

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Neurotická porucha jako součást života a její
vliv na společenské vztahy**

Bakalářská práce

Autor: Gabriela Srchová

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.

Hradec Králové

2017



Zadání bakalářské práce

Autor:	Gabriela Srchová
Studium:	U14082
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název bakalářské práce:	Neurotická porucha jako součást života a její vliv na společenské vztahy
Název bakalářské práce AJ:	Life with neurotic disorder and its impacts on social relationships.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce se bude zabývat problematikou sociální práce s lidmi s neurotickými poruchami. V první, teoretické části bude práce zaměřena především na klasifikaci a popis neurotických poruch. Dále se bude práce zabývat společenskými vztahy lidí s neurotickou poruchou. Popsány budou také předpoklady sociálního pracovníka pro práci a metody sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Druhá část práce je postavena na kvalitativním výzkumu, který bude veden formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkum bude popisovat společenské vztahy a vazby lidí s neurotickými poruchami a stereotypy, s nimiž se setkávají.

COHEN, R. M. Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Portál 2002.190 s. ISBN: 80-7178-497-4. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. MATOUŠEK, O. et al. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce
Vedoucí práce:	PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Ondřeji Štěchovi, Ph.D. za pomoc, odborné vedení a věcné připomínky při vedení mé práce.

Dále bych ráda poděkovala všem, kteří byli ochotni sdílet část svého soukromí a našli si čas ke spolupráci.

Abstrakt

SRCHOVÁ, Gabriela. *Neurotická porucha jako součást života a její vliv na společenské vztahy*. Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.

Tématem bakalářské práce jsou neurotické poruchy a jejich zásah do života nemocných jedinců. Práce je rozdělena do osmi kapitol. První, teoretická část, se zaměřuje na původ a vznik neurotických poruch a jejich klasifikaci. Zabývá se také neurotickou poruchou v sociálním kontextu a možnostem sociální práce s cílovou skupinou, kdy jsou hledána specifika práce a předpoklady pro její výkon. Pro teoretickou část práce byly využity informace získané z odborné literatury a webových zdrojů. Praktická část práce je založena především na analýze rozhovorů s lidmi trpícími neurotickou poruchou. Výzkum byl prováděn pomocí kvalitativního výzkumu – polostrukturovaného rozhovoru. Tato část je rozdělena na podkapitoly podle dílčích otázek, které jsou následovně vždy shrnuty a vyhodnoceny. V závěru textu je pak celkové shrnutí celé bakalářské práce.

Klíčová slova: neurotická porucha, duševní onemocnění, kvalita života, společenské vztahy, sociální pozice

Abstract

SRCHOVÁ, Gabriela. *Life with neurotic disorder and its impacts on social relationships*. Hradec Králové, 2017. Bachelor Degree theses. University of Hradec Králové, The Institute of Social Work. Supervisor: PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.

The main topic of this bachelor degree theses is the identification of neurotic disorders and their impact on life of a diseased person. The work is divided into eight chapters. First part, the theoretical one, is focused on causes and origins of neurotic disorders and their classification. It also concentrates on a neurotic disorder in social context and the possibilities of social work with regards to specifics and prerequisites for the work with neurotic people. To support the theoretical part, professional literature and internet sources were used. The practical part is mainly based on analysis of interviews with neurotic people. Research was made by qualitative research method – semistructured interview technique. This part is divided into subheadings according to the subject of the questions. All these questions are summarized and evaluated in the end. The aim of the conclusion part is to summarize the major points of the theses.

Key words: neurotic disorder, mental disorder, life standard, social relations, social position

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	11
1 Civilizace ve vztahu ke zdraví a zdravotním problémům.....	11
1.1 Příčiny vzniku psychických onemocnění.....	11
1.1.1 Dědičnost	12
1.1.2 Vnější vlivy	13
2 Pojetí normality.....	15
2.1 Normalita a duševní zdraví	15
3 Neurotické poruchy a jejich klasifikace.....	17
3.1 Fobické úzkostné poruchy	19
3.1.1 Agorafobie	19
3.1.2 Sociální fobie	20
3.1.2.1 Kazuistika.....	21
3.1.3 Specifické fobie.....	22
3.2 Panická porucha	22
3.3 Generalizovaná úzkostná porucha.....	23
3.4 Obsedantně kompulzivní porucha	24
3.4.1 Kazuistika.....	25
3.5 Reakce na závažný stres a porucha přizpůsobení	25
3.5.1 Akutní reakce na stres	26
3.5.2 Posttraumatická stresová porucha	26
3.5.3 Poruchy přizpůsobení.....	27
3.6 Disociativní (konverzní) poruchy	28
3.7 Somatoformní poruchy	29
3.8 Jiné neurotické poruchy	31
4 Neurotická porucha v sociálním kontextu.....	32
4.1 Uspokojování základních psychických potřeb u neurotického člověka	33
5 Sociální práce ve vztahu k lidem s duševním onemocněním	34
5.1 Náplň sociální práce s lidmi s duševním onemocněním	34
5.2 Vybrané druhy komplexní terapie.....	35
5.3 Sociální pracovník jako poskytovatel péče o duševně nemocné klienty	36
5.4 Předpoklady sociálního pracovníka pro práci.....	37
6 Shrnutí teoretické části práce	38
Praktická část	39
7 Výzkumné šetření.....	39
7.1 Hlavní cíl a dílčí otázky výzkumu	39
7.2 Hlavní výzkumná strategie	40
7.3 Organizace výzkumu a výzkumný soubor	41
8 Analýza dat a jejich interpretace.....	43
8.1 DVO1: Jaká jsou specifika a projevy neurotických poruch?.....	43
8.1.1 Shrnutí.....	44
8.2 DVO2: Do jaké míry neurotická porucha zasahuje do života, ovlivňuje jeho kvalitu?	45
8.2.1 Partnerský/rodinný život	45
8.2.2 Společenský život	46
8.2.3 Volba/výkon povolání	47
8.2.4 Volný čas.....	48

8.2.5	Využití služeb	49
8.2.6	Shrnutí	49
8.3	DVO3: Jak jsou vnímány reakce okolí na projevy neurotické poruchy?	50
8.3.1	Shrnutí	52
Závěr a diskuze		54
Seznam zdrojů		57
Seznam obrázků a tabulek		60
Seznam příloh		61
	Příloha č. 1	62
	Příloha č.2	64
	Příloha č. 3	66

Úvod

Pro téma bakalářské práce jsem si vybrala neurotické poruchy. Hlavním důvodem mé volby je zájem o cílovou skupinu klientů s duševním onemocněním, kterým bych se ráda v budoucnu věnovala. Problematika této cílové skupiny je ovšem velmi obsáhlá. I z tohoto důvodu jsem volila právě neurotické poruchy, které jsou v současné době nejrozšířenějším onemocněním v oblasti psychických poruch. Volba byla ale ovlivněna především díky osobním zkušenostem, právě s neurotickou poruchou, v rodině. Byla bych ráda, kdyby práce pomohla kvalitnější informovanosti o tomto onemocnění.

Jak jsem již zmínila, neurotické poruchy jsou nejčastějším psychickým onemocněním dnešní doby. Je to jakási daň za moderní civilizaci, která je velmi uspěchaná a má občas příliš vysoké nároky. Aby byla problematika lépe srozumitelná, v úvodu teoretické části se zabývám vztahu moderní společnosti a zdraví. Tyto dvě věci spolu totiž úzce souvisí. Dále uvádím příčiny vzniku psychických onemocnění, které jsou právě mnohdy velmi úzce spjaty s moderní civilizací. V další kapitole se zabývám sociologickým pojmem normalita. Opět se zde zaměřuji na její vztah k lidskému zdraví. Třetí kapitola se zabývá popisem a klasifikací neurotických poruch. Každou z poruch jsem se snažila popsat základními znaky a projevy, které by mohly pomoci při práci s klienty, kteří neurotickou poruchou trpí. K vybraným poruchám jsou napsány také kazuistiky, které jsem pro svou práci získala. V další části práce se zabývám neurotickými poruchami v sociálním kontextu, tedy především tím, jak choroba mění sociální pozici nemocného jedince. Poslední kapitola teoretické části je věnována sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. V této kapitole se snažím zjistit, jaká jsou specifika sociální práce s touto cílovou skupinou, a dále také najít potřebné předpoklady sociálních pracovníků pro práci s těmito klienty.

Pro výzkumnou část mé práce jsem zvolila kvalitativní výzkum a polostrukturovaný rozhovor. Tento způsob dle mého poskytuje dostatek informací o tom, jak problematiku hodnotí a vnímají sami klienti cílové skupiny. V rámci výzkumného šetření jsem tak oslovila osoby trpící neurotickou poruchou.

Výzkumná část práce obsahuje dále také informace o strategii výzkumu, sběru dat a interpretaci odpovědí od oslovených informantů. Hlavním cílem práce je pak zjistit, jakým způsobem neurotická porucha zasahuje do života lidí, kteří jí trpí. Byla

bych ráda, kdyby výstupy a zjištění, ke kterým ve své práci dojdu, alespoň částečně napomohla ke zlepšení integrace lidí s neuritickou poruchou.

Aplikačním cílem mé bakalářské práce je přiblížení problematiky neurotických poruch, se kterými se lze velmi často setkat. Práci mohou využít nejen sociální pracovníci, kteří se zaměřují na cílovou skupinou klientů, pro možné zkvalitnění služeb, ale také další pracovníci, pro které může být text jistým základním vodítkem pro komunikaci s lidmi s neurotickou poruchou. V neposlední řadě bych byla ráda, kdyby práce mohla pomoci přímo cílové skupině klientů jako ujištění, že ve svých problémech nejsou sami.

Teoretická část

1 Civilizace ve vztahu ke zdraví a zdravotním problémům

Dnešní moderní společnost nám nabízí mnoho výhod a ulehčení pro každodenní život. Klasickým případem může být výpočetní technika, nebo různé domácí spotřebiče. Na druhou stranu je ale dnešní doba velmi hektická a uspěchaná. I díky tomu roste množství zdravotních potíží.

V každém sociálním procesu, kam řadíme mimo jiné i civilizaci, můžeme najít kladné i záporné stránky. S novými příležitostmi tak přichází i nová rizika. Příkladem je technický pokrok, který ačkoliv je společnosti velmi nápomocný, tak zároveň může vést k ohrožení životního prostředí, a tím také ohrozit zdraví lidské populace. Dle statistik zdravotního vývoje ve většině civilizovaných zemí lze říci, že demokratické a průmyslově vyspělé státy západní a severní Evropy se dokázaly s tzv. civilizačními riziky a nemocemi vypořádat lépe než země ostatní. Značným rizikem moderní společnosti je absence pozitivního programu a také chybějící hodnoty směřující ke zdraví. Mnohdy totiž čelíme nedostatku informací, sebekontroly a pozitivní aktivity. Bývá velmi obtížné přizpůsobit se novým možnostem a přijmout je jako příležitost pro důstojný a plnohodnotný život. Na utváření našich vlastních hodnotových systémů se nedílnou součástí podílí rodina, výchova a celá životní zkušenost. (Holčík, 2009)

1.1 Příčiny vzniku psychických onemocnění

Vývoj psychických vlastností člověka, jejich běžných i vzácných, případně pak patologických variant, závisí na mnohých faktorech. Veškeré tyto faktory mají větší nebo menší významnou roli. Psychické poruchy, které byly zapříčiněny pouze jednou ze složek, tedy dědičností nebo učením, jsou poměrně vzácné. (Vágnerová, 1999)

Jak uvádí Horneyová (2007), neurotické poruchy neboli neurózy se mohou týkat i jedinců, kteří mají jinak osobnost nedotčenou a nenarušenou. Jedná se o poruchu adaptace nejen vůči prostředí, ale i vůči vlastní osobě. Příznaky neuróz tak v jisté míře občas prožívá každý, tedy i zdravý člověk. Zařadit sem můžeme například slabost, obavy, strach, neklid apod. (Mahrová, Venglářová, 2008) Tento stav je reakcí na vnější situaci a nazýváme ho jako situační neurózy. Na rozdíl od charakterových neuróz neukazují na neurotickou osobnost jako takovou, ale jsou reakcí na dočasnou absenci

adaptace na určitou náročnou životní situaci. (Horney, 2007) „*Neurotické poruchy dále dělíme na akutní a strukturální. Akutní jsou vyvolány psychickým traumatem (bolestným zraněním v duševní oblasti). Sekundární (někdy též charakterové) jsou důsledkem dlouhodobých komplexních poruch v mezilidských vztazích. Neurotické projevy se pak stávají součástí emoční výbavy pacienta.*“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 80)

1.1.1 Dědičnost

Genotyp, neboli souhrn dědičných předpokladů, většinou představuje pouze dispozici ke vzniku určité, normální nebo patologické vlastnosti organismu. Pro patologické vlastnosti hraje důležitou roli míra, nakolik mohou být předurčeny geneticky a naopak nakolik velký vliv má prostředí. Tuto míru nazýváme heritabilita¹. V zásadě platí, že čím závažnější je genetická odchylka od normy, tím menší vliv má prostředí. (Vágnerová, 1999)

„*Dispozice k rozvoji různých psychických vlastností jsou obvykle dědičné komplexním, resp. multifaktoriálním způsobem.*“ (Nussbaum, McInnes a Willard, 2004 In: Vágnerová, 2006) To znamená, že na vzniku psychických vlastností se podílí větší, ale přesněji nezjištěné množství genů. Tyto geny by izolovaně měly jen velmi nepatrný účinek. Všechny dědičné předpoklady se neuplatní ve stejné míře. Některé například nemusí být využity vůbec. Nepotřebná vlastnost se nemusí dále rozvíjet a tak stagnuje, nebo zcela upadá. Příkladem může být dítě ze sociálně slabého prostředí, které je výchovně zanedbané a jeho schopnosti se nerozvíjejí, protože jsou pro tento způsob života nepotřebné. Psychická funkce dědičná multifaktoriálním způsobem je například inteligence. Kvalita inteligence totiž závisí na dědičných faktorech, ale zároveň je významně ovlivnitelná výchovou a vzděláním. S tím souvisí i fakt, že úroveň rozumových schopností obou rodičů, která je podmíněná geneticky, ovlivní i kvalitu a způsob výchovy dětí. (Vágnerová, 2006)

Jak vyplývá ze studií, geny samy o sobě nestačí k tomu, aby propukla duševní porucha. Zájem a studie vědců se tak upíná na problematiku interakce genů a vnějšího

¹ „*Dědivost, míra dědičné složky na utváření jednotlivého znaku fenotypu jednotlivého znaku. Vyjádření fenotypu má vždy kromě složky genetické také složku nedědičnou, např. vlivy prostředí, sociální dědičnost aj.*“ (Vokurka, Hugo, 2008, s. 392)

„*Fenotyp – Pozorovatelný vzhled (či vlastnost) jedince, který je výsledkem jeho dědičných vloh a působení prostředí. Často i ve smyslu projevů choroby, resp. jejich tíže.*“ (Vokurka, Hugo, 2008, s. 306)

prostředí při rozvoji duševní nemoci. Heritabilita se u jednotlivých významných skupin duševních poruch liší.

*Tabulka 1: Heritabilita u jednotlivých významných skupin duševních poruch
(www.cspsychiatr.cz)*

Skupina duševních poruch	Heritabilita²
Demence	0,4 – 0,7
Závislosti na návykových látkách	0,4 – 0,6
Schizofrenie	0,6 – 0,8
Poruchy nálady	0,4 – 0,6
Neurotické a úzkostné poruchy	0,2 – 0,4
Mentální anorexie	0,5 – 0,7
Poruchy osobnosti	0,3 – 0,5
Mentální retardace	0,7 – 0,8

1.1.2 Vnější vlivy

Vliv prostředí může na různé osoby působit rozdílně. Člověk, který je spíše přecitlivělý a dispozičně labilní, bude vnímat běžné podněty úplně jinak než člověk, který je více flegmatický. (Vágnerová, 1999) Neurózy jsou výsledkem složitého procesu, který často začíná v dětství a týká se větší či menší části osobnosti.

