

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Kateřina LANGROVÁ

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2009 - 2013**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kateřina Langrová

Panická porucha a její vliv na život seniorů

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Andrea Bryčková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

**BACHELOR PART-TIME STUDIES
2009 - 2013**

BACHELOR THESIS

Kateřina Langrová

Panic disorder and its impact on the lives of seniors

Prague 2013

The bachelor thesis work supervisor: MUDr. Andrea Bryčková

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

.....

Kateřina Langrová

Vlastnoruční podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce MUDr. Andree Bryčkové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce, a své rodině, která mě po dobu studií podporovala.

Anotace:

Tato bakalářská práce se zabývá tématem úzkostných poruch, konkrétně poruchy panické, a jejího vlivu na kvalitu života člověka ve stáří, kdy je člověk ohrožen sociální izolací více než kdy jindy v životě. Bude popsána panická porucha a její zařazení do systému úzkostných poruch, bude definován pojem stáří a stárnutí. Práce se pokusí popsat nepříliš často zkoumanou tematiku stáří s panickou poruchou, nalézt vhodné terapeutické programy a doporučit vhodné postupy pro prevenci poruchy a zacházení s již nemocnými starými pacienty.

Klíčové pojmy:

Kvalita života, panická porucha, senioři, sociální izolace, stáří, terapeutické postupy, úzkostné poruchy.

Annotation:

The thesis deals with anxiety disorders, particularly panic disorder, and its impact on the quality of human life in old age, when a person is more than ever in his life at the risk of a social isolation. Panic disorder and its inclusion in the anxiety disorders will be described, as well as the concept of old age and aging. The thesis tries to describe the infrequently researched topic of seniors with panic disorder, tries to find suitable therapeutic programs and to recommend appropriate procedures for the prevention and treatment of elderly patients who already suffer from panic disorder.

Key words:

Anxiety disorders, old age, panic disorder, quality of life, seniors, social isolation, therapeutic procedures.

OBSAH

1. ÚVOD.....	9
2. ÚZKOSTNÉ PORUCHY	12
2.1 HISTORICKÝ VÝVOJ POJETÍ ÚZKOSTNÝCH PORUCH	12
2.2 ÚZKOST A STRACH	14
2.3 ÚZKOST V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA.....	15
2.4 KLASIFIKACE ÚZKOSTNÝCH PORUCH.....	16
2.4.1 Fobické úzkostné poruchy	17
2.4.2 Jiné úzkostné poruchy	18
3. PANICKÁ PORUCHA.....	20
3.1 DEFINICE A PŘÍZNAKY.....	20
3.2 EPIDEMIOLOGIE.....	21
3.3 ETIOPATOGENEZE	22
3.4 PRŮBĚH	23
3.5 DIAGNOSTIKA	24
3.6 PANICKÁ PORUCHA U SOMATICKY NEMOCNÝCH.....	25
3.7 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA.....	26
3.8 KOMORBIDITA.....	27
4. STÁŘÍ	28
4.1 STÁRNUTÍ.....	28
4.1.1 Biologické aspekty stárnutí.....	29
4.1.2 Psychologické aspekty stárnutí.....	30
4.1.3 Sociální aspekty stárnutí	31
4.2 STÁŘÍ.....	32
4.2.1 Sociální, kalendářní a biologický věk.....	33
5. TERAPEUTICKÉ POSTUPY U SENIORŮ	35
5.1 ARTETERAPIE.....	36
5.2 ERGOTERAPIE.....	36
5.3 ANIMOTERAPIE	37
5.4 MUZIKOTERAPIE	38
5.5 DALŠÍ TERAPIE	39
6. IZOLACE VE STÁŘÍ	40
6.1 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ.....	40
6.2 IZOLACE VE STÁŘÍ.....	42
6.3 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ S PANICKOU PORUCHOU A SOCIÁLNÍ IZOLACE VE STÁŘÍ S PANICKOU PORUCHOU.....	43
7. KAZUISTIKA	47
8. ZÁVĚR.....	50
8. SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY A ZDROJŮ.....	52
8.1 LITERATURA.....	52
8.2 ELEKTRONICKÁ MÉDIA A WEBOVÉ STRÁNKY	53

