety disease, etiology, pathogenesis, course, agoraphobia, social phobia, specific (isolated) phobias, other phobia anxiety diseases, other unspecified phobia anxiety disease, panic disorder, generalized anxiety disorder, mixed anxiety-depressive disorder, other mixed anxiety disorders, therapy, treatment, prevention, quality of life.

Poděkování

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Evě Šalenové, vedoucí mé diplomové práce za laskavé vedení, odbornou metodickou pomoc a její trpělivost.

Především děkuji paní MUDr. Marcele Honové za spolupráci, díky které jsem mohla svou závěrečnou práci zrealizovat.

Nadále bych chtěla taktéž poděkovat i mým respondentům za jejich čas, ochotu a také jejich odvahu podělit se se mnou o své nelehké životní příběhy. Bez nich by tato diplomová práce nemohla vzniknout.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 HISTORICKÝ VÝVOJ ÚZKOSTNÝCH PORUCH	14
2 OBECNĚ O ÚZKOSTNÝCH PORUCHÁCH	16
2.1 KLASIFIKACE PSYCHICKÝCH PORUCH V MKN – 10.....	17
2.2 VYMEZENÍ POJMU ÚZKOST	18
2.2.1 Etiologie a patogeneze úzkostných poruch	19
2.2.2 Projevy úzkostných poruch	20
2.3 TYPY ÚZKOSTNÝCH PORUCH	21
2.4 LÉČBA ÚZKOSTNÝCH PORUCH	29
2.5 ZAČÁTEK TERAPIE.....	29
2.6 PRŮBĚH TERAPIE	30
2.6.1 Psychofarmakoterapie	30
2.6.2 Změna myšlenek vyvolávající úzkost	30
2.6.3 Expozice obávaných situací	30
2.6.4 Umění relaxace a rychlého zklidnění	31
2.6.5 Práce ve způsobu řešení negativních schémat	31
2.6.6 Práce ve způsobu řešení životních problémů	31
2.7 UKONČENÍ TERAPIE	32
2.8 PREVENCE ÚZKOSTNÝCH PORUCH	32
3 KVALITA ŽIVOTA	34
3.1 FYZICKÁ OBLAST.....	36
3.1.1 Zdraví	36
3.1.2 Fyzický stav	37
3.2 PSYCHOLOGICKÁ OBLAST.....	37
3.2.1 Duševní stav, pohoda	38
3.2.2 Schopnost relaxace, odpočinku	38
3.3 SOCIÁLNÍ OBLAST.....	38
3.3.1 Spokojenost v oblasti společenského života	39
3.4 OBLAST PROSTŘEDÍ	39
3.4.1 Spokojenost v rámci rodiny	40
3.4.2 Spokojenost v rámci zaměstnání.....	40
3.5 OBLAST VOLNÉHO ČASU.....	40
3.5.1 Způsob trávení volného času.....	41
3.5.2 Celková spokojenost pacienta	41
3.6 KVALITA ŽIVOTA U LIDÍ S ÚZKOSTNOU PORUCHOU	41
II PRAKTICKÁ ČÁST	43
4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	44

4.1	CÍL VÝZKUMU	44
4.2	METODY VÝZKUMU.....	45
4.3	VÝZKUMNÝ VZOREK	46
5	REALIZACE VÝZKUMU A ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU	48
5.1	REALIZACE VÝZKUMU.....	48
5.2	ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU	48
5.3	PREZENTACE VZNIKLÝCH KÓDŮ UTŘÍDĚNÍM DO KATEGORIÍ	49
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU A INTERPRETACE	51
6.1	ÚZKOSTNÁ PORUCHA A JEDINEC.....	51
6.2	CHOVÁNÍ A PROŽÍVÁNÍ V NEMOCI	53
6.3	SOUČASNÝ STAV JEDINCE.....	54
6.4	KAŽDODENNÍ ŽIVOT JEDINCE	58
6.5	SPOLEČENSKÝ A RODINNÝ ŽIVOT	60
6.6	PRACOVNÍ ŽIVOT A FINANCE	65
6.7	SEBEHODNOCENÍ JEDINCE	69
6.8	KVALITA ŽIVOTA.....	70
6.9	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	74
	ZÁVĚR	84
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	86
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	89
	SEZNAM TABULEK.....	90
	SEZNAM PŘÍLOH.....	91

ÚVOD

Tématem mé diplomové práce je Komplexní pojetí a zhodnocení úzkostné nemoci, které jsem si vybrala, jelikož se mi zdá velmi zajímavé, ale především začíná být v dnešní době čím dál více aktuální. Lidí, kteří budou trpět různými sociálními fobiemi, bude dle mého názoru přibývat, jelikož požadavky dnešního světa jsou tak náročné, že ne každý z nás je bude schopen zvládnout vlastními silami, a proto je nutné se o této problematice co nejvíce dozvědět.

Doba je čím dál uspěchanější, starostí, povinností přibývá a my jsme nuceni se s každodenním shonem nějak vypořádat. Jenže pokud jsou tlaky okolního světa tak náročné, ne každý individuální jedinec je schopen se s takovými problémy vyrovnat.

Člověk se denně setkává se situacemi, které mu do jeho života mohou vnášet strach, úzkost a obavy, a ty jsou následně často doprovázeny stresem. Avšak každý z nás jsme jiný a tyto situace, do kterých se za život dostaneme, jsou pro někoho více či méně stresující.

Úzkost můžeme považovat za běžný stav organismu každého z nás, která nám napomáhá k tomu, aby v našem těle vzbudila reakci na nebezpečí či na stres, a je tedy pro člověka jak ochrannou tak i stimulační funkcí, jelikož nás dokáže také povzbudit a dopomoci k lepším výkonům. Závažnost celé situace nastává v době, kdy nepřiměřené obavy působí v životě jedince problémy, které jej omezují v běžném fungování, a úzkost pak trvá příliš dlouhou dobu. To pak mohou nastávat situace, které komplikují život nejen danému člověku, který se s touto poruchou setkává, ale i lidem v jeho okolí. Nadměrná úzkost způsobuje, že pro daného jedince je velmi obtížné promýšlet a dělat věci, které jsou pro ostatní zcela běžné a nevyvolávají v nich silnější emoce.

Je naprosto přirozené, že každý dnešní moderní člověk zažívá různou intenzitu emocí v odlišných situacích, které mohou být i poklidné. Avšak řada lidí se sklonem k úzkostným poruchám se často navíc obává, že se zcela přestanou ovládat, jejich strach je zcela přemůže a začnou panikařit v situacích, které jsou pro většinu lidí zcela přirozené. V tomto okamžiku je dobré si uvědomit, že potřebujeme vyhledat odbornou pomoc, která nám pomůže se s danými, pro nás často nepříjemnými pocity, vypořádat.

Cílem mé práce je zmapovat kvalitu života pacientů s úzkostnou poruchou. Jde mi především o ty pacienty, kteří si touto poruchou již prošli a nyní již mají reálný náhled nad prodělaným onemocněním a jsou schopni jej objektivně posoudit. Sekundárním cílem je pak ze získaných informací od pacientů s prodělanou úzkostnou poruchou odvodit, ve kterých

oblastech života je jejich spokojenost nízká, a tudíž ve kterých oblastech by bylo vhodné uvažovat o zlepšení jejich kvality života. V souvislosti s tím jsem si položila základní výzkumnou otázku: „*Do jaké míry jsou pacienti s úzkostnou poruchou spokojeni se svou kvalitou života?*“. Na tuto otázku budu odpovídat nejprve v teoretické a poté i ve výzkumné části mé práce.

V teoretické části se zpočátku věnuji historii úzkostných poruch. Následně popisují již obecně úzkostné poruchy, vymezují pojem úzkost se vším, co k ní patří – popisují zde její etiologii a patogenezi, projevy a průběh, včetně léčby i s následnou prevencí, která je její neodmyslitelnou součástí. Poté následuje kapitola, která je zaměřena na kvalitu života lidí s úzkostnou poruchou. Zde se soustřeďuji na její jednotlivé oblasti, mezi něž patří oblast fyzická, psychologická a sociální s neopomenutelným vlivem prostředí a volného času. Ve výzkumné části práce pak realizuji vlastní kvalitativní šetření, jehož prostřednictvím bych chtěla získat odpověď na výše uvedenou výzkumnou otázku. Praktická část je rozdělena do tří kapitol. V první z nich nejprve objasňuji cíl, metody výzkumu a výzkumný vzorek, ve druhé se věnuji realizaci výzkumu a zpracování výzkumu. Poslední kapitolu tvoří uvedení výsledků výzkumu s následnou interpretací a diskuzí. Celou práci ukončuje závěr, shrnující informace zjištěné tímto šetřením.

V závěru svého úvodu bych ještě ráda uvedla, že si mi velmi líbí myšlenka Émila Durkheima, který tvrdil, že člověk je homo duplex neboli člověk rozdvojený. Tímto pojmem vymezoval jedince, který je na jedné straně tvořen fyzickými potřebami a smysly, zatímco na druhé straně jej ovládá morálka, náboženství a sociální normy. Osobnost člověka je pojímána jako fyzická bytost, kde ji převážně určuje její vnitřní svět neboli psychika, která jedinci dává výjimečnost ve své osobnosti. Tato výjimečnost je u každého jiná a do jisté míry má svou zakořeněnost, hloubku, ale především svou originalitu, která je těžce popsatelná a nelze ji zobecnit.

Smysl této myšlenky mě podnítil k tomu, abych se pokusila co nejlépe nahlédnout do tohoto složitého vnitřního světa pacientů, kteří si navíc od ostatních lidí prošli a prakticky nadále procházejí úzkostnou poruchou, která jim tento duševní svět velmi ztěžuje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORICKÝ VÝVOJ ÚZKOSTNÝCH PORUCH

První zmínky týkající se úzkosti byly zaznamenány v sumerském eposu O Gilgamešovi, když zde byly popsány obavy ze smrtelnosti, což bylo již kolem 3. tisíciletí před Kristem. Římané používali slovo *anxietas*, což znamenalo přetrvávající stav ustrašenosti a nadále i výraz *angor*, který popisoval náhlý intenzivní strach, který bychom dnes mohli přirovnat k panické úzkosti. Podle řecké mytologie to byl právě bůh Phobos, který měl nepřítelům vnutit strach, aby tak utekli před bojem. Další známou postavou je Pan, bůh pastvy a ochránce stád, podle kterého je odvozen název panika. Tato osobnost velmi často strašila poutníky a vyvolávala v nich nadměrnou míru děsu. Ovšem konkrétněji se v antice o strachu či úzkosti mnoho nedozvíme, jelikož statečnost zde byla nejvyšší předností člověka. Naopak křesťanství již není spojeno s hrdinstvím, ale se strachem a s pocity úzkostí z učiněných hříchů, ze kterých se budou hříšníci muset kát před Bohem (Vacek, 1996).

Odkazy na stavy strachu a neklidu se objevují také v nejstarších psychiatrických knihách jako je *Anatomie melancholie* od Burtona z roku 1621. Pojem úzkost se však v literatuře objevuje později. Mnoho lékařů považovali úzkost za projevy plicní abnormality či něco, co má co do činění s trávicím traktem. Nebyli tak daleko od pravdy, jelikož úzkost je spjata s tělesnými příznaky.

V polovině 18. století se termín úzkost neboli *anxieta* poprvé objevuje v lékařské literatuře, zatím se však ještě nedá hovořit o psychiatrii. Avšak celé toto 18. století bylo lékaři považováno za radikálně biologické, neboť za mentální poruchy byly považovány jen závažné psychotické stavy, ty méně závažné byly spíše spojovány s nervovými abnormalitami. V roce 1769 byly úzkostné poruchy nazývány jako *neurózy* podle Williama Cullena, který se jimi začal hlouběji zajímat a jako první zdůraznil, že: „*neuróza nesouvisí s lokálními afekcemi jednotlivých orgánů, ale s obecným ovlivněním nervového systému a s těmi faktory, které mají především vliv na smysly a emoce*“ (Praško, 2005, s. 17). V té době to znamenalo obrovský obrat, neboť byla *neuróza* dávána často do souvislosti s nedostatkem morálky, a byla ji přisuzována degenerativní tendence.

Značný posun v této problematice značí dále v 19. století. Příčiny duševních poruch jsou vnímány již v kontextu faktorů jak psychologických tak sociálních. Pohled lékařů v té době značně ovlivnilo dílo *Utrpení mladého Werthera* od Goetha, kde popisoval vlnu suicidálních pokusů.

První polovina 19. století byla charakteristická oddělováním tělesných a duševních příznaků. Za nejvýraznějšího představitele byl považován Charles Darwin, který oddělil úzkost od deprese ve svém díle *O vzniku druhů přírodním výběrem*, kdy depresi dával do souvislosti s prožitými zážitky z minulosti, zatímco úzkost spojoval s obavami z událostí budoucích (Leakey, 1979).

Úzkostné stavy a jejich formy pak byly rozpoznány v druhé polovině 19. století. Známost osobností té doby byl Wilhelm Neumann, který psychickou poruchu vnímal jako dynamický proces, kdy do popředí zahrnul vývoj pudů (Praško, 2005).

Postupem času byly neurózy překonány pojmem neurastenie, což byl ze začátku název pro dnešní generalizovanou poruchu. Tento pojem vytvořil George Miller Beard známý především aplikací elektrického proudu u pacientů s neurastenií (Praško, 2005).

Avšak mezi nevýznamnější osobnosti patřil Sigmund Freud, který použil pojem úzkostná neuróza v roce 1895 a odlišil úzkostnou neurózu a neurastenii jako dva naprosto odlišné jevy. Ribot, který byl významným psychiatrem 20. století, poukazoval jako první na specifické fobie z objektů a zvířat. Další významnou osobností v oblasti psychiatrie byl Alfred Adler, který za osobní vyrovnanost považuje životní cíl. Podle něj má největší vliv na vzniku neuróz sociální prostředí, které determinuje člověka v uspokojování jeho potřeb (Praško, 2005).

Alternativní pohled na úzkostné stavy vnesl Burrhus Frederick Skinner, který navázal na I. P. Pavlovy pokusy. Vytvořil zcela nový náhled na tyto poruchy, kdy pronesl, že se jedná o naučené chování z obávaných situací, které lze odstranit zase pouze učením (Vacek, 1996). Na Skinnera navázali další osobnosti jako J. Eysenk a Joseph Wolpe. Ačkoli byly úzkostné poruchy pod různými názvy docela dobře popsány, psychopatologické kritéria daných poruch byly natolik rozdílné, že je nebylo možné diagnosticky klasifikovat. Změna této situace nastala až po zveřejnění prací Kleina a Finka, kteří značně odlišili pacienty s panickými atakami a úzkostnou poruchou. Jejich učení je natolik proslavilo, že se stalo základem pro rozčlenění jednotlivých diagnostických úzkostných poruch, jak je známe v dnešní podobě (Praško, 2005).

2 OBECNĚ O ÚZKOSTNÝCH PORUCHÁCH

Emoce jsou jedny z psychických stavů, které výrazně zasahují do každodenního života člověka, prožívají různorodé životní projevy a úsilí o dosahování rozmanitých cílů. Osobnost jedince žijících v podmínkách rozvinuté vědecko-technické společnosti má někdy tendenci tento fakt přehlížet, uvažovat jediné o racionálních formách řešení každodenních životních úkolů, problémů. Náš emocionální svět však dodává barvu našemu životu, je kořením naší existence. Bez něj by byl náš život šedivý, jednotvárný, a proto jsou emoce v životě velmi důležité. Problém ale nastává v situacích, kdy tento emocionální svět zkruskuje danou realitu natolik výrazným způsobem, že vyvolává problémy v běžném fungování (Czako a kol., 1982).

Úzkostné a fobické poruchy, podobně jako afektivní poruchy, jsou charakteristické narušením emočního prožívání. Emoce poskytují člověku základ subjektivního hodnocení situace, které ovlivňuje jak míra aktuálního uspokojení, tak i minulé zkušenosti. Jsou více závislé na vrozených mechanismech a méně ovlivnitelné učním. Tělesné funkce a procesy, jejich regulace, vnímání, emocionální stavy, kognitivní zpracování, to vše je integrálně propojeno. Naše myšlenky, představy a emoce mají vždy také tělesné vyjádření. Tělo a duše jsou propojené prvky, které na sobě závisí a odrážejí tak náš celkový stav a pohodu (Vágnerová, 2004).

Vnímání ve smyslu orientace a tělesné reakce jsou celistvé procesy, které umožňují následné cílené chování. Těmito spojenými tělesně-psychickými funkcemi jsou úzkost a strach. Zkušenost strachu a úzkosti je pro lidstvo univerzální v průběhu historie všech kultur. Abychom však mohli hovořit o úzkostných poruchách, je důležité rozpoznat, že úzkost a strach se objevují příliš často, trvají velmi dlouho a jejich intenzita, která je spustila, je neadekvátně velká. Často se také objevují v nepřiměřených situacích, čímž negativně zasahují do života jak samotného jedince, tak i jeho okolí, kde tak mohou působit rušivě (Praško, 2005).

Úzkostné poruchy v současné době patří mezi nejčastější a nejrozšířenější psychické poruchy, které člověka velmi znevýhodňují, výrazně zhoršují kvalitu jeho života, vedou ke snížení pracovní schopnosti a nepříznivě zasahují partnerské vztahy i rodinné prostředí. Neopomenutelnou součástí je i mnohdy drahá léčba úzkostných poruch, velké množství farmak, které se mnohdy musejí kombinovat s následnou terapií. Avšak přes velký pokrok v

diagnostice i léčbě zůstává velký počet lidí, kteří trpí úzkostnou poruchou, která je nedia-
gnostikovatelná nebo je jejich léčba nedostatečná (Praško, 2005).

2.1 Klasifikace psychických poruch v MKN – 10

Všechny úzkostné poruchy byly spojeny do jedné velké skupiny. Bylo to především z dů-
vodu jejich historického zahrnutí pod pojem neurózy, také pro jejich jasné souvislosti, kte-
ré má většina těchto poruch s psychologickými příčinami. Devátá revize Mezinárodní kla-
sifikace nemocí (MKN – 9) rozlišovala u neurotických poruch jen mezi úzkostí, neurózou
a fobií. V MKN – 10 je však již velmi detailně popsáno několik kategorií, které se týkají
úzkostných poruch. Můžeme tak dobře rozlišit fobické a jiné úzkostné poruchy, kde tak
každá zaštiťuje své typy úzkostí. U méně závažných úzkostných diagnóz, kde hlavním
symptomem je kombinace poruch (nejčastěji deprese a úzkosti), jsou ponechány smíšené
kategorie (F41.2). To platí pro případy smíšené deprese a úzkosti, u nichž by vynucené
rozhodnutí bylo umělé MKN – 10 (Praško, 2005).

Mezi hlavní kategorie úzkostných poruch v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí patří
dle Praška (2005) :

F 40 Fobické úzkostné poruchy

1. F 40.0 Agorafobie
2. F 40.1 Sociální fobie
3. F 40.2 Specifické (izolované) fobie
4. F 40.8 Jiné fobické úzkostné poruchy
5. F 40.9 Fobická úzkostná porucha nspecifikovaná

F 41 Jiné úzkostné poruchy

1. F 41.0 Panická porucha
2. F 41.1 Generalizovaná úzkostná porucha
3. F 41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha
4. F 41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy
5. F 41.8 Jiné specifikované úzkostné poruchy
6. F 41.9 Úzkostná porucha nspecifikovaná

2.2 Vymezení pojmu úzkost

Typická je svou adaptivní funkcí pro náš organismus, stejně jako strach, který taktéž patří k důležitým emocím. Úzkost a strach vyostřují smysly, mobilizují energii a pomáhají ubránit se našemu organismu v ohrožujících situacích, které jsou pro nás nebezpečné. Ovšem problém začíná tam, kde se úzkost či strach objevuje velmi často, trvá příliš dlouhou dobu a je celkově nepřiměřený dané situaci. Mírná tíseň nám pomáhá náš celkový výkon zlepšovat, ale pokud překročí únosnou mez, náš výkon se zhoršuje, jsme strnulý, naše flexibilita klesá a celková pozornost je rigidní (Prašková, Praško, 2000).

Úzkost, překračuje normální hranici, je onemocněním duše. U tohoto onemocnění převládá kombinace tělesných i psychických projevů, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím.

Úzkostná porucha je tedy charakteristická „*chronickou nepřiměřenou úzkostí, která se může projevat vyhocenými akutními atakami, nebo iracionálním a vystupňovaným strachem*“ (Vágnerová, 2004, s. 399).

Nepřiměřené obavy většinou navíc doprovází strach, který taktéž signalizuje ohrožení, a tím uspokojuje potřebu základní orientace. Umožňuje rozlišovat různé podněty z hlediska významu pro daného člověka a je z větší míry ovlivňován učním. Nepříznivá zkušenost obvykle podněcuje zvýšení obav z podobných situací. U labilnějšího jedince se za nepříznivých okolností může tento strach změnit ve fobii, která je doprovázena úzkostí a mnohdy je velmi obtížné je umět rozlišit. Strach můžeme definovat jako „*emoční a fyziologickou reakci na konkrétní nebezpečí a má tedy na rozdíl od úzkosti konkrétní objekt*“ (Praško, 2005, s. 11).

Nepřiměřené obavy se mohou objevovat v určitých intervalech na daný podnět, který člověk vnímá jako ohrožující, či se mohou projevit náhle bez zjevné příčiny, kdy tak hovoříme o spontánním záchvatu paniky. Pokud se daný jedinec bojí situací, kterých se druzí lidé obvykle neobávají, jedná se o fobii. Jakmile se však tíseň rozvine při očekávání ohrožující situace, označujeme ji jako anticipační úzkost (Praško, 2005).

Při atakách nadměrné úzkosti a strachu lidský organismus prožívá dlouhodobý stres s pocity nepohody. Ke stresové reakci dochází při setkání se stresorem, který daného jedince připravuje k útěku nebo boji. Pokud toto řešení není úspěšné, dostává se organismus do stavu útlumu a rezignace neboli deprese. Stresová situace je tedy poplachová reakce

organismu na probíhající změny, které se kolem nás odehrávají. Pod vlivem psychologického stresu dochází k psychickým reakcím, které se projevují fyziologickými reakcemi organismu, z nichž největší zátěž prodělává kardiovaskulární systém, zažívací systém s doprovodným svalovým napětím, což má za následek prudké vychýlení celého metabolismu. Tento sociálně podmíněný negativní emocionální stav je široce frekventovaný fenomén naší doby. Nadměrné obavy se totiž považují za nejpříznačnější psychický symptom prožívání stresu a dá se zjednodušeně říci, že jsou významnou reakcí na stres. Většina autorů se shoduje v tom, že jistý druh strachu, který je svou povahou ohrožující, je častou příčinou výskytu tísně jako emocionálního stavu. Levitov (1969) definuje úzkost jako: „psychický stav vyvolaný možnými anebo pravděpodobnými nepříjemnostmi, neočekávaností, změnami v obvyklé činnosti, v dynamickém stereotypu nebo toho, co se očekává jako nepříjemné“ (Czako a kol., 1982, s. 164).

Vznik úzkosti jako stavu závisí především od vnímání ohrožení, které je spjato s minulou zkušeností člověka a také na celé řadě dalších subjektivních a objektivních faktorech, které daný jedinec vnímá. Je však velmi důležité neopomenout i kognitivní zhodnocení ohrožujícího nebezpečí a jeho interpretaci. Tak jak jedinec vnímá ohrožení, taková bude jeho dynamika a intenzita úzkosti, kterou prožívá (Čačka, 1997).

2.2.1 Etiologie a patogeneze úzkostných poruch

Úzkostné poruchy a jejich vznik není přesně znám. Důležitým mezníkem však je, že nejsou způsobeny pouze jedním faktorem, ale jsou podmíněny multifaktoriálně. To znamená, že na jedince působí několik vlivů dohromady, které stojí ve vzájemných interakcích. Tyto se pak navzájem doplňují, což také ovlivňuje to, jak je úzkost silná, závažnost jejich projevů i délka trvání potíží s následnou dobou léčby. Vše je spjato se vším a proto je důležité se při zkoumání úzkostné poruchy zaměřit na všechny tyto multifaktoriální projevy. Tradičně mezi ně řadíme dědičné dispozice, vývojově podmíněné změny i různé aktuální zátěžové faktory, které mohou být jak biologického, tak i psychosociálního charakteru (Vágnerová, 2004).

Z biologických faktorů má velký význam dědičnost, která určuje vyšší citlivost jedince a vede jej k nadměrnému pozorování a pohotovosti reagovat úzkostnými projevy na zcela běžné situace, nad kterými většina lidí ani nepřemýšlí. To má za následek, že každá nadměrná zátěž je pro daného člověka obrovským přítěžím, kterou musí zvládnout. Dispozice k tomuto jednání signalizují většinou projevy lability, větší psychické zranitelnosti, nevy-

zrálosti, dráždivosti, pocity rozladěnosti a často se zde projevují i vegetativní potíže. Velkou roli zde sehrávají také změny mozkových funkcí, které jsou patrné většinou z vyšetření pomocí pozitronové emisní tomografie neboli PET. Tato změna nemusí být utvářena pouze dědičností, ale například poškozením centrálně nervového systému, které je způsobeno mozkovými nádory. Obecně lze říct, že se jedná o narušení inhibičních procesů v mozku. Další spojnicí úzkostných poruch je přemíra hladiny noradrenalinu, která zvyšuje sklon k úzkostnému reagování. Jedná se tedy o poruchu neurotransmiterových systémů, která byla prokázána v oblasti mozkového kmene a ve středním mozku (Čačka, 1997).