Velmi důležitou roli hraje utváření charakteru z kulturního hlediska, jelikož právě charakter ovlivňuje lidské chování. (Horney, 2007) Značnou roli mohou hrát také nedostatečně bezpečné, nebo nejisté vztahy v rodině. Nevnímá-li dítě v raném věku života své domácí prostředí jako dostatečně bezpečné, nedojde pak k utvoření pevného vnitřního pocitu o světě jako o bezpečném místě a naopak má pocit, že svět ho ohrožuje. Na opačné straně je ale i nadměrná péče o dítě, ulevování, rozmazlování a strašení nebezpečím. Dítě tak vidí svého úzkostného rodiče, který se obává maličkostí, což může vést k nedostatečné odolnosti vůči stresu a pocitu ohrožení. Rodič se

² „Poznámka: Pokud by duševní porucha byla podmíněná výhradně geneticky a faktory prostředí by neměly vliv žádný, heritabilita by byla rovna jedné.“ (Nurnberger, Berrettini, 1998 In: Česká a Slovenská psychiatrie, 2013, online)

v tomto případě stává vzorem chování pro dítě svou úzkostností. Také značný nezáměr rodičů, fyzické týrání nebo sexuální zneužívání v dětství souvisí s vyšším výskytem psychických poruch. Vliv může mít také učení podmiňováním. K tomuto procesu dochází automaticky. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008) Příkladem může být situace, kdy malé dítě nešťastnou náhodou spadne do vody a začne se topit. Díky traumatickému zážitku pak může mít panický strach z větších vodních ploch. Důsledkem následně může být fakt, že se takový člověk nikdy nenaučí plavat.

Opakem jsou pozitivní, protektivní vlivy prostředí. Ty vznikají v harmonických rodinách, kde má dítě pocit, že je přijímáno a milováno, pocit základní jistoty. Takové zázemí mu pak pozitivně napomáhá při zvládání nepříznivých a stresujících situací i v dospělém věku. Faktory, které mohou být nápomocné při zvládání těžkých životních událostí, jsou také dobré intelektuální schopnosti, odolnost, nebo také náboženská víra. (Malá, 2010)

Dalším faktorem, který můžeme zařadit do vnějších vlivů, jsou každodenní stresory. Ty bývají velmi často spouštěčem úzkostných poruch. Lidé žijící v nadměrně stresujících podmínkách jsou náchylnější k rozvoji úzkosti a deprese. Často dochází ke kombinaci problémů v rodině, v práci nebo ve škole. S rozvojem nadměrných obav a úzkostí často souvisejí vztahové, pracovní a výkonové stresory, stresory související se životním stylem, nemoci a handicapy a vliv životních událostí. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008) Přetrvávající nepříznivé události nebo zátěžové situace jsou primárními a převažujícími faktory, bez jejichž působení by k určitým neurotickým poruchám nedošlo. Poruchy narušují mechanismy úspěšného vypořádávání se se stresem a vedou ke zhoršení sociálního fungování. V kritických případech může situace dojít až ke sebepoškozování, nebo dokonce suicidálním tendencím. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Vágnerová (1999) uvádí, že každý z nás si do určité míry aktivně ovlivňuje to, jak na něho bude reagovat jeho okolí. Jak v pozitivním, tak i v negativním smyslu. Pokud budeme většinu času dobře naladěni, ostatní lidé se k nám budou chovat jinak, než když budeme stále podráždění a agresivní. Působení vnějších vlivů závisí jak na samotných podnětech, které z něho vycházejí, ale i na způsobu, jakým na něj jedinec zareaguje. Člověk je v neustálé interakci s okolním prostředím a musí se adaptovat na jeho podmínky, nebo musí být schopen přizpůsobit vnější prostředí svým potřebám.

2 Pojetí normality

Pojetí a vymezení normality je velmi obtížné a nejednoznačné. „*Kritérium normalnosti samo o sobě neexistuje.*“ (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 23) Chápání hranice mezi normálním a abnormálním chováním je pohyblivé a závisí i na různých kritériích. V dané společnosti a kultuře bývá za normální považováno to, co je obvyklé, běžné. Problém vzniká také u vnímání normy různými skupinami. Zde lze uvést situaci, kdy dochází ke konfliktu mezi menšinovou a většinovou společností. Předmětem sporu může být jiná kultura a odlišné normy romské minority. Vnímání normality se mění také v čase. (Vágnerová, 1999) To, co bylo dříve společensky nepřijatelné, můžeme dnes chápat jako normální a běžné. Situace se může vyvíjet ale i naopak. Příkladem je poměrně aktuální problematika tolerance kouření, kdy bylo v minulosti běžné kouření povoleno na většině veřejných prostor. Dnes dochází k postupnému zákazu.

Zdravotnictví vysvětluje abnormalitu jako nemoc. Tento pohled je základem pro mnohé pojmenování abnormálních projevů, jako například psychopatie a psychická porucha. Na tomto příkladu můžeme pozorovat vývoj chápání normality v historickém kontextu. Dříve bylo mnoho odchylek ve zdraví považováno za posednutí démonem, čarodějnictví nebo potrestání Bohem. Až s rozvojem v oboru zdravotnictví přineslo jiný pohled a zdokonalení v možnostech léčby. (Weiten, 1998)

Otázkou je, kdo má právo posuzovat, co lze považovat za normální a jaká odchylka je už abnormální. Oficiální diagnózy jsou definovány odborníky. Na druhé straně se ale nachází subjektivní pohled každého člověka. Každý z nás má o normalitě své vlastní představy, na základě kterých soudí ostatní. Co jednomu přijde normální, druhý vidí jako abnormalitu. (Weiten, 1998)

2.1 Normalita a duševní zdraví

Každý, kdo se zabývá diagnostikou duševního zdraví, musí řešit komplikovaný vztah mezi normou psychického zdraví a diagnostickými kritérii. U určování psychické poruchy je důležité včasné rozeznání a diagnostika. Problém vzniká v situaci, kdy je nutné určit hranici mezi normalitou a odchylkou. Ačkoliv je jako normální chápáno to, co je v určité etnické oblasti zaznamenáno u většinové populace, zdraví je

zvláštním případem. U určování normy zdraví hraje roli subjektivní i objektivní stránka.

Abnormalitou z psychologického pohledu bychom mohli považovat jako neurotického člověka jedince, který má finančně podhodnocené zaměstnání v řadové pozici, ve kterém setrvává, i když by mohl vydělávat více peněz a mít vysokou pozici. Zařazení takového jedince do určité skupiny vychází z hodnot naší společnosti a vzorců chování. Způsob takového života totiž zcela vybočuje z kritérií, která jsou dnes uznávána a za normální se považuje touha a snaha o kariérní růst, vysoké postavení a také touha vydělávat více peněz než většina populace. (Horney, 2007)

3 Neurotické poruchy a jejich klasifikace

Pojem „neurotický“ je dnes zcela běžně používán. Většina lidí však nemá jasné ponětí, co pojem skutečně znamená. „*Neurotické poruchy jsou funkčními poruchami adaptace jednak vůči prostředí, jednak vůči sobě samému.*“ (Malá, Pavlovský, 2010, s. 68) Neurotickou poruchu lze obecně charakterizovat výskytem úzkosti, přičemž bývá obtížné rozlišit úzkost a strach. Úzkost, stejně tak strach se řadí do emočních reakcí. Vegetativní projevy, které doprovází obě tyto reakce, mají různou intenzitu, která závisí na intenzitě prožívání člověka. Rozdílem je příčina. Zatímco strach má příčinu v konkrétní podobě, úzkost se vyznačuje tím, že příčinu nemá. Úzkost je do jisté míry součástí života každého z nás, jakožto funkce očekávání, která je spojena s neurčitostí, a je ovlivněna genetickými, psychogenními a sociogenními činiteli. Pokud se úzkost vyskytuje častěji, ve větší míře a jedinci negativně zasahuje do života, můžeme mluvit o úzkosti patologické. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015) Suchomel uvádí, že kromě úzkosti se objevují příznaky jako nesoustředěnost, tělesné potíže bez organické příčiny (bolest hlavy, střevní potíže) a nespavost.

Typická pro neurotickou poruchu je změna prožívání, kdy se zároveň mohou měnit i fyziologické reakce, uvažování i chování, to vše pod vlivem narušeného emočního vnímání. Neschopnost se přizpůsobit je vázána na výskyt opakujících se stresujících životních událostí. Chování, které je reakcí na vzniklou situaci, se může nevědomě zafixovat. V takovém případě, kdykoli se člověk dostane do podobné situace, zachová se pravděpodobně stejně. Člověk, který neurotickou poruchou trpí, se může chovat nápadně a neobvykle, vnímání reality zůstává téměř vždy nenarušeno. Svým chováním postižený neporušuje sociální normy a zpravidla si uvědomuje, že jeho projevy jsou odlišné. Takové projevy jsou nejen pro něho, ale i pro jeho okolí nepříjemné. To může mít značný vliv na společenské vztahy. (Vágnerová, 1999)

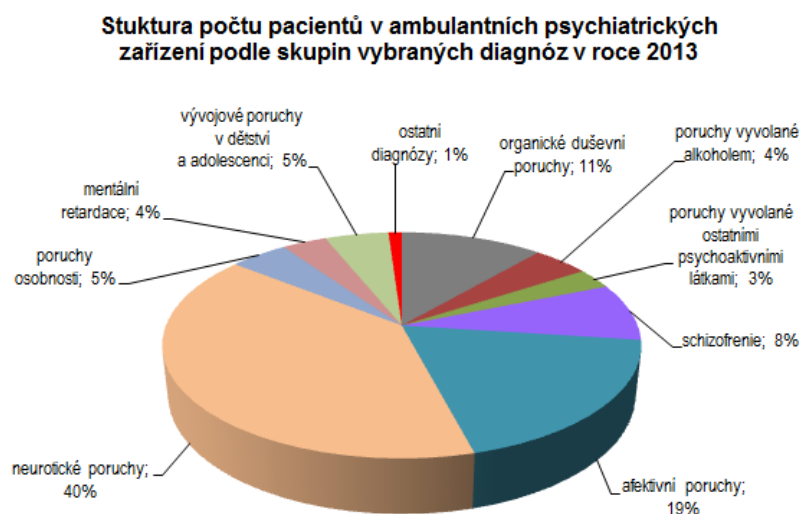
Jak uvádí Malá a Pavlovský (2010), pokud jde o výklad neurotických poruch, psychologické směry se poněkud ve svých názorech rozcházejí. Zatímco psychoanalytický přístup klade důraz na význam nevědomých procesů a konfliktů z raného dětství, kognitivně – behaviorální přístup vysvětluje maladaptivní chování jako nevhodně naučený způsob zvládnání stresových situací. Cílem kognitivně – behaviorální terapie je rozvoj alternativního myšlení, zkoušení nových způsobů uvažování, které následně vedou k novým vzorcům chování.

Neurotické poruchy bývají proti psychózám (např. halucinace) vnímány jako méně závažné a lehčí onemocnění. Dříve se k léčení těchto poruch používala například hypnóza. Dnes je mimo psychofarmak (antidepresiva) využívána také individuální a skupinová psychoterapie. Za průkopníka skupinové terapie neurotických pacientů u nás lze považovat prof. MUDr. Ferdinanda Knoblocha, CSc., se svou terapeutickou skupinou v Lobči. (Beloucký, 2016) Dle Suchomela je ideální léčbou neurotických pacientů kombinace obou forem psychoterapie. Pro pacienta je důležité, aby byl schopen si uvědomit své vnitřní zdroje a ty pak dokázal využít. Podstatné je také umět přijmout sebe sama, s pozitivními i negativními vlastnostmi a stránkami. Zdravotní pojišťovny u nás psychoterapii v určitém rozsahu hradí.

Neurotické poruchy dělíme na několik skupin:

- A) Fobické úzkostné poruchy
- B) Panická porucha
- C) Generalizovaná úzkostná porucha
- D) Obsedantně – kompulzivní porucha
- E) Reakce na závažný stres a porucha přizpůsobení
- F) Disociativní porucha
- G) Somatoformní poruchy
- H) Jiné neurotické poruchy

Obrázek 1: Struktura počtu pacientů dle vybraných diagnóz (www.uzis.cz)



3.1 Fobické úzkostné poruchy

„Typickým projevem této poruchy je nadměrné a téměř neustálé zaobírání se obavami, starostmi a stresujícími myšlenkami.“ (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008, s. 19) Do dnešní doby je úzkost zkoumána z mnoha nejrůznějších hledisek. Existuje tak více teorií o jejím vzniku a lze ji sledovat i mnohými technikami. Úzkost je popsána biologickou, psychologickou a neurofyzilogickou teorií. Jednou z možných sledovacích technik je například EMG³. Fobické úzkostné poruchy jsou vázány na určité situace, předmět, zvíře nebo lidí. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015)

Jak uvádí Praško, Vyskočilová, Prašková (2008), fobie je extrémně silný strach z určitých situací nebo objektů. Strach je do určité míry normálním prožíváním. Pokud je ale extrémní, může se stát problémem, kdy se člověk postižený určitou fobií snaží vyhybat takovému spouštěči. Dotyčný si uvědomuje, že jeho pocit strachu a následná reakce nejsou přiměřené. Síla reakce může být také ovlivněna dalšími faktory, do kterých lze zahrnout aktuální citové rozpoložení nebo nemoc. Fobie dělíme do tří specifických skupin: agorafobie, sociální fobie a specifické fobie.

3.1.1 Agorafobie

Agorafobie je strach z veřejných otevřených prostor, zároveň tak uzavřených velkých prostorů. Lidé trpící agorafobií mají strach z letadel, vlaků, veřejných institucí, kin, obchodních domů atd. V závažnějších případech se objevuje strach z opuštění domova bez doprovodu. Agorafobie bývá někdy také doprovázena panickou poruchou s depresivními stavy. Porucha se častěji vyskytuje u žen a obvykle se objevuje na začátku dospělosti. (Malá, Pavlovský, 2010)

Agorafobie má jak psychické, vegetativní, tak i orgánové projevy. Do psychických projevů patří vnitřní neklid, nejistota nebo například depersonalizace⁴. Mezi důležité vegetativní projevy můžeme zařadit bušení srdce, zrychlený puls, pocení. Orgánové příznaky, které jsou přímo spojené s úzkostí, se projevují třesem celého těla, dýchacími problémy, tlakem na hrudi atd. Intenzita příznaků není stálá a kolísá. Projevy

³ EMG = elektromyografie; „*Elektromyografie – záznam elektrické aktivity svalů pomocí elektrod.*“ (Vokurka, Hugo, 2008, s. 258)

⁴ „*Depersonalizace – pocit odcizení a nepřírozenosti ve vztahu k okolí či k sobě samému. Postižený má pocit odpojenosti emocí a prožitků, má pocit jako ve snu.*“ (Vokurka, Hugo, 2008, s. 206)

mohou být spojené s depresivní symptomatikou, která ovšem nesmí převládat. Pokud se postižený snaží vyhýbat fobickým situacím, příznaky bývají sotva znatelné. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015)

Léčba agorafobie je především psychoterapií, kdy je velmi účinnou kognitivně-behaviorální terapie. K léčení farmaky jsou využívána nejčastěji psychofarmaka, která odstraňují úzkost a psychické napětí, tzv. anxiolytika a dále také antidepressiva. Léčení není jednoduché a bývá dlouhodobějšího charakteru. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015)

3.1.2 Sociální fobie

Sociální fobie je dnes ve společnosti hojně využívaným pojmem. Podobě jako u deprese, velké množství lidí tento pojem používá. „Mít depku“ pro zdravého člověka znamená například únavu spojenou se změnou počasí. Se skutečnou diagnózou to však nemá nic společného. Stejně tak mnohokrát můžeme slyšet člověka, jak mluví o sociální fobii ve spojitosti s tím, že se nerad seznamuje s novými lidmi. Ve většině případů však takový člověk netuší, co ve skutečnosti znamená diagnóza dané fobie. Proto je velmi důležité vědět, zda se setkáváme s člověkem, který termíny pouze používá pro popis svých pocitů, nebo s člověkem, který má fobii diagnostikovanou a podle toho s ním také jednat.