1. ÚVOD

Tato bakalářská práce se nazývá Panická porucha a její vliv na život seniorů. Bude se zabývat starými lidmi, trpícími touto specifickou úzkostnou poruchou, a tím, jak ovlivňuje kvalitu poslední fáze jejich života. Téma jsem zvolila proto, že se o problematiku panické poruchy již delší dobu zajímám a je mi blízká, také ze zkušenosti vím, že tato konkrétní problematika panické poruchy není v našich podmínkách v odborné literatuře často zpracovávána a chybí u ní povědomí širší veřejnosti.

Panickou poruchu může vyvolávat mnoho rozdílných faktorů. Obvykle se objevuje již v mladém věku, v mnoha případech se však stává chronickou a doprovází člověka po celý život. Mohou se s ní pojít i další psychické a somatické nemoci, počínaje depresí a konče srdečními poruchami. Nemoc spočívá v tom, že v situaci, která daného jedince silně stresuje, zareaguje jeho tělo přehnaným způsobem, osobě se zrychlí dech, cítí silné bušení srdce, zpotí se, může se objevit i chvění nebo křeče, trávící obtíže a mnoho dalších fyzických projevů. Při takovémto záchvatu člověku probíhají hlavou katastrofické myšlenky, bojí se smrti, bojí se, že mu nikdo nepomůže, a příčinu záchvatu přisuzuje nějakému somatickému onemocnění. Na vyšetření u lékaře se však žádná srdeční nebo jiná vada neprokáže a může proběhnout ještě několik podobných záchvatů, než je pacient odeslán k psychiatrovi. Pacient se tomu může dokonce bránit, protože si jako „blázen“ nepřipadá. Paradoxem této poruchy je, že strach z dalších záchvatů mnohonásobně zvyšuje riziko jejich dalšího výskytu.

Je neoddiskutovatelným faktem, že toto onemocnění člověka změní a omezí jeho život v mnoha ohledech. Obavy ze záchvatů, které přicházejí obvykle na konkrétních, vytipovatelných místech nebo v konkrétních vytipovatelných situacích, nedovoluje člověku se na tato místa nebo k těmto situacím vracet. Problémové jsou zpravidla větší davy lidí, situace, kdy je člověk bez nějaké blízké osoby, která je s jeho problémem obeznámena, a další. Porucha nedovolí člověku žít plnohodnotný život. Činnosti, které pacient dříve bez problémů vykonával, jsou pro něj najednou nepřestavitelně náročné, ať už se jedná o schůzky s přáteli a jiné společenské akce, nakupování ve větších obchodech nebo v době, kdy jsou obchody plné lidí, hromadné cestování, ale i osamělost nebo vědomí vzdálenosti od blízkých osob a možné pomoci.

Tato bakalářská práce si klade za cíl popsat úzkostné poruchy a konkrétněji rozebrat poruchu panickou, přiblížit problematiku úzkostných poruch a především panické poruchy u seniorů a zkoumat, jaké mají možnosti aktivního zapojení do společnosti. Osoby, které panickou poruchou trpí, mají totiž problémy zařadit se do společnosti a žít společenským životem. Potíže mohou nastat dokonce i osobním životě tím, že jejich onemocnění je omezuje v rodinném životě, ve vztazích s přáteli, celým okolím. Mým záměrem je zjistit, s jakými problémy se mohou senioři v souvislosti se panickou poruchou potýkat.