Z psychosociálních faktorů zaujímá přední místo učení. To znamená, že daný jedinec se většinou od rodiny učí zkušenostem, jak se s problémy vyrovnávat, jak je řešit a čelit jim. Pokud však členové v rodině zastávají velmi emocionální postoj k problémům, nejsou schopni je řešit, nebo je řeší s velmi negativním očekáváním, jedinec se na tento model rychle adaptuje a identifikuje se s ním. Závažnost situace dále nastává, pokud je úzkost zakořeněna již z dětství následkem traumatizujícího zážitku, který dokáže velmi dobře zakotvit v mysli. Velmi důležité je tedy vytvářet si zkušenosti s prodělanými stresujícími situacemi a v žádném případě se jim nevyhýbat, ba právě naopak je vyhledávat, i když u jedinců trpících úzkostnou poruchou je to velmi těžké či přímo nemožné (Vágnerová, 2004).

2.2.2 Projevy úzkostných poruch

Projevy úzkostných poruch zahrnují hlediska jak psychických, tak somatických příznaků. Ačkoli každý typ úzkostné poruchy má jiný průběh, projevy jsou velmi podobné. Mezi psychické příznaky dle autorů Praška, Praškové (2000) patří:

- pocit ohrožení, nepřiměřeného strachu;
- depersonalizace a derealizace;
- únava doprovázena častou ospalostí;
- lekavost;
- podrážděnost při sebemenších podnětech;
- pocity vnitřního chvění;
- anticipační úzkost.

Tělesné příznaky dle autorů Praška, Praškové (2000) tvoří:

- napětí ve svalech;
- třes;
- zkrácení dechu, hypoventilace;
- vegetativní hyperaktivita jako je tachykardie, pocení, červenání nebo blednutí, sucho v ústech, průjem nebo zácpa, tlaky v žaludku, neustálá nauzea;
- píchání u srdce.

Jak je řečeno výše, úzkostné poruchy jsou tělesnými příznaky často doprovázeny. Tyto tělesné příznaky vycházejí z předpokladu, že je vyvolávají nebo aspoň udržují různorodá hnutí mysli. Mezi duší a tělesnými orgány existuje tedy spojení, určitý zprostředkovatel, kterému se říká vegetativní nervový systém. Ten má za následek řadu těchto somatických projevů, které pak na člověka působí. Pokud jsou tyto tělesné příznaky neustále podporovány a je u nich prokázán duševní původ, mohou vyvolat skutečná onemocnění, která se mohou projevit jako vředová nemoc žaludku a dvanáctníku, Crohnova choroba, cukrovka či některé formy revmatismu a mnohá další (Vacek, 1996).

2.3 Typy úzkostných poruch

Fobické úzkostné poruchy v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí podle Praška (2005):

1) F 40. 0 Agorafobie

Agorafobie je strach z otevřených prostranství a velmi často je doprovázena panickou poruchou. Vznikla ze starořeckého slova fobos = strach a agora = tržiště (Praško, Vyskočilová, Adamcová, 2008).

Tato porucha se projevuje nadměrným nebo nerealistickým strachem ze situací, kde rychlé vzdálení od domova ani pomoc není možná. Člověk zažívá velmi nepříjemné pocity z otevřených prostranství, přeplněných míst, shluků lidí, z obchodů, cestování dopravními prostředky, z jízdy výtahem nebo třeba také z uzavřených prostor (Praško, 2005). Tento stav strachu kumuluje, když se jeho nositel začne nesprávně domnívat, že není z místa možnost úniku, a že na sebe může svým chováním upoutat pozornost druhých lidí, což jedince velmi ochromuje. Pacient se domnívá, že pokud z ohrožující situace neunikne, tak se přihodí nějaká katastrofa. Často převládá pocit, že se v dané situaci bude chovat před

druhými trapně, omdlí, zkolabuje nebo v nejhorším případě dostane i infarkt. Situace se může o to více zkomplikovat tím, že daného člověka může natolik prostoupit úzkost, že dotyčný postupem času nemusí být schopen vůbec vyjít z domu či bez podpory blízkých uspokojovat své potřeby (Praško, Vyskočilová, Adamcová, 2008).

Nejzřetelnějším příznakem agorafobie je strach být daleko od domova nebo od osoby, se kterou se člověk cítí bezpečně. Obvykle takovými osobami může být manžel, partner nebo rodiče. Nejtěžší případy nastávají ve chvíli, kdy jedinec není schopen opustit ani svou ložnici ve svém domě a jít do jiného pokoje (Praško, Vyskočilová, Adamcová, 2008).

Když se ocitneme v nějaké neočekávané a nepříjemné situaci, většina jedinců si hledá cestu k vysvětlení toho, co se jim právě přihodilo. Avšak pacienti, trpící agorafobií obvykle neumí danou situaci racionálně zdůvodnit. Neuvědomují si stresovou reakci, úzkostné myšlenky a hyperventilaci, které ji vyvolaly. Lidé trpící agorafobií tento nepříjemný stav, do kterého se dostali, přisuzují vnějšímu prostředí, ve kterém se právě nacházejí, a které tuto vlnu nepříjemností spouští (Praško, 2005).

Agorafobie je velmi častá a vyskytuje se u mnoha pacientů, kterým komplikuje a výrazně zneprůjemňuje život. Poruchou trpí výrazněji více ženy než muži, a to převážně až dvakrát častěji. První potíže se objevují již mezi 20. a 30. rokem života. Není však žádnou výjimkou, že se mohou projevit v jakémkoli věku a na jakoukoli situaci, kterou dotyčný pojímá jako velmi subjektivně nepříjemnou (Praško, Vyskočilová, Adamcová, 2008).

2) F 40. 1 Sociální fobie

Sociální fobie je chorobný strach ze sociálních situací, v nichž člověk může být pozorován a posuzován druhými lidmi, bojí se společenského styku s jinými lidmi a v jejich přítomnosti mu dělá problémy před nimi mluvit, jíst, telefonovat nebo zpívat. Typickým rysem sociální fobie je silná anticipační úzkost, která často vede k vyhýbavému chování. Na toto chování obvykle navazuje stranění se pobytu ve společnosti, zejména v malých skupinkách. Jedinci trpící sociální fóbií tráví svůj veškerý čas doma, nechodí mezi lidi, odmítají pozvání do společnosti, nezvou návštěvy. Potíže mohou nastat i v práci, kdy dotyčný není schopen navštěvovat porady, bavit se s kolegy formálně i neformálně a vyhýbá se tak veškerému kontaktu. Mohou však nastat i specifické situace, při nichž jde především o konkrétní činnosti, které daného jedince uvádějí do obrovských rozpaků. Příkladem může být jedení před druhými či mluvení na veřejnosti. Nastávají i situace difuzní, které zahrnují všechny sociální situace mimo okruh rodiny. Člověk se obává jakékoli společenské situa-

ce, kde by se mohl dostat do kontaktu s druhými lidmi (Praško, Vyskočilová, Pígllová, 2005).

Sociální fobie bývají často spojeny s velmi nízkým sebehodnocením, obavou z autorit a velkým strachem z kritiky. Jedinec si není schopen tuto kritiku objektivně vysvětlit, přikládá jí pouze svůj vlastní subjektivní význam, který ve většině případech bývá neúměrný dané realitě (Prašková, Praško, 2000).

Sociální fobie obvykle mají za následek „tělesné fenomény“, což znamená, že člověk se ve společnosti začne vlivem nepřiměřeného strachu potit, červenat, má pocity na zvracení či naléhavou potřebu močit, a tyto faktory vyvolávají ještě výraznější distres. Často se tyto tělesné symptomy začnou projevovat při pohledu z očí do očí, kdy se člověk domnívá, že pohled druhých ho velmi podrobně zkoumá a hodnotí ho negativně, ačkoliv to tak vůbec nemusí být (Praško, Vyskočilová, Pígllová, 2005).

Strach z hodnocení druhými může v jedinci vyvolat také soustředěnost na jeho specifické tělesné rysy jako je např. holohlavost, akné či velký nos.

Nejčastěji se tento druh poruchy začíná vyskytovat v pubertě, kdy jsou jedinci velmi citliví na hodnocení druhých lidí a to obvykle ve věku mezi 14 – 20 lety. Tato porucha je většinou chronická s určitými fázemi, které se střídají. Často převažují cykly, kdy se jedinec cítí velmi špatně s následnými fázemi zlepšení stavu, které však trvají kratší dobu. Lidé postupem času získají značnou přecitlivělost na různé sociální situace a velmi rychle se začnou stranit společnosti (Praško, Vyskočilová, Pígllová, 2005).

Je však důležité si uvědomit, že čím více se tyto lidé budou vyhýbat společenským situacím či se jim extrémně stranit, tím spíše budou mít za následek sociální izolaci, kdy člověk nebude schopen vůbec vyjít ven mezi lidi ze svého domu (Prašková, Praško, 2000).

3) F 40. 2 Specifické (izolované) fobie

Specifickými fobiemi nazýváme takové poruchy, které jsou charakteristické nadměrným až extrémním strachem z určitého objektu, zvířete či nějaké specifické situace jako třeba pohled z výšky, defekace na veřejných záchodcích, požívání určitých jídel a mnohá další. Člověk trpí pocity úzkosti a strachu vždy, pokud se s určitým objektem svého děsu setká, v opačných případech však nikoli. Strach, který se u této fobie vyskytuje je iracionální a člověk je schopen si tento svůj stav přiznat, pokud je od svého objektu obav co možná nejdale.

Je velká spousta lidí, která trpí nadměrným strachem z různých objektů či specifických situací, ovšem o fobii jako takové se hovoří až v rámci toho, kdy danému jedinci začne tento strach značně znepríjemňovat život a výrazně jej ovlivňuje. Fobie vznikají obvykle v dětství nebo rané dospělosti, a pokud se včas nevyhledají příslušní odborníci, mohou tak trvat několik let, případně i celý život s neúnosnými následky do budoucna. Vyskytují se častěji u žen než u mužů (Praško a kol., 2008).

Ovšem není nutné se strachovat, pokud malé dítě trpí neúměrným strachem z různých bytostí, objektů či situací. Do šesti let by tento strach měl postupně odeznít a je to pokládáno za zcela běžný jev vyskytující se u menších dětí (Langmeier, Krejčířová, 2006).

4) F 40. 8 Jiné fobické úzkostné poruchy

Většinou navazují na specifické fobie. Jedná o strach ze situací a objektů, které mohou mít formu nadměrného strachu a úzkosti z určitých zvuků, hudby či dokonce sněhu. Velmi častou fobií je strach ze zvracení, kdy daný jedinec může nadměrně kontrolovat záruční lhůtu potravin, sepisuje si skladbu jídelničku a podobně. V některých případech může přestat jíst úplně, což může hraničit až s anorexií, avšak s tím rozdílem, že nemá strach z navýšení své hmotnosti či neatraktivnosti, ale trpí následnou obavou ze zvracení. Každé sousto jídla, které jedinec sní, jej nutí přemýšlet o tom, že tomuto jevu přispívá. Jiné fobické poruchy se vyskytují u dětí, ale nejsou vyloučeny ani u běžně dospělé populace či pod vlivem nějakého zažitého traumatu (Praško a kol., 2008).

5) F 40. 9 Fobická úzkostná porucha nespecifikovaná

Tato fobie je charakteristická nadměrnými obavami ze situací či objektů, které nemusejí mít souvislost s daným jedincem a nejsou vázány na konkrétní podněty, které by měly vytvářet stresové podmínky. Jedná se tedy především o to, že člověk zažívá nepřekonatelné pocity úzkosti a strachu, které jsou iracionální povahy. Mohou se vyskytovat při pohledu na jakýkoli objekt či v kontaktu s okolím. Úzkost není vázána na nějakou specifickou situaci či objekt a může tedy vzniknout nenadále na základě jakéhokoli podnětu (Raboch, 2001).

Jiné úzkostné poruchy v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí podle Praška (2005):

1) F 41. 0 Panická porucha

Panická porucha je velkým spouštěčem agorafobie a většinou vzniká u jedince dříve. V praxi se objevuje velmi málo pacientů, kteří by trpěli pouze panickou poruchou či agora-

fobií. Většinou se tyto poruchy vyskytují společně, avšak prvním spouštěčem je panická porucha (Praško, Vyskočilová, Adamcová, 2008).

Panika je název odvozený od řeckého boha Pana, který dle legendy číhal v lesích a děsil pocestné. Panický záchvat se projevuje ataky panické úzkosti, které se vyznačují silnou úzkostí až hrůzou, mají náhlý začátek, většinou bez zjevné příčiny a velmi krátkou dobu trvání zhruba 5 – 30 minut (Praško, Vyskočilová, Adamcová, 2008).

Tato ataka hrůzy je často doprovázena dalším vlivem tělesných příznaků jako je pocení, bušení srdce, třes. Má také vliv na chování a jednání člověka, který chce z této pro něj bezvýchodné situace utéct. Výjimkou není ani strach jedince ze smrti, kdy mu na jeho děsu přidávají jeho somatické projevy, což má za následek zrychlení pulsu a dotyčný si myslí, že skutečně zemře. Pro takové jedince je velmi zatěžující projít místem, kde se mu ataka stala a zatěžující je i fakt, že panická úzkost může udeřit velmi náhle a nelze ji předvídat. Pro jedince je tento stav nejistoty velmi nepříjemný, dohání jej to k pocitům bezvýchodnosti a pocitu ztráty kontroly nad sebou samým (Praško, 2005).

K rozvoji této poruchy dochází často mezi 23. a 29. rokem, není však ani výjimkou, že může propuknout už v dětství nebo dokonce ve stáří. Trpí jí více ženy než muži a to až dvakrát častěji. Mnozí z lidí, kteří trpí touto poruchou, nevyhledávají pomoc u psychiatra, ale spíše na interně, kardiologii či neurologii. Výsledky vyšetření, které obvykle podstupují několikrát, aby se ujistili, že jim skutečně nic nehrozí, vychází opakovaně negativně, což je opět utvrzuje v jejich nejistotě (Praško, Vyskočilová, Adamcová, 2008).

2) F 41. 1 Generalizovaná úzkostná porucha

Základním symptomem generalizované úzkostné poruchy je volně plynoucí úzkost, která není vázána na určité situace, objekty či okolnosti a trvá po většinu dne. Běžné bývá neustálé zabývání se všedními starostmi, myšlenkami, jež dotyčného stresují, a nadměrně se jimi zaobírá. Člověk prožívá trvalé napětí, kterého se není možné zbavit, nemocný se nedokáže uvolnit a relaxovat. Velmi často dochází k doprovodným pocitům, jako je beznaděj, nesmyslnost života. Tyto doprovodné pocity nadále vyvolávají nadměrnou únavu, nevykonnost a vyšší svalové napětí s vegetativními příznaky. Avšak ne jen všední starosti sužují pacienta – obvykle může prožívat silné obavy ještě předtím, než se do nějakého problému dostane. U takových jedinců stačí pouhé pomyšlení na ohrožující situaci, která by mohla vzniknout a jeho emoční stav dá této představě značnou intenzitu, která začne kulminovat takovým způsobem, že se člověk domnívá, že se jedná o reálnou situaci a není

schopen ji v tu chvíli od smyšlené vůbec rozeznat. Žádná racionální argumentace postiženému nedokáže pomoci zhodnotit danou situaci, jelikož ji daný jedinec pociťuje emocionálně. Pod vlivem této dlouhodobé zvýšené pohotovosti reagovat nepřiměřeně na běžné situace si jedinec fixuje určité kognitivní strategie, v nichž se utvrzuje a začnou ji tak ovlivňovat negativní očekávání a nastane pesimistické hodnocení nejen okolí, ale i sebe samého. Jedinec cítí nejistotu ve své osobě, trpí pocity méněcennosti, což má značný vliv na horší celkové sebehodnocení. V obvyklých případech tato porucha směřuje k tomu, že vyvolaná úzkost výrazně zhoršuje výkony těchto lidí a začíná tak opět bludný kruh úzkosti, který problémy výrazně zhoršuje (Vágnerová, 2004).

Tento druh úzkosti se obvykle objevuje kolem 16. až 18. let věku, ale celkově se generalizované úzkostné poruchy mohou objevit kdykoli v životě, přičemž vzniká náhle s pozvolnými příznaky. Velmi často této poruše nahrávají stresující životní události, které mají vliv na jedincovu budoucnost a mohou ho tak značně ovlivnit. Tím se v těle spouští obrovská reakce, která nadále kulminuje v příznačné negativní vlastnosti a člověk se tak dostává do chronické poruchy. Pokud pak tak není dostatečně a včas léčena, může trvat po celý život velmi často s doprovodem dalších úzkostných poruch jako je depresivní porucha, která se přidružuje. Problémem u takových pacientů běžně bývá, že neuvádějí jako svůj hlavní problém úzkost, soustředí se především na své somatické příznaky, což někdy může být špatným vodítkem pro lékaře a délka léčby se tak opět prodlužuje (Prašková, Praško, 2000).

3) F 41. 2 Smíšená úzkostně depresivní porucha

Jak již název vypovídá, jedná se o synchronii více poruch a to jak deprese, tak úzkosti. Žádná z nich však výrazněji nepřevyšuje nad druhou a ani jedna nesplňuje kritéria samostatných diagnóz, a proto není možné je začleňovat do určité skupiny depresivních či úzkostných poruch. Tato porucha je mnohými psychiatry velmi zlehčována, ačkoli se vyskytuje poměrně často a lidé jí trpící, mívají v pozdějším stádiu tendence k suicidálnímu jednání. Tato tendence je u této poruchy výrazně vyšší než u poruch předchozích. Je tedy velmi zajímavým jevem, z jakého hlediska je odborníky tak podceňována. Možnou alternativou k vysvětlení je, že o této poruše je velmi málo poznatků, není tak probádána a studie tak nemohou deklarovat své poznatky do praxe. Průběh je většinou periodický nebo chronický a spontánní remise se v tomto případě vůbec neobjevují či pouze zřídka. Pacienti trpí přehnanou podrážděností, která je spjatá s pronikavým očekáváním pesimismu do budouc-

na, nejsou schopni se radovat a velmi časté jsou doprovázející pocity méněcennosti a nízkého sebevědomí (Prašková, Praško, 2000).

Nejvyšší riziko postihnutí této poruchy mají především děti do svého desátého roku věku, které ztratily někoho z rodičů. Pravděpodobnost, že dojde k jejímu rozvoji je až 2 – 3krát vyšší. Předčasná separace od rodiny či týrání, sexuální zneužívání nebo vyrůstání v rodině s četnými konflikty mají za následek spousty interpersonálních konfliktů, které si s sebou dítě přenáší do dospělosti, a to má pak negativní vliv jak na navazování vztahů s druhými lidmi, opačným pohlavím, tak i zapojení se do běžného života (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Porucha se však vyskytuje i u dospělé populace v kterémkoliv věku života a může být spuštěna i po traumatické události či naučená z rodiny. Často se také objevuje v souvislosti se vznikem stresujících životních událostí (Praško, 2005).

4) F 41. 3 Jiné smíšené úzkostné poruchy

Mezi jiné smíšené úzkostné poruchy můžeme zařadit celou škálu úzkostných poruch předchozích, které se mohou vzájemně doplňovat, kombinovat nebo mohou mít určité náznaky jedné či většinu z nich. Forma těchto poruch je velmi nepříjemná, jelikož se zde kříží několik úzkostí dohromady a to má neblahý vliv nejen na osobnost toho člověka, ale i na jeho okolí. Avšak jedná se také o velmi častou poruchu vůbec, kdy postihuje okolo 16 % žen a 11 % mužů. Mohou vznikat v dětství či rané dospělosti na podkladě nějakého traumatizujícího zážitku (Raboch, 2001).

5) F 41. 8 Jiné specifikované úzkostné poruchy

O specifikovaných úzkostných poruchách hovoříme v souvislosti na konkrétní spouštěcí situaci. Subjektivně, fyziologicky a ani v projevech chování nejde strach odlišit od jiných typů úzkosti. Může se co do závažnosti pohybovat od mírného pocitu nepohody až k děsu. Tyto strachy jsou opět nerealistické a natolik pevné, že ubezpečení, že se není čeho bát, strach není schopno zmírnit, byť postižený uznává, že je jeho obava přehnaná. Často se jedná o konkrétní situace, jako jsou životní události, mezi které lze zařadit například manželství a s ním spojeny povinnosti či se může jednat o nějakou traumatizující událost (Raboch, 2001).

6) F 41. 9 Úzkostná porucha nespécifikovaná

Úzkostná porucha není vázána na konkrétní situaci či objekt, může vzniknout náhle na situaci, která se jedinci přihodí a nemusí být k tomu určený podnět. Může jít opět o soubor několika úzkostných poruch dohromady, které se navzájem překrývají a není proto zcela možné je od sebe oddělit. Mohou nastat v dětství či rané dospělosti nebo může být spouštěčem životní či tragická událost (Raboch, 2001).

Ohraničenou skupinou úzkostných poruch je obsedantně-kompulzivní porucha, která tak tvoří zvláštní rámec kategorizace v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí podle Rabocha (2001).

F 42. Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsedantně-kompulzivní porucha neboli OCD (obsessive-compulsive disorder) byla v dřívější době považována za velmi vzácné onemocnění. V současnosti však jde o velmi častou psychickou poruchu a mnohými psychiatry je označována jako nejzávažnější mezi úzkostnými poruchami (Praško, Pašková a kol., 2003).

Porucha je charakteristická „*opakovaným výskytem nežádoucích, vtíravých myšlenek a představ (obsese), respektive nepotlačitelných impulzů k jednání (kompulze), které nejsou přiměřené či přijatelné*“ (Vágnerová, 2004, s. 410).

Lidé, které tato porucha postihne, mívají značné potíže a cítí se velmi bezmocně. Pro OCD je typické, že se člověk zabývá nepříjemnými myšlenkami, které ho sužují a trpí tak silnou úzkostí, že ji není možné ničím potlačit. Obavy se většinou týkají toho, že člověk něco zanedbá a následky jeho chyb budou katastrofické, či se něco špatného přihodí. Takové pohnutky vlastní mysli obvykle člověka protkají nepohodou a napětím, které zažívá po celou dobu dne. Aby jedinci zabránili svým chybám, dělají vše proto, aby u nich žádné nenastaly. Snaží se tak neutralizovat svými opakovanými úkony důsledky jejich činností. Příznaky OCD mohou zahrnovat obsese o ušpinění, o agresi k druhým lidem, neustálé kontrolování a počítání, umývání se s následným nutkavým sledováním své osoby ve vztahu k tělesným a psychickým příznakům. Lidé si opět uvědomují své iracionální chování a jednání, ale nedokážou je neprovádět, protože v případě vynechání svého stereotypního rituálu dochází k pocitu velké úzkosti a strachu z katastrofálních následků. Někdy mohou vtíravé myšlenky neboli obsese vést až k magickému myšlení, kdy si dotyčný myslí, že mu mohou pomoci v jeho situaci určité specifické úkony (Praško, Pašková a kol., 2003).

Vágnerová (2004) popisuje obsese jako projevy zakázaného a vytěsněného přání, s nímž se nemocný nedokázal vyrovnat. To se poté stává zdrojem úzkosti a vyvolává tak další obranné reakce organismu.

2.4 Léčba úzkostných poruch

U většiny úzkostných poruch je velmi častý subjektivní pocit úzkosti neboli anxiety ze situace, která je vnímána jako ohrožující. Přístup odborníka by tedy měl především vycházet z poznání, jaké chování k úzkosti pacienta vede a pomoci mu tak daný problém přijmout. Tím se zároveň docílí snížení anxiety, která je v tomto ohledu důležitým aspektem terapie. Je důležité obracet pozornost k tomu, na co jedinec myslel, než vypukla úzkost a zároveň i zaznamenat, jak se cítí nejen psychicky ale i somaticky. Dále je také třeba hovořit o jeho vlastním očekávání na danou realitou. Nezbytností je navrhování aktivit s možností rozptýlení a nabídnout rozhovor s cílem co nejvíce vyslechnout pacienta. Základním krokem celé terapie je pomoci pacientovi učit se ze zkušeností jak těch pozitivních, tak i negativních a následně upravovat myšlenková zkreslení, která jedinec vlivem své poruchy prožívá (Malá, Pavlovský, 2002).

Velká část odborníků se zabývá různými směry psychoterapie, jako je dynamická, kognitivně-behaviorální či humanisticky orientovaná. V různých odborných literaturách pak dále můžeme nalézt i specifitější přístupy psychoterapeutických postupů. Většinou se však v praxi při léčbě úzkostných poruch setkáváme spíše s kognitivně-behaviorálním typem, neboť tato terapie je u úzkostných poruch odborníky nejvíce preferovaná a je považována za neúčinnější v léčbě úzkostí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005).

2.5 Začátek terapie

První setkání s pacientem je neopakovatelná situace s minimálním množstvím informací. Proto je důležité, aby odborník byl otevřený, empatický a dal pacientovi dostatek prostoru pro sdělení svých problémů. K tomu, aby terapie dobře probíhala, je třeba, aby pacient odborníkovi věřil, a hledal v sezení smysl. Začátek terapie většinou probíhá získáním velkého množství informací od klienta a následným určením léčby spolu s pacientem (Gjuričová, Kubička, 2003).

2.6 Průběh terapie

V průběhu sezení by již měl odborník plně chápat stav pacienta a nasadit příslušnou léčbu psychofarmaky. Následně se terapie snaží prozkoumávat možnosti, jak co nejproduktivněji uplatnit správný směr v daných formách léčby pacienta, které se využívají v kognitivně-behaviorálním léčebném procesu a mnohdy na sebe plynně navazují.