„Sociální fobie je výrazný strach (fobie), pro který je typické, že se objevuje v mezilidských situacích (sociální úzkost). Při vystavení se sociálním situacím dochází k výskytu typických příznaků.“ (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2012) Výskyt sociální fobie je stejný u mužů i u žen. Dochází k přehnanému strachu z kontaktu s lidmi a ze společenských situací. Jedinec má obavy, že se ztrapní, bude odsuzován a kvůli tomu dochází k vyhýbavému chování a sociální izolaci. U této neurotické poruchy je několikrát vyšší riziko suicida, než v běžné populaci. To i přesto, že lidé se sociální fobií si jsou vědomi, že jejich obavy a chování jsou přehnané. (Malá, Pavlovský, 2010)

Sociální fobie mohou být konkrétní, do kterých řadíme strach ze setkávání se s lidmi opačného pohlaví, projevu na veřejnosti. Difúzní sociální fobie se týká všech společenských situací, mimo rodinu. Nemocní mají většinou z důvodu nízkého sebevědomí strach z kritiky ostatních lidí. Nízké sebevědomí a pocity méněcennosti jsou poměrně rozšířenými jevy, ale když příliš zasahují do společenského života a jsou zdrojem obav, stávají se patologickými. Postižení zveličují svůj defekt, který může

být pouze vsugerovaným. Domnívají se, že jsou příliš nápadní, a na veřejnosti se tak projevují tělesné příznaky jako třes celého těla, zarudnutí. Jedinci se snaží sociálním situacím vyhýbat, nebo se dokonce zcela izolovat. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015)

Mezi typické situace, které u lidí se sociální fobií vyvolávají úzkost, patří použití telefonu, přednášení před lidmi, setkání s autoritou, setkání se s neznámým člověkem, prezentace vlastního názoru ve skupině, být sledován u nějaké činnosti (například jídlo), nebo přijmutí návštěvy. Při takových situacích dochází k tělesným příznakům úzkosti jako bušení srdce, třes, svalové napětí, závratě, pocity na zvracení atd. V chování se úzkost projevuje zadržováním, přešlapováním, tichým hlasem, vyhýbáním se, mlčením nebo například schováváním se. Myšlenky člověka trpícího sociální fobií jsou jakýmsi bludným kruhem. Úzkost vzbuzuje pouhé pomyšlení na sociální situaci. Myšlenky se objevují automaticky, charakteristické jsou tzv. úzkostné automatické myšlenky. Takový člověk má pak obavy, že se mu ostatní vysmějí, ztrapní se nebo situaci nezvládne. (Praško, 2012)

Jedinci trpící sociální fobií jsou ve většině případů přesvědčeni, že úzkostné stavy jsou rysem jejich povahy, a tím pádem jsou neléčitelné. Sociální fobie je naopak dobře léčitelnou úzkostnou poruchou, kterou lze léčit buď léky (zejména antidepresivy), nebo psychoterapeuticky (zejména kognitivně – behaviorální terapie). Léčení psychofarmaky vykazuje úspěšnost u 70 – 80 % pacientů. Terapie dosahuje výsledků podobných. Možná je i kombinace obou způsobů léčby, a to zejména v případech, kdy léčba jedním ze způsobů nepomáhá. Léky napomáhají pozměnit biochemickou nerovnováhu na určitých spojích mozku, čímž dochází ke snížení pocitu úzkosti. Psychoterapie využívá několika způsobů léčby. Jedním ze způsobů je pomocí expozicí. To znamená, že se nemocný postupně vystavuje sociálním situacím tak dlouho, dokud se jich nepřestane bát. Taková expozice musí probíhat pomalu a postupně. Dalším způsobem je například kognitivní konstrukce, což je proces, kdy dochází ke změně myšlení a zbavování se iracionálních myšlenek. Vhodným způsobem ke zvládnutí atak úzkosti jsou také zklidňující dechová cvičení. (Praško, 2012)

3.1.2.1 Kazuistika

Pan K. trpí sociální fobií asi od puberty. První příznaky na sobě začal pozorovat na střední škole při zkoušení před celou třídou. Zprvu příznaky připisoval nervozitě. Později se ale příznaky začaly zhoršovat a přibývaly další. Problémy se objevily i

v dalším sociálním fungování. Pan K. měl například problém s nákupem oblečení, obával se, že ho prodavačky budou podezřívát z krádeže. Ve chvíli, kdy nebyl schopen vstát z postele a odejít do školy, protože měl zažívací potíže a závratě, obrátila se jeho rodina na psychologku. Ta mu předepsala léky na snížení úzkosti. Léky užívá doposud. Pomáhají mu úzkosti zvládat, sociální kontakty jsou pro něho ale stále těžké. Psychoterapii využívat nechce. Žije sám a nemá rodinu ani partnerku. Vzhledem ke svým problémům pracuje jako IT správce nejmenované firmy, kde není v každodenním kontaktu s cizími lidmi.

3.1.3 Specifické fobie

U specifických fobií je úzkost spojena s určitými situacemi nebo objekty. Tyto izolované fobie se objevují více u žen než u mužů a vzhledem k její rozmanitosti se jedná o nejčastější úzkostnou poruchu. Specifické fobie mohou oslabit, nebo dokonce samy vymizet, to se stává zejména u fobií vzniklých v dětství. Při velké stresové zátěži mohou ale také zesílit. Do těchto fobií pro zajímavost řadíme například arachnofobii (strach z pavouků), akrofobii (strach z výšek), belonefobii (strach z jehel) nebo pak také třeba koumpounofobii (strach z knoflíků), xathofobii (strach ze žluté barvy) atd. (Hosáková, 2007)

Suchomel uvádí (In Hosáková, 2007), že obávaná situace, která vyvolává úzkost, je izolovaná a není zde široké spektrum jako u sociální fobie a agorafobie. Úzkost provází myšlenky, že dotyčný není schopen situaci zvládnout. K základním příznakům, patří výrazný strach, který může být doprovázen panickou reakcí. Velmi často specifické fobie vznikají traumatickým zážitkem z dětství a vyhýbavé chování fobií posiluje. Terapie probíhá stejně, jako u ostatních fobií. Tedy psychofarmaky nebo terapeuticky.

3.2 Panická porucha

„Porucha je charakterizována výskytem periodických atak výrazné úzkosti, která není vázána na žádnou určitou situaci.“ (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 251) Náhlé ataky intenzivního strachu až hrůzy, které se objevují bez vnější příčiny, obvykle trvají několik minut a mohou se vracet ve vlnách i po dobu několika hodin. Postižený má neovladatelný strach, že se něco stane, že ztratí kontrolu a prožívá příznaky jako strach ze smrti, bolest na hrudi, pocení, mravenčení atd. Vyskytnout se

mohou také autoagresivní a agresivní projevy. Člověk, který takovou ataku zažívá, se cítí bezmocný a bývá například také přesvědčen, že mu selhává srdce. Reakcí na záchvat bývá útek ze situace, nebo místa, kde k atace došlo, nebo vyhledání pomoci. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008)

Abychom mohli mluvit o panické poruše, u jedince se musí objevit diagnostická kritéria, mezi která patří několik závažných atak úzkosti v krátkém časovém období, které vznikají v situacích, kdy nehrozí reálné nebezpečí. Ataky nejsou omezeny na známé situace a mezi nimi se nevyskytují žádné úzkostné symptomy. Tyto panické záchvaty mohou být ale i součástí jiných úzkostných poruch. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015)

Jak uvádí Praško (2008), ve většině případů lidé s panickou poruchou vyhledávají pomoc u různých odborníků, jako jsou internisté, neurologové. Vyšetření však žádný organický patologický stav neprokáží. Lidé se tak k léčení psychiatrem dostanou až po letech a poté, co projdou řadou zbytečných vyšetření a hospitalizací. Tento fakt může vést k rozvoji dalších úzkostných poruch, například k rozvoji agorafobie. Dušek (2015) pak uvádí, že terapie je shodná jako u dalších úzkostných poruch. Vhodná je i injekční aplikace anxiolytik.

3.3 Generalizovaná úzkostná porucha

Lidé trpící generalizovanou úzkostnou poruchou žijí neustále v úzkostném napětí a očekávání. Úzkost je bezdůvodná a svou mírou ovlivňuje život jedince. Velmi výrazným je také vegetativní doprovod úzkosti. Ta se projevuje neklidem, třesem, neustálým pohybem a odvádí pozornost jedince od reality. Lidé trpící úzkostnou poruchou jsou často velmi nepozorní a stav úzkosti je na nich navenek pozorovatelný. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015) Dle Suchomela je úzkost přítomna stále, ale není natolik silná jako u poruchy panické. Obě tyto poruchy se však mohou vyskytnout současně, v takovém případě se jedná o generalizovanou úzkostnou poruchu s panickými atakami.

Diagnostická kritéria generalizované úzkostné poruchy jsou projevy úzkosti, které jsou většinu dne nepřetržité, objevují se také úzkostná očekávání. U nemocného lze pozorovat motorické napětí (motorický neklid, třes). Objevují se také vegetativní a somatické potíže jako pocení, točení hlavy, návaly horka atd. Někdy se mohou objevit i děsivé sny, ačkoliv postižení jsou projevy úzkosti během dne natolik vyčerpáni,

že je jejich spánek vcelku dobrý. Při očekávání nových situací, kdy se dostavuje tréma, se může úzkost vystupňovat. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015)

Velká část lidí, kteří generalizovanou úzkostnou poruchou trpí, jsou přesvědčeni, že je součástí rysu jejich povahy, a tudíž s tím nelze nic dělat. Naopak ale generalizovaná úzkostná porucha je dobře léčitelná a možnosti léčby, které jsou v zásadě dvě, mají velmi pozitivní výsledky. Léčba léky, především antidepresivy, je vhodná pro dlouhodobou léčbu. Někteří pacienti však léky brát nechtějí, nebo je předčasně vysazují. Druhým, ale nejdůležitějším způsobem léčby generalizované úzkostné poruchy je psychoterapie. Ta slouží jako nástroj k hlubšímu porozumění toho, co se s člověkem trpícím úzkostí děje. Pomáhá také objevit události, které mohou souviset se vznikem úzkosti, učí jak zvládat a předcházet úzkosti. (Praško, Vyskočilová, Prášková, 2008)

3.4 Obsedantně kompulzivní porucha

„V popředí obsedantně kompulzivní poruchy (OCD) jsou opakující se vtíravé myšlenky a nutkavé akty.“ (Marková, Venglářová, Babičková, 2006, s. 262) Představy (obsese) a akty (kompulze) jsou tak hlavním znakem OCD. Obsese nebo kompulze jsou přítomny po celé dny v průběhu několika týdnů a jsou pacientem považovány za jeho vlastní jednání a myšlenky.

Obsedantně kompulzivní porucha se projevuje jako nutkání k určitému jednání, které je člověk nucen realizovat, nebo na které neustále myslí. Je si vědom, že jeho myšlenky jsou nepřiměřené, i tak ale není schopen se jich zbavit. Myšlenky nebo provedené činy jsou pro pacienta nepříjemné a negativně ovlivňují jeho společenský život. Člověk trpící OCD provádí různé úkony a obřady, které zdůvodňuje tak, že zabraňuje neštěstí, které hrozí jemu i okolí. Postižený například nemůže odejít z bytu, dokud nevykoná určité obřady. Velmi špatně snášejí nové věci, příkladem je reorganizace regálů v obchodě. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015) Obsese také zahrnují fobii ze špíny, nákazy, ze ztráty apod. Kompulzivní rituály jsou různé. Například 3x přešlápnout, 10x si umýt ruce nebo opakování si určité fráze v duchu.

Obsedantně kompulzivní porucha je chronické onemocnění, které postihuje nejen osobní, ale i profesní život. Dvě třetiny pacientů trpí také depresemi. Stejně jako u ostatních neurotických poruch, nejvhodnější léčbou je psychoterapie doplněná farma-

koterapií. Z farmakoterapie ke standartní léčbě úzkostí patří anxiolytika. Dalším krokem léčby farmaky jsou pak antidepresiva. Speciálně u OCD se u některých stavů využívají také neuroleptika⁵. V mnohých případech jsou jako doplňující terapie přínosné hypnózy a relaxační techniky. Skupinová psychoterapie pak umožňuje nácvik sociálních dovedností a sdílení zkušeností. (Malá, Pavlovský 2010)

3.4.1 Kazuistika

Paní L. trpí obsedantně-kompulzivní poruchou zhruba 7 let. Vystřídala řadu psychofarmak, ale žádná jí moc nezabrala. Má neustálé nutkání kontrolovat vodovodní kohoutky, sporák, dveře, ledničku atd. Má také rituály před odchodem z domu, před spaním a během dne (to zejména na vodu). Venku paní L. neustále kontroluje, kam šlape, má nutkavé myšlenky, co by se mohlo stát, kdyby šlápla někam jinam. Jak říká, nemá „jen“ obvyklejší nutkání jít pouze po bílých čarách na přechodu, ale neustále se dívá jen na zem a přemýšlí, kam šlápnout a kde je to „nebezpečné“. Ještě si u všeho opakovaně počítá. Paní zkusila individuální i skupinovou kognitivně-behaviorální psychoterapii, ta pomohla jen trochu.

3.5 Reakce na závažný stres a porucha přizpůsobení

Tyto neurotické poruchy vznikají na základě závažného stresujícího zážitku a poruchy přizpůsobení. Velmi záleží na citlivosti a zranitelnosti jedince, stejně tak na události, která stresovou reakci vyvolala. Jedná se o jednu z mála psychóz, u které lze určit přesnou příčinu. Psychická reakce na danou stresovou situaci může být akutní, nebo dlouhodobá. (Malá, Pavlovský, 2010)

Každý jedinec reaguje na stresové situace jiným způsobem. Samotné životní události ještě nemusí být u každého člověka spouštěčem závažné reakce. Na tu samou událost, jako je například úmrtí v rodině, autonehoda, teroristický útok, přepadení a mnoho dalších událostí, budou různí lidé reagovat odlišně. Tyto faktory se také mohou velmi často kumulovat. Proto je možné psychickou krizi chápat velmi široce, od momentální úzkosti až po mnohaleté životní deprese. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015)

⁵ neuroleptika = „skupina psychofarmak užívaná zejména k léčbě psychóz“ (Vokurka, Hugo, 2008, s. 703)

Do této skupiny psychických poruch jsou zahrnuty následující: akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha a poruchy přizpůsobení.

3.5.1 Akutní reakce na stres

Příčinou vzniku této poruchy jsou různé stresující a traumatizující události jedince, případně jeho blízkých osob. Významnými faktory jsou také věk a pohlaví, kdy jsou vznikem poruchy více ohroženy ženy. Jedná se o závažnou a akutní psychickou poruchu, která odezní poté, co přestane působit psychický nebo fyzický stres. To obvykle bývá v řádu několika hodin až dnů. K projevu příznaků dochází buď bezprostředně po události, nebo po velmi krátké době. Mezi takové příznaky patří porucha vnímání a pozornosti, dezorientace, zpomalené chápání, poruchy paměti, pocit beznaděje nebo naopak hyperaktivita. (Vágnerová, 1999)

Vágnerová (1999) dále uvádí, že akutní reakci na stres lze rozdělit na tato dvě stádia:

- 1) Fáze šoku, při které dochází k dočasnému „zaseknutí“, snížení pozornosti.
- 2) Fáze diferenciacce obranného stylu. Zde dochází buď k ještě většímu útlumu a stažení člověka do sebe, anebo k nadměrné aktivitě. Emoční projevy mohou být také různé. Někteří jedinci nemusí být schopni žádné emoční reakce, zatímco pociťují silné emoční prožitky. Objevuje se strach a také reakce jako třes, pocení atd.