Struktura bakalářské práce bude vypadat následovně: V úvodu se pokusím nastínit, co mne vedlo ke zvolení tohoto tématu. Bude krátce popsána problematika panické poruchy a jejího vlivu na kvalitu života lidí, především seniorů, kterou se práce bude dále podrobněji zabývat. Také popíšu cíl výzkumu, který bude v práci prováděn. Druhá kapitola se bude věnovat úzkostným poruchám obecně; popíše historii pojetí těchto poruch, budou vymezeny dva základní pojmy týkající se úzkostných poruch, tedy úzkost a strach, a bude popsána i klasifikace jednotlivých typů úzkostných poruch, včetně poruchy panické. Tě se bude konkrétně a velice podrobně věnovat kapitola třetí, která stanoví definici pojmu panická porucha a její příznaky, popíše epidemiologii a etiopatogenezi, průběh choroby, jak je porucha u člověka diagnostikována, jaké mohou nastat komplikace při diagnostice u somaticky nemocných pacientů, a budou popsány typické somatické i psychické nemoci, které se s panickou poruchou pojí. Čtvrtá kapitola bude pojednávat o samotném stáří. Bude popsán proces stárnutí, který ke stáří vede, a jeho aspekty biologické, psychologické a sociální, které souvisí s předmětem zkoumání této práce. Dále se budu věnovat samotnému stáří a jeho rozlišování na základě kalendářního (chronologického), biologického a sociálního věku. Bude zde také popsán fenomén dlouhověkosti, který v posledních letech nabývá na významu. Pátá kapitola se bude věnovat terapeutickým postupům u seniorů. V šesté kapitole bude popsána problematika izolace ve stáří. Poslední kapitola bude věnována kasuistice. Závěr práce představí nejvýznamnější myšlenky, které z analýzy zdrojů při práci vyplynuly, shrne obsah celé práce a vyzdvihne výsledek zkoumání panické poruchy a jejího vlivu na kvalitu života seniorů.

Pro vypracování práce bude využito široké škály zdrojů. Co se úzkostných poruch a samotné panické poruchy týče, dostupnost a kvantita zdrojů byla optimální.

Čerpala jsem především z knih J. Praška, ale pro potvrzení informací jsem využila i dalších česky psaných dostupných zdrojů, ať už se jednalo o knihy, jako například Psychiatrie od Jiřího Rabocha a Jana Volského, nebo internetová periodika, jako například článek Panická porucha v somatické medicíně z periodika Medicína pro praxi. Internetové zdroje byly podrobeny kritickému zhodnocení. Pro část práce věnované problematice stáří byly využity samozřejmě jiné zdroje, například Úvod do gerontologie a geriatrie Zdeňka Kalvacha, O stárnutí a stáří Vladimíra Pacovského nebo publikace PhDr. Mgr. Pavla Mühlpachra, Ph.D. Samotná problematika panické poruchy u seniorů je v odborné literatuře probírána jen zřídka, proto jsem k jejímu popisu využila analýzu zdrojů o panické poruše a o seniorech a pokusila se ji popsat vlastními slovy.

2. ÚZKOSTNÉ PORUCHY

2.1 Historický vývoj pojetí úzkostných poruch

Pro tuto bakalářskou práci budou pojmy týkající se úzkostných poruch klíčové. Některé z nich jsou lidstvu známy již tisíce let a proto se první část práce bude zabývat jejich postupným vývojem.

První zmínky úzkostných stavů v literatuře sahají do třetího tisíciletí před Kristem. V sumerském Eposu o Gilgamešovi se mluví o strachu ze smrti. (Praško, 2005, s. 16) Úzkost a strach však ve starověku nehrály v literatuře příliš velkou roli; ta se soustředila spíše na ctnosti. Staří Řekové dokonce pro úzkost neměli žádný výraz. „Dokonce i v moderní řečtině se úzkost vyjadřuje slovem *anesuchia*, které znamená „*neklidný*“ nebo „*neuvolněný*“.“¹ V řecké mytologii se se strachem setkáváme jen v případě boha Phoba, který měl vnuknout strach nepřítelům, aby utekli před bojem, a boha Pana, který strašil poutníky procházející kolem jeho skrýše. Ze jména boha Phoba vzniklo pojmenování fobie a od jména boha Pana pojmenování panika. Naopak v bibli se s pojmy strachu a úzkosti setkáváme velmi často – hrdinové trpí pocitem strachu z Boha. (Vymětal a kol., 2007, s. 20).