Jako nejběžněji užívané techniky při průběhu terapie uvádím:

2.6.1 Psychofarmakoterapie

Prvním důležitým krokem v léčbě úzkostných poruch je léčba antidepresivy neboli anxyolitiky. Jedná se o léky, které zmírňují úzkost nejrůznějšího původu pomocí různého mechanismu účinku. Obvykle tyto léky zabírají po třech týdnech užívání, kdy si organismus postupně zvyká na tuto lékovou formu. Je velmi důležité nepřerušit léčbu antidepresivy předčasně a jednat dle pokynů lékaře. Podle doporučení různých expertů zabývající se touto problematikou by podávání antidepresiv mělo trvat nejméně rok až 18 měsíců. Při závažnějším průběhu i déle (Malá, Pavlovský, 2002).

2.6.2 Změna myšlenek vyvolávající úzkost

Nadále se pracuje s myšlenkami pacienta, kde je hlavní prioritou, aby si pacient uvědomil své automatické myšlenky, které mu způsobují značné problémy v životě, a uklidnil se. Jedinci, kteří trpí úzkostnou poruchou, si většinu automatických myšlenek ani neuvědomují, ačkoli ví, že jejich strach je přehnaný a iracionální. Odborník by pacienta měl vést k tomu, aby dokázal odlišit co je událost (spouštěč), myšlenka a co jsou emoce. Pokud si totiž jedinec uvědomí své automatické myšlenky v určité situaci, umožní mu to tak racionální odstup od úzkostného prožitku (Praško, Vyskočilová a kol., 2005).

2.6.3 Expozice obávaných situací

Dalším krokem v terapii je expozice obávaných situací. Jde o postupné uvržení do oblastí, kterých se pacient obává. Etapa začíná velmi jednoduchými úkoly, které mají pacienta trochu blíže seznámit s problémem. Po každém splnění úkolu je dobré, aby se za něj a svou odvahu jedinec odměnil. Složitosti expozic z obávaných situací se postupně kumulují a snaží se na sebe navazovat svou náročností. Opět je zde hlavní pravidlo seznámení pacienta s problémy a přijmutí je za své (Prašková, Praško, 2000).

2.6.4 Umění relaxace a rychlého zklidnění

Relaxace je velmi účinný léčebný prostředek k dosažení vnitřní vyrovnanosti a pokoje, kdy se pacient uvolní a naučí se tak zklidnit se v nepříjemných situacích. Často se používá dechová relaxace, kdy je pacientovi předkládáno negativní myšlenky ze sebe „vydýchat“ (Fedrigotti, 1997). Někteří odborníci se zkušenostmi léčby úzkostných poruch podporují i relaxaci barvami, která v mnohých případech redukuje negativní schémata, která se člověku odehrávají v jeho mysli. Zásadním krokem je, aby si pacient uvědomil svou oblíbenou barvu a velmi se na ni soustředil. Tím dojde k uklidnění (Fedrigotti, 1997).

Někteří psychiatři ve svém oboru se zabývají i hypnózou na pacienta a jsou přesvědčeni, že tato forma proniknutí do lidského podvědomí je zásadním krokem k vyléčení. Avšak mnozí odborníci, zvláště ti, kteří se zabývají kognitivně-behaviorální terapií, tomuto účinku hypnózy nevěří a nepřikládají jí žádný význam při léčbě pacienta.

2.6.5 Práce ve způsobu řešení negativních schémat

Pacient trpí úzkostnou poruchou, protože zaujímá hluboce zakořeněné škodlivé postoje k různým životním situacím. Tato negativní schémata je nutné umět přeprogramovat reálným schématem. Obvykle je velmi obtížné u pacienta vyvolat a naučit ho s těmito schématy pracovat. Jisté však je, že když se podaří jedinci naučit měnit své škodlivé předpoklady a jádrová přesvědčení, sníží se množství negativních myšlenek, které jej trápí během dne. Hlavním krokem je tedy zpochybnění škodlivých předpokladů a pacient by měl hledat důkazy k nepřiměřenosti těchto negativních myšlenek. Je důležité ujasnit si, co vede pro danou negativní myšlenku a co jí naopak protiřečí. Kladné zhodnocení situace by mělo být v popředí, ale tak aby na to jedinec přišel sám, a dokázal si na své pozitivní zhodnocení problémů v jakékoli jeho subjektivně nepříjemné situaci vzpomenout (Prašková, Praško, 2000).

2.6.6 Práce ve způsobu řešení životních problémů

Činnost spočívá v jednotlivých krocích výběru problémové oblasti a zaměření se na ni. Následně by se pozornost měla orientovat na jeden konkrétní problém, který pacienta nejvíce sužuje a primárně se mu věnovat. Nejde řešit několik jedincových problémů najednou, ale plně se vždy soustředit na jeden úkon a s pacientem hledat cíle, kterých by se mělo dosáhnout. Součástí je konkrétní odměna, kterou se vždy postižený odmění za zvládnutou činnost k dosažení vyřešení daného problému (Prašková, Praško, 2000).

2.7 Ukončení terapie

V průběhu terapie se pacient s odborníkem sžívá a postupem času může jejich spolupráce postoupit tak, že už i sám terapeut přináší svých podnětů méně. Délka sezení u terapie je většinou dlouhodobá a její ukončení nastává až v situaci, kdy je pacient schopen se s problémy naučit sžít bez antidepresiv a pomoci druhých. Jakmile zvládne toto, zkouší už žít svůj život a s přicházejícími problémy se vyrovnávat po svém. Zásadním uvědoměním však je, že úzkostné poruchy se člověk nikdy nezbaví. Cílem terapie ani není, aby se poruchy dotyčný zbavil, ale naučil se s ní vycházet tak, aby ho v životě neomezovala (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005).

V mnohých případech nastává, že úzkostná porucha recidivuje a vrátí se do starých kolejí. Jedinec se tak opět stane pacientem v psychiatrické ambulanci či v těžších případech úzkostných poruch i psychiatrické léčebny.

2.8 Prevence úzkostných poruch

Jednoznačná prevence úzkostných poruch neexistuje, ale je možné naučit se ovládat svůj strach se spojenou úzkostí, tak aby jedince neomezovala v jeho životě. Zásadním krokem je umět plánovat svůj čas na povinnosti a zábavu, které jsou spojeny se stresem. Nezbytným doplňkem je i relaxace a imaginace, které nám napomohou při práci s negativními myšlenkami, které výrazně zasahují náš organismus. Člověk by si měl uvědomit, že práce a povinnosti by neměly být hlavní náplní jeho života, ale důležité je i odpočívat a věnovat se tomu, co člověka baví, naplňuje a zároveň se při oblíbených činnostech odreagovat od všedních starostí.

Za hlavní atribut je považována i dovednost komunikace, především asertivity, která nám ukazuje, jak se úspěšně prosadit a posílit tak svou osobnost. Být asertivní znamená stát si za svými právy bez toho, abychom ponižovali druhého, ale zároveň mít nad sebou moc a kontrolu, která vzbuzuje u druhých pocity vlastní nedotknutelnosti. Je důležité naučit se říct ne, když člověka okolí žádá o něco, co opravdu nechce. Není důležité uvádět důvody, omlouvat se, ale slušnou formou poděkovat a odmítnout. To je zásadní krok v sebeprosazení a získání důvěry sám v sebe, což je považováno za významný atribut utváření vlastního sebevědomí (Dölz, 2004).

Na závěr této kapitoly bych zmínila myšlenku Nietzscheho, která mě velmi zaujala a shrnuje do jedné fráze celou skutečnost úzkostných poruch: „*Kdo má proč žít, dovede snést*

každý životní způsob“ (Nietzsche, In Frankl, 1998, s. 62). To znamená, že: „*kdo zná smysl svého bytí, ten je také nejlépe schopen překonávat všechny obtíže*“ (Nietzsche, In Frankl, 1998, s. 63). A to je snad ta nejlepší rada na závěr této problematiky.

3 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života za posledních třicet let dosáhla obrovské obliby mezi výzkumnými odborníky, kteří se pokoušejí do této problematiky co možná nejlépe proniknout. Avšak její definice není dodnes přesně specifikována, neboť každý výzkumník má pro tento druh pojmu jiné vysvětlení. Světová zdravotnická organizace vymezuje kvalitu života jako: „*dojem (perception) jednotlivců nebo skupin, že se vychází vstříc jeho potřebám a že se jim neupírají možnosti, aby dosáhli štěstí a naplnění*“ (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 328).

Tento termín se zvláště hodně používá v sociologické terminologii v souvislosti s problematikou životního stylu a zde se tento pojem řadí mezi ty nejobtížněji definovatelné. Příčin složitosti k objasnění kvality života je celá řada, ale mezi ty nejvýraznější patří špatná uchopitelnost tak velice obšírné a rozmanité kategorie, která má ve své podstatě hodnotící charakter a pomáhá nám zjistit problematiku kvality. Další příčinou je obecné používání tohoto spojení v oblasti vědecké, politické, publicistické a v mnohých dalších odvětvích. Obvykle se v literatuře setkáváme i se snahou obejít vymezení kvality života. Důvodem se stává vymezení této definice, neboť se předpokládá, že každý ví, co je „život“ a „kvalita“. Jenže je opomenuta podstata toho, že každý člověk si pod těmito pojmy představuje poněkud něco odlišného. Rovněž se můžeme setkat i s negativním či pozitivním vymezením kvality života. Negativní definování tohoto pojmu slouží ke zjednodušenému vyjádření veškeré charakteristiky existence společnosti a života jednotlivce, které mají kvantitativní neboli ekonomickou povahu. Převažuje zde tedy kvantitativní stránka ve srovnání s kvalitativní. V opozici stojí pozitivní pojetí, které chápe většina autorů jako kvalitu existence bytí, kvalitativní parametry lidského života, mezi které můžeme zařadit životní způsob a životní styl včetně podmínek života. Jde tedy především o rozvíjení pojmu život (Duffková, Urba, Dubský, 2007).

Avšak je nutné si uvědomit, že není možné jednotně vymezit kvalitu života, neboť si ji každý jedinec představuje jinak, a v tom spočívá ta podstata. Kvalita života je taková, za jakou ji jedinec považuje a přisuzuje jí svůj vlastní význam, hodnotu, která je pro něj jako individuálního jedince ta nejdůležitější. Jedná se tedy o subjektivní vyjádření a hodnocení tohoto sousloví (Baštecká, Goldmann, 2001). Okolnosti vzniku tohoto tématu velmi dobře popsal E. Eppler, který je považován za jednoho ze spoluzakladatelů západoněmecké sociálnědemokratické varianty propagace cílů kvality života. Popsal pojetí vzniku kvality života takto: „*hovoříme o kvalitě života, i když přesně nevíme, v čem spočívá, a ještě*

méně víme o tom, jak ji dosáhnout. Hovoříme o kvalitě proto, že s kvantitou jsme se dostali do slepé uličky. Vycházíme tedy nikoli ze znalostí, ale z pochybností“ (Duffková, Urban, Dubský, 2007, s. 64).

Co se týká životního stylu, tak představa kvality života je dáována často do opozice proti konzumnímu chování člověka. Takové jednání nemůže nikdy jedince uspokojit a učinit jej šťastným. Vychází z toho předpokladu, že konzumní chování člověku nemůže nahradit uspokojování jiných potřeb, které se týkají především duchovního charakteru, jež vytvářejí nepopsatelné a neopakovatelné vzorce hodnotového systému dané lidské bytosti. Duchovní hodnoty totiž překračují čistě materiální potřeby (Duffková, Urba, Dubský, 2007).

Křivohlavý (2002) kvalitu života rozdělil do tří oblastí, z nichž každá zaujímá určité stanovisko:

- **makro - rovina** – zaujímá problematiku světových témat, které ve svém kontextu tvoří otázky velkých společenských celků a zaobírají se i politickými idejemi, které často souvisejí se světovými problémy daných kontinentů a zemí. Tato rovina představuje absolutní smysl života, kdy život je pojímán jako morální hodnota, kterou definice kvality života musí plně respektovat a brát v úvahu.
- **mezo – rovina** – zahrnuje malé sociální skupiny, kde se zohledňuje přední postoj k danému klimatu a atmosféře v dané skupině, která je spjata s upokojováním základních potřeb všech členů, které vytvářejí zvláštní rámec i pro zjišťování vztahů mezi jedinci včetně jejich podpory.
- **personální rovina** – do této kategorie se řadí především subjektivní prožívání a pocity jednotlivce. Zkoumají se otázky týkající se stavu vlastního vědomí s prožitky sebehodnocení. Kvalita života je zde pojímána jako představa každého jedince.

Honzák (2000) naproti tomu přisuzuje kvalitu života do souvislostí bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu, který má značný vliv na život jednotlivců.

V medicíně však byly vyvíjeny také postupy, které umožňují měřit kvalitu života vztahenou pouze ke zdraví (health – related quality of life). Jednotlivé metodiky se snaží psychologicky a ekonomicky posoudit dopad konkrétních léčebných zásahů či neléčených nemocí na kvalitu života daného jedince. Často sledují úroveň soběstačnosti, úlevy od bolesti a schopnosti vykonávat každodenní činnosti běžného života (Křivohlavý, 2002).

Existuje tedy obrovské množství přístupů, které tuto definici obohacují a přidávají ji na významu.

I přes širokou škálu definic kvality života, které dnes existují, jsem si jako nejlepší a nejvhodnější pro svou práci vybrala definici od autorek Dragomirecké, Bartoňové (2006). Tuto definici obecně charakterizovaly jako kvalitu vnějších podmínek pro život s neopomenutelným vlivem ekonomického růstu, kde nadále zdůrazňovaly, že kromě materiálního blahobytu do dobrého života patří také především vnitřní kvalita každého jedince, který ji tak obohacuje svým vnitřním „já“.

Nyní popíši a rozdělím oblasti kvality života podle autorek Dragomirecké, Bartoňové (2006), podle kterých uvedu jednotlivé domény, které korespondují s výzkumnou částí mé práce.

3.1 Fyzická oblast

Tato oblast zahrnuje především domény zdraví a fyzického stavu pacientů. Specializací je především zaměření se na zjištění celkového stavu pacienta z pohledu fyziologických a patofyziologických kritérií. Snaží se objasnit celkový zdravotní stav a vážnost nemoci. Jedná se především tedy o podání co nejkonkrétnějších informací o subjektivním stavu jedince, který může své symptomy prožívat jako velmi nepříjemné a mohou tak ovlivnit jeho celkový postoj k sobě samému. Fyzická oblast zdůrazňuje kondici jedince, která významně utváří jeho osobitou jednotu a umožňuje mu tak žít kvalitní život. Každá tělesná nemoc by člověka měla vést k zamyšlení nad tím, co udělal špatně a jak ji co nejvíce eliminovat (Petrásek, 2004).

3.1.1 Zdraví

Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je tato definice pojímána jako: „stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“.

Zdraví je projev života, má svou dynamiku a řád, který je závislý na výsledku vzájemného působení jedincova organismu a prostředí, ve kterém dotyčný žije. Důležité je si však uvědomit, že zdraví není trvalý, neměnný stav organismu, ale neustále se mění v kontextu prostředí, ale i s celkovou fyzickou a duševní pohodou každého jednotlivce. Postoje ke zdravému životu jsou určovány jak osobními názory a pohnutky k medicíně s daným léčením, tak i celkovým mentálním laděním celé společnosti. Dobré a pevnější zdraví nelze zajistit

jen medicínou či jejími farmaky. Zodpovědnost za svůj život má každý z nás a očividně souvisí i s naším postojem k životu. V dnešní době si však stále více lidí uvědomuje, že k tomu, aby byl jeho organismus co nejodolnější proti různým onemocněním, je zapotřebí aktivního přístupu každého člověka k sobě. Neopomenutelným vlivem se však stává dodržování zdravého životního stylu s následným dodržováním optimálního způsobu života (Křivohlavý, 2002).

Opakem zdravého organismu je nemoc, která je pokládána za patologický jev fyzického nebo duševního stavu a jedinci způsobuje výrazné subjektivní potíže. Často je doprovázena jak pacientovými pocity, tak jeho prožitky. Obvykle je její průběh značně ovlivněn velkým množstvím faktorů, které výrazně zasahují do celkového stavu osobnosti a tím tak zásadně zhoršují celkovou kvalitu života jedince (Křivohlavý, 2002).

3.1.2 Fyzický stav

Zde se zahrnuje subjektivní zhodnocení situace jedincem. Zjišťuje se, jak se dotyčný cítí po fyzické stránce a zda mu jeho zdravotní stav narušuje výrazně schopnost provádět nezbytné úkony, které ho provázejí po celý den. Zkoumá se zde především, jak fyzický stav ovlivňuje člověka a do jaké míry potřebuje lékařskou péči k tomu, aby mohl fungovat v běžném životě a nezpůsobovalo mu to větší potíže. Důležité je si vždy také uvědomit, že zhoršení fyzického stavu může být důsledkem jak nemoci, duševních příčin tak i pouhého přepracování. Podle toho také poznáme, zda je celkový stav pacienta ovlivněn spíše jednorázovým či chronickým charakterem (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

3.2 Psychologická oblast

Tato oblast zkoumá, jak je jedinec spokojen sám se sebou, jaký postoj zaujímá ke světu, zda je schopen odpočívat a relaxovat tak, aby se zcela uvolnil a načerpal tak energii pro svůj organismus. Podstatou se zde stává především jedincův pohled na svět a vyrovnávání se s problémy v každodenním životě. Neopomenutelnou součástí je i zaměření se na jeho pocity, které zaujímají značné místo ve zhodnocení problémů na konkrétní situaci. Je prioritní si uvědomit, že jak se dotyčný cítí, silně ovlivňuje to, jak se chová, aniž by si to plně uvědomoval. Psychologická oblast se považuje za jednu z nejdůležitějších, která určuje a zásadně ovlivňuje kvalitu života jedince (Petrásek, 2004).

3.2.1 Duševní stav, pohoda

Tato doména je věnována tomu, jak si člověk váží sám sebe, jak sám sebe vnímá jako hodnotnou bytost, zda je se sebou spokojený z hlediska svého vnitřního já a jak moc ho těší život. Toto smýšlení může být pozitivní nebo negativní, nadhodnocené nebo příliš podceňené. Sebedůvěra a sebeúcta jsou velmi důležitými prvky k tomu, aby se jedinec cítil spokojený nejen se sebou samým, ale i mezi druhými lidmi. Navazovat s nimi kontakt, dobře s nimi vycházet a především být s druhými v kontaktu rád. Jelikož pokud je vlastní sebeúcta velmi slabá, často se tento jev odrazí především v kontaktu mezi lidmi. Sebeúcta zahrnuje aspekty hodnocení vlastní kompetentnosti a výkonnosti (Nakonečný, 2009). S duševní spokojeností úzce souvisí i jedincovo soustředění, se schopností se nejen rozhodovat, ale také přemýšlet nad souvislými problémy a neustále se učit novým způsobům a věcem. Neopomenutelnou součástí je také rychlost a jasnost nejen myšlení, ale i učení se dalším poznatkům. Jedinci, kteří mají problémy s kognitivním posuzováním jevů a věcí, nemohou mít na své potíže náhled a tudíž je samozřejmé, že nemohou podat informaci o svém stavu, aniž by tato informace nebyla zkreslená (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

3.2.2 Schopnost relaxace, odpočinku

Tato doména se soustřeďuje na schopnost, zda jedinec dokáže odpočívat a relaxovat po náročném dni. Relaxace jako taková snižuje celkové napětí v těle a odbourává i negativní myšlenky, které člověka mohou sužovat. Schopnost odpočinku je pro každého individuální, je však nezbytné, aby si dotyčný našel čas sám na sebe a dokázal se odreagovat daným, pro něj nejvhodnějším způsobem. Techniky relaxace jsou různé a liší se především od člověka k člověku. Zásadou této facety je však zjistit, zda se člověk dokáže zcela uvolnit, vypnout od všedních problémů a načerpat tak síly, které jsou zásadní k tomu, aby do dalších všedních starostí a problémů nastoupil v co nejlepší psychické vyrovnanosti a celkově dobré kondici, která je pro zvládnutí nároků dnešního světa důležitou součástí (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

3.3 Sociální oblast

Tato oblast zkoumá spokojenost v rámci společenského života jedince, a proto je nezbytné zjistit, jak se dotyčný dokáže mezi lidmi začlenit. Člověk, přicházející na svět jako biologické individuum svého druhu se stává společenskou bytostí se specificky lidskou psychikou. Jde především o proces přeměn, které začínají osvojováním si základních kulturních

návyků, později mluvené řeči a dalších činností, až po vpravování se do role svého pohlaví, orientace ve světě hodnot, včetně jejich přejímání, respektive zvnitřňování. Jedná se o proces učení, zejména sociálního, protože se uskutečňuje od nejranějšího věku dítěte. Člověk nepřichází jako nepopsaná deska a není utvářen ve svém vývoji jen svou individuální zkušeností. Celkový sociální vývoj jedince, jak zjistil J. Piaget a jiní vývojoví psychologové, směřuje od vnější kontroly chování prostřednictvím zvnějšku sankciovaných norem, jako jsou odměny a tresty druhými jedinci, která vede k následné kontrole vnitřní prostřednictvím vnitřního sebezpevňování (Nakonečný, 2009).

Člověk se tedy sociální bytostí stává až ve společnosti, a proto se označuje jako tvor společenský. Pokud by nežil mezi lidmi a nerozjímal svou kulturu, nikdy by se nemohl stát plnohodnotnou osobností. Jenže socializace může probíhat i opačným způsobem, kdy místo, aby jedince naplňovala, tak mu vytváří negativní pohled na společnost a problematický kontakt s druhými lidmi. Takový případ často nastává například u šikany, kdy jedinec může být týrán fyzicky nebo psychicky a to se poté v mnoha případech často odráží na budoucím vývoji. Daný člověk se uzavře do sebe, přestane komunikovat s okolím, jelikož má strach a obvykle tak vznikají různé druhy psychických poruch, kde mezi nejčastější patří právě zmiňovaná sociální fobie či různé druhy deprese, které mohou být vyvolány v bezprostředním kontaktu s okolím (Duffková, Dubský, 2007).

3.3.1 Spokojenost v oblasti společenského života

Doména zde hlouběji proniká do života člověka, kde zjišťuje, jaké vztahy panují mezi jedincem a okolím. Zkoumá se, zda má hodně přátel či naopak méně a jestli si s nimi rozumí, může se na ně obrátit v rámci pomoci. Mohou zde být také zahrnuty závazky vůči ostatním i to, zda o někoho v současné době člověk pečuje a jaký to na něj zanechává vliv. Oddíl zahrnuje i partnerské vztahy včetně jejich navazování a zabývá se také tím, zda je jedinec schopný milovat, být milován a sdílet s druhou osobou jak fyzickou tak emocionální blízkost včetně empatie (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

3.4 Oblast prostředí

Tato oblast se především zaměřuje na zjištění spokojenosti jedince v rámci rodiny i zaměstnání. Prostředí je vše co člověka obklopuje a vytváří kolem něj specifickou kulisu. Jedinec je silně provázán jak s přírodním, tak společenským prostředím, kde neustále probíhají vzájemné interakce, které ho nejen obohacují, ale také do jisté míry naplňují a de-

terminují. Prostředí působí na jedince buď pozitivně, nebo negativně. To jak dotyčný dokáže na prostředí reagovat, silně ovlivňuje to, jak se cítí. Nejdůležitějšími a nezastupitelnými jednotkami v prostředí je především rodina, která má neopomenutelný vliv a silně působí na člověka. Další hlavní jednotkou je zaměstnání, kde jedinec tráví většinu svého času a měl by nejen odvádět kvalitní práci, ale taktéž se i dobře začlenit do pracovního kolektivu. Jen tak jej práce bude bavit a především naplňovat. To se poté samozřejmě odrazí i v celkovém pohledu na jeho život (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

3.4.1 Spokojenost v rámci rodiny

Tato doména je pokládána za nejdůležitější z oblasti prostředí, kde se zjišťují rodinné vztahy a také subjektivní zhodnocení rodinné situace. Jedinec nadále popisuje, s kým si v rodině nejvíce rozumí, kdo je pro něj nějakým způsobem významný a čím. Rodina je označována za „*soubor lidí, spojených krví, manželstvím či adopcí, sdílí základní zodpovědnost za reprodukci a péči o členy společnosti*“ (Sekot, 2004, s. 161). Dnešní moderní společnost je charakteristická nárůstem velké rozvodovosti, která má tak neblahý vliv na všechny členy rodiny. Vztahy v rodinách bývají většinou mezi manželi disharmonické, což se silně odráží na psychickém stavu dalších členů rodiny.

3.4.2 Spokojenost v rámci zaměstnání

Zde se hodnotí na kolik je jedinec spokojený se svou prací, pracovním kolektivem a v neposlední řadě i se svým výkonem. Opět se zde zkoumají vztahy nejen mezi kolegy na pracovišti, ale také vztahy mezi dotyčným a jeho nadřízeným či podřízeným. Tento oddíl kvality života umožňuje do hloubky prozkoumat nejen prostředí, ale také vztahy, které na pracovišti vládnou a mohou zlepšovat či naopak zhoršovat kvalitu života daného člověka (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

3.5 Oblast volného času

Volný čas je především naplněn individuálním charakterem, který jedinec zaujímá vzhledem ke svému upuštění od povinností. Rozhoduje se tedy sám, co bude podnikat a jak tento volný čas co nejlépe využije ke svému prospěchu.