K léčbě akutních reakcí na stres se využívají techniky krizové intervence, případně psychoterapie. Vhodná je emoční podpora klienta, možnost ventilace emocí a také pomoc s adaptací a porozumění situaci. Léčba farmaky se využívá jen výjimečně, v případě extrémního neklidu. Může se také objevit částečná či celková amnézie na situaci. (Marková, Venglářová, Babiaková 2006)

3.5.2 Posttraumatická stresová porucha

V případě této poruchy se jedná o opožděnou reakci na traumatickou situaci. Ve většině případů se jedná o události, které přesahují obvyklou lidskou zkušenost, jako jsou například vojenské bojové akce, přírodní katastrofy apod. Takové události bývají traumatické pro většinu lidí. (Malá, Pavlovský, 2010)

Posttraumatická stresová porucha vzniká do šesti měsíců od vážného traumatického zážitku. Dochází k opakovanému znovuvybavování a znovuprožívání události ve vzpomínkách a snech. Člověk není schopen vybavit si některé momenty z dané situace a jsou přítomny příznaky jako poruchy spánku, poruchy koncentrace a podrážděnost. Může se objevit i citová otupělost, jako důsledek vyčerpání i jako obrana před dalším nepříjemným zážitkem. Dochází také k izolaci a odcizenosti od společnosti. Kromě psychických projevů jako jsou úzkosti, deprese, poruchy spánku a suicidální tendence se objevují i silné vegetativní projevy. Mezi ty patří pocení, dušnost, bušení srdce. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010)

U některých postižených jedinců porucha sama postupně odezní. V malém procentu případů dochází k dlouhodobému přetrvávání, nebo dokonce k vyvolání změn a poruch osobnosti. Metodou první volby léčby je psychoterapie. Klient se musí cítit bezpečně, aby mohl ventilovat své vzpomínky. Emoční reakce jsou často velmi silné. Léčba farmaky se používá hlavně k zlepšení spánkových poruch a mírnění úzkostí. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

3.5.3 Poruchy přizpůsobení

Tyto poruchy vznikají v období zvládání významných životních změn následkem působení nepříznivých životních událostí. Poruchy přizpůsobení adolescentů a dospělých narušují jejich sociální adaptaci. Člověk na nepříjemné životní události obvykle reaguje smutkem a úzkostí, které časem samy odezní, a jedinec se dokáže s prožitým vyrovnat. V případě poruchy přizpůsobení tyto reakce přetrvávají a mají poměrně silné projevy. Postižený jedinec má pocit bezmoci, pocit neschopnosti vyrovnat se s danou situací. Porucha přizpůsobení se projevuje jako krátkodobá nebo vleklá depresivní reakce, v některých případech je deprese kombinovaná s úzkostí, agresivitou a disociálním chováním. (Malá, Pavlovský, 2010)

Příznaky poruchy se obvykle objevují během prvního měsíce od stresové situace a je velmi důležité posoudit vztah mezi formou a tíží symptomů a osobností. Hlavními projevy mohou být také krátké depresivní stavy, ale i deprese delšího trvání. Ačkoliv projevy bývají ve večerních hodinách výraznější a postižení hůře usínají, spánek je naopak velmi kvalitní a přináší úlevu. Tyto poruchy bývají časté v mladistvém věku, kdy dochází k převzetí nových rolí, například nová sexuální role, rozhodování o budoucím povolání. Následkem poruchy u mladistvých může dojít k útěku z domova, ze

školy, experimentování s drogami apod. Porucha se může projevit i u dětí, kdy bývá poměrně časté noční pomočování nebo zadržávání řeči. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015)

K léčbě je opět využívána podpůrná krátkodobá psychoterapie, kdy je velmi podstatné pacientovi naslouchat a být mu podporou, povzbuzovat ho a vysvětlit mu příznaky poruchy. Na začátku léčby je možné pro snížení úzkostí využít i farmakoterapii. Důležitá je včasná krizová intervence. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

3.6 Disociativní (konverzní) poruchy

Disociativní, nebo konverzní neurotické poruchy jsou takové, u kterých dochází k disociaci. To znamená, že dochází k dočasnému vytěsnění stresové situace z vědomí, nebo k narušení ovládání tělesných pohybů. I přesto vytěsněný problém na člověka působí. Dochází také ke konverzi, čili proměně afektu, přání nebo myšlenky v tělesný projev, který se jeví jako somatický problém (například ochrnutí). Oba tyto mechanismy mají obrannou funkci a pomáhají jedinci vyrovnat se se zátěží. Tyto poruchy jsou velmi rozmanité a mohou se projevit různými způsoby. Podstatou je však vždy únik od subjektivně neřešitelných problémů. (Vágnerová, 1999)

Příznaky poruchy bývají i velmi protichůdné. Od vzrušení, křečí, třesu, výrazného pláče po výrazný útlum, různé obrny. Jedinci mají zvýšenou emotivitu, mívají sklon k primitivním reakcím a mají silnou potřebu dramaticky projevit svůj tíživý pocit neuspokojení. Disociační poruchy mají předpokládaný původ a jsou časově spojeny s traumatickým zážitkem, neřešitelnými problémy nebo problémovými vztahy. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015)

Dušek (2015) uvádí následující rozlišení disociačních poruch:

- 1) **Disociační amnézie** - částečná nebo úplná ztráta paměti na traumatické události. Nejsou přítomné organické mozkové poruchy a intoxikace. Amnézii může doprovázet bezradnost. Nejúčinnější léčbou je psychoterapie, hypnóza. V některých případech je nutné užití farmak.
- 2) **Disociační fuga** – amnézie spojená s náhlým cestováním mimo domov, které je zdánlivě účelné. Zůstává zachována základní péče o sebe sama a jednoduché sociální interakce. Jedinec se chová zcela nenápadně, často přijímá i jinou identitu. Disociační fuga trvá většinou několik hodin, může

však trvat i několik dní. Fuga vzniká na základě silného psychického rozrušení, traumatu a člověk má na celé její trvání amnézii. Porucha je spíše vzácná, ale nemusí být zjištěna. Terapie je stejná jako u ostatních disociačních poruch.

- 3) **Disociační stupor** – u této poruchy nelze nalézt žádné tělesné příčiny obtíží. Jedinec pouze leží nebo sedí, nehýbe se, chybí také řeč. Stejně jako u ostatních disociačních poruch příčinu hledáme u traumatických zážitků. Terapie je shodná jako u jiných disociačních poruch.
- 4) **Disociační porucha motoriky** – doprovázena příznaky jako narušení hybnosti, třes, chvění, obrny apod. Ani zde nenalezneme žádnou tělesnou nemoc, která by příznaky vysvětlovala. V anamnéze lze nalézt projevy poruchy osobnosti a problémové mezilidské vztahy. Terapie je opět stejná.
- 5) **Disociační křeče** – jeví se jako epileptický záchvat, nedochází však ke ztrátě vědomí ani pomočení a prokousnutí jazyka. Proto je nutné tyto křeče od epileptického záchvatu odlišit. Dále také nutné odlišit od křečí způsobených intoxikací.
- 6) **Disociační poruchy citlivosti a senzorické poruchy** – mohou postihnout všechny smysly.
- 7) **Trans a stavy posedlosti** – trans lze charakterizovat jako dočasně změněný stav vědomí s nápadně odlišnou reaktivitou na podněty z okolí. Stavy transu u této poruchy jsou mimovolné, a tím velmi narušují sociální fungování jedince. Posedlost lze popsat jako přesvědčení postiženého, že je jinou osobou nebo nadpřirozenou bytostí ovládán. Nevyskytují se bludy, halucinace apod. Základní metodou léčby je psychoterapie.

3.7 Somatoformní poruchy

Somatoformní poruchy jsou takové, kde jsou základním projevem tělesné potíže, které připomínají onemocnění somatická. Na rozdíl od somatických onemocnění ale chybí organický původ. Potíže vyvolávají psychické problémy, ty pak organismus jedince zpracovává specifickým způsobem. (Vágnerová, 1999) Symptomy nejsou podmíněné vůlí člověka. Začátek symptomů je většinou vázán na nepříjemné životní konflikty. Příznaky jsou pro postiženého nepříjemné, vedou ke stresujícím situacím a negativně ovlivňují jejich sociální fungování. Velmi často dochází k tomu, že jedinci

nechtějí přijmout vysvětlení o psychogenní příčině svých problémů a opakovaně se dožadují lékařských vyšetření. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Vágenrová (1999) uvádí, že somatoformní poruchy jsou v dnešní době poměrně častým problémem. Častěji se vyskytují u žen a mohou souviset i se sociokulturním zázemím. V terapii tohoto typu poruch je vhodné zvolit empatický, avšak jasný a pevný přístup. Je nutné dbát na pravidelné kontroly, které určuje lékař/terapeut. Je důležité neopakovat ty samé kontroly, neodeslat pacienty ke zbytečné hospitalizaci a nepředepisovat zbytečné léky. Využívá se též individuální psychoterapie a psychoterapie skupinová. Cílem je získání náhledu na původ příznaků. Z farmak jsou podávány léky na snížení úzkostných stavů. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Rozlišujeme například tyto somatoformní poruchy (Dušek, Večeřová–Procházková 2015):

- 1) **Somatizační porucha** - diagnostickým kritériem jsou nejméně dva roky přetrvávající mnohočetné proměnlivé symptomy, které nemají žádné somatické vysvětlení. Dochází k zhoršení kvality sociálního a rodinného fungování, které se připisuje charakteru symptomů. Příznaky postihují části těla nebo orgánový systém. Příkladem je bolest na hrudi, časté průjmy, sexuální a menstruační potíže apod.
- 2) **Hypochondrická porucha** – u této poruchy je trvalé přesvědčení o přítomnosti jedné nebo dvou závažných tělesných onemocnění a poruch, trvající nejméně půl roku. Pacienti se velmi pečlivě a úzkostlivě sledují, opakovaně navštěvují lékaře, ale odmítají vysvětlení i více specialistů, že netrpí žádnou tělesnou nemocí. Poruchu často provází depresivní a úzkostné stavy, které projevy ještě zhoršují. Do hypochondrických poruch lze zařadit například také dysmorfofobii, kdy jedinci připadá, že je některá část jeho těla deformovaná, nepatřičná.
- 3) **Somatoformní vegetativní disfunkce** – dochází k vegetativní aktivaci jako pocení, třes, červenání, palpitace, projevy jsou trvalé a obtěžující. Postižený má obavu z poruchy některého orgánu nebo systému. Dle toho, k jakému systému se vztahují příznaky, se určuje o jaký typ poruchy se jedná.

3.8 Jiné neurotické poruchy

Popsány jsou dva hlavní typy poruchy. U prvního typu jsou trvalé stesky na zvýšenou únavu po psychickém vypětí, často spojenou s poruchou soustředění. U druhého typu se dostavuje pocit tělesné slabosti a vyčerpání po minimální zátěži. Tento pocit je také spojený s pocity svalové slabosti a neschopnosti relaxace. Přítomny jsou pocity bolesti ve svalech, závratě, bolesti hlavy, napětí, poruchy spánku apod. Je důležité vyloučit přítomnost trvalých příznaků úzkosti a deprese, které splňují kritéria jiných příslušných poruch. Terapie pak probíhá stejně, jako u dalších neurotických poruch. Důležitý je také vydatný odpočinek. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

Do těchto neurotických poruch řadíme například také neurastenii. Hlavním příznakem této poruchy je pocit velké únavy, zvýšená podrážděnost a snížení výkonu po duševním vypětí. Může se projevit také pocit slabosti a vyčerpání se svalovými bolestmi po tělesné námaze. Výjimkou není ani porucha spánku, závratě a bolesti hlavy. Další neurotickou poruchou je také depersonalizační syndrom, kdy má jedinec odlišné vnímání a prožívání sebe samého, vlastních prožitků i vlastního těla. Jeho tělo se zdá jakoby vzdálené, bez života. Pacient si je vědom toho, že jde o subjektivní pocity. (Malá, Pavlovský 2010)

4 Neurotická porucha v sociálním kontextu

Závažná choroba mění sociální pozici nemocného jedince. Mění se například jeho role v rodině, kdy se stává závislým na péči dalších členů rodiny. Na vztahu člověka s neurotickou poruchou k sobě samému a k okolnímu světu se projevuje víceméně převažující negativní emoční vyladění. Jedinci mají díky svým problémům, často také sníženému sebevědomí, tendence vyhýbat se sociálním interakcím a situacím, na které domněle nestačí. V okolním světě neurotický člověk často vidí hrozbu, které je nutné se vyhnout. Proto často neurotičtí lidé žijí v izolaci. Úzkosti a fobie omezují jejich možnosti, bývají příčinou nezvyklého chování a ovlivňují schopnosti plnit běžná sociální očekávání. Neurotický člověk má obavy jak ze současného dění, tak i z budoucnosti. Tu posuzuje negativně a očekává problémy. Bohužel pak laická veřejnost, která není dostatečně informována, často nechápe, že projevy neurózy nejsou vědomé, ale jsou důsledkem chorobného stavu. (Vágnerová, 1999)

Bludný kruh úzkosti také posiluje chování okolí. Jak nadměrná péče, tak negativní a odmítavé chování tento bludný kruh posilují. Řešení problémů za postiženého a nadměrná péče o něj vedou k pocitům méněcennosti a neschopnosti, což prohlubuje negativní pocity. Na druhé straně odsuzování a moralizování prohlubují úzkost. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008) Z tohoto důvodu je velmi složité najít vhodný kompromis pro komunikaci. Pokud bude jistý komunikační model vyhovovat jednomu člověku, pro druhého může být nepřijatelný. Proto je důležitá velká míra empatie.

Například lidé, kteří trpí sociální fobií, daleko častěji zůstávají bez partnera. Stejně tak mívají často studijní problémy. Danou látku se bez problému naučí, mají ale výrazný strach ze zkoušení před třídou nebo před komisí. Přestože mají skvělé předpoklady pro studium, často se z tohoto důvodu k dalšímu vzdělání nehlásí. (Praško, 2012) „*Negativní sociální význam mají i neurotické poruchy řeči, protože jsou nápadné a rušivé.*“ (Vágnerová, 1999, s. 225) Důvodem bývá fakt, že člověk, který není schopen normálním způsobem komunikovat, je často považován za člověka se sníženou inteligencí. Cohen (2002) pak uvádí, že například také lidé trpící OCD mají díky své poruše velké problémy v partnerských vztazích. Jedinci s obsedantně kompulzivní poruchou potřebují partnera, který se jim plně přizpůsobí změnou osobních zvyklostí. Dle autora jsou pak následkem symptomů komplikace v sociální ro-

vině, které se mohou týkat prospěchu ve škole, nepřítomnosti kariérního postupu, neschopnosti plnit pracovní úkoly, problémy v důležitých vztazích a nebo dokonce ztráty schopnosti opustit domov.

4.1 Uspokojování základních psychických potřeb u neurotického člověka

V závislosti na subjektivních pocitech může kolísat potřeba stimulace. Jedinec s neurotickou poruchou nemá většinou zájem o nové a neznáme podněty. Cítí se totiž nejistý a v ohrožení. Jedná se o obranný mechanismus v potencionálně nebezpečné situaci. Vystavování neznámým podnětům totiž může vyvolávat napětí a zvyšovat úzkost. U neurotických lidí bývá naopak zvýšena potřeba stabilního a spolehlivého řádu, která posiluje pocit jistoty. V životě neurotického člověka totiž bývá typický důraz na stereotyp. (Vágnerová, 1999) Tento fakt se často projevuje i v zaměstnání, kdy jedinci neradi mění místo výkonu povolání, pozici nebo zaběhnutý systém práce.

Vzhledem k tomu, že neurotický člověk je neustále nejistý a úzkostný, zvýšena je velmi často i potřeba citové jistoty a bezpečí. K tomu napomáhá citová opora blízkého člověka. Předpoklady k dosažení uspokojivých lidských vztahů jsou paradoxně zhoršeny. Neurotický člověk působí na své okolí nepříjemně, lidi odrazuje svými projevy, a proto těžko navazuje mezilidské vztahy.

Vzhledem k tomu, že neurotický jedinec je spíše pesimista, bývá v mnohých případech neuspokojena také jeho potřeba seberealizace. Člověk má často strach z neúspěchu a selhání. (Vágnerová, 1999) Pro takového člověka je velmi těžké dosáhnout sebeuspokojení. Jedinec je často považován za smolaře a tuto roli sám přijímá. Dopředu se směřuje se svým neúspěchem, čímž dle něho předchází zklamání.

5 Sociální práce ve vztahu k lidem s duševním onemocněním

Definice pojmu sociální práce záleží na kontextu, ať už jde o kontext politický, nebo historický. Navrátil (2007, s. 7) uvádí definici následující: „*Sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena.*“ Jiná definice uvádí, že „*Posláním sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Účelem těchto služeb je pomoci klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů.*“ (Řezníček In: Mahrová, Venglářová, 2008, s. 9)

Do systému péče o duševně nemocné klienty patří všichni lidé, kteří se vyskytují v jeho blízkosti. Hlavním a nejdůležitějším faktorem je rodina, přátelé a spolupracovníci. Jsou totiž nedílnou součástí sociálního klientova světa. Na druhé straně ale občas právě tito nejbližší lidé problém nevidí, nebo vidět nechťejí. (Mahrová, Venglářová 2008) Sociální pracovník je pak jakýmsi průvodcem duševně nemocných klientů. Od prvokontaktu, přes provázení terapií po pomoc s resocializací.