Dán Søren Kierkegaard se problematikou úzkosti zabýval v dílech *Strach a děs* a *Pojem úzkosti*. Jako jeden z prvních rozlišoval strach a úzkost (Vymětal a kol., 2007, s. 377); strach se podle něj týká obavy z nějakého konkrétního nebezpečí, kdežto úzkost konkrétní objekt nemá. Úzkost podle Kierkegaarda vychází ze svobody, z toho, že člověk před sebou vidí nekonečno možností .

V odborné lékařské literatuře se o úzkosti dočteme poprvé až v první polovině 18. století (Praško, 2005, s. 17). V této době se sice tématem úzkostných poruch zabývalo více odborníků, jejich terminologie však byla velmi různorodá. Projevy úzkostných poruch byly považovány za příznaky fyziologických onemocnění do 19. století, kdy se začalo se uvažovat i o příčinách souvisejících s psychosociálními jevy.

¹ Praško, 2005, s. 16

Co se přímo panické poruchy týče, v první polovině 19. století v Německu poprvé podrobně popsal panické záchvaty lékař Otto Domrich – podle něj jde o „kombinaci silné úzkosti s kardiopulmonálními příznaky.“²

Jednou z prvních osob, která popsala panický záchvat, byl Charles Darwin v roce 1892. Popis zněl následně: „srdce běží rychle a nebezpečně tak, že rychle tluče a naráží na žebra... kůže se náhle stává mrtvolně bledou jako při hrozící mdlobě... s pocitem hrozného strach... ve spojení s narušenou akcí srdce, dýchání je zrychlené... z nejvíce viditelných příznaků je třes všech svalů na těle.“³

Heinrich Wilhelm Neumann považoval vznik úzkosti za důsledek „neklidu pudů, obzvláště sexuálních“⁴ Neumann tak o celou generaci před Freudem vyslovil základní myšlenku psychoanalýzy. (Praško, 2005, s. 19). Sigmund Freud chápal úzkost jako psychický projev fyzické záležitosti, a to nevybitého sexuálního napětí, také jako důsledek separace od matky a také ji chápal jako „reakci ega na zvýšené pudové nebo emoční napětí pocházející z vnitřního konfliktu.“⁵ Vnitřním konfliktem je míněn konflikt mezi Id (pudovým napětím) a Superegem (společenskými mravními normami). Mimo jiné Freud také popsal, podle jakých příznaků lze rozeznat úzkostnou neurózu. Šlo o úzkostné předpoklady, nervózní katastrofické vize a přemílání starostí, které by dnešní psychiatři nazvali generalizovanou úzkostnou poruchou, a záchvaty strachu, které dnes známe pod názvem panická porucha. Byl tedy první osobou, která popsala panickou poruchu tak, jak ji známe dnes, a pravděpodobně jí sám trpěl. (Kukumberg, Ulč, et al., 2001, s. 20).

Dalšími významnými osobnostmi jsou Donald F. Klein a Judith G. Rabkin, kteří předpokládali kvalitativní odlišnost panické a všeobecné úzkosti či úzkosti z očekávání. „Tento názor se prosadil i při vytváření diagnostického manuálu DSM-III (APA, 1980), kde se poprvé objevilo rozčlenění jednotlivých úzkostných poruch, jak je známe dnes.“⁶ Klein a Rabkin seřadili a definovali průvodní symptomy a příznaky, mezi nimi i panickou ataku, která je projevem panické poruchy. (Kukumberg, Ulč, et. al., 2001, s. 22).

² Praško, 2005, s. 18

³ Praško, 2005, s. 121

⁴ Praško, 2005, s. 19

⁵ Praško, 2005, s. 20

⁶ Praško, 2005, s. 23

S ohlédnutím na historii tedy můžeme říct, že úzkostné poruchy i konkrétně panická porucha byly známé již před několika tisíciletími. Až v moderní době však byly tyto poruchy podrobně prozkoumány a popsány a jejich terminologie byla sjednocena.