Autoři Duffková, Dubský (2007) tvrdí, že volný čas je bezprostředně vázaný na společnost a ta určuje, jak daný čas k odpočinku využít. Tento názor se mi zdá poněkud přehnaný, jelikož každý jedinec má právo na to, jak se svým volnem naložit, i když společnost v různě

né míře nabízí programy nebo volnočasové aktivity, které může využít. Není však ani tak důležité co nabízí společnost, ale především to, aby člověk svůj volný čas co nejefektivněji využil. Neměl by být pouze nutností angažování se ve společnosti. Existuje spousta činností, které jedince mohou rozvíjet, aniž by to sama určovala společnost.

3.5.1 Způsob trávení volného času

V této oblasti se především zaměřuji na zkoumání, jak jedinec konkrétně tráví svůj volný čas a jaké aktivity jej osobně naplňují. Nadále je stěžejní, zda se v jeho okolí vyskytují nějaké volnočasové aktivity a zda je vůbec využívá. Neopomenutelnou součástí jsou i vztahy jedince v tom smyslu s kým nejraději tráví svůj volný čas. Také může být zajímavá i vize jedince jak co nejideálněji strávit volný čas, kde se často projeví jeho přání včetně potřeb, které by ve svém volnu rád využil (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

3.5.2 Celková spokojenost pacienta

Spokojenost je reakcí jedinců na jejich subjektivní míru naplnění potřeb a celkovou radostí ze způsobu života. Spokojený člověk si váží každého okamžiku ve svém životě a nesnaží se jej nějakým určitým způsobem měnit. Tento pojem je ovšem tak subjektivní, protože každý člověk má jinou hodnotu svého naplnění a nelze ji tedy přesně charakterizovat (Duffková, Dubský, 2007).

3.6 Kvalita života u lidí s úzkostnou poruchou

Kvalita života u lidí trpících úzkostnými poruchami je v mnoha oblastech velmi nízká. Jedná se především o oblast fyzickou, psychologickou a sociální. Jelikož to, jak se člověk cítí, ovlivňuje jeho fyzický stav. Nemocný pak celou svou pozornost soustřeďuje pouze na své negativní pocity, které se mohou odrážet do jeho celkové kondice a tím také ovlivňují jeho postoj ke společnosti, ale především k sobě samému. Hodnoty těchto lidí jsou ve velké míře subjektivní a to v tom smyslu, že se takový člověk soustředí pouze na sebe a své problémy, a většinou se neohlíží na svou rodinu či přátele nebo jejich potřeby. Jedinec je zaujatý pouze sám sebou, svými problémy a neřeší ani tak budoucnost. Je ovlivněn svými předsudky, které mu zcela znemožňují žít běžným životem jako jiní lidé. Mnoho odborníků se shoduje na tom, že pacient či klient není schopen svou kvalitu života posoudit. Proto je zcela důležité zaměřit se pouze na psychické, tělesné a sociální potřeby uživatelů, jež kvalitu života posuzují a snaží se ji určitým způsobem vyhodnocovat (Duffková, Dubský, 2007).

Vliv na zlepšení kvality života u úzkostných pacientů má psychoterapie prováděná odborníky, která tak může zmírnit veškerý dopad této poruchy. Ovšem každá tato procedura je velice zdlouhavá, ale zároveň se také stává důležitým měřítkem kvality života (Duffková, Dubský, 2007).

Praško, Prašková, Vyskočilová (2006) ve své knize uváděli, že úzkostná porucha se dá zcela vyléčit a lidé mohou žít velmi kvalitním životem jako jiní lidé, i když se nevylučuje možná recidiva. S tím ovšem tak zcela nemohou souhlasit, neboť po mých zkušenostech s lidmi, kteří úzkostnou poruchou prošli a nadále i po konzultaci s psychiatrickým odborníkem na tuto problematiku jsem přišla k názoru, že úzkostná porucha se nikdy nedá vyléčit. Úzkostná porucha je duševní nemoc, která bude člověka provázet nadále, ale důležitým mezníkem je se s ní naučit sžít tak, aby jedince neomezovala a nedělala mu problémy. Jen tak se docílí celkové zvýšení kvality života a psychické vyrovnanosti jedince. Je však nezanedbatelné mít stále na paměti, že posuzování této hodnoty je velmi individuální a subjektivní, neboť každý jsme jiný a každý si pod tímto pojmem představujeme něco jiného a především i něco jiného cítíme. Tento koncept se odlišuje především od věku pacienta, druhu prodělané úzkostné poruchy, její závažnosti, ale také sociálním statusu včetně rodinných konstelací, které kvalitu života ovlivňují a značně do ní zasahují. Je jen na nás jak budeme bojovat s vysokými nároky dnešní doby tak, abychom si udrželi své psychické zdraví.

Myšlenkou mé teoretické práce bylo co nejlépe vystihnout co možná nejširší pohled na nadměrné obavy. Přesto však nebylo možné shrnout vše, co je o úzkostných poruchách dnes probádáno a ztvárněno do literárních publikací pouze do jedné práce, neboť je tato problematika neustále zpracovávána z nejrůznějších pohledů odborníků.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Nyní se již dostávám k výzkumné části mé diplomové práce. Ve svém šetření jsem si položila základní výzkumnou otázku: „*Do jaké míry jsou pacienti s úzkostnou poruchou spokojeni se svou kvalitou života?*“. Jde mi především o ty pacienty, kteří si touto poruchou již prošli a nyní již mají reálný náhled nad prodělaným onemocněním a jsou schopni svůj stav posoudit.

Úzkostné poruchy se v dnešní době stávají velmi diskutovaným tématem, neboť nároky dnešní doby jsou tak přehnané, že ne každý jedinec je schopen je svými silami zvládnout a to se poté odráží do jeho celkové kvality života, která je pak výrazně zhoršena. Jednotlivé způsoby relaxace jsou jedny z možností jak psychické poruchy v různé míře eliminovat a vyvážit tak negativní pocity člověka. Dalším východiskem pak často bývá návštěva psychiatrického odborníka. Celková léčba úzkostných poruch je však velmi zdlouhavá a často jde především o to, že pacient se jí nikdy nezbaví, ale musí se s ní naučit žít tak, aby ho neomezovala a nezasahovala do jeho kvality života výrazným způsobem.

Díky svému výzkumu zjistím, do jaké míry jsou pacienti s prodělanou úzkostnou poruchou spokojeni se svou kvalitou života. Vzhledem k tomu, že kvalitu života hodnotím v pěti různých oblastech, z výzkumu tak bude patrné, ve kterých oblastech je spokojenost nižší a kde by tudíž bylo vhodné najít opatření k jejímu zlepšení. Zároveň se ve své práci pokusím nastínit možnosti zlepšení kvality života v těchto pěti oblastech.

Druh výzkumu, který ve své práci realizuji, je výzkum kvalitativní. Abych však mohla objektivně zhodnotit danou problematiku, musím zkoumat co nejvíce do hloubky. To znamená mít co nejširší záběr informací o kvalitě života respondentů pro získání patřičných výsledků v této zkoumané oblasti.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je zmapovat kvalitu života pacientů s úzkostnou poruchou. Jde mi především o ty pacienty, kteří si touto poruchou již prošli a nyní již mají reálný náhled nad prodělaným onemocněním a jsou schopni jej posoudit. Tohoto cíle dosahuji tak, že se snažím ve svém výzkumném šetření proniknout do pohledů pacientů s prodělanou úzkostnou poruchou, kteří se snaží v co nejvyšší míře zhodnotit svou poruchu, kterou si prošli a prakticky nadále procházejí, ale jsou schopni se s ní sžít. Výzkum se pokouší seznámit čtenáře s komplexním pojetím a zhodnocením úzkostné poruchy s neopomenutelnými výsledky jejich kvality života.

Hlavním výzkumným cílem je tedy zmapovat kvalitu života pacientů s úzkostnou poruchou.

Sekundárním cílem je pak ze získaných informací od pacientů s prodělanou úzkostnou poruchou odvodit, ve kterých oblastech života je jejich spokojenost nízká a tudíž ve kterých oblastech by bylo vhodné uvažovat o zlepšení jejich kvality života.

4.2 Metody výzkumu

Jako svou výzkumnou metodu jsem použila polostrukturovaný rozhovor, který jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem měla možnost otázky v dané situaci více rozvést či následně poupravit, pokud by odpovědi respondentů vyžadovaly následné zpřesnění. V rámci něj jsem vytvořila 31 otázek, které pro mě byly prioritní, a které jsem použila u každého klienta (viz příloha P. 1.). Rozhovory mi dopomohly k tomu, abych své účastníky výzkumu osobně poznala a pronikla tak do jejich životů. To bylo zcela nezbytné ke zjištění vnímání kvality života respondentů, kteří tento pojem posuzovali velmi subjektivně. Má práce se orientuje na spokojenost v jednotlivých oblastech života, na které se při rozhovoru stěžejně zaměřuji.

Oblasti kvality života, na které se zaměřoval můj výzkum:

- 1) fyzická
- 2) psychologická
- 3) sociální
- 4) prostředí
- 5) volný čas

Ve fyzické oblasti jsem se zaměřila především na zdraví a fyzický stav daných pacientů.

V psychologické oblasti jsem zkoumala jejich duševní stav, pohodu a schopnost relaxace, odpočinku.

V sociální oblasti jsem se zajímala zejména o spokojenost v oblasti společenského života.

V rámci oblasti zaměřené na prostředí jsem se pokusila zjistit spokojenost v rámci rodiny a zaměstnání.

V oblasti týkající se volného času jsem zjišťovala zejména způsob trávení volného času, schopnost kvalitně jej využít a jeho přínos pro celkovou spokojenost pacienta.

Délka rozhovorů byla poměrně zdlouhavá, ale především náročná. Jednotlivé výpovědi se pohybovaly od 2 až po 3 hodiny, v průměru okolo 2,5 hodiny. Fixaci získaných dat jsem prováděla pomocí audiozáznamu. Jednotlivé rozhovory s klienty jsem nahrávala na diktafon, který mi tak posloužil ke zpřesnění všech výpovědí. Před začátkem každého rozhovoru jsem respondenty seznámila s úlohou a cílem mé diplomové práce. Nezbytnou součástí bylo podepsání jejich souhlasu k provedení hlasového záznamu s následným uveřejněním jimi poskytnutých informací. Daný souhlas k provedení rozhovoru účastníkům výzkumu zajistil poskytnutí anonymity každého z nich včetně toho, že žádné osobní údaje o jejich osobě nebudou zveřejněny a informace budou výhradně použity pouze pro potřeby mé diplomové práce.

4.3 Výzkumný vzorek

Můj výzkumný vzorek tvořilo 5 klientů, kteří prodělali některou z úzkostných poruch, a u kterých byla jejich léčba úspěšně zvládnuta. Tím byla zajištěna jejich objektivita při provádění daného výzkumu. Způsob výběru daných respondentů byl záměrně výběrový. Validita dat je tedy dána tím, že zkoumaná problematika byla pojata velmi široce a v rámci tohoto širokého pojetí jsem se z mého pohledu dostatečného počtu účastníků výzkumu snažila jít co nejvíce do hloubky a získat co největší množství informací o kvalitě jejich života.

Jedinci s prodělanou úzkostnou poruchou se pohybovali ve věkovém rozmezí od 23 let do 55 let. Konkrétní charakteristika jednotlivých respondentů je znázorněna v následující tabulce.

V rámci příslibu anonymity daných klientů uvádím ve své výzkumné části jejich jména fiktivní.

Tab. 1. Charakteristika respondentů

Respondent	Věk	Rodinný stav	Nejvyšší ukončené vzdělání	Typ prodělané úzkostné poruchy
Pan Petr	27	Svobodný	SŠ	Panická porucha, agorafobie
Paní Jana	53	Vdaná	SOU	Nespecifikovaná úzkostná porucha
Pan Josef	23	Svobodný	SŠ	Obsedantně kompulzivní porucha
Pan Karel	55	Rozvedený	SOU	Generalizovaná úzkostná porucha
Paní Elena	55	Vdaná	VOŠ	Panická porucha, agorafobie

Průměrný věk dotazovaných byl 42, 6 let. Z hlediska rodinného stavu byli 2 respondenti svobodní, 2 respondentky vdané a 1 rozvedený. Vyučení byli 2 respondenti, středoškolského vzdělání dosáhli také 2 a pouze 1 měla vysokoškolské vzdělání. Panickou poruchou s agorafobií trpěli 2 respondenti, nespecifikovanou úzkostnou poruchu prodělal 1 dotazovaný, obsedantně kompulzivní poruchou prošel 1 respondent a generalizovanou úzkostnou poruchu měl taktéž pouze 1 účastník výzkumu.

5 REALIZACE VÝZKUMU A ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU

Nyní se již dostávám k samotné realizaci výzkumu a jeho zpracování. Následující podkapitoly přesně pojímají průběh výzkumu až po získání informací, které byly nadále zpracovány pro získání patřičných výsledků mé diplomové práce.

5.1 Realizace výzkumu

K realizaci daného výzkumu bylo zapotřebí najít vhodné účastníky výzkumu, kteří prošli některou z úzkostných poruch a byli by ochotni a schopni vypovídat o svém životě. K tomu abych se k takovým respondentům vůbec dostala, bylo zapotřebí kontaktovat několik psychiatrů ve Zlínském kraji. Ovšem žádný z odborníků nebyl ochoten mě v daném výzkumu podpořit. Po několika nezdarech jsem navázala spojení s MUDr. Marcelou Honovou z klinické psychiatrické ambulance v Uherském Brodě, kterou jsem detailně seznámila s mou diplomovou prací a taktéž jí konkrétně nastínila výzkumnou část.

Avšak hledání vhodných respondentů bylo velmi zdlouhavé a náročné, neboť ne každý se chtěl zúčastnit mého výzkumu a vyprávět o sobě a svém životě. Doba nalezení vhodných klientů trvala od konce prosince 2010 do začátku března 2011. Celkový počet dotazovaných, který jsem si zvolila, bylo 5. Tento počet se mi zdál optimální, avšak složitý k proniknutí k nim. Byla to právě MUDr. Honová, která mi na základě souhlasu účastníků výzkumu poskytla kontakty na ně, které jsem stěžejně potřebovala na základě daných charakteristik. Nadále jsem již s danými jedinci komunikovala sama a po vzájemné dohodě jsme se scházeli na určitém místě a čase.

Respondenti většinou pocházeli z okolí Uherského Brodu a vždy po oboustranné domluvě jsem za nimi individuálně jezdila. Rozhovory probíhaly většinou v terénu, kdy jsem za některými docházela přímo do jejich domácností a s některými jsem se scházela přímo na poliklinice v Uherském Brodě. S každým dotazovaným jsem vedla polostrukturovaný rozhovor, takže jsem měla možnost otázky rozvádět nebo poupravovat. To vše mě dovedlo k tomu, že jsem získala potřebné informace k provedení tohoto výzkumu.

5.2 Zpracování výzkumu

Jak jsem již uvedla výše, všechny rozhovory jsem nahrávala na diktafon. Po získání potřebného počtu nahrávek od daných účastníků jsem musela každý rozhovor přepsat. Tyto přepisy byly velmi zdlouhavé a náročné na pozornost, neboť někteří dotazovaní hovořili

tak potichu, že bylo složité některé části sekvence nahrávek správně doložit. A proto bylo nutné tyto části nahrávek neustále přetáčet a znovu spouštět, dokud nebylo přesně zřejmé, co daný dotyčný vypověděl. Přepis každého rozhovoru mě osobně trval přes 3 hodiny soustavné práce, což bylo poněkud namáhavé. Tím jsem však zajistila dostatečné množství informací ke zpracování mého výzkumu.

Jako způsob zpracování dat jsem si zvolila otevřené kódování. Otevřené kódování je „část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 43).

Celý text jako sekvence jsem rozbila na jednotky a těmto jednotkám jsem přidělila jména. S tímto jsem tedy dál pracovala. Následně jsem tyto kódy seskupila do kategorií podle jejich podobnosti nebo jiné souvislosti. Díky takto vzniklým kategoriím se získaná data prezentovala na základě analytického příběhu, který jsem nadále koncipovala na základě techniky „vyložení karet“.

Tato technika „vyložení karet“ tvoří nadstavbu nad otevřené kódování. To znamená, že vytvořený kategorizovaný seznam kódů se uspořádá do určité linie (Švaříček, Šedřová, 2007).

Na základě toho se pak vytvoří text, jehož obsahem je přesná interpretace kódů, které patří do kategorií, které jsem si pojmenovala a dle toho dané kódy charakterizují. Tyto kategorie tvoří současně názvy jednotlivých kapitol v textu (Švaříček, Šedřová, 2007).

5.3 Prezentace vzniklých kódů utříděním do kategorií

Když jsem všechny rozhovory pracně přepsala, bylo nutné každý rozhovor zvlášť zakódovat. Po jejich zakódování jsem si všechny dané kódy vypsala tak, abych je mohla co nejlépe roztrdit do příslušných kategorií, aby na sebe co nejlépe navazovaly. Nyní uvedu následující kategorie, které jsem zpracovala z nasbíraných kódů a které budou současně tvořit názvy kapitol, kterých bude v mém výzkumu celkově osm.

1) ÚZKOSTNÁ PORUCHA A JEDINEC

Příčiny vzniku poruchy, okolnost projevení se poruchy, fyzické příznaky úzkosti, psychické příznaky úzkosti, způsob léčby

2) CHOVÁNÍ A PROŽÍVÁNÍ V NEMOCI

Hodnocení situace před nemocí, pocity při nemoci, chování v nemoci, názor na nemoc, pohled nemocného na život

3) SOUČASNÝ STAV JEDINCE

Hodnocení současného zdravotního stavu, hodnocení současného psychického stavu, potřeba lékařské péče, schopnost soustředění, způsob života, hodnocení současného stavu

4) KAŽDODENNÍ ŽIVOT JEDINCE

Schopnost fungovat v běžném životě, energie v běžném životě, způsob odpočinku, způsob trávení volného času, společenské aktivity

5) SPOLEČENSKÝ A RODINNÝ ŽIVOT

Hodnocení společenského života v nemoci, hodnocení společenského života v minulosti, vztahy s přáteli, okolím, hodnocení vztahů, hodnocení rodinného života, souznění

6) PRACOVNÍ ŽIVOT A FINANCE

Hodnocení zaměstnání, hodnocení pracovního výkonu, pracovní vztahy, spokojenost s finančními prostředky

7) SEBEHODNOCENÍ JEDINCE

Sebehodnocení, spokojenost sám se sebou

8) KVALITA ŽIVOTA

Hodnocení kvality života, názor na zlepšení kvality života, názor na ideální den

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A INTERPRETACE

Nyní se již soustředuji na konkrétní výsledky kvalitativní analýzy, která se týká rozhovorů s pěti respondenty po prodělané úzkostné poruše. Jak jsem se zmínila již výše, jména účastníků výzkumu jsou smyšlená kvůli zachování slibu mlčenlivosti o jejich osobě.

6.1 Úzkostná porucha a jedinec

Setkání s danými klienty ve mně vzbudilo dobrý dojem, neboť na první pohled by nikdo nepoznal, čím si dotyční respondenti prošli a jak se dokážou ovládat v situacích, které jsou pro ně bezprostředně nepříjemné. Většina dotazovaných žila před propuknutím nemoci zcela normálním životem jako každý z nás. Dělali věci, které jsou naprosto přirozené a které každý z nás dělá automaticky bez přemýšlení z následků. Ovšem až do té doby, kdy přišel ten osudný den a něco se v jejich životě obrátilo takovým způsobem, že se nebyli schopni vyrovnat s běžnými problémy a dělat věci, které pro ně před propuknutím poruchy byly zcela rutinními. Příčiny vzniku poruchy většinou nastaly po nějaké tragické události nebo z dlouhodobých problémů v rodině, které jedince tak omezovaly v jeho životě, že již nebyl schopen se s daným nátlakem vyrovnat. Jak uvedl pan Petr: „*po nehodě se to nějakým způsobem všechno objevilo, po tom prožitku se všechno projevilo*“. Paní Elena naopak zmínila: „*cítila jsem se hrozně vyčerpaná jak rodinnými problémy tak pracovními*“. Zde můžeme vidět jasný obraz toho, jak se úzkostná porucha projevila u dvou respondentů, které spojovala společná prodělaná diagnóza. Je naprosto zřejmé, že ve většině případů se porucha objevuje na zcela odlišnou situaci, kterou dotyčný prožije a není schopen se s ní vyrovnat.

Co se týká okolností projevení se poruchy, klienty spojovala skutečnost, že k většině atakům docházelo právě ve společnosti. Jak vypověděl pan Josef: „*moje přítomnost ve společnosti jak mě bylo špatně z těch příznaků, které mě ty moje problémy vyvolávaly, tak většina společnosti mě vnímala jako nepříjemného, protože jsem vytvářel špatnou atmosféru. Neuměl jsem vlastně vůbec ani být vtipný, soustředit se, tak nějak se zapojit do toho kolektivu. No a to mě z toho kolektivu vyrazilo*“. Podobnou zkušenost měl i pan Petr, u kterého docházelo k projevení úzkosti opět mezi lidmi. „*Vždycky se to stalo ve společnosti, tohle je trochu omezující faktor*“. Z výpovědí daných respondentů jasně vyplývá skutečnost, že pokud se v té době ocitli ve společnosti mezi lidmi, porucha propukla a docházelo k prudkým záchvatům. Už jen myšlenka účastníků výzkumů na to, že se na ně druzí dívají a že to určitě poznají, v nich vzbuzovala opět bludný kruh nejistoty a strachu, který

v takových situacích pouze vrcholil a dosahoval své intenzity. Obvykle v takových okamžicích dochází k tomu, že pokud k daným projevům poruchy dochází pravidelně, lidé se začnou společnosti stranit a uzavřou se do sebe, což má nepředstavitelné následky jak na jejich psychickém zdraví, tak později fyzickém.

Úzkost přinášela do života klientů značné nepříjemné fyzické příznaky, které je omezovaly, a nedokázali se ve větší míře soustředit na nic jiného. Jak zmínil pan Josef: „*poruchy soustředění neustálého, třes rukou, špatné hospodaření s teplem v těle, průjmky, křeče, překyselený žaludek*“. Podobné zkušenosti má i paní Elena: „*mívám velké problémy žaludeční nebo se žlučníkem, že když je takové období jara, podzimu, kdy to ještě pociťuju dvojnásob hůř*.“ Dalo by se tedy konstatovat, že fyzické projevy úzkosti se v častější míře odrážejí přes trávící ústrojí, kde tak způsobují vegetativní potíže, které mohou trvat celé roky i po zlepšení nadměrných obav. Ovšem naproti tomu pan Karel své fyzické příznaky popisoval jako: „*bolesti páteře, ramen*“ nebo paní Jana, která uváděla: „*když chodím, tak ani nepociťuju tu bolest, jak když si sednu nebo lehnu*“. Projevy úzkosti jsou tedy variabilní a mohou se v průběhu let měnit nebo zhoršovat, záleží na konkrétním jedinci.

Co se týká psychických příznaků úzkosti, udivilo mě, že u většiny respondentů se jejich stav výrazně neměnil a byl po většinu času rigidní. Někteří dotazovaní dokonce nebyli schopni ovládat svou koordinaci pohybu z důvodu psychického stavu, v němž se nacházeli, což u úzkostných poruch není až tak obvyklé. Za zmínku stojí výpověď paní Jany, která popisovala svou situaci, když chodívala každý večer od své matky domů: „*kolikrát su tak zamýšlená, že myšlenkama jsem úplně někde jinde, a jak svítí auta, tak normálně jdu po tom chodníku a cítím, jak mě to táhne až pod ty auta a jak jsou tam ty patníky, tak se vždycky zarazím a teprve se proberu. Kdyby tam opravdu ty patníky nebyly, tak já bych asi pod těma autama byla*“. Pan Josef naproti tomu uvedl, že jeho psychické příznaky ho trápily v takové míře že: „*nejsem schopný jít do práce v tomto stavu, mám stereotypní život, není moc plný radostí*“. Většina klientů uváděla, že se po psychické stránce necítí vůbec dobře. Zlom však učinil pan Petr, který jako jediný poukázal: „*jsou lepší i horší dny*“.

Když se nyní respondenti ohlédli zpět na svůj způsob léčby, bylo z rozhovorů jasně patrné, že jediná možnost, která jim pomohla s vyrovnáním se s jejich poruchou, byly medikamenty s podpůrnou psychoterapií. Pan Petr zhodnotil svůj způsob léčby jako: „*vyléčil jsem se pomocí medikamentů*“. Výjimku tvoří pouze pan Josef, který si psychoterapii doteď vede sám a tak se vyrovnává s příznaky. Psychiatrickou pomoc využil pouze na začátku své

úzkostné poruchy, kdy pro něj byla nutná hospitalizace. Sám o této skutečnosti hovoří následovně: „Zjišťoval jsem, co mě trápí, co chci změnit, co je vlastně špatně“.

6.2 Chování a prožívání v nemoci

Nyní se již dostávám k chování a prožívání nemoci u lidí, kteří prodělali úzkostnou poruchu. Je to další způsob, jak co nejlépe proniknout do stavu jedinců před nemocí a pochopit tak, jak jim pak porucha změnila život. Typické pro většinu respondentů bylo, že do doby než u nich propukla silná úzkost, byli velmi společenští a život brali, dá se říct s humorem. Jak uvedl pan Petr: „byl jsem velice společenský, beze mě nemohla být jedna párty“. Každodenní problémy řešili s nasazením a kreativitou. Tito lidé se radovali z každého dne a dokázali se pro většinu věcí nadchnout a dělat je s oblibou. Za zmínku taktéž stojí, že většina dotazovaných neměla před propuknutím nemoci žádné fyzické problémy, které by jim výrazně komplikovaly jejich zdraví, podobně jako paní Jana: „do té čtyřicítky jsem nevěděla co je to doktor“. Ovšem do té doby, dokud nenastal ten osudný den a nemoc jim rázem změnila celý život.