5.1 Náplň sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Náplň sociální práce s lidmi s duševním onemocněním se liší podle typu zařízení, ve kterém pracovník vykonává svou činnost. Na lůžkových zařízeních se pracovní náplň mění v závislosti na konkrétním typu oddělení. Všeobecně však lze říci, že náplň práce sociálních pracovníků zde je poskytování sociálně právního poradenství, pomoc při resocializaci pacienta a spolupráce s rodinou, ostatními odborníky a dalšími institucemi. Sociální pracovníci také provádějí anamnestická šetření po přijetí pacienta na oddělení. Společně pak plánují možnosti spolupráce. Dále sociální pracovník vystavuje průkaz o pracovní neschopnosti. Pro tento účel zpracovává sociální zprávu. Sociální pracovník poskytuje i právní pomoc, kdy například spolupracuje s opatrovníky pacientů omezených či zbavených způsobilosti. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006) Podle soudních statistik vyplývá, že počet lidí zbavených nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům každoročně přibývá. (Marečková, Matiaško, 2010)

Obdobné činnosti vykonáva sociální pracovník v ambulantních zařízeních pro duševně nemocné. V organizacích, které se věnují klientům s psychotickými poruchami, jsou lidé, kteří mívají velmi problematickou sociální situaci. V takovém typu zařízení pak sociální pracovníci pomáhají především v zajišťování chráněných pracovních míst, asistují při vyplňování různých formulářů, společně s klientem plánují jeho finanční výdaje, provádějí nácvik sociálních dovedností a mnoho dalšího. Sociální pracovníci v péči o psychotické klienty hrají velmi významnou roli, jelikož se dá říci, že někdy tvoří jediné pojitko mezi nimi a okolním světem. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006) V mnohých případech je ale vzhledem k diagnóze velmi těžké s klientem vztah navázat - pokud je klient nedůvěřivý, bázlivý nebo se u něho projevuje psychické onemocnění. Proto je mimo jiné důležitá úzká spolupráce s ošetřujícím lékařem.

Další možností je komunitní péče. Služby komunitní péče by měly být poskytovány lokálně a měly by mít jasně určenou spádovou oblast. Jedná se vlastně o péči v přirozeném prostředí klienta a systém je uspořádán tak, aby byl nápomocen i lidem s vážnějším postižením v tom, aby mohl žít co možná nejvíce uspokojivý život v podmínkách běžného života. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006) „*Pojem komunitní péče označuje i způsob přístupu ke klientům – vztah mezi nemocným a jeho pečovateli přestává být paternalistický a stává se partnerským*“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 158) Marková (2006) uvádí například tyto služby poskytované v komunitní péči: krizové služby, telefonická pomoc, denní centra služeb, domácí péče apod.

Ať už pracovník dělá v kterékoli části systému, nikdy nesmí zapomenout, že klientem je v širším slova smyslu celá jeho rodina, jelikož duševní onemocnění má vliv na její členy a každý potřebuje určitou formu péče. (Mahrová, 2008)

5.2 Vybrané druhy komplexní terapie

Resocializace a rehabilitace duševně nemocných je nezbytnou součástí komplexní terapie, na které se v nemalé míře podílí i sociální pracovník. Cílem péče o klienty s duševními poruchami je co nejvíce podpořit jejich schopnosti a jejich přirozené prostředí takovým způsobem, aby byli schopni se v co největší míře postarat sami o sebe. Jedním ze základních předpokladů pozitivních výsledků je aktivní zapojení klienta a vztah s pomáhajícím. Další, ze součástí socioterapeutických opatření, je i

rehabilitace. Snaží se omezit vznik sociálních škod a zlepšit adaptační schopnosti nemocného. (Taraba In: Hosáková, 2007)

Do komplexní péče řadíme i procedury jako arteterapie, která využívá projekce zážitků a prožitků do výtvarného projevu. Nezáleží na uměleckém výsledku, ale na obsahu a emočním doprovodu. Dalším příkladem může být socioterapie, kdy dochází k zlepšování sociálních dovedností pomocí různých terapeutických skupin, klubů apod. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

U fobií a obsesí je velice účinným postupem nácvik správné reakce. Při nácvikové terapii se klient například postupně vystavuje situaci, ze které má strach. Okolnosti se postupně ztěžují, dokud si na ně nezvykne a nenaučí se svůj strach ovládat. Nácvik je dobře využitelný také u řečových neuróz, kdy si klient nacvičuje správné dýchání a dělá řečnická cvičení. (Kratochvíl, 2012)

5.3 Sociální pracovník jako poskytovatel péče o duševně nemocné klienty

Matoušek (2013, s. 32) uvádí, že: „*Sociální pracovníci jako profesní skupina sdílejí společné hodnoty, které jsou obsaženy v etickém kodexu.*“ Pro pracovníka pomáhající profese je pak nezbytné, aby měl řadu dovedností a předpokladů. Mezi obecné předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese patří například zdatnost a inteligence, komunikační dovednosti a důvěryhodnost. (Matoušek, 2013)

Osobnost pomáhajícího má nesmírně velký vliv na kvalitu práce v sociální oblasti. Pracovník, který působí v pomáhající profesi, k tomu musí mít určité kompetence. Na druhé straně stojí také vzdělanostní oblast, která je vymezena Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., upravujícím postavení sociálních pracovníků v profesní sféře. (Tajovská, 2013)

V České republice může sociální pracovník s duševně nemocnými klienty pracovat v institucích jako jsou psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení v nemocnicích, dále také v léčebných komunitách, komunitních zařízeních apod. V jiných zemích, například v USA, specializace na klinickou sociální práci umožňuje pracovníkům provádět odborné psychoterapeutické služby. (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010)

5.4 Předpoklady sociálního pracovníka pro práci

Jedním z hlavních předpokladů pro práci s duševně nemocnými klienty je alespoň základní znalost symptomatiky, dynamiky duševních chorob, terapeutických intervencí a znalost standardů zdravotní a sociální péče. (Matoušek, 2013) Ačkoli sociální pracovník nemůže sám určovat diagnózu, měl by umět rozeznat hlavní projevy a příznaky nemoci.

Důležitou kompetencí, nejen pro práci s klienty s duševním onemocněním, ale stejně tak pro všechny sociální pracovníky, je schopnost navázat kontakt, vést rozhovor a hlavně být empatický v naslouchání. Dalším důležitým aspektem pro kvalitní práci je umění respektovat klienta a jeho jedinečnost. Nesmí být opomenuta schopnost vnímat verbální i neverbální projevy klientů a umět je pozorovat. (Matoušek, 2013) U klientů, kteří mohou být vzhledem ke své psychiatrické diagnóze citlivější a úzkostlivější, je velmi podstatné umět odhadnout míru empatie. V tomto případě lze využít pojmu „vyšší empatie“. Tu Matoušek (2010, s. 52) definuje jako: „...*schopnost celkem jasně chápat zážitky klienta, přestože je plně nechápe klient sám.*“ Pracovník tak vlastně odhaluje zdroje hlubinných pocitů klienta, které klient sám nevnímá.

Kompetentní sociální pracovník musí umět pozorovat interakce klienta s okolím, jeho emoční, kognitivní a sociální fungování a vyhodnotit situaci. To vše mu pomáhá dojít k informacím, které mu klient nesdělil nebo které se zprvu nejevily jako podstatné. (Matoušek, 2010)

Pokud má být pomoc druhým skutečně kvalitní a účinná, musí být přítomna touha pomoci a pozitivní přístup. Pokud není pracovník sám motivován, velmi těžko bude motivovat své klienty. Pokud by k nemotivovanému a negativnímu pracovníkovi přišel neurotický klient, který má na svět pesimistický pohled, může to jeho úzkosti spíše zvýšit.

6 Shrnutí teoretické části práce

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku duševních chorob, konkrétně neurotických poruch ve společnosti. Teoretická část práce se zaměřuje na příčiny vzniku onemocnění, rozdělení a popis jednotlivých poruch, jejich projevy a dopady. Věnuji se také sociální práci s cílovou skupinou. Kapitola věnovaná příčinám vzniku nejen „moderních“ onemocnění je úvodem do problematiky. Věnuji se zde nejen dědičnosti, ale také společenským poměrům, které úzce souvisí se vznikem neuróz. Popis poruch slouží pro lepší porozumění problémům lidí, kteří neurotickou poruchou trpí, a také pro zjištění, jak onemocnění ovlivňuje jejich život. V kapitole o sociální práci se snažím zjistit, jaká jsou specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním a předpoklady pro výkon sociální práce s touto cílovou skupinou. Vycházím z odborné literatury a získaných kazuistik.

Z teoretické části práce jsem zjistila, že neurotické poruchy mají velký vliv nejen na všechny oblasti života nemocných, ale i na jejich rodiny a blízké. Toto tvrzení se pokusím potvrdit v empirickém šetření a zaměřím se zde na to, jak kvalitu života s onemocněním vnímají sami lidé, kteří neurotickou poruchou trpí.

Praktická část

7 Výzkumné šetření

Výzkumná část práce se zabývá kvalitou života jedinců s neurotickými poruchami. Zaměřuji se především na dopad onemocnění v oblasti sociálních kontaktů a společenských vazeb. Díky osobní zkušenosti z vlastní rodiny vím, že úzkostné poruchy jsou zátěží nejen pro postiženého jedince, ale také pro jeho rodinu a blízké okolí. Právě proto jsem se rozhodla, že se pokusím zjistit, jak vliv nemoci vnímají sami lidé, kteří neurotickou poruchou trpí, a zda má pro ně zásadní vliv na život.

7.1 Hlavní cíl a dílčí otázky výzkumu

Hlavním cílem je zjistit, jakým způsobem neurotická porucha zasahuje do života lidí, kteří jí trpí. Šetření se zaměřuje na osoby s neurotickými poruchami a jejich každodenní interakce s okolím a běžné životní situace. Pro dosažení výsledku jsem hlavní cíl dále rozdělila do výzkumných otázek, které jsem rozšířila na otázky tazatelské. Hlavní cíl výzkumu byl tak přeměněn na hlavní výzkumnou otázku: „**Jakým způsobem neurotická porucha zasahuje do života jedince?**“

Rozdělení na dílčí výzkumné otázky je následovné:

- **DVO1:** Jaká jsou specifika a projevy dané neurotické poruchy?
- **DVO2:** Do jaké míry neurotická porucha zasahuje do života a ovlivňuje jeho kvalitu?
- **DVO3:** Jak jsou vnímány reakce okolí na dané onemocnění?

Tabulka 2: Transformační tabulka

Hlavní výzkumný cíl: Zjistit, jakým způsobem neurotická porucha zasahuje do života nemocného jedince	
Výzkumný vzorek: Pacienti s neurotickou poruchou	
Dílčí cíl:	Výzkumná otázka
DVO1: Jaká jsou specifika a projevy	1) Jak a kdy se u Vás projevil nástup Vaší nemoci? 2) Jak se u Vás neurotická porucha projevuje v současné době?

dané neurotické poruchy?	
DVO2: Do jaké míry neurotická porucha zasahuje do života a ovlivňuje jeho kvalitu?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Jaký vliv má Vaše nemoc na partnerský/rodinný život? 2) Ovlivňuje neurotická porucha Váš celkový společenský život? 3) Jaký vliv má neurotická porucha na volbu/výkon povolání? 4) Do jaké míry ovlivňuje nemoc Váš volný čas? 5) Využíváte nějaké služby, které pomáhají lidem s neurotickými poruchami? (například v rámci sociální práce, terapie,..)?
DVO3: Jak jsou vnímány reakce okolí na nemoc?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pociťujete vůči sobě nějaké předsudky od okolí? 2) Jak na tyto tendence případně reagujete? 3) Máte zkušenosti s diskriminací kvůli Vaší nemoci? 4) Myslíte si, že je o problematice neurotických poruch dostatečná informovanost?

7.2 Hlavní výzkumná strategie

Pro svůj výzkum jsem si zvolila kvalitativní metodu – polostrukturovaný rozhovor. Tento postup se mi jevil, z hlediska problematiky a cílové skupiny, nejvhodnějším, vzhledem k tomu, že se snažím získat co nejvíce autentické informace přímo od lidí, kteří neurotickou poruchou trpí. Jako velmi důležité a nápomocné považuji také osobní poznání respondentů.

Hendl (2016) ve své knize cituje významného metodologa Creswella, který kvalitativní výzkum definoval jako: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění, založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický⁶ obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přírodních podmínkách.*“ (Hendl, 2016, s. 46) Při využití kvalitativního přístupu ve vý-

⁶ Holistický = „*zdůrazňující celostnost a pokládající celek za něco vyššího než souhrn součástí*“ (Slovník cizích slov, online)

zkumu zaznamenáváme a snažíme se porozumět významu vlivů, se kterými jsme nepočítali a které jistým způsobem mění a narušují samotný výzkum. V takovém případě je důležité zjistit, zda tyto vlivy patří do přirozeného prostředí zkoumaného, nebo zda nejsou ovlivněny naším vlastním působením. Vhodné je výzkum provádět v přirozeném prostředí respondentů, kde nedochází k takovému zkreslení, jako například v laboratorních podmínkách. Je nutné mít také na paměti, že během výzkumu se často vyskytnou jevy a informace, které mohou zásadně změnit původní předpoklady k výzkumu. Pravidla kvalitativního výzkumu jsou však méně přísná, než u výzkumu kvantitativního. (Milovský, 2006)

Polostrukturovaný rozhovor se řídí návodem, který představuje předem připravené otázky a je částečně řízeným. Otázky zahrnují témata, kterými se chce výzkumník zabývat, a je na něm, jakým způsobem a v jakém pořadí otázky pokládá a získává informace. (Hendl, 2016) Výhodou je možnost doplňujících otázek a možnost doptávání se. Nevýhodou je pak časová náročnost výzkumu.

7.3 Organizace výzkumu a výzkumný soubor

Jako techniku pro získání informací do výzkumné části bakalářské práce jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Hlavními kritérii, podle kterých jsem respondenty vybírala, byla diagnóza neurotické poruchy a ochota podílet se na výzkumu. Dále jsem se snažila o to, aby byli zastoupeni muži i ženy v různých věkových kategoriích. Výzkumný vzorek tvoří celkem 5 respondentů, splňujících daná kritéria, ve věku 18 - 50 let.

První fází výzkumné části mé bakalářské práce bylo důsledné promyšlení a sestavení tazatelských otázek. Hledání respondentů proběhlo na dvou úrovních. Část účastníků výzkumu jsem kontaktovala, na základě doporučení, v nejmenované organizaci pro lidi s psychickým onemocněním. Zde jsem oslovila několik uživatelů služby, kteří splňovali podmínku diagnostikované neurotické poruchy. Další z respondentů jsem sama aktivně dohledala v mém okolí. Došlo k předání informací ohledně účelu výzkumu a tazatelských otázek. Následně proběhl konečný výběr respondentů na základě jejich souhlasu. Rozhovory byly naplánovány dle časových možností obou stran.

Samotné rozhovory proběhly po informovaném souhlasu a jeho podepsání respondenty. Důležitým bodem byl souhlas s tím, že rozhovor bude nahráván. Pouze

jeden z respondentů s nahráváním rozhovoru nesouhlasil, proto byly po vzájemné dohodě odpovědi zapisovány ručně a následně přeneseny do elektronické podoby. Pro zachování maximální anonymity, i vzhledem k citlivosti tématu, je v textu udán pouze věk a diagnóza respondenta. Pro další práci jsou tak respondenti označováni jako R1-R5.

Rozhovory trvaly různě dlouhou dobu, průměrně 30 - 50 minut. Jelikož jsou jedinci trpící neurotickou poruchou většinou nedůvěřiví k cizím lidem, nejdůležitějším kritériem zde bylo pohodlí klientů. Před rozhovorem proběhlo osobní seznámení, aby se cítili lépe a bezpečněji. Tento postup ohodnotili sami klienti velmi kladně.

Tabulka 3: Přehled respondentů

Respondent	Pohlaví	Věk
R1	žena	21
R2	žena	18
R3	žena	32
R4	žena	39
R5	muž	50

8 Analýza dat a jejich interpretace

V této části práce se budu věnovat analýze a interpretaci sebraných dat. Interpretace je řazena do podkapitol dle dílčích výzkumných otázek. V každé z podkapitol jsou pak rozebrány otázky tazatelské, které zjišťují názory osob s neurotickou poruchou. Jejich odpovědi jsou v textu citovány.