2.2 Úzkost a strach

Úzkostné poruchy bezprostředně souvisí s pojmy úzkost a strach, které patří mezi hlavní příznaky těchto poruch. V následující kapitole budou proto tyto pojmy vysvětleny a definovány z odborného hlediska. V určitých situacích každý prožíváme úzkost i strach, avšak u jedinců s úzkostnými poruchami jsou tyto emoce nadměrné a nepřiměřené.

Strach a úzkost patří mezi emoce. Emoce mají vrozený základ, dějí se každému člověku. Jsou známkou duševního i fyzického zdraví člověka a jejich příchod mohou provázet i fyzické projevy. Jsou to citové prožitky, které mohou být hodnotící reakcí na danou situaci. (Vymětal, 2007, s. 20)

Problematiku rozdílu mezi strachem a úzkostí řeší ve své práci Vymětal (2007). Strach popisuje jako negativní hodnotící reakci na situaci, která evokuje pocit ohrožení.⁷ Podle Hartla a Hartlové strach doprovází z hlediska fyzických změn např. zblednutí, chvění, ale i zvýšení představivosti. To, čeho se člověk bojí, se může měnit, jak stárne, stejně tak se mohou měnit i jeho reakce na strach. Míra strachu také může souviset s emocionální stabilitou jedince.⁸

Úzkost je podle Vymětala stav, při kterém si jedinec neuvědomuje, co jej vyvolalo, čímž se liší od strachu.⁹ Praško ve své práci píše: „Při úzkosti má člověk pocit ohrožení, ale neuvědomuje si z čeho, nemá konkrétní podnět. To vede k tomu, že je ostražitý a připravený na možné nebezpečí.“¹⁰ „Úzkost může volně plynout, nebo se objevit v záchvatech – panických záchvatech. Spontánní úzkost se objevuje náhle a bez příčiny, na rozdíl od fobie, kdy má člověk strach z konkrétních situací, kterých se lidé obvykle nebojí. Anticipační úzkost (úzkost z očekávání) je očekávání ohrožující situace,

⁷ Vymětal a kolektiv, 2000, s. 20

⁸ Hartl, Hartlová, 2010, s. 554

⁹ Vymětal, 2007, s. 22

¹⁰ Praško, J., Prašková, H., Vašková, K., Vyskočilová, J. 2006, s. 9

kteřá často vznikne po předešlých záchvatech úzkosti.“¹¹ Hartl a Hartlová úzkost popisují také jako strach, který nemá konkrétní odůvodnění, a který může mít i mnohem delší trvání a intenzitu. Projevuje se opět bušením srdce, rychlým dýcháním, pocením, ale dostavit se mohou i nevolnosti či napětí svalů.¹²

V souhrnu je tedy možné říci, že úzkost se na rozdíl od strachu neváže na konkrétní zážitky, nemá žádný faktický obsah a přichází nečekaně, zatímco pokud strach je vázán na konkrétní události či předměty (u specifikovaných fobií), můžeme jej předem očekávat nebo se mu i vyhýbat.

2.3 Úzkost v životě člověka

Lidský život je plný událostí, které úzkost způsobují. Úzkost může mít souvislost s vývojem člověka a očekáváními společnosti, která by v průběhu jednotlivých životních etap měl člověk naplnit. Když jedno životní období končí, je třeba opustit staré role a zhostit se nových, které mají odlišné a nové požadavky, a právě tento přechod a nejistota vyvolává úzkost. Začátek je možné vyzorovat již v prenatálním období. Je obecně známo, že psychický stav budoucí matky může ovlivnit plod; úzkost, zvýšený stres či deprese v těhotenství mohou vést k potratu či předčasnému porodu (záleží na týdnu těhotenství a vývojovém stupni plodu). Pokud se povede fyziologický porod, dítě vystavené prenatálnímu stresu může trpět hyperaktivitou a neschopností koncentrace.