Porucha je zákeřná ve smyslu, že udeří ze dne na den. Člověk poté nedokáže objektivně zhodnotit danou situaci, netuší co se mu děje a proč se to děje. „Většinou takové stavy, kdy přijde člověku špatně z ničeho nic“ podotkl pan Petr. Jedinec pak tyto ataky pojímá velmi negativně, začne být jiný než dřív. Celkově se jeho pohled na život postupně mění. Vyhýbá se společnosti, přátelům, se kterými dříve trávil tolik času a začne se postupně uzavírat do svého světa, který je naplněn neustálými obavami, úzkostí a neovladatelnými stupňujícími se stavy, kdy klient není schopen své impulsy ovládat. „Díky tady tomu všemu se člověk cítí spíš vyčerpaný, nedokáže se nadchnout pro různé věci, které dřív dělal rád. Těžko hledám, aby mě něco zajímalo, nebo aby mě něco potěšilo“ zmínila paní Elena. Situace poté degradují až do takových stádií, které mohou vyvrcholit suicidálním jednáním. Jak uvedl pan Petr: „byly chvíle, kdy to nebylo úplně takové, kdy jsem si říkal, že by bylo lepší, kdy bych radši nebyl, když jsem měl ty nejhorší stavy a když jsem ještě nevěděl jak to řešit ...“. A podobné pocity zažívali i ostatní respondenti.

To jak se dotyčný cítí, často odráží to, jak se chová. U většiny dotazovaných se jejich chování výrazně změnilo po vzniklých atakách nepřiměřené úzkosti. Odmítali být ve společnosti a snažili se jí bezprostředně nějakým způsobem vyhýbat. Okolnosti, které byly pro dané respondenty vnímány jako nepříjemné, často vrcholily snahou se těmto situacím co nejvíce vzdálit z dosahu. To však mělo za následek, že se čím dál víc uzavírali do sebe.

„Když jsem byl na tom špatně psychicky, tak jsem se vyhýbal společnosti do slova a do písmene. Hledal jsem záminky proč nejít, jak se tomu vyhnout“ zmínil své chování v nemoci pan Karel.

Úzkostná porucha je charakterizována dlouhodobou záležitostí. Člověk se dané úzkosti nikdy nezbaví, nelze ji teda zcela vyléčit. Je nutné se s ní naučit sžít tak, aby klienty neomezovala a mohli dělat i věci, které sebou přinášejí i obavy. Nutností je, aby se úzkostným situacím nevyhýbali. To je prioritní základ zlepšení stavu, neboť jak uvedl pan Petr: „...dá se říct, že se toho nikdy v životě nezbavíš“. Naproti tomu názor pana Josefa na danou poruchu byl nekompromisním, kdy si nepřipouštěl žádnou možnou alternativu neustálého se sžívání s touto nemocí a jednoznačně vypověděl: „vím, že to prostě jednou skončí“.

Neopomenutelnou součástí je celkový pohled nemocného na život. Je zřejmé, že člověk pod vlivem úzkostné poruchy má zkreslené vnímání reality a nemůže objektivně zhodnotit svůj stav a situaci. Život bere jako povinnost a ne jako radost, což účastníci výzkumu jasně usoudili. Jasným příkladem může být výpověď paní Jany: „jak kdybych neměla pro co žít“. Tato odpověď jasně dokazuje, že člověk pod vlivem neléčené úzkostné poruchy má zcela jiný pohled na svět a často může daný jedinec sklouznout i do těžkých depresí, které mohou mít další zcela nepříznivý dopad na člověka. Naproti tomu pan Josef pojal svůj pohled na život následovně: „...mám vidinu dobrého života, uvědomuju si různé věci, priority, znám sám sebe a vím, co chci, to většina lidí si myslím nemá, a to mě do života opravdu hodně dá“. Je neuvěřitelné, jak jsou tyto dvě výpovědi naprosto odlišné a jak každý respondent odpovídal. Můžeme zde pozorovat určité rozdíly ve vnímání skutečnosti a očekávané budoucnosti. Naproti tomu je zřejmé, že pohled nemocného člověka na život je spíše pesimističtějšího charakteru, neboť jak uvedl pan Petr: „si člověk říká, jo mě tady nic nebaví“. Reakce jsou typické pro dané klienty, neboť úzkost přináší do života neustálé obavy z něčeho, co pro spoustu jiných lidí je zcela přirozené. To pak dotyčnému zcela znemožňuje žít „normálním“ životem bez strachu a nadměrných obav, které ho svazují a ve většině případů se promítají do všech aktivit člověka.

6.3 Současný stav jedince

Při podrobné analýze rozhovorů jsem se zaměřila na celkový současný stav mých respondentů. Zajímalo mě jejich fyzický stav, který po prodělané úzkostné poruše je narušený, a zdravotní problémy, které se nadále přenášejí, i když se dotyčný s danou poruchou dokázal sžít. Je to taková daň za to, že člověk se sám se sebou nedokázal vyrovnat. „Moje zdraví je

dost poznamenané zdravotními příznaky, které jsou z mojich úzkostných problémů...“ nastínil pan Josef. Při této výpovědi můžeme najít jasnou souvislost duševního rozpoložení a fyzického stavu. Vše souvisí se vším, aneb jak svůj současný stav zhodnotila paní Elena: *„...největší vliv na moje fyzické zdraví má moje psychické zdraví“*. Hodnocení současného zdravotního stavu byl u většiny dotazovaných pojímán velmi různě a opět zde můžeme najít zřetelné protiklady, které se v kvalitativní analýze rozhovorů objevily. Pan Karel podal následující odpověď: *„jsem spokojen se svým zdravím fyzickým“*. Obecně pak u všech účastníků výzkumu převládala poměrná spokojenost s jejich zdravotním stavem, ale většina z nich zdůraznila při hodnocení fyzického stavu svůj současný psychický stav, který se neustále měnil a měl tak vliv i na jejich fyzické zdraví. Psychické rozpoložení u respondentů mělo kolísavý charakter, který závisel na konkrétních situacích, které zrovna prožívali. Většinou se jejich psychický stav zhoršoval, pokud dotyční neměli kolem sebe své nejbližší a byli odkázáni sami na sebe, neboť jak zmínila paní Jana: *„... když ti vnuci byli jako tady, tak jsem byla taková veselejší“*. Ovšem například u pana Josefa nadále převládalo celkové negativní rozpoložení se svým psychickým stavem, který se odrážel ze stereotypu jeho života. Shrnul své pocity jednoznačně: *„mám se celkem špatně, ty úzkosti a všechny ty problémy, které mám, mě svazují natolik, že nejsem vlastně spokojený, ale jsem s tím smířený. Jsem nespokojený“*. Ačkoli si pan Josef dělá psychoterapii sám, jelikož dle mínění odborníků již není sezení nutné, je zde stále vidět, že se složitě vyrovnává se svým stavem, který ovlivňuje jeho celkovou psychickou spokojenost. Zcela odlišný přístup podal pan Karel: *„momentálně se cítím poměrně dobře“*. Pozoruhodným jevem se stává skutečnost v protipólech pocitů daných klientů, kteří prodělali úzkostnou poruchu. Můžeme zaznamenat, že většina respondentů nadále bojuje se svým stavem, který má vliv na jejich prožívání.

Ovšem nastává otázka týkající se potřeby lékařské péče. Jak je možné, že jedinec, který má negativní smýšlení o svém celkovém stavu k sobě a prodělal úzkostnou poruchu, již nepotřebuje lékařskou péči? Jak už teď víme, většina respondentů se nikdy nezbavila úzkostné poruchy, ale naučila se s ní vyrovnat. To znamená, že péče odborníků o dané pacienty končí ve chvíli, kdy si daný jedinec je schopen uvědomit realitu a nevyhýbat se situacím, které mu dříve činily značné potíže a omezovaly ho tak v jeho životě. Od chvíle, kdy je člověk schopen tuto skutečnost přijmout a sžít se svými problémy, nastává zásadní zvrat, který se odkloňuje od péče odborníků a jedinec se musí snažit sám bez pomoci druhých svou situaci zvládnout. V některých případech může pacient docházet do ambulantního zařízení pro

medikamenty, ovšem bez nároku na sezení. To znamená, že dotyčný může brát léky ještě další čas po tom, kdy sezení bylo již ukončeno, aby nedocházelo k recidivě příznaků. Samozřejmě vše pod zhodnocením psychiatra, který nadále určí konkrétní dobu užívání psychofarmak. Jak uvedla paní Elena: „*musím brát léky na to uklidnění, abych to nějakým způsobem zvládala*“. Naproti tomu pan Josef zmínil potřebu lékařské péče takto: „*Minimálně, chodím jen pro léky*“.

Co se týká schopnosti soustředění u jednotlivých respondentů, opět jsem zaznamenala výrazné rozdíly. „*Jsou prostě takové období, že se opravdu nesoustředím. Nějaký článek čtu, přijdu nakonec a neuvědomuju si, co bylo na samém začátku. Tak si to musím přečíst podruhé. Když se dívám s mojíma na zprávy, tak prostě hledím na to a ani nezareaguju co tam jako bylo*“, nastínila paní Jana. Podobnou odpověď zmínil i pan Josef: „*...něco si namluvím do podvědomí a toto mě nutí neustále na to myslet, dokud to nesplním. Takže to mě dělá docela poruchy soustředění. Soustředění je katastrofální*“. Dokonce i u paní Eleny jsem zaznamenala výrazné poruchy soustředění: „*soustředění je dost se značnou námahou. Se soustředěním je to horší*“. Opakem však byly výpovědi pana Petra a pana Karla, kde jejich výpovědi shrnují již společně, byly následující: „*Na práci to ano. Ale tak vcelku ano.*“, „*Musím se dokázat soustředit.*“ Ke změně v soustředění tedy nepochybně došlo u většiny klientů, u kterých tato schopnost byla velmi nízká, a nedokázali se plně zaměřit na různé činnosti, což opět ovlivnilo jejich celkový postoj k sobě samému.

Způsob života u lidí, kteří si prošli úzkostnými poruchami, se rapidně změní. Změny jsou vyvolány minulými zážitky, které dotyčný zažil během svého onemocnění a na které má stále negativní myšlenky, jež jsou zakořeněny uvnitř podvědomí. Tito lidé se většinou rozmyšlejí nad různými činnostmi, nad situacemi, které jsou pro ně určitým způsobem nepřijemné, ale musejí je překonat. Takové situace v životě jedince velmi pěkně vystihl pan Petr: „*Někdy je to nebo často je to výzva, kdy samozřejmě člověk má ty myšlenky „nebude mi tam špatně“ nebo tak, ale nesmí se tomu vyhýbat. Takže to sám ví, že se tomu nesmí vyhýbat, proto bojuju spíš za to, abych si hledal takovéto věci, abych je vyhledával. Člověk si rozmyslí, jestli půjde do kina, jestli může tam do té společnosti nebo tam na tu diskotéku, že. Jestli mu tam z toho nebude špatně, jak se tam bude cítit.*“ Je zřejmé, že spokojenost se způsobem života je v mnohých případech narušena a pramení z problémů, se kterými se klienti potýkali. Většina respondentů zaujímal zcela jiný postoj ke svému životu a objevovaly se zde výrazné protiklady, kdy například paní Elena uvedla: „*cítíte se taková špatná*“ a má neustálé tendence i teď se některý pro ni velmi nepříjemným situacím vyhýbat:

„nebylo mě tam dobře, tak jsem musela odejít, taky to nedopadlo dobře“. Zautomatizované myšlenky tedy paní Eleny opět dohnaly k tomu, že se začala stranit jevům, které ji dělají problémy. Zcela jiný postoj zaujal pan Karel, který poukázal na skutečnost, že sice: „je to rozmanité. Když jdu někam na návštěvu, nebo se tady zastaví děcka, tak je to lepší, ale pokud su tady celý týden sám, je to horší.“ Zde můžeme zaznamenat viditelný důkaz toho, že s duševním rozpoložením se respondenti vyrovnávají hůře, pokud jsou na své problémy sami, stejně takto to cítí i paní Elena nebo paní Jana, která se nyní necítí moc dobře od doby odchodu jejich dětí a vnoučat. Naopak lidé, kteří po svém boku mají někoho, o koho se mohou opřít, vidí svůj život jako novou výzvu, kterou musí využít a s kterou jsou spokojeni. Na tuto skutečnost poukázal pan Petr: „život mě určitě těší, mě těší a docela hodně.“

Z hlediska hodnocení současného stavu dotazovaných se většina z nich shodla na skutečnosti, že neustále musejí na svém celkovém stavu pořádně pracovat a snažit se jít do všech situací naplno. Pan Petr například řekl: „poslední půl roku na tom hodně pracuju a snažím se srovnat si ten společenský život nějakým způsobem. Nechtělo se mi nikam a teď se nějakým způsobem snažím dostat do nějakýho toho života, kdy hledám společnost, vyhledávám prostě jakékoliv aktivity, zejména se svojí přítelkyní. Nevyhýbám se takovým věcem, jako jsou diskotéky, i když to není moje jako kafe.“ Podobný náhled na svůj současný stav uvedl i pan Josef, který poukázal na to, že má nyní vše více pod kontrolou: „si vedu psychoterapii sám. Mám přehled v jakém stavu to je, nebo kolik času k tomu budu zhruba potřebovat. Já si všímám podnětů, píšu si to, vyvozuju důsledky, s čím se mám vyrovnat a co je jádro problému. Takhle zjišťuju celou spoustu věcí. V dnešní době už polovinu příznaků nemám. Dělam to každý den a pořád a zapisuju si to a dělám si v tom pořádek. I když se objevují další podněty, většina z nich se nevrací.“ Opakem však byla tvrzení paní Eleny, která tuto skutečnost pojala následovně: „chybí mi klid a vyrovnání“ postěžovala si. Paní Jana okomentovala svůj současný stav takto: „Co jsem dělala dřív hodinu, tak včil dělám dvě – tři hodiny“. Když tedy celkově shrnu současný stav klientů, můžeme pozorovat výraznou snahu k tomu, aby se jejich stav nevrátil do původních kolejí. Snaží se na sobě pracovat a bojovat za to, aby mohli žít jako normální lidé s běžnými problémy, i když se pořád objevují i ty tendence, kdy se člověk někdy vrací do pocitů strachu a úzkosti. „Někdy když je horší týden, tak se mi třeba vracejí takové ty špatné myšlenky. Samozřejmě, že je to takový ten momentální stav myslí, který přejde po vyspání třeba“ zakončuje své tvrzení pan Petr.

6.4 Každodenní život jedince

Nyní se dostávám ke každodennímu životu respondentů, kteří se celkově snaží zapojit do běžného života jako druzí lidé. Je to další důležitý krok k porozumění problematice u lidí, kteří touto poruchou prošli a snaží se nadále svůj život nějakým způsobem prožít. U klientů bylo patrné, že fungovat v běžném životě jim nedělalo výraznější problémy, neboť jak uvedl pan Petr: „...dá se říct, že jsem schopný fungovat tak, aby nikdo nepoznal, že nějaký takový ten problém mám, pokud se na mě vyloženě nesoustředí.“ Typické to bylo i pro pana Karla: „cítím se normálně, dobře. Jak po pracovní stránce tak po nepracovní.“ Podobný názor měl i pan Josef, který zdůraznil, že: „ted' už je to celkem dobré.“ Největší problémy jsem však zaznamenala u paní Eleny, která se velmi obtížně zapojovala do života a každodenních všedních starostí. Naproti tomu u paní Jany bylo zřejmé, že ačkoli se snaží nějak fungovat v běžném životě, tak pouze se značnou námahou, neboť jak uvedla: „musím, nic jiného mi nezbývá.“

To, jak člověk zvládá své povinnosti a starosti závisí i na jeho energii, kterou je schopen vynaložit. Je známo, že úzkostné poruchy obecně jedince unavují, jelikož se soustředí neustále na své pocity strachu a tím své tělo zbavuje potřebné energie. „Člověk se neustále vyčerpává snášením tady těchto poruch a cítí se takový vyčerpaný a je to špatné“ popsala paní Elena. Podobně se cítil i pan Josef: „moje já už je natolik vyčerpané tím vším, že se radši snažím úplně všude ušetřit tu energii. Pokud to není pro mě nutné, tak to radši neudělám.“ U dotazovaných, kteří si tímto onemocněním prošli a prakticky i nadále procházejí, je důležité, aby si svou energii znovu nějakým způsobem načerpali. Je tedy vhodné zvolit si takový způsob odpočinku, který zmobilizuje veškerou energii nezbytnou k provádění povinností a úkonů, které jedince provázejí po celý den.

Odpočinek je hlavní součástí k odreagování se a celkové relaxaci člověka k načerpání nezbytných sil. Pokud jedinec málo odpočívá, snadno dochází k podrážděnosti, oslabení organismu a celkově nižšímu výkonu. To především platí i u lidí, kteří prošli úzkostnou poruchou, která má na organismus neblahý vliv v tom smyslu, že tělo vyčerpává neadekvátním způsobem a to často i po tom, co byla léčba ukončena. Proto je velmi důležité, aby si člověk našel svou relaxační techniku, při které si odpočine a zároveň své tělo uvolní od všech negativních jevů a myšlenek. Rozdílnost ve způsobu odpočinku jsem zaznamenala i u svých respondentů, kteří si pod tímto pojmem představovali naprosto odlišné formy relaxace. Pan Petr vypověděl: „nedá se říct, že bych nějakým způsobem relaxoval jen jedním,

jo, já někdy mi stačí si prostě zajít na internet nebo něco si přečíst, takže si přečtu, někdy mi pomůže televize a někdy třeba zajdu ke koním. Takže tady tyhle věci. Opravdu se nedá říct, že bych vyloženě na něčem lpěl.“ Zde si můžeme povšimnout variabilnosti zájmů u daného klienta, který se snaží načerpat svou energii mnohými způsoby a aktivně tak využít svůj čas. Naproti tomu paní Jana využívá svůj způsob odpočinku velmi pasivně, jelikož nedokáže načerpat síly jiným způsobem. Jak uvedla: *„lehnu si a dívám se na televizi, dívám se do novin.“* I paní Elena zmínila, jak načerpává své síly, ovšem pokud jí to její psychický stav dovolí: *„v létě se snažím prací na zahrádce relaxovat, pokud se cítím dobře, tak něco přečíst. V zimě ráda lyžuju.“* Opět jsem zde zaznamenala, že paní Elena se stále zabývá svým stavem a neustále se nad ním zamýšlí při jakýchkoliv činnostech i aktivitách ve svém volném času. Nedokáže se vyprostit z obav, a proto se pořád cítí nadměrně vyčerpaná. Často očekává situace typu jako - *„bude mi špatně, a proto nepůjdu na zahradu“* a nedokáže tak věci naplánovat dopředu. Řídí se často svým stavem, což je pro vyrovnání se s danou poruchou zcela špatným příkladem. Tím pádem nedokáže adekvátním způsobem relaxovat a načerpat tak síly. Zcela odlišný postoj zaujímá pan Karel: *„...hlavně pořád něco dělat...“* zmínil. Zde můžeme vidět, že se respondent snaží různými činnostmi zpestřit svůj život, povzbudit svou energii, ale především nedovolit svému já, aby mělo čas se zaobírat samo sebou. Důležité je, aby se člověk naučil využívat své možnosti a schopnosti k danému způsobu odpočinku. Což znamená, že jedinec by měl stále něco dělat, aby ho daná aktivita co nejvíce zabavila. Protože pokud se jeho způsob odpočinku bude odvíjet pouze pasivním způsobem, je velké riziko, že úzkostná porucha znovu může udeřit, jelikož se člověk soustředí na své pocity a problémy, ačkoli si to třeba ani neuvědomuje, což pak opět může vést k bludnému kruhu úzkostných poruch.

Se způsobem odpočinku tedy úzce souvisí i způsob trávení volného času. U svých klientů jsem opět zaznamenala, že většina z nich nedokáže být sama a potřebují k sobě někoho, s kým by tento svůj volný čas mohli využít. Jak uvedl pan Petr: *„můj volný čas se odvíjí od toho, že když skončí přítelkyně v práci, tak se sejdeme a vymyslíme nějakou tu aktivitu, někdy je to kino, často to teď bývá výlet ke koním, koně jsou náš takový společný koníček. Sportovní aktivity veškeré. Nejraději svůj volný čas trávím s přítelkyní.“* I paní Elena zmínila, že potřebuje svůj volný čas trávit s někým, o koho by se mohla opřít: *„nejraději trávím se svými vnoučaty, dětmi, návštěvou rodiny.“* Můžeme zde spatřit shody ve smyslu obav ze samoty, což bylo podobné u všech účastníků výzkumu, neboť jak uvedl i pan Josef: *„...nabídka volnočasových aktivit je jedině v Luise. To je jediná nabídka, která se mi nabí-*

zí, a já si myslím, že když můžu, tak tam jdu. Jsou tam lidi, děláme tam spolu nějakou práci – třeba každé pondělí vaříme. V Luise je jedna sociální pracovnice, ona je příjemná, rozumíme si. Jsem rád, že tam je.“ I paní Jana vypověděla, že: „...když mám nervy úplně na dranc, tak musím do obchodu a v těch obchodech chodit po regálu, aniž bych třeba něco kupovala, tak su tam zalezlá...“ opět je zde patrná potřeba sounáležitosti být s ostatními lidmi, i když poněkud odlišným způsobem na rozdíl od ostatních klientů. Podobnou potřebu vypověděl i pan Karel: „nejradši bych ho strávil se svojí přítelkyní.“

Když se zamyslíme nad tím, co nám respondenti vypověděli, dalo by se říct, že vyhledávají společnost. Zda však využívají i nabídku společenských aktivit, to se pokusím vystihnout nyní. Ačkoli se všichni dotazovaní zmínili o tom, že vyhledávají společnost druhých lidí, společenské aktivity někteří z nich určitým způsobem nevyhledávali, což je velmi zajímavé. Například paní Elena: „Účastním se velmi málo. Jenom když je něco vyjimečného. Kolem těch Vánoc byly nějaké vánoční koncerty, šla jsem do kina“. Odtud však musela náhle odejít z důvodu strachu z velkého množství lidí. I pan Karel uvedl: „Na výstavy nechodím, do divadla taky ne. Velice málo. Jedině těch plesů.“ Faktem se tedy stává, že ačkoli touží po souznění s druhými lidmi a potřebují vedle sebe neustále někoho, společenských aktivit se dotazovaní účastní velmi málo. Naproti tomu i pan Josef preferuje spíše uzavřenou společnost, kdy zmínil: „klub Luisa je to asi jediný způsob společenských aktivit, kterých se účastním. Jako hrajem tam karty, pexeso a takové hry.“ Jediný pan Petr využívá společenské aktivity adekvátním způsobem. Jak sám hovoří: „jako každý člověk si rád odpočinu u moře v létě a tak podobně, dřív jsem jezdil na motorce, tak to byla moje největší záliba Sportovní aktivity, chodím hrát squash, kolečkové brusle, hodně jsem cvičil jednu dobu.“ Můžeme zde zaznamenat, že pan Petr smysluplně využívá a především efektivně vyplňuje svůj odpočinkový čas, aby se neustále zaměstnával různými činnostmi a nemohl tak myslet na své problémy. Zatímco předešlí respondenti svůj volný čas nijak zvlášť aktivně nevyužívali a jejich celkové zapojení do různých společenských aktivit bylo poměrně na nízké úrovni.

6.5 Společenský a rodinný život

Všechny typy úzkostných poruch mají jedno společné – a to, že své postižené touto nemocí naprosto vyčlení ze společnosti a kontaktů jak s druhými lidmi, tak i s těmi nejbližšími. Lidé se straní, mají obavy, ale nedokážou si vysvětlit, z čeho úzkosti pramení. To jsem také zjistila i u svých respondentů, kteří v průběhu své nepřiměřené úzkosti přišli o přátele

a veškeré kontakty s okolím. „*Nechci říct, že by nebyl, ale byl velice omezený po dobu té mojí nemoci. Byl to problém.*“ tak hovoří pan Petr o svém společenském životě v nemoci. Nejen však samotní klienti se vyhýbali společnosti. Druzí lidé taktéž zpozorovali, že s dotyčnými jedinci není něco v pořádku. Člověk pod vlivem poruchy nedokáže objektivně zhodnotit situaci, je uzavřený, mívá časté ataky spojené s nevolností nebo strachem ze smrti. V takových situacích prudkého záchvatu je daný jedinec vystaven takovému vnitřnímu tlaku, že jej není schopen ovládat a poté to mezi zdravými lidmi vyvolává značné rozpaky. Jak uvedl pan Josef: „*Ve škole se mi většinou lidé stranili, protože mi bylo špatně, chtělo se mi zvracet a nepřinášel jsem nic do té společnosti, tak oni se se mnou nebavili. Já jsem je sice chápal, ale vadilo mi to a nemohl jsem s tím jaksi nic dělat.*“ Přístup ostatních k dotyčnému mě osobně udivil. Přece když se jeden necítí dobře, snažíme se mu určitým způsobem pomoci a ne se stranit nebo ho samotného vyčleňovat z kolektivu. Jsme opravdu tak povrchní a sobečtí? Podle rozhovoru s panem Josefem jsem pochopila, že pokud se člověk něčím vymyká od ostatních, způsobuje to problémy a to takové, že vás druzí nepřijmou a to ani v případě, že jste dříve mohli být dobrými přáteli. Nejsmutnější je však fakt, že s tím se nepotýkáme jen u adolescentní mládeže, ale především i u dospělých, kteří by snad měli mít pochopení. Jak však vyplynulo z většiny rozhovorů mých účastníků výzkumu, musím konstatovat, že společnost nemá pro takové lidi pochopení a snaží se jim různým způsobem stranit, pokud se však nemocný nezačne vyčleňovat z kolektivu ještě dříve, než to za něj udělají druzí.