8.1 DVO1: Jaká jsou specifika a projevy neurotických poruch?

První dílčí otázka se zabývá otázkou specifík a projevů neurotických poruch. Především pak nástupem, prvními projevy a projevy v současnosti.

Jak vyplývá z odpovědí respondentů, nástup prvních projevů neurotických poruch je nejčastěji v období dětství a puberty. Velmi často bývá spojen se stresovým obdobím. Jak sdělila R1: *„Neurotickou poruchou trpím už od raného dětství. Svíravé pocity – úzkosti – figuruji už v svých prvních vzpomínkách zhruba ze tří – čtyř let věku.“* Respondent 5 zase uvedl, že: *„První projevy jsem začal pozorovat v období puberty. Asi zřejmě kolem maturity, kdy jsem byl celkem ve stresu a ke všemu mi zemřela maminka.“* R3 pak uvádí, že úzkostné stavy se přidaly v době, kdy zažívala obtížné období – násilí, manžel alkoholik. R4 se projevil nástup nemoci kolem 21 let, kdy přišla první panická ataka. Prožívala tehdy psychicky náročné období, kdy i velmi málo jedla.

Nejčastějšími projevy neurotických poruch jsou pak úzkost, bezmoc, nejistota, svíravé pocity, bolesti na hrudi. Respondentka 3 uvádí, že: *„První příznaky jsem cítila, ale ještě jsem si je s touto poruchou nespojovala, ve stresovém období, bolesti páteře, za hrudní kostí, cyklické bolesti na hrudi. Přisuzovala jsem to napětí, strach jsem měla spíše ze srdečních problémů, než že by to bylo psychické. Případně problémy s páteří. Ale nikde jsem se neléčila. Posléze se přidaly úzkostné stavy, strach, obavy a pak panické ataky, ve kterých se poprvé začaly spojovat tyto bolestivé fyzické pocity na hrudi s akutním záchvatem paniky, dušnosti, pocitu na omdlení. V současné době jen občasnými záchvaty úzkosti či v silně stresové situaci několikavteřinovým pocitem depersonalizace.“* R1 říká: *„Momentálně NP trpím opět ve větší míře. Úzkostné stavy se objevují především v situacích, které nedokáži kontrolovat - nové prostředí, situace, když se cítím nejistá, bezmocná nebo jen když mi někdo nezvedá telefon atd. Často mě ale překvapí i v situaci, kdy je nečekám, když se vlastně nic neděje, případně když vím, že se blíží situace, ve které bych úzkost mohla očekávat. Panické ataky se objevují našťastí*

spíš výjimečně. Nicméně v důsledku NP mám poměrně velké potíže s trávením a především se žaludkem a od cca 12 let trpím opakovanými záněty žaludku, dvanáctníku a střev.“ Z těchto tvrzení vyplývá, že neurotické poruchy jsou často doprovázeny i tělesnými příznaky, které do života jedince zasahují.

Další z respondentů pak uvádí, že v současné době užívá antidepresiva, která jsou pouze jistou berličkou, ale drží jeho stav v normálu. S léky má podobnou zkušenost i R5, který uvádí, že v současné době má léky a dochází na terapie, takže své stavy celkem zvládá. Občas se objevují úzkosti, bolesti na hrudi, třes. Ale situaci zvládá. Respondentka 2 uvedla, že: *„Půl roku jsem brala antidepresiva, už ale ne. Cítila jsem se, že to nejsem já, nerozhoduju se sama za sebe. Vysadila jsem. Teď se cítím dobře. Jen si mnohem víc opět беру všechnen ten kontakt s lidmi. Nevadí mi konverzace s jedním, dvěma, ale pokud jde o třídu, kde je i začínající šikana, je to hodně znát i na osobním pocitu. Snažím se to nějak ignorovat. Vyhýbám se sice všem přednáškám, veřejnému vyjadřování a podobným věcem, ale když je něco nutné, skousnu to. Koneckonců člověk se musí naučit žít sám se sebou, pracovat se sebou a pokud problémy jsou, naučit se je zmírňovat a řešit.*“ Proto nelze říci, že léky jsou účinnou terapií. Je to velmi individuální a každý jedinec tlumí příznaky své nemoci jiným způsobem.

8.1.1 Shrnutí

První dílčí otázka zněla: *Jaká jsou specifika a projevy neurotických poruch?* Z odpovědí respondentů se potvrzují definice onemocnění, které uvádím v teoretické části. Z odpovědí vyplývá, že hlavním znakem neurotických poruch jsou úzkosti, které se nejčastěji projevují ve stresových situacích. Neurotické poruchy se začínají projevovat nejčastěji v dětství a v období dospívání. Stresové a neznámé situace jsou také často spouštěčem nemoci. Dalšími projevy jsou i tělesné příznaky. Dle samotných respondentů specifika a projevy nemoci omezují kvalitu života. Výsledky výzkumu potvrzují příznaky neurotických onemocnění, které jsou uvedeny v teoretické části práce, v kapitole o klasifikaci neurotických poruch.

Většina respondentů vypovídá, že první příznaky úzkostí se začaly objevovat v době zvýšené psychické zátěže, jako například po úmrtí matky nebo násilí v rodině. Jako projevy pak uvádí třeba ataky paniky, bolesti na hrudi, pocit bezmoci. Jak více z respondentů vypovědělo, s neurózami mohou být spojeny také potíže jako jsou bolesti páteře, žaludku nebo zažívací potíže.

Část respondentů pro zkvalitnění kvality života užívá léky ke snížení úzkostí, které mají pozitivní vliv. Možností podpůrné léčby, která dosahuje pozitivních výsledků, může být dle výpovědí i psychoterapie. Z výsledků ale také vyplývá, že léčba farmaky nemusí mít jen pozitivní výsledky. Jeden z respondentů udává v souvislosti s užíváním léků zhoršení stavu.

Ze šetření vyplývá, že neurotické poruchy jsou celoživotní komplikací. Projevy nemoci mohou zásadně omezit fungování jedince ve společnosti a negativně jejich životy ovlivnit. Důsledkem projevů nemoci může být i sociální vyloučení jedince. Vyplývá také, že neexistuje druh léčby, který by dokázal projevy nemoci zcela potlačit a účinkoval pro všechny nemocné.

8.2 DVO2: Do jaké míry neurotická porucha zasahuje do života, ovlivňuje jeho kvalitu?

Dílčí otázka číslo dvě se zabývá vlivem onemocnění na běžný každodenní život jedinců v oblasti rodinného a profesního života nebo volného času.

8.2.1 Partnerský/rodinný život

Z vyhodnocení otázek vyplývá, že vnímání vlivu na oblast partnerského a rodinného života se v zásadě liší. Všichni dotazovaní se však shodují v tom, že vliv nemoci je zásadní. Dva respondenti (R1 a R3) se shodují v tom, že jejich nemoc má zásadní vliv na partnerský život, který vlastně díky nemoci neexistuje. Dokazuje to tvrzení R1: *„Vliv je bohužel velký, nikdy jsem s nikým neměla vztah, a to je mi 21. Představa vztahu ve mě vyvolává úzkosti. Nejsem schopna ani většího fyzického kontaktu. Líbání nebo dokonce pohlavní styk, jelikož opět pociťuji úzkost už jen z pouhé představy. Absolvovala jsem nějaké to rande, ale před schůzkou a během schůzky jsem pociťovala silné fyzické projevy úzkosti, především silné bušení srdce, třes těla, pocení, studené končetiny, tíha na hrudi. V případě, že se mnou nějaký muž flirtuje, mám tendenci utéct a cítím mírnou úzkost.“* Respondentka ale věří, že pokud se objeví takový protějšek, který by dal jasně najevo zájem a pochopení, úzkost by bylo nejspíš možné překonat. R3 pak tvrdí, že neurotická porucha partnerský život zcela zničila. Podobnou, avšak o něco pozitivnější zkušenost má i R4: *„Partner tomuhle moc nerozumí, myslí si, že je to záležitost, která se dá hlavou ovládat. Ale víceméně mi byl podporou.“* Dle těchto výpovědí lze říci, že neurotické poruchy mohou mít zásadní, až fatální vliv

na partnerský život. S tímto faktem pak mohou souviset i další, nejen psychické problémy. Pokud je například žena díky zničenému partnerskému životu matkou samoživitelkou, zcela určitě se to odráží na kvalitě jejího života v mnoha faktorech.

V šetření je i část respondentů, kteří negativní vliv pociťují v menší míře. Příkladem je R5, který odpověděl: „*Dříve, než jsem našel mou ženu, tak to bylo mnohem horší. Pobýval jsem většinou doma. Nebylo to tak, že bych se bál kontaktu s cizíma lidma, spíš jsem byl asi dost mrzutý kvůli tomu, jak mi bylo zle. Po smrti maminky se i můj otec uzavřel do sebe, takže tam jsem moc pochopení nenašel. S ženou jsem nyní nějakých 15 let. A ta mě podporuje.*“ Ani R2 nepociťuje žádný zásadní vliv na partnerský život. Tato tvrzení dokládají fakt, že vnímání vlivu nemoci na partnerský život se liší. Pokud jsou porovnány přesnější diagnózy, ani zde nenacházíme shodu, která by potvrzovala, že daná neurotická porucha má zásadnější vliv. Zásah nemoci do partnerského života lze tak určitě potvrdit, avšak nevyskytuje se ve všech případech.

Pokud se zaměříme spíše na pojem rodinný život, opět se vyskytují jak případy, kdy je vliv nemoci zásadní, tak i případy, ve kterých to nelze potvrdit. Vliv R3 vidí v tom, že v péči o děti potřebuje více času na oddech, musí se ve zvýšené míře věnovat relaxačním činnostem a vyhýbat se stresujícím situacím. R5 také cítí negativní vliv na rodinný život. Dokládá to tvrzením: „*Máme i malou dceru, které je 8 a tak je to takový světlý bod. Rozhodně ale cítím, že nejsem 100% otcem, díky těm úzkostem.*“ Naopak R2 vliv nepociťuje žádný. Rodiče se o nemoci dozvěděli až nedávno, po hospitalizaci na krizovém centru a u psychiatra. Otec respondentky je nyní ve všem velmi nápomocný.

8.2.2 Společenský život

Většina respondentů se shoduje, že nemoc zcela určitě ovlivňuje jejich společenský život. Problémy se vyskytují především v sociálních kontaktech s cizími lidmi a úzkost vyvolávají také určité situace. Tuto teorii potvrzuje svým tvrzením například Respondent 1: „*Ano, velmi. Větší společnost ve mně opět vyvolává projevy úzkosti, také různé kluby a bary, především v pozdějších večerních hodinách. Také nemohu pít alkohol, nebo aspoň ne ve větší míře, jelikož ve mně probouzí projevy nemoci. Často se mi také stává, že pokud trávím čas s někým, s kým si nemám zase tolik co říct nebo ho lépe neznám, projeví se opět úzkosti. Z těchto důvodů nevyhledávám společenské události nebo třeba nepřespávám u přátel. Snažím se vyhýbat situacím, kdy se NP může*

projevit. “ Další z respondentů (R2) uvádí obdobné potíže, kdy má problém se zadržáváním řeči při komunikaci s cizími lidmi, nebo před větším kolektivem. Občas má pocit, že nemůže dokončit referát před třídou. R4 sice momentálně žádné problémy nepocítuje, je si ale vědoma toho, že kdyby nebyla zaléčena, úplně by se izolovala a nebyla by schopna dojít ani na nákup. Určitý negativní vliv pocítuje i R5: „*Takže asi bych řekl, že ovlivňuje tím způsobem, že pokud mám horší období, nejsem schopný něco podnikat.*“ Na základě těchto výpovědí lze říci, že neurotická porucha může zásadně ovlivnit fungování jedince ve společnosti. R1, R2, R4 i R5 se shodují v tom, že problém je především v kontaktu s jinými lidmi.

R3 však neurotické poruše vliv na společenský život nepřipisuje. Tvrdí, že se vše odvíjí od samotářské povahy. Příjemné je setkávání s blízkými lidmi. Došlo však k omezení kontaktu s lidmi, kteří respondentku zneužívali a depresivně ladili. Přesto i zde ale také dochází k omezování kontaktu s nepříjemnými podněty.

8.2.3 Volba/výkon povolání

Zde lze říci, že všichni dotazovaní respondenti se shodují na tom, že do jisté míry neurotická porucha ovlivňuje i profesní život. Záleží zde ovšem na několika faktorech. Jedním z nich je věk respondenta a druhým je druh povolání anebo také přítomná farmakoterapie. Vyskytují se i případy, kdy jedinci přizpůsobili své povolání nemoci.

To, že pozitivní vliv na fungování v zaměstnání má léčba farmaky, lze odvodit z tvrzení R4. Ta tvrdí: „*V současnosti nemá nemoc vliv na můj výkon v práci – díky léčbě. Ale kdyby se nemoc projevila, tak vliv mít určitě bude. Jsem víc nervózní.*“ Pozitivní vliv na výkon povolání má i přizpůsobení své profese možnostem. R3 pracuje z domova: „*V tomto smyslu jsem chráněná.*“ Stejně tak i R5 si z důvodu neurotické poruchy, po špatných zkušenostech v zaměstnání, založil vlastní živnost. „*Býval jsem často na nemocenské, takže mě z práce vyhodili. Byl to takový popud a nyní mám vlastní podnikání a buď pracuji z domova, nebo jezdím po různých firmách, záleží hlavně na mých časových možnostech. Přizpůsobil jsem si to tak svému zdravotnímu stavu.*“ Negativní zkušenost má i R2, kdy pocítuje stavy úzkosti, pokud je při práci kontrolována nebo pozorována. V takové situaci pak myslí pouze na to, jaké chyby mohou ostatní vidět, a nedokáže se soustředit.

Respondentka 1 má pak zkušenosti s vlivem nemoci na volbu budoucího povolání. „*Mnoho let jsem chtěla studovat psychologii, protože mě baví a zajímá, v maturitním ročníku jsem měla spoustu věcí načteno a absolvovala jsem několik přípravných kurzů a měla i praxi. V tu dobu se ovšem má NP projevila opět ve větší míře a já jsem si uvědomila, že člověk, který trpí těmito problémy, pro výkon tohoto povolání nejspíš není vhodný. Proto jsem se nakonec rozhodla pro jinou kariéru.*“

Z těchto výpovědí lze odvodit, že neurotická porucha může ovlivnit volbu a výkon zaměstnání. S tímto problémem může opět souviset mnoho dalších komplikací. Například frustrace nebo finanční problémy. Pokud zná jedinec svou diagnózu a má možnost nemoci přizpůsobit vzdělání a povolání, může se tak vyhnout úzkostným stavům spojeným s výkonem práce.

8.2.4 Volný čas

U vlivu nemoci na volný čas se názory respondentů liší. Objevují se zde i jiné faktory, které volný čas jedinců ovlivňují. Na to, že do volného času nemoc určitým způsobem zasahuje, se shodují R1 a R5. Přičemž R1 uvádí: „*Jelikož se snažím vyhýbat situacím, ve kterých by se neuróza mohla projevit, mám například potíže jet někam na dovolenou, kde se nemoc projevuje pravidelně, nebo dokonce jet na delší několika-denní návštěvu k příbuzným. Kromě tohoto a toho, že mi dělá potíže navštívit třeba nové sportoviště poprvé sama, nějaké větší limity nepociťuji. Občas možná to, že mívám úzkosti ve větších nákupních centrech, ale rozhodně to není pravidlem.*“ Dále také uvádí, že její neurotická porucha ovlivňuje volný čas její matky. Dokazuje to tvrzením: „*Má neurotická porucha spíš ovlivňuje volný čas mé matky, protože v případě, že chce ona odjet někam déle než na jeden den, ve mně vyvolává obrovské úzkosti a panické stavy i po celou dobu její nepřítomnosti.*“ Z této skutečnosti lze odvodit, že v určitých případech nemoc zasahuje také do života blízkých a rodiny neurotických pacientů. Podobnou zkušenost má i R5, který pociťuje vliv nemoci na výchovu a trávení času s dcerou. Tvrdí, že: „*...když mám ty ataky. Tak fakt nemůžu dělat moc nic. Ani s dcerou.*“

R2, R3 žádný zásadní vliv nepociťují. Respondent 3 uvádí pouze to, že se svůj volný čas snaží využít hlavně terapeuticky, pro načerpání síly. R4 pak raději tráví volný čas v bezpečí domova, vliv nemoci však neguje.