Ovšem co se týká společenského života v současnosti, kdy u respondentů proběhlo adekvátní léčení, tak se postoj některých z nich ke společnosti změnil ať již k lepšímu nebo horšímu. Jak podotkl pan Petr: „*Jako každý hledám, hledám něco, co by mě naplnilo víc, než mi dává tady to okolí, protože přiznejme si, žijeme tady v takovém kraji, který je tak trochu zapomenutý a nějaké to kulturní vyžití pro ty mladší je tady opravdu velice strohé. Dá se tu zajít sem tam na nějakou tu diskotéku v okolí, sem tam se dá jít na ples, který je někdy lepší, někdy horší, většinou jsou to jeden, dva plesy do roku. Jinak ten výhled, ten mám velice omezený.*“ Z rozhovoru vyplývá, že se pan Petr účastní různých společenských aktivit, které místo jeho bydliště nabízí. Můžeme si zde také povšimnout neustálé snahy pana Petra začleňovat se do různých akcí, vyhledávat je, ale především se jim nevyhýbat. Naproti tomu pan Karel je k dnešnímu společenskému životu více skeptický a nemá ani větší zájem nějaké akce navštěvovat, neboť jak sám uvedl: „*Zvykl jsem si na to, nechodím nikde nebo tak. To je prostě aj taková povaha lidská.*“ Z odpovědi výrazně vyplynulo, že

po dobu jeho poruchy si pan Karel odvykl na život mezi druhými lidmi a nyní v současnosti po prodělané nemoci se již nezapojuje do žádných společenských aktivit, ačkoli se cítí osamocený a chtěl by to změnit. I paní Jana není spokojena, ale je především závislá na svém manželovi, kterého prý podle ní žádná společnost nezajímá. Sama svou pasivní účast odůvodnila jako: „*To je úplná katastrofa, můj muž ten na žádné akce není...nechodím ani třeba na plesy, vůbec.*“ Z její výpovědi byla patrná snaha se začlenit do společenského života, ale pouze za účasti manžela, který však kontakty s okolím odmítá. U paní Eleny je problém poněkud jiného rázu, protože její nezájem pramení z jejího celkového naladění a strachu z toho, že se bude vše špatné, co se jí ve společnosti během neléčebného stavu událo, opakovat a vracet. „*Vyhýbám se tomu. Přátel ubylo kvůli tady tomu všemu přetížení, jsem jako i marodila, a tím, že je člověk prostě takový uzavřenější...*“ uvedla paní Elena. Zde jsem pochopila, že paní Elena se stále nemůže přenést přes svou úzkostnou poruchu a vyhýbá se situacím, které jsou pro překonání tohoto stavu rozhodujícími faktory. Nadále u ní převládá strach spojený s úzkostí ze situací očekávaných i nenadálých.

Když se nyní zaměříme na přátelské vztahy s přáteli či okolím, dojdeme k zajímavému faktu. U většiny dotazovaných jsem zaznamenala, že přátelství nepreferují a někteří z nich ho považují jako přítěž, což mě především udivilo u pana Petra, který se snaží co možná nejvíce začlenit se do společnosti a celkového společenského života. Sám tuto skutečnost vysvětlil jako: „*S přáteli to mám velice těžké, spoustu lidí jsem nějakým způsobem sám vyčlenil ze svého okruhu přátel. Přátelé jsme měli, když jsme byli hodně malí, to jsme byli přáteli, teď už jsou všichni jenom známí. Známých jsou stovky.*“ Naopak pan Karel naproti tomu, že nemá zájem účastnit se na společenském životě, uvedl: „*To mám dost. V práci taky, to mám kamarádů, hromadu.*“ Docela mě jeho tvrzení překvapilo vzhledem k tomu, že se jevil i podle výpovědí a jeho názorů na život spíše jako samotářský typ. Paní Jana své přátelské vztahy komentuje jako: „*S těma mladýma už sa nehodím, ale tož zase když potřebuju, tak si tam jdu postěžovat. Jedna paní je ve věku mojí matky, tak byla včil v nemocnici, tak dvakrát jsem tam byla ji navštívit. Jezdím tak za něma.*“ Podobně to viděl i pan Josef: „*Když nepočítám klub Luisa, tak jeden, dva až tři a to jenom někdy, protože ani není čas. A v klubu jsou lidi, kterých je asi deset, možná až dvanáct*“ hovořil. Avšak zaznamenal i skutečnost, že vzhledem k jeho dřívějším atakám se nemohl více sblížit s více lidmi než v klubu Luisa, neboť sám tuto situaci viděl především v tom, že když mu bývalo špatně, druzí jej odmítali. Nyní by našel rád cestu k tomu, aby se mohl poznat a seznámit se i s jinými lidmi než v Luise a snaží se na této skutečnosti určitým způsobem pracovat.

Pokud bychom hodnotili přátelské vztahy u většiny respondentů, byly jejich odpovědi na tuto skutečnost kladné. Jak sám pan Karel zmínil: „*Dobré, to jsem jako zapadl dobře. Nemám žádné nějaké takové, co by mě vyloženě proklínali.*“ Podobné odpovědi byli u většiny klientů až na pana Petra, podle kterého takové to ryzí přátelství neexistuje. Svě známé charakterizoval takto: „*Někteří jsou lepší známí, někteří jsou horší známí, ale vyloženě že bych měl přitele, tak to nemám. Dalo by se uvažovat o pár lidech, o kterých by se dalo říct, že jsou fakt přátelé, ale oni stejně někdy nebo většinou to dopadá tak, že jsou přáteli týden a potom třeba zklamou toho člověka. Dá se říct, že když jsem ve společnosti lidí, které mám rád, tak s nima mám dobré vztahy....*“ Z výpovědi je tak patrné, že ačkoli pan Petr zastává takový názor na přátelství, své vztahy s ostatními lidmi hodnotí kladně bez nějakých anti-patií. Naproti tomu pan Josef není se svými přáteli z klubu Luisa, který navštěvuje, tak zcela spokojen a říká o nich, že: „*Nejsou nějak extra kvalitní lidé, proto jak se chovají. Když už mě není tak špatně, tak je to mnohem lepší.*“ Nyní to již bere z pohledu zlepšení svého psychického stavu, kde sleduje různé odchylky u lidí, kteří mají různé duševní poruchy v daném klubu. Ale scházení se s těmito lidmi mu pomáhá postavit se na vlastní nohy a utvrzuje ho to v tom, že je schopen svůj stav již ovládat a proto spatřuje i zlepšení k pochopení jich samotných. Vždyť před nějakým časem mu taktéž nebylo nejlépe a choval se podobně jako tito lidé co klub Luisa navštěvují. Ani paní Jana nemá vyloženě problém s nikým v okolí, ale především si více rozumí s těmi staršími, kteří jsou tak v jejím věku ba dokonce starší, zatímco vztahy s mladšími lidmi nejsou podle ní tak ideální.

Rodinný život je další neopomenutelnou částí, která dotazované ovlivňovala a nadále ovlivňuje. Z rozhovorů s mými klienty vyplynulo, že v rodině i manželství jsou výrazné problémy. Hovořilo se jim o této rodinné situaci těžce, ale zároveň bylo patrné, že se o svých různých strastech dokážou podělit i s neznámým člověkem, kterým jsem pro ně byla právě já. Paní Elena je v manželství nešťastná, o svých nepříjemných pocitech svému muži ani svým dětem neřekla a nechávala si vše pro sebe. Domnívala se, že by její nemoci manžel využíval ke svému prospěchu. Manželství je pro ni utrpení, svého druhu nemůže vystát, ale taktéž od něj nemůže odejít z důvodu strachu ze samoty. Jak ale sama hodnotí svou rodinnou situaci, to můžeme zaznamenat následovně: „*S manželem si velmi špatně rozumím, má dost takovou agresivní povahu, z dětí mám poměrně radost. Je to taková jediná radost, která mě drží a žije i maminka i můj bratr, kterým se snažím věnovat. Vztahy mezi manželem a mnou nejsou moc dobré, přestáváme si rozumět. S dětmi mám vztahy poměrně dobré i se sourozencem.*“ Paní Elena se upíná co nejvíce k dětem, své matce a ke svému

bratrovi, ve kterých nachází důvěru a porozumění. Od manžela se distancuje a nedokáže s ním být dokonce v jedné místnosti, rozvod však podle ní nepřichází v úvahu. Naproti tomu pan Karel se cítí opuštěný a samota je pro něj ubíjející, má sice děti, ale moc se s nimi nestýká. Jak sám tvrdí: *„Bývám tady sám. Někdy dojde dcera, když něco potřebuje. Syn tu chodil, pokud tady býval v Bojkovicích, ale je ve Veselí, má tam přítelkyni, čekají rodinu, takže už velice málo. Moja přítelkyně tu je tak půl dne v týdnu. Já su prostě rozvedený, u mladé je to vypočítavost, syn už bývá dál, ale s ním mám dobré zkušenosti.“* Paní Jana se naopak domnívá, že její děti jsou na ni až příliš fixované, což částečně vyplývá i z negativního vztahu k jejich otci, jelikož měl problémy s alkoholem a byl nucený podstoupit i léčbu. *„...tato třetí ta by mě vlezla až na hlavu. Navíc odmalička viděly, že jako je v tom, sem tam podnapilém stavu“* popsala paní Jana svou nelehkou situaci v rodině, která tak na její psychiku měla velký dopad. Naproti tomu pan Petr svou situaci v rodině pojímá jako zlepšení a určité dosáhnutí harmonie s rodinnými příslušníky, ačkoli se s nimi moc nestýká, je přesvědčen, že se jejich vztahy určitým způsobem zlepšily. *„Tam je to trošku strohý, samozřejmě, že s nima mám vztah velice dobrý, dá se říct, že čím jsem starší, tím je to lepší.“* hovoří. Pan Josef svou situaci v rodině hodnotil následovně: *„Bydlím doma jen s mamkou. My se vidíme jenom v nedělu s rodinou, kdy se sejdem u babičky, tam si dáme oběd a povídáme, co bylo a tak. No a pak třeba za dvě, tři hodiny se rozejdeme. Mamka se s babičkou moc nebaví, ani s dědou, jenom s tetou. Ona je vůbec taková, že se straní rodiny. Já mám ke všem takový vcelku dobrý.“* Situace v rodině je tedy velmi disharmonická a působí tak nepříznivě i na pana Josefa, který tyto vztahy vnímá jako negativní. Jeho matka je podle něj vztahovačná a vyvolává konflikty. V rodině se cítí osamocенý a pravidelné scházení u babičky je pro něj rodinným rituálem, bez kterého by se již neobešel. Přál by si však, aby i jeho matka našla cestu k dalším členům rodiny a všichni se tak mohli stýkat. Ovšem to podle pana Josefa není možné.

Když se nyní zaměříme, s kým si účastníci výzkumu nejvíce rozumí a ke komu mají blíže, zjistíme, že odpovědi byli variabilní a mnozí se ani nerozmýšleli nad tím, kdo je pro ně ten nejbližší. *„Nejvíce si rozumím s maminkou“* podotkla paní Elena a do očí se jí nahrnuly slzy. Je to vcelku pochopitelné, neboť s ní tráví většinu času a může jí cokoliv říct, ačkoli prý dříve tak dobrý vztah jako nyní neměly. *„Nejvíce si rozumím se svojí přítelkyní, určitě s mým dědou, který se nám vždycky věnoval mě i mojemu bratrovi odmalička“* hodnotí svůj vztah pan Petr. Podle něj byl jeho dědeček něco jako otec, protože jeho rodiče neměli čas a většinou ho vychovával právě on. Pan Josef žije v domácnosti jen s maminkou, avšak s ní

si moc nerozumí. „*S bratránkem a babičkou*“ tak mluví o lidech, se kterými si v životě nejvíce rozumí a podle něj mají zdravý náhled na různé situace a nevyvolávají konflikty. Paní Jana má nejbližší vztah k dětem, neboť jak zdůrazňuje: „*děcka víc tíhnou ke mně jak k tomu tatovi.*“ Nejvíce si však ale rozumí „*asi se synem*“ podotkne. „*S každým a v něčem jenom. Mám přítelkyni, tak asi s ní*“ tak hodnotí svůj nejbližší vztah pan Karel, který by se svou přítelkyní chtěl trávit co nejvíce času a začíná být na ní určitým způsobem fixován. Jelikož jak jsme se dozvěděli výše, žije sám a to má negativní dopad na jeho psychiku.

6.6 Pracovní život a finance

Co se týká zaměstnání respondentů, paní Elena i paní Jana nepracovaly, byly v invalidním důchodě a pan Josef pracoval jen na částečný úvazek. Ovšem co se zbylých klientů týče, byli v pracovním procesu víceméně spokojeni. Pan Josef hodnotil své zaměstnání takto: „*Mě toto zaměstnání opravdu vyhovuje. Když udělám chybu, tak udělám chybu, nic se nestane. Mě nikdo nekontroluje, mám tu volnost.*“ Přivydělává si roznášením novin a letáků, což ho baví a není to pro něj nijak psychicky náročné. Naproti tomu pan Petr má dost náročné povolání, u kterého dochází k dosti velkému psychickému vypětí, pracuje totiž jako stavební projektant. Toto zaměstnání je podle jeho slov dosti náročné na soustředění a celkovou jeho pohotovost, která musí být maximálně využita ku prospěchu dané práce. Co se však týká jeho spokojenosti s tímto druhem kariéry, hodnotí ji ze svého pohledu tímto způsobem: „*Spokojen. Já většinou pracuju sám s kolegou v kanceláři a dá se říct, že dlouho jsem dělal úplně sám. Takže jsem teď vděčný za nějaký kolektiv, určitě. Já mám takové volné povolání. Nejsem vyloženě zavřený v kanceláři, ale chodím po terénu, poměřuju domy a dělám různé jiné věci ohledně té stavařiny.*“ Můžeme zde spatřit spokojenost s daným zaměstnáním jak u pana Josefa, tak pana Petra, ačkoli každé z nich mělo jinou úlohu a ubíralo se jiným směrem. Co je zajímavým faktem, pan Josef byl spokojen s volností a relativním klidem při své práci, kde může být sám svým pánem. Naproti tomu pan Petr preferuje spíše náročnější povolání, kde nesmí chybět nějaký pracovní kolektiv, který je podle něj velmi důležitý, neboť jak sám řekl: „*Mám rád pracovní kolektiv, určitě je to lepší.*“ Podle jeho tvrzení je pracovní kolektiv rozhodující faktor při hodnocení zaměstnání, což u pana Josefa tak není. I pan Karel neměl ke své pracovní kariéře nějaké výhrady, ale byl relativně spokojený. „*To беру, to mě baví. Lepší je mě v práci, jak tady*“ hodnotí situaci pan Karel. V zaměstnání se totiž necítí tak sám, je mezi přáteli a tento druh

činnosti ho relativně baví, jen je to však dosti fyzicky náročné a to se poté odráží do jeho celkového fyzického zdraví, což ho do jisté míry trochu rozladuje.

S hodnocením zaměstnání úzce souvisí i pracovní výkon dotazovaných. Je důležitý pro zjištění toho, jak sami klienti zvládají svou práci a jak jsou schopni flexibilně reagovat na vzniklé změny, které mohou nastat. Když se vrátíme k paní Eleně, která je pár měsíců v invalidním důchodu, dospějeme k tomu, že její předešlé zaměstnání bylo dosti psychické náročné a to se taktéž podepsalo na jejím duševním stavu. Jak sama uvedla: *„Atmosféra pod tlakem, krátké termíny, co nejvíce práce, dělalo se do večera, celý den. Muselo být všechno hotové, mimořádné situace byly na denním pořádku.“* Paní Elena pracovala v jedné větší reklamní společnosti jako účetní. Podle jejího vyprávění byla velmi spolehlivá, vše zvládala s výbornými výsledky a nedávala prostor ničemu jinému jak své práci. Byla tak perfekcionistická, že jí to po čase začalo zcela unavovat. Velký stres, který na ni působil delší dobu, měl za následek, že se paní Elena sesypala z náročnosti života a nebyla schopna se znovu vrátit do pracovního procesu. I když podle jejích slov daná reklamní společnost přišla o jednoho z nejspolehlivějších zaměstnanců. Ale jak to tak bývá, nikdo není nenahraditelný a firma si našla po jejím odchodu dalšího člena do týmu. Ovšem paní Eleně újmy na duševní odolnosti zůstaly a nadále s nimi bojuje. Opakem může být pan Petr, který vyhledává náročné pracovní situace, aby se tak mohl v co nejvyšší možné míře rozvíjet a být tak spokojen s tím, co dělá. *„Jeden den je to dobré, kdy si jako večer pográtuluju, dneska jsi toho zvládl dost a druhý den je to o to horší. Taková klasika, sinusoida, kdy to jde líp – kdy člověk má chuť pracovat a někdy prostě jsou v okolí různé rušivé elementy, které prostě člověku pracovat nedovolí, i kdyby chtěl. Ale když se nutí pracovat, tak to většinou stojí za houby, ta práce je pak výsledek“* hodnotí svůj pracovní výkon pan Petr, který je na sebe z mého pohledu tak trochu přísný, neboť je pochopitelné, že horší dny se týkají nás všech a není to tedy nic špatného, co by člověku ubíralo na jeho kvalitách. Pan Karel naopak svou pracovitost hodnotí jako neomylnou a vždy perfektní, to však na mě působí mírně egocentricky. Neboť jak sám zdůrazňuje: *„stíhám všechno“*, což je trošku nadhodnocující pojem. *„Ujde to“* tak hodnotí svůj výkon pan Josef, který určité problémy připouští, ale celkově je se sebou relativně spokojen.

Pracovní vztahy jsou další důležitou součástí, která má vliv na celkové rozpoložení jedince a jeho vztah k pracovnímu procesu. Podle výpovědí účastníků výzkumu bylo zřejmé, že většina z nich neměla problém jak s nadřízenými, podřízenými tak s kolegy, i když samozřejmě nějaké menší neshody sem tam nastaly. Avšak nebyly důvodem k tomu, aby něja-

kým rapidním způsobem znepríjemňovaly respondentům život. Jak uvádí pan Petr o svém pracovním kolektivu: „*S kolegou si myslím, že si rozumím velice dobře*“ ovšem taktéž následně dodává: „*Není to takový úplně přátelský vztah. Dřív to nebylo takhle, dřív to bylo i přátelské, dneska je to takové, že už spolu vedeme i ten obchodní vztah. Takže ta cesta je trochu složitější, máme takové to mezi sebou, že si rozumět musíme, jinak spolupracovat nemůžeme. Pokud jsem v kanceláři, tak když není pracovní ticho, tak je nálada většinou dobrá. Snažíme se určitě nějakým způsobem si zpříjemnit ten den, říct nějaký ten smysl na pobavení. Nikdo nechce nějakým způsobem zarputile sedět a mít vrásky na čele.*“ Pan Petr se tedy snaží, aby atmosféra byla spíše harmonická, i když dodává, že to přátelství v pravém slova smyslu není. Podle něj je důležité vytvořit na pracovišti pozitivní naladění, jelikož by pak celková spolupráce neměla žádný smysl. Naproti tomu pan Karel je trochu razantnějším zaměstnancem a ke svému zaměstnavateli má vcelku benevolentní vztah, který vyplývá i z toho, že se mu nebojí říct svůj názor a napomenout ho. „*Třeba jsem zprdl mistra, protože mně řekl nějakou blbost, tak jsem ho zprdl já*“ tak zhodnotil svůj vztah s nadřízeným pan Karel, který nesnese nespravedlnost a špatně namířenou kritiku. Nebojí se ohradit svému mistrovi, který dělá taktéž chyby. Pan Karel si nenechá nic líbit, což poukazuje i na jeho zvýšené sebevědomí, které v průběhu jeho poruchy bylo sníženo, jak jsem se dozvěděla. Co se týká vztahů s kolegy, to pan Karel nastínil následovně: „*Už se to trošku hloučkují. Ženské sú zvlášť, my jsme zvlášť – strojaři. Už je to trošku rozhádané.*“ Jinak nějaké větší problémy v práci nenachází a se svými kolegy si rozumí dobře. Vždy zdůrazňoval to, že se do práce těší za svými přáteli, jelikož samota na něj nepůsobí dobře. To však paní Elena na své nadřízené v dřívějším zaměstnání nemohla dopustit, a když se u ní projevovaly náznaky úzkostné poruchy, tak ji velmi podporovali. Jak sama říká, měla: „*Poměrně dobré vztahy i se svými nadřízenými, kteří mě potom maximálně vycházeli vstříc.*“ Týkalo se to především takových situací, kdy paní Eleně bylo špatně, nemohla ubýt sama na pracovišti, nedokázala se soustředit a dělat svou práci kvalitně, ačkoli byla velmi precizní a všechny úkoly plnila dokonale. I paní Jana, která je taktéž nyní v invalidním důchodě vzpomíná na svůj pracovní kolektiv následovně: „*Tam jsme si rozuměli. Byla jsem tam mezi samýma chlapama, takže jsem měla jako to štěstí. Byla jsem starší jak můj nadřízený a velice mě potřeboval. Takže když něco přišlo, tak jsem ho kolikrát poslala i kamsi.*“ Paní Jana byla před propuknutím poruchy svérázná a nebála se prosadit svůj názor. Nyní by si prý již netroufla se tak k někomu chovat, jelikož na to nemá odvalu takovou, jakou měla dřív a byla by spíše uzavřenější a nesdělovala své názory ta-

kovým způsobem. Pan Josef naopak pracuje sám a vcelku mu to vyhovuje. Co se však týká vztahu s nadřízenými, uvádí: „*to je úplně v pohodě*“, což pojímá především ve smyslu volnosti v zaměstnání. Tento druh kariéry ho nyní naplňuje více než nějaké náročnější povolání, na které ještě není připravený.

Finanční stránka je však variabilní u mnohých klientů, se kterými jsem rozhovory vytvářela. Mnohá jejich tvrzení se liší od respondenta k respondentu a jsou zde jasné rozdíly, které se tak projevují i v jejich celkové spokojenosti a náhledu na svět. Jelikož byla většina pracujících účastníků výzkumu spokojena se svým celkovým zaměstnáním, pohled na finanční prostředky již tak pozitivní vidinou nebyl a někteří z nich začali náhle uvažovat i o změně povolání. To můžeme zaznamenat především u pana Josefa, který je se svou prací sice spokojen, ale pokud jde o finanční stránku, uvažuje náhle o změně, neboť jak uvedl: „*Ted' je to opravdu trošku horší, už je to tak jako na hranici existence. Musím dávat matce tak patnáct set a vzhledem k tomu, že ted' potřebuju dokoupit ještě nějaké věci, tak bych ted' potřeboval tak tři a půl tisíce. Práce mě dala tento měsíc jen dva a půl, což už je druhý měsíc za sebou a začínám přemýšlet, že buď z tama odejdu. Musím už to nějak řešit hned.*“

Názory pana Josefa se mi zdály poněkud nestálé, neboť v jednu chvíli byl spokojený a práce na částečný úvazek mu vyhovovala a nyní již přemýšlí o změně a jeho nespokojenosti se zaměstnáním a především finanční stránkou. U pana Petra byly zřetelné náznaky spokojenosti i s financemi, sám říká: „*Ano, určitě ano. S financema nemám vyloženě problém, že bych neměl dost. Samozřejmě, že kdyby jich bylo ještě o něco víc, nemuselo by to být ani o moc víc, tak bych byl spokojenější, ale dá se říct, že nějakým způsobem zvláště tento rok se mi podařilo.*“

Zcela opačný postoj zaujímá paní Elena, která ve svém bývalém zaměstnání byla se svou finanční stránkou spokojena, ale bohužel od té doby co ji úzkostná porucha zcela vyčlenila z pracovního nasazení, cítí se nesamostatná a méněcenná. „*Vždycky jsem byla soběstačná, měla jsem financí přiměřeně pro tuto dobu. Ted' musím velmi skromně nakládat s financemi*“ popisuje svou finanční situaci. Paní Jana je skromná žena, která finance nějakým způsobem nijak neřešila. I když v dnešní době je to tak trochu vzácností. Jak sama přiznává: „*Vydělat jsem si nějakou korunu vydělala. Vyjít vyjdu, no. Musím dělat tak, abych vyšla.*“

Zdá se však, že paní Janu finance nějakým způsobem až tak netrápí a snaží se určitým způsobem danou sumu vždy vynaložit ke správnému účelu využití. Co se týká pana Karla, neměl žádné připomínky ke svému finančnímu ohodnocení a s naprostou určitostí udává: „*nestěžuju si, zatím ne*“, což tak vypovídá o jeho pozitivním naladění, které ke svému zaměstnání zaujímá.

6.7 Sebehodnocení jedince

Nadále jsem se taktéž zaměřila na to, jak dotazovaní, kteří prodělali úzkostnou poruchu, sami sebe vnímají. Klienti s tím měli docela problém a dlouze přemýšleli nad tím, jak se hodnotit. Je známo, že lidé, kteří si prošli a prakticky stále procházejí nadměrnými obavami, mají většinou snížené sebehodnocení a neoplývají pozitivním pohledem na svou osobu. Některé náhledy mě však překvapily v dobrém slova smyslu. Velmi hezky se vyjádřil pan Petr: *„Já sebe vnímám jako člověka, který je snaživý, má nějaký cíl životní, snaží se ho dosáhnout, bojuje s nástrahami osudu. Mám taky jako každý takové ty špatné vlastnosti – člověk je líný, nechce se mu, nemám ten tah na branku takový, jak bych si představoval. Ve svojí podstatě si myslím, že jsem docela pracovitý člověk, ale někdy mám i slabší chvíle.“* Avšak poté ještě podotkl: *„Člověk, který je se sebou spokojený, to v životě moc daleko nedotáhne. Takže je to spíš o tom nebýt se sebou spokojený a pořád někde se snažit dostat dál.“* Rozdílný postoj zaujala paní Elena, která na sebe pohlíží negativně a to se odráží i do jejího chování jak k sobě tak i k druhým lidem. *„Sama sebe vnímám někdy až nepřírozeně. Připadám si, jak kdybych byla úplně mimo jako společnost, uzavřená, izolovaná, jako za sklem“* řekla paní Elena. Můžeme si zde povšimnout, že neuvedla žádnou svou pozitivní vlastnost a nacházela na sobě jen to špatné. Cítí, že ji společnost nepřijímá, že tady nemá co dělat, což je další náznak toho, že se paní Elena stále nemůže vyrovnat se svou úzkostnou poruchou a její sebehodnocení je tak zkreslené dané realitě. Následně se ještě nad sebou zamýšlí a s toužebným přáním dodává: *„Chtěla bych tyhle věci překonat, abych mohla žít normálním životem. Aby mě neustále nepronásledovaly negativní myšlenky a chtěla bych se tady s tím vyrovnat.“* Pan Josef zaujímá taktéž jiný postoj k sobě samému: *„Já sebe vnímám jako člověka, který si dělá psychoterapii sám a snaží se nějak probít tím pocitem času, zařadit se do toho normálního pracovního procesu“* a dále dodává *„Málo lidí tady toto dělá, protože většina z nich se s tím neumí vyrovnat, neřeší to jinými způsoby, a když já to dělám, oni se s tím učí žít. Když to já se s tím nějakým způsobem zkouším poprat. Nikdo to tak nedělá.“* Pan Josef vyzvedl svou výjimečnost tím, že se dokázal vyrovnat se svou nadměrnou úzkostí svými vlastními silami a spatřuje v tom určitou osobní sílu a dávku nadhodnocení nad ostatními lidmi, což posílilo jeho ego, které ho tak posunulo dál. To značí i to, že pokud se zvládl vyrovnat s touto situací, starosti všedního života by mu neměly dělat již větší problémy a dokáže k nim tedy přistupovat racionálně jako ostatní lidé, kteří mají zdravý náhled na život, což tak značí obrovský pokrok vpřed. Paní Jana své kladné vlastnosti taktéž nevyzvedla a zaměřila se pouze na svůj fyzický zjev, s kterým je

nespokojena. Jak sama uvedla: „*Já bych byla tak šíleně ráda, kdybych mohla zchudnout, ale nezchudnu. Su to já, tak to musím brát tak, jak su. Hlavně ta váha, kdyby šla aspoň důle.*“ Pro pana Karla bylo docela těžké ohodnotit sám sebe a činilo mu to problémy. Dlouze nad tím přemýšlel a poté pronesl: „*Je docela těžké hodnotit sám sebe. Takový průměrný. Normálně bych se jako začlenil do společnosti, nejsou ani nějaký vyvrhel*“ taktéž ještě vzpomene na své úsilí, kdy sám rekonstruoval svůj dům po matce a pochválil se: „*za čtyři roky jsem tu udělal dost.*“ Zde jsem poznala, že je pan Karel hrdý na to, co vybuďoval a pokaždé když hovořil o svém přestaveném domě, zvyšovalo mu to sebevědomí a celkovou jeho radost nad svou šikovností.

Když tedy shrneme spokojenost účastníků výzkumu s vlastní osobou, mohli bychom zaregistrovat určité rozdíly v odpovědích. Nemůžeme jednoznačně říct, co převažovalo, neboť odpovědi byly variabilní. Pan Petr ačkoli uvedl své kladné stránky a vlastnosti pronesl překvapivou odpověď: „*Nikdy se sebou nejsem spokojený*“. Tento výrok mě vcelku udivil, i když podle jeho názoru je to podstatná věc k tomu, aby se člověk mohl dál rozvíjet, jak zmiňoval výše. Opakem byl pan Karel, který na sobě těžce hledal něco, co by mohl pochválit kromě svého stavebního umění. Ve své odpovědi na otázku zda je se sebou spokojený však bezmyšlenkovitě zmínil: „*Možu říct, že ano*“. I pan Josef, který se pyšní tím, že své problémy dokáže řešit vlastními silami a již k tomu nepotřebuje pomoc zvenčí, se hrdě staví k této otázce a konstatuje: „*Myslím si, že jo. Jsem s sebou spokojený.*“ Avšak paní Janu výrazným způsobem sužuje její váha, která jí činí potíže a podle ní ji také znehodnocuje. Domnívá se, že na vzhledu záleží a druzí ji odsuzují za to, že má par kilo navíc, což ji na sebevědomí ubírá, neboť jak sama uvedla: „*Nejsu se sebou spokojená.*“ Paní Elena nemá tak poruchy sebehodnocení spojené s fyzickou atraktivitou jak spíše s tím, že ji nadále omezuje úzkostná porucha, se kterou se není schopna vypořádat a často u ní dochází k recidivám v podobě různých atak. To se také odráží na její celkové spokojenosti, která podle ní není žádná.

6.8 Kvalita života

Nyní se již v rámci své kvalitativní analýzy dostávám k samotnému výzkumnému problému, který se zabývá tím, do jaké míry jsou pacienti s úzkostnou poruchou spokojeni se svou kvalitou života.

Zaměřím se tedy na hodnocení kvality života samotnými respondenty, kteří ji prožívali různými způsoby. Je však zcela zásadní, že každý si pod tímto pojmem představoval něco

jiného a tudíž upřednostňoval jiné hodnoty, které jsou pro něho zásadní a ovlivňují tak radikálně jeho život. Jejich názory byly různorodé a vyplývají z jejich problémů, se kterými se potýkají a které se neustále prolínaly v rámci rozhovoru. Pan Petr je člověk, který se rozvíjí, snaží se zdokonalovat v různých věcech, které ho baví, zajímají a nepřestává poznávat nové jevy a přiučovat se jim. Měl také náhled nad různými situacemi a především nad svou poruchou, kterou bral jako něco, co ho v životě sice postihlo, ale svým způsobem i obohatilo. I když jak sám přiznává, někdy s ní bojuje i teď, ale rozhodně se nevyhýbá situacím, které mu dělají problémy a naopak se snaží je vyhledávat a staví se k nim čelem. Co se týká spokojenosti s kvalitou jeho života, uvádí: *„Úplně spokojený se svou kvalitou života být nikdy nemůžu. Cítím to tak, že bych pak zakrněl. Chtěl bych zkvalitnit svůj život a o to bojuju.“* Naproti tomu paní Elena, žena, která se na první pohled jevila zcela vyrovnaně, se bohužel stále nedokázala přenést a čelit svým úzkostným problémům. Vždy vyžadovala preciznost po sobě i druhých lidech. Byla výbornou zaměstnankyní v reklamní agentuře, matkou i manželkou. Avšak sled situací, nároky života a všedních starostí se podepsaly na tom, že nyní prožívá každý problém zcela neúnosně. Proto i hodnocení její kvality života popsala následovně: *„Můj život velmi narušuje psychická porucha. Zbavuje mě svobody, bezstarostnosti, která mě neustále skličuje v různých životních situacích, omezuje mě. Nemůžu dělat to, co bych ráda dělala, protože neustále s tím musím bojovat.“* Pan Karel je muž s radikálními názory, který se špatně vyrovnává se svou samotou i lhostejností svých dětí, což ho mrzí. Není to společenský typ, ale být sám je pro něj svým způsobem ubíjející, chtěl by trávit svůj život ve dvou. Snaží se prací nemyslet na svou situaci a zabavit se. Se svou úzkostí se vyrovnává, i když rozhovor u něj vyvolával podle něj menší ataky nadměrných obav ze situace z neznáma. Avšak tendence, že překonal svůj strach tím, že mu vyšel vstříc, ho opět posunula dál. Svou kvalitu života popsal takto: *„Já беру život takový, jaký je. Navíc už nemám, těžko v mojem věku ještě budovat dál, nebo vzdělávat se. To už nechávám tak.“* Tato tvrzení jsou naprostým opakem pana Petra, který jak jsem již zmínila výše, vidí smysl života v tom, že se bude stále rozvíjet a to je také náplní jeho života. Paní Jana byla sice žena vstřícná, ale labilní. Během rozhovoru se její nálady měnily od plačtivosti ke smíchu. Často ji vypadávala slova, nemohla se plně soustředit. I když ji nadměrné obavy tak netrápily, stejně bychom mohli zaznamenat výrazné odchylky od vyrovnanosti. Podepsaly se na ní především nástrahy osudu a její rodinná situace, která i teď má podle ní kolísavý charakter. Sama kvalitu života hodnotí jako: *„Kvalita je taková všelijaká“* poté se zamyslí a konstatuje: *„Nejsu vůbec spokojená.“* Pan Josef byl člověk, který

trpěl výraznými symptomy úzkosti, které se tak podepsaly na jeho zdravotním stavu. Navštěvuje klub Luisa, kde se scházejí lidé s podobnými problémy, jaké měl on sám a snaží se tak získat větší náhled nad svou situací. Z úzkostné poruchy mu však pomohla psychoterapie, kterou si postupem času začal dělat sám a vytvořil si tak postup jak se svou nelehkou situací bojovat. Tato forma léčby je nezvyklá, ale utvrdila pana Josefa v tom, že pouze on sám má kontrolu nad sebou samým. Co se však týká jeho kvality života, spokojený s ní nebyl a dodal: „*Ne velice, asi tak půl napůl. Mohla by být lepší.*“

Nadále jsem se pokoušela zjistit jejich názor na to, jak by zlepšili svou kvalitu života a jaká opatření by jim k tomu dopomohla. Jejich představy byly různé a především se týkaly zlepšení jejich zdravotního stavu a rodinné situace. Paní Jana si přála jediné: „*Člověk, aby byl trochu víc zdravý... Byla bych šťastná, kdyby se ještě oba dva co mám ty děcka doma, jeden oženil a druhá vdala. Abych měla víc vnuků, abych měla pro co víc žít.*“ Z výpovědi je tak patrné, že se paní Jana cítí opuštěná a chtěla by více času trávit se svou rodinou, aby byl tak její život více obohacený. Pan Karel se cítí taktéž jako paní Jana na své problémy sám a to se také odráží v tom, že spousta jeho negativních myšlenek na něj doléhá, což není dobré, pokud stále bojuje s úzkostnou poruchou. Jeho názor na zlepšení kvality života je tedy následující: „*soužití ve dvou.*“ Pan Petr se svou úzkostí bojuje radikálně způsobem a pokouší se nevyhýbat žádným jevům, které mu nahánějí strach, a spíše je sám vyhledává. To se taktéž promítá i do jeho celkové kvality života. Její zlepšení vidí především v hmotném zabezpečení, neboť jak sám uvádí: „*v dnešní době jsou to peníze, pokud je zdraví.*“ Ovšem pokud není člověk spokojen se svým zdravotním stavem, nemůže dostatečně a plně využít všechny možnosti, které mu finance mohou poskytnout k využití různých aktivit, čehož si byl dobře vědom. Ke svému duševnímu rozpoložení se vyjádřil pan Josef, který vidí smysl zlepšení svého života především s vyrovnáním se svými psychologickými problémy, neboť jak sám konstatoval, chybí mu ke zlepšení jediné: „*psychoterapie, protože tímhle způsobem jediné dochází k vyrovnání se z problémů mojich osobních s těma co mám, co mě trápí, chybí. A naplnění všeho toho, co by mě dávalo smysl a co by mě naplňovalo.*“ Ačkoli se Josefův duševní stav zlepšil, má na paměti, že musí překonávat různé překážky, které ostatním nedělají až takové problémy. Je tedy zajímavým faktem, že se pan Josef dokáže tak odhadnout a zhodnotit svou situaci svým subjektivním dojmem. Stále mu chybí takové zařazení se a běžné fungování v normálním životě, ale snaží se co nejdříve tyto okolnosti v co nejvyšší možné míře napravit, i když spoustu úzkostných projevů již nemá. Kvalitu svého života by změnila i paní Elena a to radikálním způsobem. Její názor

zní takto: „Úplně od základů bych změnila svůj život. Navštěvovala bych knihovnu, zajela bych si, kde mě zajímají různé místa, ráda bych chodila v přírodě, aby mě to přinášelo klid a ne rozčílení.“ Můžeme zde zaznamenat, že paní Elena by potřebovala změnu svého životního stylu, neboť její vztahy s manželem jsou velmi špatné a mají taktéž vliv na zhoršení jejího psychického stavu. Potřebovala by nějakou pozitivní změnu především ve smyslu odpoutání se od svého despotického druha, aby tak měla možnost nebát se zrealizovat svůj sen, který by ji v určitém slova smyslu ukázal, že život není jen o úzkosti, strachu a strastech, ale je také o radostech a krásách, které člověk může zažít v jakémkoli věku.

V závěru svých rozhovorů jsem účastníky výzkumu požádala o to, jak by si sami představovali svůj ideálně strávený den. Tato otázka byla směřována k tomu, co by samotné klienty rozptýlilo od negativních obav a co by jim dodalo větší sílu a načerpání energie ke zvládnutí problémů. Ovšem to je rozhodilo takovým způsobem, že většina nevěděla, jak by podle nich měl vypadat den, který by je rozradostnil a naplnil je pozitivní energií, která je pro takové lidi nezbytná. Pan Petr by svůj den nejraději strávil takto: „*Spaní do nějaké pozdní dopolední hodiny, dobrá snídaně. Jakákoli aktivita s člověkem, kterého mám rád, nemusí to být úplně přítelkyně, může to být přítel nebo rodinný příslušník. A když se to týká ještě koníčků, které rád provádím, tak je to o to lepší. Dobrý den mám spojený s kvalitním spánkem a dostatkem dobrého jídla.*“ Je zde patrné, že by pana Petra potěšil volnější den spíše relaxačního charakteru, kdy by si tak mohl odpočinout, ale zároveň se i věnovat koníčkům, které jej naplňují. Opět můžeme spatřit, že by tento den nechtěl strávit sám, ale s člověkem, se kterým se cítí dobře. Podobně to můžeme zaznamenat i u paní Jany, pro kterou by bylo hlavní, aby byla: „*Rodina pohromadě, ale hlavně v pohodě. Aby ta rodina byla celá spolu pohromadě a jeden druhému rozuměli. Kdybych měla možnosti, tak bych šla někam do přírody*“ konstatovala paní Jana. Můžeme si povšimnout, že pro paní Janu je nutná především harmonická konstelace rodinných vztahů, kde vládne porozumění a pohoda. „*Já radši chodím po tych horách, někde si vyjít*“ zmiňuje pan Karel, který dává přednost klidu v přírodě před společností, která je pro něj nutným zlem. Avšak nenávidí samotu, která je pro něj taktéž nepříjemná. Pro pana Karla je důležitý jen vymezený okruh přátel, kterým dává přednost a také jeho přítelkyně, se kterou by chtěl trávit všechn svůj volný čas. U pana Josefa je podstatné to, aby trávil svůj čas s druhými smysluplným způsobem, neboť jak sám uvedl: „*já bych celý den chtěl strávit s lidma, kteří jsou nějakým způsobem hodnotní.*“ Podle jeho názoru jsou lidé v klubu Luisa, který navštěvuje, zaměřeni pouze na své problémy a neposkytují mu takovou zpětnou vazbu, jakou by zřejmě čekal

od jiného člověka, který netrpí psychickými problémy. Proto ho tito jedinci nenaplňují a to se také odráží ve způsobu jeho života, který je podle něj stereotypní. Kdyby však měl popsat jeho ideální den, byl by následující: „*Vstával bych tak v devět, nasnídal bych se, zapl bych si počítač a podíval bych se co tam je nového. Zašel bych si do Luisy, tam bychom třeba vařili, hráli nějaké ty hry nebo nějaké ty aktivity a tak o půl třetí bych šel dom. Zapnul počítač, zahrál nějakou tu hru, pak šel třeba do obchodu. A pak už je večer, podíval bych se na zprávy, uvařil si večeři a jdu spát.*“ Podle jeho výpovědi můžeme usoudit, že jeho život je monotónního charakteru a ani on sám není chopen si vytvořit svůj den nějakým způsobem, který by ho nějak inspiroval. Ačkoli jak uvedl již výše, ho lidé v klubu nenaplňují tak, jak by si sám představoval a chtěl by svůj čas strávit smysluplněji, což se však s jeho detailním popisem nějak neshoduje. Naproti tomu pro paní Elenu je zásadní, aby svůj den mohla prožít v poklidné atmosféře. Jak sama zmínila: „*Nikdy nepospíchat, nikde nespěchat. Vyjít si v klidu s přáteli, pobavit se.*“

U respondentů byla značná rozdílnost pohledů na ideálně strávený volný den. Ačkoli si každý z nich prošel a prakticky nadále prochází úzkostnou poruchou, je zcela zřejmé, že každý z nich má jiná očekávání a přání do života. Většinou to vyplývá ze situací, které dotazovaní prožívají jako krizové, což se však nejčastěji odráželo z jejich rodinných vztahů.

6.9 Shrnutí výsledků

Nyní se v rámci své výzkumné části pokusím celkově zhodnotit a shrnout vše, co jsem se o účastnících výzkumů s prodělanou úzkostnou poruchou dozvěděla. Především se zaměřím na to, abych našla odpověď, která se bude soustředit jak na můj výzkumný problém, tak na cíl daného výzkumu.

Co se týká fyzické oblasti, většina klientů neměla před propuknutím úzkostné poruchy žádné zdravotní potíže. Obrat nastal až v době, kdy u nich propukly nadměrné obavy, které silně ovlivňovaly jejich fyzický stav, který se rapidně zhoršoval. Z výsledků výzkumu vyplývá, že tři respondenti trpěli výraznými nevolnostmi, mezi něž nejčastěji patřily klasické trávicí obtíže jako průjem, zvracení, překyselený žaludek a bolesti břicha. Taktéž tito lidé pociťovali návaly horka na jakémkoli místě svého pobytu. Jejich neurovegetativní systém tak reagoval na nadměrný stres, který jedinci zažívali. Naproti tomu pouze dva dotazovaní uváděli bolesti pohybové aparátu.

Pokud bychom se však zaměřili na jejich zdraví v současné době, zjistíme, že účastníci výzkumu jsou do jisté míry spokojeni se svým fyzickým zdravím. Ačkoli uvádějí stále přetrvávající poruchy trávení, které pramení z jejich psychických poruch a jejich celkového naladění, které se během dne mění. Obvyklé zdravotní neduhy, mezi něž uváděli bolesti zad a nohou, které jsou přičítány věku dotazovaného, omezuje nemalé množství z nich. Vážnějším fyzickým onemocněním trpěla pouze jedna klientka, která již delší dobu zápasí s cukrovkou, jež má vliv na její obezitu, která ji velmi trápí.

V současnosti je lékařská péče u mnohých z nich minimální záležitostí kromě jedné respondentky, která navštěvuje lékařský personál vcelku často díky jejímu zdravotnímu stavu. Čtyři z pěti klientů docházejí pouze pro medikamentózní léčbu, která je udržuje v optimálním stavu a odstraňuje jejich negativní ladění. Je nutné taktéž zmínit, že psychofarmaka nemají tak velký léčebný efekt jaký jim přikládáme.

V rámci celkového zhodnocení jsem došla k závěru, že **fyzická oblast** je tedy na *dostatečné úrovni*, kdy je většina dotazovaných spokojena. Je sice zřetelné, že u respondentů dochází ke střídání lepších období s horšími podle jejich celkového naladění a aktuálního psychického stavu, který bezprostředně ovlivňuje jejich fyzické rozpoložení. Ovšem je překvapující, že ačkoli se různá období v jejich životě střídala, mnozí klienti pociťují svou kvalitu života na této úrovni překvapivě dobře, i když někteří z nich popisovali různé negativní symptomy. Podle mého úsudku je důležité, aby se účastníci výzkumu nadměrně nezabývali svým vlastním stavem, což je u úzkostných poruch zcela běžné. Čím více dotyčný bude myslet na to, jak mu bude či je špatně, tím více svou situaci zhorší a opravdu se tak bude cítit. Je víceméně na jedinci jaký zvolí způsob, aby se od takových myšlenek vymanol. Zapotřebí může být i fakt, aby si klienti našli způsob činnosti, která je dokáže smysluplně naplnit. Je známo, že člověk, který nepracuje, má více času na sebe, a tím dochází u labilnějších osob ke zkoumání sebe sama, což tak zanechává neblahý vliv na celkovém rozpoložení. Proto jako vhodná opatření bych doporučila smysluplné aktivity během dne a následné relaxační činnosti, které tak dotyčného nejen dokážou smysluplně zaměstnat, ale taktéž ho naladí na pozitivnější smýšlení. Nutností však je, aby si dotazovaný zvolil takovou aktivitu, která jej osobně bude naplňovat.

Když se nyní zaměříme na psychickou oblast, dojdeme k zajímavým závěrům. Pro mě osobně bylo vcelku zajímavým jevem, že psychický stav se v průběhu nemoci účastníků výzkumu výrazně neměnil a zůstával spíše na rigidní úrovni. To znamená, že všichni respondenti byli při dolehnutí úzkostné poruchy na tom velmi špatně psychicky a lepší dny u

nich prakticky vůbec nenastávaly. Většina respondentů taktéž uváděla, že se cítila tak špatně po psychické stránce, že nemohla vyjít z domu a být mezi lidmi bylo pro ně zátěžovou situací. Taktéž tři dotazovaní zmínili, že dokonce nemohli navštěvovat své zaměstnání a po většinu času se uzavírali do sebe takovým způsobem, že nakonec ze své práce museli odejít. Nezvládali své povinnosti, které před propuknutím nadměrné úzkosti byly pro zdravé občany běžnými. Za zmínku taktéž stojí i myšlenky na suicidální jednání, které pociťovali dva respondenti. Činnosti, aktivity, které je dříve bavili, se ve stavu jejich nemoci stávaly obrovským přítěžím a břemenem, které je tak zatěžovaly, že klienti nebyli schopni je v žádné míře vykonávat.

V současné době, kdy u nich prakticky nadále dochází k vyrovnání se s danou poruchou, se jejich psychický stav mírně zlepšil. Podotýkám mírně, neboť jejich pocity se odvíjí ze dne na den. Tři účastníci výzkumu nebyli doposud spokojeni se svým celkovým duševním laděním, což vyplývalo jak ze šedi jejich životů, tak samoty, která na ně doléhala. Opět zde nacházím jev, který má vliv na jedincovo prožívání a to ten, že se dotyčný nemá čím zabavit a zaplnit tak svůj čas. U zbylých dvou respondentů naopak převládala vcelku spokojenost s jejich psychickým rozpoložením. Ovšem neustále u nich dochází k vyrovnávání se s jejich stavem, který v současnosti mívá přechodný charakter den od dne.

To jsme mohli zaznamenat i na jejich soustředění, kde tři dotazovaní uvedli, že toto je velmi špatné. Dělá jim problémy zaměřit se na nějakou činnost, zhodnotit ji. Taktéž i čtení novin, sledování televize většinou způsobovalo velké problémy, protože si neuvědomovali celkový děj a nedokázali zařadit určité jevy do celého kontextu. Proto některé aktivity museli několikrát opakovat, aby si uvědomili podstatu věci. U zbylých respondentů naopak převládaly kolísavé charaktery během jejich psychického rozpoložení. Především větší schopnost soustředění byla zaznamenána u těch, kteří byli zaměstnání a aktivním způsobem využívali smysluplně svůj čas.

To, jak vnímali sami sebe, bylo rozporuplné. Mnozí z nich zdůrazňovali, že jim tato porucha celkově změnila celý život od základů. Zmínili však, že se neustále snaží na sobě pracovat a dosáhnout většího vyrovnání. Petr a Karel se alespoň v určité oblasti vnímali kladným způsobem a neudávali na sebe jen to špatné, naopak u nich převládalo vcelku pozitivní hodnocení. U ostatních respondentů jsem ale zaznamenala opačný názor, kdy zdůrazňovali spíše opak formou zápornějšího smýšlení o sobě.

Všechny tyto psychické stavy se výrazně podílejí na fungování v běžném životě. V současnosti se dotazovaní snaží co nejvíce zapojit do všedního života tak, aby druzí lidé nemohli poznat, že nějaké problémy nadále mají. U všech účastníků výzkumu bylo zřejmé, že se dokázali zařadit do běžného životního chodu, i když někteří z nich z donucení. Avšak mnozí z nich již s tímto větší nesrovnalostí neměli, ovšem kromě jedné respondentky, která se do života špatně zapojovala a dělala vše s obrovskou námahou.