8.2.5 Využití služeb

Pomocí této otázky jsem se snažila zjistit, zda respondenti využívají nějakých služeb, například sociální práce, terapie atd. U otázky jsem narazila na neinformovanost některých respondentů o možnostech využití služeb pro duševně nemocné klienty.

Dva z respondentů, tedy R2 a R4, žádných služeb nevyužívají. Zkušenosti v této oblasti mají R1 a R3. R1 uvádí návštěvy terapií v minulosti, avšak bez pozitivních výsledků. R3 pak odpověděla: „*Dva roky jsem se léčila antidepresivy, posléze jsem přešla na bylinné prostředky (rhodiola, třezalka), nyní absolvuju asi neúčinnější terapii, metodu The Work⁷ od Byron Katie*“

Pouze respondent 5 má pak zkušenost s využitím sociálních služeb. „*Využívám skupinové terapie. Sociální pracovnice tam s námi dělá nácvik. Jakože třeba hrajeme na situace, které se v životě mohou stát a učíme se reagovat.*“

8.2.6 Shrnutí

V DVO2 jsem se zabývala otázkou vlivu neurotických poruch na život jedinců s tímto onemocněním. Snažila jsem se zaměřit na nejdůležitější oblasti fungování ve společnosti. Vycházela jsem také z teoretické části práce, především pak z kapitoly, která se zabývá popisem neurotických poruch a kapitoly o nemoci v sociálním kontextu.

Z výsledků uskutečněných rozhovorů vyplynulo, že neurotické poruchy mají vliv hned na několik oblastí života nemocných. Z odpovědí je patrné, že nemoc může mít vliv i na rodinu a blízké neurotických lidí. Každý z respondentů souhlasí s tím, že nemoc ovlivňuje alespoň nějakou oblast jeho života.

Velký negativní vliv je vnímán především v rodinném/partnerském životě. Respondenti se shodují v tom, že pokud existuje fungující partnerský/rodinný život, je velmi důležitým faktorem porozumění a podpora partnera. Neurózy mohou mít také dopad na sexuální život, kdy úzkostné stavy brání jakémukoliv intimnímu sblížení. Důvodem bývá například obava z ponížení. Dopad nemoci se může, jak vyplývá, pro-

⁷ Metoda doptávání se a identifikace myšlenek, které způsobují problémy. (the-work.com, online)

jevit také na výchově dětí. Působení neurotických poruch v oblasti rodinného a partnerského života považují za celkem za zásadní. Pokud nemá jedinec, který se potýká s jakýmkoliv problémy, dobré zázemí a podporu blízkého okolí, své problémy zvládá podstatně hůře.

Nemoc může mít také velký vliv na společenský život. Jedinci často společnost nevyhledávají, nebo se jí snaží zcela vyhýbat. Příčinou jsou hlavně úzkosti, které vyvolává vystupování na veřejnosti, obavy z nového a neznámého nebo například špatné zkušenosti s reakcemi okolí na projevy nemoci. Tématu předsudků vůči neurotickým poruchám se také věnuji v DVO3.

Nepopiratelný je i vliv neurotických poruch na volbu a výkon povolání. Může docházet ke zvyšování úzkostí při práci v nevyhovujícím prostředí. Značný vliv v této oblasti pocítil R1, který své nemoci musel přizpůsobit svou kariéru. Také R5 pro problémy na pracovišti své zaměstnání opustil. Problematika povolání je však asi nejlépe řešitelnou, kdy lze kariéru nemoci přizpůsobit, jako to například udělal právě R5, který nyní pracuje z domova. Avšak nutnost přizpůsobit druh práce svým možnostem může mít vliv například na finanční stránku. Opět zde tak dochází k prolínání problémů ve více oblastech.

Dopad na trávení volného času je nejvíce sporný. Dle výpovědí respondentů hrají roli i jiné faktory, jako jsou například finance. R1 uvádí zásadní vliv nejen na její volný čas, ale také na volný čas matky. R5 zase pocíťuje negativní působení nemoci na trávení volného času s dcerou. Také z tohoto tvrzení lze odvodit, že neurotické poruchy mohou mít nemalý vliv na rodinu a blízké okolí nemocných.

Více respondentů má zkušenost s terapeutickými službami. Pouze jeden z dotázaných využívá službu zajišťovanou sociálním pracovníkem. Respondenti uvádějí spíše negativní zkušenost s terapií.

8.3 DVO3: Jak jsou vnímány reakce okolí na projevy neurotické poruchy?

Cílem třetí dílčí otázky bylo zjistit, zda se lidé trpící neurotickou poruchou setkávají s nějakými předsudky a diskriminací vůči své osobě a jak případně na tyto tendence reagují. Dále se zaměřuje na informovanost o problematice těchto psychických poruch.

Většina dotazovaných uvedla, že pociťuje předsudky vůči své osobě. Negativní zkušenosti uvádí R2, která se každý den setkává s posměchem a využíváním. Uvádí také, že: „*Vlastně mě všichni berou, podle mého, jako méněcennou osobu, možná se dá říct jako nesvéprávnou.*“ Zkušenost s předsudky má i R5, který má negativní vzpomínky na bývalé zaměstnání. Vyjádřil se takto: „*Hodně jsem to pociťoval právě v té minulé práci. Kolegové si mysleli, že když mám neurotickou poruchu, tak že jsem blázen a mohl bych jim snad ublížit. Proto si ode mne drželi odstup. Jinak moji přátelé mne znají, tam se předsudků nebojím.*“ R3 to potvrzuje tím, že pro rodiče je téma nemoci stále tabu. Uvádí pak vlastní zkušenost: „*Moje zkušenost je taková, že se to dá pochopit pouze tím člověkem, který něčím podobným prošel.*“ Respondentka 4 předsudky pociťuje zřídka, avšak informaci doplňuje tím, že: „*Poměrně dost lidí z okolí si myslí, že se to dá zvládnout bez léků, že je to jen v mojí hlavě.*“ R1 naopak žádné předsudky od okolí nepociťuje. Přisuzuje to faktu, že v jejím okolí většinou o potížích nikdo neví. Dodává také: „*Pokud se někomu svěřím, počítám s jeho diskretností a s tím, že je rozumný a bude mě díky tomu lépe chápat.*“

Zkušenost s diskriminací kvůli nemoci uvádí R1. Dokazuje to na tvrzení: „*Ano, v dětství jsem kvůli úzkostem nemohla jezdit na tábory, přestože jsem navštěvovala terapii. Musela jsem kvůli této skutečnosti opustit taneční kroužek, kterému jsem se věnovala mnoho let, jelikož vedoucí prohlásila, že pokud se nedokážu se svými problémy vypořádat a na tábory jezdit, musí mě vyhodit. Absenci na táborech odmítala tolerovat, přestože jsem v minulosti několikrát na tábor nejela a byla jsem vše nové schopna v rámci několika málo týdnů bez omezování ostatních dohnat.*“ Naopak R2, R3, R4 a R5 diskriminaci negují. Většina z nich to přisuzuje faktu, že o onemocnění vědí často jen jejich nejbližší. R2 tvrzení dokazuje takto: „*O mojí nemoci ví dosud jen matka, přítel matky, otec, přítel. Tudiž diskriminace zvenčí nejspíš ani nemá šanci. Nemají kvůli čemu diskriminovat.*“ Stejně tak R3 dle vlastních slov informace o svém zdravotním stavu nešíří. Uvádí i pozitivní zkušenost: „*...to jsem tehdy myslím řekla klientovi pravý důvod, pochopil, a i přesto mi dal další zakázky, které už proběhly v pořádku.*“ Myslí si ale, že diskriminace v zaměstnání je běžná. Dokazuje to tvrzením: „*Žádný zaměstnavatel nestojí o úzkostlivého pracovníka, protože tam je jisté procento nespolehlivosti.*“ Respondent 5 na otázku odpověděl, že s vyloženou diskriminací zkušenost nemá. I on tento fakt přisuzuje tomu, že se o nemoci nikomu nesvěřuje. R4 pak žádné zkušenosti neuvádí.

Reakce na tyto tendence se u jednotlivých respondentů liší. R1 a R4 neuvádí žádné reakce. R2 pak reagovat nedokáže. To dokazuje odpověď: „*Nereaguji nijak. Nedokážu jim něco říct. Nevím co.*“ Respondent 2 popisuje své reakce následovně: „*Nešířím se o své diagnóze tam, kde to není nezbytně nutné. Případné výpadky, ataky omlouvám prostě jako „nemoc“ a nijak se nešířím tím, o co přesně šlo.*“ R5 pak uvádí reakci na zkušenosti ze zaměstnání: „*Cítil jsem se na pracovišti nepříjemně. Cítil jsem, jak se na mě všichni dívají skrz prsty. Ale ani já jsem neměl potřebu se s kolegy družit. Takže jsme se tak navzájem ignorovali.*“

V otázce informovanosti o problematice neurotických poruch se většina dotazovaných shoduje v názoru, že je nedostačující. R2 a R5 sdílí názor, že dostatečně jsou informováni pouze ti, kteří mají s nemocí vlastní zkušenost. R2 to dokazuje tvrzením: „*Myslím, že o tom ví jen lidi, kterých se to týká. Například podle mě to 90 % okolí ani nenapadne. Snad, že si myslí, že je to tak ojedinělé, že to nestojí za zmínku. Nevím. Ale tuším, že je to nezajímá, neřeší to.*“ R5 zase řekl: „*Asi ne, vědí o tom více jen ti, kdo se s tím nějak setkali. Ostatní vás právě považují za totálního blázna, nebo simulanta. Aspoň to si myslím.*“ Podobný názor má i R4. Ta si myslí, že: „*Není dostatečná informovanost. Spousta lidí si představuje člověka, který užívá antidepresiva, jako kdyby z něj měl být automaticky závislák, chudák, který šáhl po nejhččí cestě.*“ R1 se domnívá, že informovanost je nedostačující. Opačný názor má R3. Ta sdělila, že se domnívá, že se informovanost zlepšuje. Na otázku odpověděla: „*Asi ano. Zlepšuje se to. Různé stránky o psychologii, knihy na toto téma, je toho stále víc.*“ Z výpovědí respondentů vyplývá, že informovanost veřejnosti by mohla být lepší. Konflikty mohou nastat v případě, kdy je neurotický pacient automaticky označen za „blázna“ a všechny psychické poruchy jsou vnímány stejně. Důležitá je kvalitní informovanost u nejbližšího okolí nemocných, aby bylo vytvořeno co nejvhodnější zázemí.

8.3.1 Shrnutí

Dílčí výzkumná otázka zní: *Jak jsou vnímány reakce okolí na projevy neurotické poruchy?* Pomocí dotazování jsem se snažila zjistit, zda vůči své osobě pocítují jedinci s neurotickou poruchou nějaké negativní reakce. Snažila jsem se také najít nejčastější předsudky, se kterými musí bojovat.

Z otázek, které byly položeny, vyplynulo, že většina respondentů má zkušenosti s předsudky vůči jejich osobě, právě kvůli projevům neurotické poruchy. Ve společnosti se vyskytují názory, že lidé s neurózou jsou „blázni“, dokonce nebezpeční, že své problémy pouze zveličují a mají přehnané reakce. Důležité je pochopení rodiny a blízkých, což bohužel nemusí být samozřejmostí. V případě, kdy nejsou projevy nemoci jasně pozorovatelné a okolí o ní neví, nevzniká ani důvod k odsuzování jedince. Vzhledem k četnosti výskytu neurotických poruch bylo zjištěno, že se předsudky objevují v takové míře překvapivě. Opět byla výzkumným šetřením dokázána některá tvrzení z teoretické části práce, kde se o možnostech negativního postoje vůči nemocným jedincům zmiňují.

Naopak diskriminaci kvůli nemoci většina respondentů nepocituje. Z části je tento fakt přisuzován skutečnosti, že o jejich nemoci vědí jen nejbližší. Pouze jeden respondent uvádí zkušenost s diskriminací, a to ve velké míře. Z toho vyplývá, že pokud se tyto negativní tendence objeví, mohou mít zásadní vliv na sociální fungování. Následkem toho může dojít k dalšímu zhoršení stavu nemoci.

Při dotazování ohledně případné reakce na tyto tendence se vyskytly rozdílné způsoby. Možnost řešení negativních reakcí na osobu nemocného jedince tak nelze jednoznačně specifikovat. Možností může být určitá obranná reakce, únik či určitý stav ustrnutí, kdy jedinec nedokáže reagovat vůbec. Schopnost reagovat ovlivňují, dle respondentů, i jiné faktory jako například celková povaha.

Většina respondentů se dále shodla v názoru, že informovanost veřejnosti o problematice neurotických poruch je značně nedostačující. Shodují se také v tom, že nejlépe informováni jsou ti, kteří se s neurotickou poruchou osobně setkali. Z nedostatku zkušeností a informací dle výsledků pak pramení zmiňované předsudky a negativní vnímání cílové skupiny.

Závěr a diskuze

Bakalářská práce se zabývala problematikou vlivu neurotických poruch na kvalitu života jedinců, kteří tímto onemocněním trpí. V úvodu textu byly vytyčeny cíle, kterých jsem chtěla dosáhnout. Cíle byly stanoveny na základě teoretické části práce. Tato teoretická část zahrnuje zmapování problematiky, především příčiny a klasifikaci neurotických onemocnění. Výzkumná část, která je založena na kvalitativním výzkumu, si klade za cíl zjistit, jak vliv nemoci na kvalitu života vnímají sami lidé s neurotickou poruchou. Výzkum byl veden pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

První kapitola se věnuje úvodu do problematiky a pojednává o vztahu civilizace ke zdraví a především pak uvádí příčiny vzniku psychických onemocnění. Kromě dědičnosti je podkapitola o příčinách vzniku věnována také vnějším vlivům, které se na vzniku nemoci podílejí. Mezi takové faktory patří i sociální vztahy. Proto je otázka ve výzkumné části zaměřena na prvotní projevy úzkostných stavů.

Druhá kapitola vymezuje pojem normalita, především pak z pohledu duševního zdraví. Definici normality považují vzhledem k tématu práce za důležitou.

Ve třetí kapitole této práce je uvedena klasifikace neurotických poruch. Tuto kapitolu považuji v teoretické části za zásadní. Uvedeny jsou zde příznaky, projevy a také dopady onemocnění. Z této kapitoly pak vychází hlavní cíl, který je na dopady nemoci zaměřen.

Následující, čtvrtá kapitola, se věnuje neurotické poruše v sociálním kontextu. Podrobněji popisuje dopad choroby na sociální pozici nemocného jedince. Také z této kapitoly jsem vycházela při definici hlavního cíle práce. V této části je dále podkapitola, která se zabývá uspokojování základních psychických potřeb neurotického člověka, které jsou mnohdy velmi specifické.

Pátá a poslední kapitola teoretické části je věnována sociální práci ve vztahu k lidem s duševním onemocněním. Popsána je nejen náplň sociální práce s lidmi cílové skupiny, ale je také věnována sociálním pracovníkům jako poskytovatelům péče o duševně nemocné klienty.

Výzkumné šetření bylo založeno na výpovědi 5 respondentů, kterými byli lidé s neurotickou poruchou. Vzhledem k charakteristice výzkumné otázky se mi jevílo nejvhodnějším využití kvalitativní metody – polostrukturovaného rozhovoru. Bylo tak možné zajít do větší hloubky problematiky, změnit pořadí otázek dle potřeby a také

doptávat se na doplňující informace. Jediný problém, na který jsem při realizaci výzkumu narazila, byla prvotní ostýchavost respondentů, která ale úzce souvisí s jejich diagnózou.

Cílem praktické části mé bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry neurotická porucha ovlivňuje kvalitu života lidí s tímto onemocněním. Výzkumná otázka se týkala také specifík projevů neurotických poruch. V rámci dotazování jsem také zjišťovala, zda se tito jedinci setkávají se stereotypy spojenými s nemocí a jak jsou tyto tendence snášeny.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že projevy neurotických poruch, které jsou uvedeny ve třetí kapitole teoretické části, opravdu kvalitu života nemocných ovlivňují. Hlavním důvodem je nejen samotné onemocnění, ale především také stigmatizace těchto osob.