Tím jak se daný jedinec přemáhá k tomu, aby nějakým způsobem zvládal starosti a povinnosti všedního dne, dochází k velkému úbytku energie. Lidé trpící úzkostnou poruchou jsou často unaveni, i když prakticky nic nedělají. Je totiž běžností, že úzkost člověka vyčerpává a ten se tak cítí neustále i unavený. Podobné to bylo i u klientů, kteří se cítili nadměrně vyčerpaní a někteří sami potvrdili, že samotné přemáhání a neustálé se vyrovnávání se s pro ně nepříjemnými situacemi je ve velké míře únavné, což jsem tak zaznamenala u většiny z nich. Proto je důležitou součástí, aby nějakým způsobem načerpávali energii, která je pro ně nezbytná.

Způsob odpočinku, aby došlo k uvolnění duševního stavu je tedy nezanedbatelný. Tři účastníci výzkumu spíše preferují aktivní způsob odpočinku jako je práce na zahradě či sportovní vyžití. Zbývají dva dotazovaní se naopak nejlépe odreagují při pasivní činnosti, jako je četba, sledování televize či spánek.

V rámci celkového zhodnocení jsem dospěla k názoru, že **psychická oblast** kvality života je u čtyř respondentů na *nízké úrovni*. Je to víceméně pochopitelné z důvodu jejich stavu, který ovládá jejich psychiku. Sice se klienti snaží vyrovnávat se s problémy a zařadit se nějakým způsobem do běžného života a vnést tak do svého podvědomí jiný směr, ale je patrné, že některým to jde opravdu těžší. Často se u nich střídají lepší i horší stavy v závislosti na jejich starostech a povinnostech. Pokud se nacházejí v nějaké náročnější situaci, obvykle se u nich objevuje tendence jednat úzkostnějším způsobem. Jako vhodná opatření bych doporučila návštěvu organizací, které se zaměřují na pomoc občanů s úzkostnými poruchami podobně jako klub Luisa v Uherském Brodě. Lidé s podobnými obtížemi by se scházeli a realizovali i několikrát týdně ambulantní sezení, kde by se seznamovali i s druhými jedinci. Měli by tak možnost zjistit, že podobné problémy mají i druzí a naučili by se několika různým způsobům jak se vyrovnávat s problémy, které je trápí a zároveň by tak docházelo i k celkovému zklidnění organismu i jinými způsoby, než na které jsou zvyklí pouze z psychiatrického vedení. To by je taktéž podpořilo a zvýšilo jejich sebevědomí.

Bohužel, mnoho takových organizací poblíž kraje zde není, a proto bych jako doporučení navrhla právě tento způsob alternativy.

Pokud bychom se nějakým způsobem zaměřili na oblast sociální, u všech pěti účastníků výzkumu docházelo v době jejich poruchy, ke značnému se vyhýbání společnosti i lidem, kteří dříve před propuknutím úzkosti byli pro dotazované dobrými přáteli. Respondenti se často doplňovali tím, že byl pro ně obrovský problém trávit chvíle mezi druhými a způsobovalo jim to obtíže, především po stránce psychické a později i fyzické. Prostřednictvím podráždění jejich neurovegetativního systému, docházelo k řadě nepříjemných tělesných příznaků, jako bylo pocení, a velmi často i nevolnost, která je tak z kolektivu vrstevníků naprosto izolovala.

Co se však týká společenského života v současnosti, u většiny dotazovaných nedošlo k výraznější změně k lepšímu. Ačkoli se neustále snaží a především se chtějí nějak zařadit do společenského života, stále jim v tom brání strach a obavy. Největší zvrát však nastal u jednoho respondenta, který se snaží maximálně zařadit mezi druhé lidi, navštěvuje takové společenské situace, kterých se i doteď obává a především má na to vliv i jeho přítelkyně, která ho neustále zapojuje do variabilních aktivit a dodává mu tak potřebnou sílu formou podpory ke znovunalezení se začlenit, to u druhých účastníků chybělo. Sami jako důvod nejčastěji uváděli nesoulad i to, že se neumí tak lehce zařadit a potřebují k tomu vhodného člověka, který by jim pomohl. To ovšem v mnohých případech nebylo možné z hlediska disharmonického vztahu jak v rodinách, tak v partnerských vztazích, kde docházelo k naprosto odlišnému sdílení zájmů včetně navštěvování různých druhů aktivit ve společnosti.

Přátelské vztahy u účastníků výzkumu taktéž nebyly na dobré úrovni. U třech klientů bychom mohli zaznamenat, že přátelství nijak nepreferují a v mnohých případech v něj již nevěří, jelikož je to dáno především dobou. Prakticky ale všichni respondenti spíše uváděli, že mají známé, než aby to byli přátelé v pravém slova smyslu. Naproti tomu jim však kamarádství chybí, jelikož nemají k sobě nikoho takového, s kým by si rozuměli, zašli se pobavit a celkově si tak zpříjemnit život prostřednictvím formy kontaktu s druhými lidmi. Ačkoli se někteří snaží navazovat nové vztahy a kontakty, jejich počet je pro většinu dotazovaných nedostačující a většinou jsou to pro ně takoví lidé, kteří se bohužel za přátele považovat nedají.

V rámci celkového zhodnocení jsem došla k závěru, že **sociální oblast** je na *nedostačující úrovni*. Spokojenost se společenským životem je velmi špatná, což uvedli čtyři respondenti. Avšak většina z klientů až na dva dotazované by to chtěla změnit. Ovšem na druhou stranu je pro ně těžké být někde mezi lidmi, když se jim může udělat kdykoli špatně. Je to neustále začarovaný bludný kruh emocí, který se střídá. Účastníci výzkumu jsou si sice dobře vědomi toho, že chtějí být více v kontaktu s jinými jedinci, ale většina z nich na to nemá odvalu a prakticky pro ně nějaké to ryzí přátelství neexistuje.

Jako doporučení pro formu nápravy bych doporučila najít si vhodný koníček, který by je bavil, naplnil a zároveň jim zaručil pocity zadostiučinění. Tato záliba by měla být především praktikována v nějakém kolektivu, jako jsou např. kurzy angličtiny, taneční hodiny a podobně. Dotazovaní by se zde tak mohli seznámit s druhými jedinci, kteří mají podobné záliby, takže by zde docházelo k určité harmonizaci a především podobnosti. Taktéž by rozvíjeli svou osobnost a uplatňovali tak svůj talent v činnosti, která je baví, což jsou všechno důležité kroky k postupnému začlenění se do kontaktu s druhými.

Oblast prostředí byla taktéž problematickým jevem především v rámci zhodnocení jejich rodinného života. Je nevyhnutelným faktem, že rodina široce ovlivňuje dané účastníky a to spíše negativním způsobem. Tři z nich měli problémy buď v partnerském či manželském vztahu a upínali se spíše ke svým dětem, kde mnozí viděli jako jedinou radost právě své potomky. Nezanedbatelný jev byl v manželském soužití, kde dvě respondentky byly velmi nespokojeny se svým nynějším partnerem. Jako nejčastější důvod disharmonie vztahového soužití byl alkohol, agresivní chování a nezáměr. Život v manželství braly jako něco nevyhnutelného, ale nedokázaly od partnera odejít, především z důvodu strachu ze samoty a z finanční situace, která je pro ně v dnešní době dosti náročná. Tyto dvě dotazované byly naopak přesvědčeny, že za spouštěč úzkostné poruchy stojí především konflikty v rodině. Totéž jsme mohli zaznamenat i u pana Karla, který taktéž nebyl spokojen se svým vztahem se současnou přítelkyní, která podle něj neprojevuje výrazný zájem o jeho osobu.

Co se tedy týká vztahů v rodině, nevládnou zde příliš harmonické vztahy. Odpovědi klientů, kteří nežijí v manželském vztahu ani s partnerem jednoznačně naznačují, že konflikty s rodiči jsou přetrvávajícího charakteru a spíše si rozumějí se vzdálenějším příbuzenstvem jako je babička nebo dědeček. Pouze jeden účastník uvedl, že si nejvíce rozumí se svou současnou přítelkyní, která je pro něj silnou oporou v zátěžových situacích.

Pokud se zaměříme na zaměstnání, dva klienti nepracovali z důvodu invalidního důchodu. Zbylí respondenti, kteří v současné době pracovali na částečný nebo úplný úvazek byli velmi spokojeni se svou prací. Naproti tomu dotazovaní, kteří jsou již vyřazeni z pracovního nasazení, taktéž pozitivně vzpomínali na svou bývalou práci, ačkoli byla dosti psychicky náročná. U jedné klientky, která byla opravdu perfekcionistická, způsobovala pracovní námaha značné stresy, které se později odrazily na jejím psychickém zdraví. Situace kulminovala až do takových rozměrů, kdy dotyčná musela daný pracovní post opustit. I jejich výkon byl na dobré úrovni, kdy si daní respondenti pochvalovali své nasazení a celkovou chuť k zaměstnání. Opět jsme však mohli najít rozdíly, kdy dva účastníky výzkumu spíše naplňovalo extrémnější povolání, které je náročnější na přemýšlení a kreativitu. Naproti tomu tři dotazovaní byli spíše pro monotónní druh práce, jelikož se na ní nedá nic zkazit a nemusí u toho nijak zvlášť uvažovat a obávat se časových termínů, které jsou obtížné na splnění daných pracovních úkonů.

Součástí kariéry bývají i pracovní vztahy, kde většina dotazovaných jednoznačně preferuje harmonii a usiluje o ni. Zajímavostí ale zůstává, že ačkoli se snažili udržet pozitivní vztahy na pracovišti, přáteli v pravém slova smyslu se nikdy stát nechtěli a kolegy si k sobě výraznějším způsobem nepřipouštěli. Tyto bariéry zvláště narůstají v období krize, kdy se pracovníci odcizují především díky financím, které způsobují rozdíly mezi lidmi. Dalším zajímavým jevem je i to, že tři účastníci v podřízené funkci ve svém nynějším či bývalém zaměstnání, se nebáli říct svůj názor svému nadřízenému a chovali se k němu dosti netaktně, což je v dnešní době nemyslitelné. Avšak na druhou stranu se sebou nenechali manipulovat a to je taktéž důležitá vlastnost při zachování vlastní identity.

S pracovním nasazením souvisí i otázka financí, která má na kvalitu života obrovský vliv. U respondentů, kteří byli zaměstnání na plný úvazek, tam problém s financemi nebyl, dokonce zde byla značná spokojenost. U zbylých třech klientů převládala špatná ekonomická situace, která měla za následek výraznější šetření a pouze nejnútnejší financování, což dotazované silně omezovalo.

V rámci celkového zhodnocení jsem došla k závěru, že **oblast prostředí** se *nejeví* jako *příliš dostačující*. Důvodem jsou jednoznačně vyhrocené vztahy v rodině a nedostatek financí. Tyto faktory jsou zcela zásadní při spokojenosti jedinců a tvoří tak základ jejich pozitivního přístupu ke světu. Pokud absentují, mohou u nich nastat recidivy příznaků, které se mohou prohlubovat. Forma doporučení je zde obtížná, neboť je složité vstupovat do rodinných či pracovních vztahů, které jsou pro člověka tak zásadní a intimní. Náprava

by mohla být formou návštěv manželských či kariérních poraden, kde by se dotyční dozvěděli, jak o svůj vztah pečovat a taktéž profesně růst. Existuje i spousta kurzů, kde se mohou přihlásit a zdokonalovat se tak ve své profesi či se věnovat zcela odlišné formě kariéry. Taktéž mohou využít i formy přivýdělků doma, kde si jednoduchými činnostmi mohou dopomoci k nějakému peněžnímu přílepení, což mohou využít i účastnice výzkumu, které jsou v invalidním důchodu jako dobrou příležitost ke zlepšení celkové finanční situace.

Poslední oblastí, na kterou jsem se zaměřila, je oblast volného času, jenž je nezbytná k načerpání síly a celkové duševní hygieně, která tak člověka udržuje v dobré psychické kondici. Způsob trávení volna byl u většiny klientů variabilní, neboť každý se věnoval specifickým činnostem. Co však bylo u všech respondentů společné, bylo to, že svůj čas nechtěli trávit sami, ale s člověkem pro ně blízkým, o kterého by se mohli opřít. Především své volno k odpočinku mělo být v blízkosti milovaných osob, což byli nejčastěji vlastní děti či vnoučata a pouze dva účastníci uvedli partnera.

Využívání nabídky volnočasových aktivit bylo taktéž na nízké úrovni, kdy dotazovaní tento stav omlouvali svým neatraktivním místem bydliště, a tedy i nedostatkem nabídky různých zajímavých programů, které by ve svém čase mohli využít a strávit tak příjemnou dobu k odreagování.

Sami by si však ideální den strávený formou odpočinku představovali beze spěchu, naplněnou pohodou, kde nevládne strach ani úzkost, která by je paralyzovala v činnostech, které by si přáli vyzkoušet. Co však bylo ale u všech účastníků výzkumu opět podobné, tak především to, že by tento svůj ideální imaginární den chtěli strávit v kolektivu milovaných lidí, kteří jsou pro ně neopomenutelnou součástí života a tvoří ho tak pestřejším než ve skutečnosti opravdu je.

V rámci celkového zhodnocení jsem došla k závěru, že **oblast volného času** je *relativně dostačující*. Samotní respondenti zdůrazňovali, že by čas trávili se svými nejbližšími při jakékoli činnosti. Využívání volnočasových aktivit je strohým jevem, neboť nabídka není dle dotazovaných dostačující. Jako formu nápravy bych v rámci doporučení navrhovala rozšíření takových volnočasových programů, které by byly dostupné pro každého. To znamená, aby přístup k nim nebyl omezený, neměl by být ani nijak finančně náročný a především organizátoři těchto aktivit by měli využít vlastní propagandu k seznámení cel-

kové veřejnosti s nabídkou činností, která by tak byla lákavou součástí pro dnešní občany ať již ve formě pohybové aktivity či kognitivního zdokonalování.

Nyní se již dostávám ke konkrétnímu shrnutí podstaty jak mého výzkumného problému, tak jeho cíle. Co se týká spokojenosti dotazovaných s jejich kvalitou života, odpovědi byly variabilní. Můžeme ale konstatovat, že žádný účastník výzkumu nebyl se svou kvalitou života spokojen a to z různých důvodů. Tyto příčiny se jevily především z psychických poruch, které trápily čtyři respondenty a ovlivňovaly je tak v jejich životě v provádění různých činností, které jsou pro jiné lidi zcela běžnými. Dalším faktorem, jenž na dotyčné působil negativním způsobem, byly rodinné respektive partnerské vtahy, které byly disharmonické a ovlivňovaly výrazným způsobem opět čtyři klienty. Tato situace je výrazným způsobem trápila, ale nebyli schopni s tímto stavem nějakým radikálním způsobem bojovat a to spíše ze strachu ze samoty.

Taktéž jsem se zaměřila i na to, co by tedy mohlo přispět ke kvalitě života podle samotných dotazovaných. V rámci mého výzkumu všichni respondenti volili zdraví, které je pro ně nejdůležitější a z jejich pohledu zásadně vede ke zlepšení jejich pohledu na svět. Další nejčastěji zmiňované odpovědi se týkaly rodinné konstelace, kdy si účastníci přáli zlepšení jejich vztahových situací nejčastěji s partnerem a taktéž i to, aby se jejich rodina více rozrostla a daní respondenti mohli tak trávit více času se svými vnoučaty. Jiné názory na život se vyskytovaly již v menší míře a nebyly vyslovovány tak často. To se týkalo především peněžní situace, fyzické atraktivita či celkové změny životního stylu.

Výzkum tedy prokázal, že kvalita života u klientů, kteří prodělali úzkostnou poruchu a nadále se učí se s ní nějakým způsobem vyrovnat, je v jejich celkovém podání na nižší úrovni. A to především v oblasti psychické, sociální i prostředí. Naopak na dostačující úrovni byla oblast fyzická a taktéž i oblast volného času. To je výsledek, ke kterému mě kvalitativní analýza výrazným způsobem přivedla a především tak zodpověděla jak můj výzkumný problém, tak jeho cíl.

Zajímavým faktem, který by se dal ještě hlouběji zkoumat, by dle mého názoru mohly být rodinné situace, kde by rodinní příslušníci jednotlivých účastníků nastínili svůj subjektivní pohled na to, jak oni sami vnímají tuto nelehkou situaci svého nejbližšího, kterým je sám klient mého výzkumu. Ve své výzkumné části jsem se této problematice sice věnovala, ale pouze ze strany samotných dotazovaných, kteří svou situaci mohou vidět zcela jiným způsobem než samotní jejich nejbližší, což může být taktéž důležité pro širší uchopení respon-

dentova psychického stavu, který výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu života. To by pak v zápětí mohlo pomoci vyvodit problémy, které vyplývají z jejich vztahů a především zjištění toho, co oba dotyční očekávají a jak by mohli na svém vztahu zapracovat tak, aby se jejich pouto znovu obnovilo a klienti se tak nemuseli trápit svými partnerskými vztahy, které se bezpodmínečně hlavní měrou velmi negativním způsobem odráží na jejich stavu. Ovšem je zapotřebí počítat s tím, že je těžké proniknout do života samotných pacientů a především jejich rodin, kde by se navíc rozebíralo něco tak intimního jako konflikty v rodině.

ZÁVĚR

Úzkostné poruchy jsou v dnešní době stále tabuizovaným tématem, o kterém se na veřejnosti moc nemluví. Přitom narůstá spousta jedinců, kteří se ocitají v psychiatrických ambulancích či jejích klinikách z důvodu, že se neumějí vyrovnat s nadměrným stresem či vtíravými myšlenkami, které navozují nepřiměřený strach a úzkost. To vše je dáno dobou a především naší konzumní společností, která na nás všechny klade nepřiměřeně vysoké nároky, a vyrovnat se s těmito požadavky je stále více složité a mnozí z nás se již cítí tak psychicky vyčerpaní, že přestanou zvládat tento zrychlený, ale hlavně duševně náročný životní proces, který na nás v takové míře neadekvátním způsobem působí a ovlivňuje tak nejen naši psychiku, ale i taktéž i fyzické zdraví. Neboť psychika je těsně spjata s naší tělesnou pohodou. To, jak se cítíme, silně odráží stav, jak se chováme, myslíme, ačkoli si to sami neuvědomujeme. To pak má zásadní vliv na naši kondici, která pod vlivem neurovegetativního systému začne působit potíže, které jedince výrazným způsobem omezují a znepríjemňují tak jeho život.

Úzkostnými poruchami se nejvíce ze všech zabývá Doc. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc. – český psychiatr a psychoterapeut, který je nyní přednostou Kliniky psychiatrie v Olomouci a taktéž působí i jako vedoucí Katedry psychiatrie Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Vydal velké množství publikací, které se zaměřují na širokou tematiku úzkostných poruch. Ve své práci tak především čerpám náměty z jeho odborných publikací zaměřených na tuto problematiku.

V teoretické části se zaměřuji na nadměrné obavy, které pojmám co nejkompexněji od jejich historie, etiologie a patogeneze včetně průběhu, terapie, léčby a následně i prevence až po kvalitu života a její samotný popis.

V praktické části jsem si položila základní výzkumnou otázku: Do jaké míry jsou pacienti s úzkostnou poruchou spokojeni se svou kvalitou života. Výzkum jednoznačně prokázal, že kvalita života u lidí, kteří jsou v přeléčeném stavu své poruchy a nadále se se svým stavem učí sžít, je opravdu velmi snížena. Vzhledem k tomu, že jsem tuto kvalitu života hodnotila v pěti různých oblastech, z výzkumu je tak patrné, ve kterých těchto oblastech je spokojenost uspokojivá, a ve kterých je naopak neuspokojivá. Taktéž jsem nastínila i následné možnosti jejich zlepšení. Zároveň z výzkumné práce vyllynuly i další možnosti ke zkoumání této problematiky, což může být inspirací pro ty, které by toto téma hlouběji zaujalo, a chtěli by se jím v budoucnu věnovat.

Problematika v této oblasti je doposud méně probádaná. Neexistuje větší množství prací, které by o ní pojednávaly. Výzkum je tak zajímavý svou povahou, kde byli předmětem právě lidé s přeléčenou úzkostnou poruchou, o kterých se běžně v souvislosti s kvalitou života nediskutuje. Přínos mé diplomové práce spatřuji především v tom, že je nutné zajímat se o tyto jedince, neboť jejich kvalita života není zcela plnohodnotná a to i přes jejich ukončenou léčbu. Proto by těmto lidem i nadále měl být věnován zvýšený zájem a to nejen ze strany lékařů, ale i širší veřejnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
- [2] BOLELOUCKÝ, Z. a kol. *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada Avicenum, 1993. ISBN 80-7169-029-5.
- [3] CZAKO, M., SEEMANNOVÁ, M., BRATSKÁ, M. *Kapitoly zo všeobecnej psychológie. Emócie*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1982.
- [4] ČAČKA, O. *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika*. Brno: Doplněk, 1997. ISBN 80-85765-70-5.
- [5] DÖLZ, S. *Jak se úspěšně prosadit*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-1073-0.
- [6] DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF – WHOQOL-100*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
- [7] DUFFKOVÁ, J., URBAN, L. *Sociologie životního stylu*. Praha: Katedra společenských věd, 2007. ISBN 978-80-7251-266-9.
- [8] DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Avicenum, 2005. ISBN 80-247-0197-9.
- [9] ELLIS, A. *Člověče, neboj se. Jak ovládnout úzkost dřív, než ovládne nás*. Praha: Lidové noviny, 2001. ISBN 80-7106-438-6.
- [10] FEDRIGOTTI, T. *Autohypnóza a mentální trénink*. Praha: Mvg, 1992. ISBN 80-237-2851-2.
- [11] FRANKL, V. *Člověk hledá smysl*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. ISBN 80-901601-4-X.
- [12] FRANKL, V. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0.
- [13] FRANKL, V. *Psychoterapie pro laiky*. Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-80-2.
- [14] GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0415-3.
- [15] HAUSNER, M. *Duševně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1987.
- [16] CHROMÝ, K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4. ISBN 80-85912-18-X.

- [17] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- [18] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- [19] MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- [20] NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
- [21] PETRÁSEK, R. *Co dělat abychom žili zdravě*. Praha: Vyšehrad, 2004. ISBN 80-7021-711-1.
- [22] PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0068-9.
- [23] PRAŠKO, J. *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.
- [24] PRAŠKO, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-737-X.
- [25] PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Specifické fobie*. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-300-0.
- [26] PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B. a kol. *Nadměrné obavy o zdraví*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-881-3.
- [27] PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., PRAŠKOVÁ, H. a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-810-4.
- [28] PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. *Úzkost a obavy. Jak je překonat*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-079-8.
- [29] PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., ADAMCOVÁ, K. a kol. *Agorafobie a panická porucha*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-336-9.
- [30] PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PÍGLOVÁ, L. a kol. *Sociální fobie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-031-3.
- [31] PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKO, J. *Úzkostné a fobické poruchy*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-039-8.
- [32] SEKOT, A. *Sociologie v kostce*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-077-8.
- [33] SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: MAXDORF, 2002. ISBN 80-85912-18-X.

- [34] STRAUSS, A. L., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkum: postupy a techniky zakotvené teorie*. Praha: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60.
- [35] ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [36] VACEK, J. *O nemocech duše. Kapitoly z psychiatrie*. Praha: Mladá fronta, 1996. ISBN 80-204-0535-6.
- [37] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

S. Strany

Str. Strana

Tab. Tabulka

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Charakteristika respondentů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P. 1. Základní otázky polostrukturovaného rozhovoru.

PŘÍLOHA P I: ZÁKLADNÍ OTÁZKY POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Základní údaje o Vás:

- Věk :
- Rodinný stav :
- Nejvyšší ukončené vzdělání :
- Typ prodělané úzkostné poruchy :

- 1) Jak jste spokojen/a se svým zdravím?
- 2) Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?
- 3) Prodělal/a jste v poslední době nějaké závažné fyzické onemocnění? Popřípadě jaké?
- 4) Jak se cítíte po psychické stránce?
- 5) Dokážete se soustředit?
- 6) Jak vnímáte sám/a sebe?
- 7) Jste se s sebou spokojená/ý?
- 8) Jak jste schopný/á fungovat v běžném životě?
- 9) Máte dost energii pro každodenní život?
- 10) Jak moc Vás těší život?
- 11) Na kolik se Vám zdá, že má Váš život smysl?
- 12) Jaký je Váš způsob odpočinku?
- 13) Co obnáší Váš společenský život?
- 14) Jakých společenských aktivit se účastníte?
- 15) Kolik přátel ve svém okolí máte?
- 16) Jaké vztahy máte se svými přáteli?
- 17) Do jaké míry jste spokojen/a se svým společenským životem?
- 18) Jak byste zhodnotil/a Váš rodinný život?
- 19) Jaké panují vztahy ve Vaší rodině?
- 20) S kým si v rodině nejvíce rozumíte?
- 21) Do jaké míry jste spokojen/a se svým zaměstnáním?
- 22) Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

- 23) Jak se cítíte v pracovním kolektivu? (ve vztahu ke kolegům, nadřízeným, podřízeným)
- 24) Jaká atmosféra převážně panuje na Vašem pracovišti?
- 25) Máte dostatek financí k uspokojení Vašich potřeb?
- 26) Jak konkrétně trávíte svůj volný čas?
- 27) Jak využíváte nabídku volnočasových aktivit?
- 28) S kým nejraději trávíte svůj volný čas?
- 29) Jak podle Vás vypadá ideálně strávený volný den?

Na závěr rozhovoru:

- 30) Jak jste spokojen/a se svou kvalitou života?
- 31) Co by podle Vás mohlo přispět ke zlepšení Vaší kvality života?