Výzkum ukázal, že projevy neurotických poruch, mezi které nejčastěji patří úzkosti, pocit bezmoci nebo například bolesti na hrudi, zásadně zasahují do života pacientů. V oblasti rodinných/partnerských vztahů se vliv objevuje ve většině případů. Nemoc může mít dokonce fatální následky, kdy dojde ke zničení partnerského vztahu. Co se týče společenského života, nemoc nejvíce postihuje oblast sociálních kontaktů. To je způsobeno faktem, že lidé s neurotickou poruchou mají problémy v kontaktu s cizími lidmi. Pociťují úzkost, pokud má dojít k vystupování na veřejnosti a také v nových, doposud nepoznaných situacích. Z projevů, které s tímto stavem souvisí, pak může často pramenit odsuzování nemocných jedinců. Těmto stavům lze předejít užíváním léků, není však potvrzen pozitivní účinek u všech pacientů.

Další z oblastí života, na kterou má neurotická porucha vliv, je povolání. Nejen jeho výkon, ale také volba profese. Práce pod tlakem může zhoršovat stavy úzkostí a ovlivnit tak kvalitu odvedené práce. Dopad může mít i na vztahy na pracovišti, kdy nedochází k pochopení nemocného jedince. Zásadní dopad pocítil jeden z respondentů, který nemohl kvůli své nemoci studovat psychologii. Objevily se i takové případy, kdy bylo povolání přizpůsobeno nemoci a jedinci tak pracují z domova. Tyto negativní důsledky mohou mít dopad například i na finanční situaci.

Neurotická porucha až tak ve většině případů nezasahuje do volného času. Většina dotázaných nepocítuje žádný, nebo pak minimální dopad. Naopak pokud se vliv objevuje, může zasáhnout celou rodinu nemocných jedinců. Problém může nastat například v oblasti výchovy dětí. Volný čas lze dle respondentů trávit terapeuticky, což se jeví jako vhodný relaxační způsob.

Překvapivě na otázku využití služeb pro cílovou skupinu odpověděla velká část záporným způsobem. Část žádných služeb nevyužívá a neví o jejich možnostech, část má pak zkušenost s negativním výsledkem. V oblasti sociálních služeb nachází pomoc pouze jeden ze všech dotázaných. Toto zjištění bylo vcelku překvapivé, předpokládala jsem více pozitivních zkušeností.

Většina z respondentů má bohužel zkušenost s předsudečným jednáním vůči vlastní osobě. To velmi často souvisí s nedostatečnou informovaností veřejnosti. Neurotičtí lidé jsou velmi často považováni za simulanty, nebo dokonce nebezpečné osoby. Tento fakt může přispívat ke zhoršení stavu, kdy jsou následkem úzkostné stavy. Velmi důležité je pro takového člověka pochopení. Proto velmi často o jejich diagnóze vědí jen ti nejbližší. Tato část potvrzuje původní domněnky, že se vůči této cílové skupině skutečně objevují předsudky.

Z celkového šetření vyplývá, že se potvrzuje poněkud zásadní vliv neurotické poruchy na život nemocného jedince. Z tohoto důvodu si myslím, že se mi podařilo splnit cíl mé bakalářské práce. Je samozřejmé, že na základě výsledků na malém výzkumném vzorku nelze posuzovat celou populaci. Proto vidím teoretický přínos práce především ve snaze o ucelení problematiky. Praktický přínos pak vidím v tom, že se snaží přiblížit a prezentovat problematiku pomocí názorů samotných lidí, kteří neurotickou poruchou trpí.

V průběhu výzkumu vyplynulo, že by bylo dobré udělat také průzkum mezi širokou veřejností, který by se zaměřil na vnímání a názory jednotlivých lidí a tím například rozvinout otázku o stigmatizaci neurotických poruch.

Seznam zdrojů

COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071784974.

HOLČÍK, Jan, DOLINA, Jiří, ed. *Civilizace a nemoci*. Praha: Futura, 2009. ISBN 978-80-86844-53-4. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 9788024748269.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HORNEY, Karen a Ivo MÜLLER. *Neurotická osobnost naší doby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-8- -7367-219-5.

HOSÁK, Ladislav, Petr ŠILHÁN a Jiřina HOSÁKOVÁ. Interakce genů a prostředí v psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2013, **109**(6), 304-309.

HOSÁKOVÁ, Jiřina. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2007. ISBN 9788072484423.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026203025.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073677237.

MAREČKOVÁ, Jana a Maroš MATIAŠKO. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, 2010. Praktická právní příručka. ISBN 9788072018017.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 8024711516.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 9788026202134.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180.

MICHALÍK, Jan. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008. ISBN 9788090365827.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 8024713624.

NAVRÁTIL, Pavel. *Úvod do teorií a metod sociální práce*. Brno: Národní centrum pro rodinu, 2000.

NECHANSKÁ, Blanka. Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2013. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2014 [cit. 2016-11-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-ambulantnich-psychiatric-kych-zarizeni-roce-2013>

PLEVOVÁ, Irena. *Základy psychoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 9788024435053.

PRAŠKO, Ján, Lucie PÍGLOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Sociální fobie: jak překonat nadměrný stud*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví (Portál). ISBN 9788026202042.

PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. Rádci pro zdraví. ISBN 9788073674106.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 8024710498.

SUCHOMEL, Přemysl. Neurotické poruchy. In: *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. Havlíčkův Brod [cit. 2016-11-10]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/neuroticke-poruchy>

TAJOVSKÁ, Jana. *Význam vztahu pracovník – klient při práci s duševně nemocnými*. Čelákovice, 2013. Absolventská. Vedoucí práce Eva Teclová.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717- -214-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. Dědičnost psychických vlastností, jejich odchylek a a poruch. In: ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie: 4., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Psyché - Grada, 2006, s. 53-67. ISBN 80-247-1049-8.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 8., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 9788073451660.

WEITEN, Wayne. *Psychology: themes and variations*. 4th ed. Pacific Grove, Calif.: Brooks/Cole Pub. Co., c1998. ISBN 0534340148.

ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání. *ABZ.cz* [online]. Ostrava, c2005-2017 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=holizmus

The work of Byron Katie [online]. [cit. 2017-02-07]. Dostupné z: <http://the-work.com/en>

Seznam obrázků a tabulek

Obrázky

Obrázek 1: Struktura počtu pacientů dle vybraných diagnóz (www.uzis.cz)..... 18

Tabulky

Tabulka 1: Heritabilita u jednotlivých významných skupin duševních poruch
(www.cspsychiatr.cz)..... 13

Tabulka 2: Transformační tabulka 39

Tabulka 3: Přehled respondentů..... 42

Seznam příloh

Příloha č.1: Přepis rozhovoru (R1)

Příloha č.2: Přepis rozhovoru (R4)

Příloha č.3: Informovaný souhlas respondenta (vzor)

Příloha č. 1

Přepis rozhovoru s R1

Jak a kdy se u Vás projevil nástup neurotické poruchy?

NP trpím už od raného dětství, svíravé pocity - úzkosti - figurují už v mých prvních vzpomínkách zhruba ze tří - čtyř let věku.

Jak se u Vás NP projevuje v současné době?

Momentálně NP trpím opět ve větší míře. Úzkostné stavy se objevují především v situacích, které nedokáži kontrolovat - nové prostředí, situace, když se cítím nejistá, bezmocná nebo jen když mi někdo nezvedá telefon atd. Často mě ale překvapí i v situaci, kdy je nečekám, když se vlastně nic neděje, případně když vím, že se blíží situace, ve které bych úzkost mohla očekávat. Panické ataky se objevují naštěstí spíš výjimečně. Nicméně v důsledku NP mám poměrně velké potíže s trávicím a především se žaludkem a od cca 12 let trpím opakovanými záněty žaludku, dvanáctníku a střev.

Jaký vliv má Vaše NP na partnerský/rodinný život?

Bohužel velký, nikdy jsem s nikým neměla vztah. Představa vztahu ve mně vyvolává úzkosti. Nejsm schopna ani většího fyzického kontaktu, líbání nebo dokonce pohlavní styk, jelikož opět pocítuji úzkost už jen z pouhé představy. Absolvovala jsem nějaké to rande, ale před schůzkou a během schůzky jsem pocítovala silné fyzické projevy úzkosti, především silné bušení srdce, třes těla, pocení, studené končetiny, tíha na hrudi. V případě, že se mnou nějaký muž flirtuje mám tendenci utéct a cítím mírnou úzkost. Nicméně si myslím, že v případě, kdy by se objevil protějšek, který by mi dal jasně najevo svůj zájem a přitahoval mě po všech stranách, byla bych nejspíš schopná úzkost překonat.

Ovlivňuje NP Váš celkový společenský život?

Ano velmi. Větší společnost ve mně opět vyvolává projevy úzkosti, také různé kluby a bary, především v pozdějších večerních hodinách. Také nemohu pít alkohol, nebo aspoň ne ve větší míře, jelikož ve mně probouzí projevy NP. Často se mi také stává, že pokud trávím čas s někým, s kým si nemám zase tolik co říct nebo ho lépe neznám, projeví se opět NP. Z těchto důvodů nevyhledávám společenské události nebo třeba nepřespávám u přátel. Snažím se vyhýbat situacím, kdy se NP může projevit.

Jaký vliv má NP na výkon/volbu povolání?

Mnoho let jsem chtěla studovat psychologii, protože mě baví a zajímá, v maturitním ročníku jsem měla spoustu věcí načteno a absolvovala jsem několik přípravných kurzů

a měla i praxi. V tu dobu se ovšem má NP projevila opět ve větší míře a já jsem si uvědomila, že člověk, který trpí těmito problémy, pro výkon tohoto povolání nejspíš není vhodný. Proto jsem se nakonec rozhodla pro jinou kariéru.

Do jaké míry NP ovlivňuje Váš volný čas?

Jelikož se snažím vyhýbat situacím, ve kterých by se NP mohla projevit, mám například potíže jet někam na dovolenou, kde se NP projevuje pravidelně, nebo dokonce jet na delší návštěvu k příbuzným (několikadenní). Kromě tohoto a toho, že mi dělá potíže navštívit třeba nové sportoviště poprvé sama, nějaké větší limity nepocítuji. Občas možná to, že mívám úzkosti ve větších nákupních centrech, ale rozhodně to není pravidlem. Má NP spíš ovlivňuje volných čas mé matky, protože v případě, že chce ona odjet někam déle než na jeden den ve mně vyvolává obrovské úzkosti a panické stavy i po celou dobu její nepřítomnosti. To pravděpodobně ale souvisí s tím, že na mě pak připadá starost o dementní babičku.

Využíváte nějaké služby, které pomáhají lidem s NP? (například v rámci sociální práce, terapie,..)?

Ne, v minulosti jsem to ale několikrát zvažovala a navštěvovala terapii, výsledky jsem nepocítila. V budoucnosti to nevylučuji.

Pocítujete vůči sobě nějaké předsudky od okolí?

Ne, v mém okolí o mých potížích většinou neví. Pokud se někomu svěřím, počítám s jeho diskretností a s tím, že je rozumný a bude mě díky tomu lépe chápat.

Jak na tyto tendence případně reagujete?

Nejsou

Myslíte si, že je o problematice NP dostatečná informovanost?

Ne

Máte zkušenost s diskriminací kvůli vaší nemoci?

Ano, v dětství jsem kvůli úzkostem nemohla jezdit na tábory, přestože jsem navštěvovala terapii. Musela jsem kvůli této skutečnosti opustit taneční kroužek, kterému jsem se věnovala mnoho let, jelikož vedoucí prohlásila, že pokud se nedokážu se svými problémy vypořádat a na tábory jezdit, musí mě vyhodit. Absenci na táborech odmítala tolerovat, přestože jsem v minulosti několikrát na tábor nejela a byla jsem vše nové schopna v rámci několika málo týdnů bez omezování ostatních dohnat.

Příloha č.2

Přepis rozhovoru s R4

Jak a kdy se u Vás projevil nástup NP?

První projevy jsem začal pozorovat v období puberty. Asi zřejmě kolem maturity, kdy jsem byl celkem ve stresu a ke všemu mi zemřela maminka. V noci jsem se budil zpocený, měl jsem noční můry a tak. Postupně se to zhoršovalo v takové zvláštní úzkostné pocity po celý den.

Jak se u Vás NP projevuje v současné době?

V současné době mám léky a docházím na terapie, takže své stavy celkem zvládám. Občas je to horší, kdy třeba mám velké bolesti na hrudi, třes a tak. Ale zvládám to.

Jaký vliv má Vaše NP na partnerský/rodinný život?

Dříve, než jsem našel mou ženu, tak to bylo mnohem horší. Pobýval jsem většinou doma. Nebylo to tak, že bych se bál kontaktu s cizíma lidma, spíš jsem byl asi dost mrzutý kvůli tomu, jak mi bylo zle. Po smrti maminky se i můj otec uzavřel do sebe, takže tam jsem moc pochopení nenašel. S ženou jsem nyní nějakých 15 let. A ta mě podporuje. Máme i malou dceru, které je 8 a tak je to takový světlý bod. Rozhodně ale cítím, že nejsem 100% otcem, díky těm úzkostem.

Ovlivňuje NP Váš celkový společenský život?

Jak jsem říkal, tak dříve jsem byl opravdu stále doma. Dnes sem tam s ženou jdeme do kina, divadla, s přáteli na pivo a tak. Ale sám společnost nevyhledávám. Takže asi bych řekl, že ovlivňuje tím způsobem, že pokud mám horší období, nejsem schopný něco podnikat.

Jaký vliv má NP na výkon/volbu povolání?

Býval jsem často na nemocenské, takže mě z práce vyhodili. Byl to takový popud a nyní mám vlastní podnikání a buď pracuji z domova, nebo jezdím po různých firmách, záleží hlavně na mých časových možnostech. Přizpůsobil jsem si to tak svému zdravotnímu stavu.

Do jaké míry NP ovlivňuje Váš volný čas?

To jen, když mám ty ataky. Tak fakt nemůžu dělat moc nic. Ani s dcerou. Ale pokud jsem v pohodě, trávím čas hlavně s ní a jezdíme třeba na výlety.

Využíváte nějaké služby pro lidi s psychickým onemocněním (například v rámci sociální práce)?

Využívám skupinové terapie. Sociální pracovnice tam s námi dělá nácvik. Jakože třeba hrajeme na situace, které se v životě mohou stát a učíme se reagovat.

Pocitujete vůči sobě nějaké předsudky od okolí?

Hodně jsem to pocítoval právě v té minulé práci. Kolegové si mysleli, že když mám neurotickou poruchu, tak že jsem blázen a mohl bych jim snad ublížit. Proto si ode mne drželi odstup. Jinak moji přátelé mne znají, tam se předsudků nebojím.

Jak na tyto tendence případně reagujete?

Cítil jsem se na pracovišti nepříjemně. Cítil jsem, jak se na mě všichni dívají skrz prsty. Ale ani já jsem neměl potřebu se s kolegy družít. Takže jsme se tak navzájem ignorovali.

Myslíte si, že je o problematice NP dostatečná informovanost?

Asi ne, vědí o tom více jen ti, kdo se s tím nějak setkali. Ostatní vás právě považují za totálního blázna, nebo simulanta. Aspoň to si myslím.

Máte zkušenost s diskriminací kvůli vaší nemoci?

Vyloženě diskriminace asi ne. Já se nesvěřuji lidem, že mám tu nemoc. Takže mě nemají proč diskriminovat. Občas je u nás doma moje žena víc muž, než já. To ale neberu jako diskriminaci. Ona mi tím pomáhá, když mám ty horší dny.

Příloha č. 3

Informovaný souhlas respondenta (vzor)

Informovaný souhlas k účasti na výzkumném šetření

Já, níže podepsaný/á, souhlasím se svou účastí na výzkumném šetření k bakalářské práci na téma: *Neurotická porucha jako součást života a její vliv na společenské vztahy*.

Tímto potvrzuji, že jsem byl/a předem náležitě seznámen/a o průběhu a účelu výzkumu a souhlasím se zpracováním mnou poskytnutých údajů. Dále beru na vědomí, že mám právo být plně informován/a o průběhu výzkumu a že je mi zaručena absolutní anonymita při zpracovávání dat.

Podpis