V průběhu dětství je hlavním zdrojem úzkosti vázanost na pečující osobu a postupné osamostatňování od ní. Reakce dítěte na odloučení od rodičů se nazývá separační úzkost. Později se dítě musí naučit plnit zadané úkoly a nést za ně zodpovědnost. V období dospívání člověk zahajuje sexuální život a učí se zcela osamostatňovat od rodičů. Období mladé dospělosti přináší úskalí v podobě evaluace předešlých období. Mladí lidé často pocítují potřebu se srovnávat s vrstevníky,

¹¹ Praško, J., Prašková, H., Vašková, K., Vyskočilová, J. 2006, s. 9

¹² Hartl, Hartlová, 2010, s. 649-650

srovnávat svůj současný stav s tím, který si pro sebe představovali, hodnotit, čeho již v životě dosáhli. V dnešní době se také čím dál častěji musí rozhodovat mezi kariérou a rodinou. V období reprodukce je na jedince vyvíjen společností velký tlak i vzhledem k možnosti neplánovaného početí, neschopnosti počít nebo zdravotnímu stavu budoucího dítěte. Člověk také poprvé v životě nese zodpovědnost nejen za sebe, ale i za své děti, což je velká psychická zátěž.

V pozdní dospělosti dochází k involuci, která může vést k úzkostným prožitkům, například z možné nesoběstačnosti a závislosti na okolí. Involuční změny zahrnují především změny organismu související s postupnou ztrátou psychických i fyzických sil a u žen se ztrátou plodnosti. Klimakterium samo je pro ženu velmi namáhavé nejen fyzicky, vlivem hormonálních změn, ale i psychicky. Vyrovnat se s vlastní neplodností je často těžko splnitelný úkol a může souviset se zásadním zásahem do sebepojetí ženy. Muži se s tímto obdobím vyrovnávají tzv. krizí padesátníků, kdy si dokazují vlastní schopnosti utrácením, opouštěním rodin a pořizováním si mladých milenek či náročnými sporty. Následuje odchod do důchodu, který je sám o sebe zdrojem úzkosti; konec produktivního života má vliv na množství a intenzitu sociálních kontaktů, může narušovat sebepojetí jedince nebo vyvolávat pocit vlastní nedůležitosti.

Ve stáří hrozí člověku ztráta soběstačnosti, snížení intelektových schopností nebo dokonce závislost na neustálé péči jiných osob. (Vavřda in Vymětal, 2007, s. 45-62)

Kromě vyjmenovaných také při každém přechodu z jednoho období do druhého dochází ke změnám tělesného vzhledu, které mohou zapříčiňovat úzkostné stavy.

Pokud je člověk schopen tyto úzkosti překonat, pomůže mu to s osobnostním růstem a s přesunem do dalšího vývojového období. Nezvládnutá úzkost se může stát patologickou, ať už je to vlivem genetické predispozice, vlivem výchovy nebo nepříznivých okolností.

2.4 Klasifikace úzkostných poruch

Podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, její 10. verze) je popsáno několik kategorií neurotických poruch, ne jen úzkost, neuróza a fobie. Úzkostné poruchy MKN-10 dělí na fobické úzkostné poruchy a jiné úzkostné poruchy (viz.

Tabulka 1). Tyto diagnostické jednotky se od sebe liší nejen symptomy, ale i způsoby léčby. Panická porucha se řadí mezi jiné úzkostné poruchy (viz. Tabulka 1).

Tabulka 1. Úzkostné poruchy podle MKN-10 (1992). (Praško, 2005, s. 61).

F 40 FOBICKÉ A ÚZKOSTNÉ PORUCHY F 40.0 Agorafobie F 40.1 Sociální fobie F 40.2 Specifické (izolované) fobie F 40.8 Jiné fobické úzkostné poruchy F 40.9 Fobická úzkostná porucha nespecifikovaná
F 41 JINÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY F 41.0 Panická porucha F 41.1 Generalizovaná úzkostná porucha F 41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha F 41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy F 41. 8 Jiné specifikované úzkostné poruchy F 41.9 Úzkostná porucha nespecifikovaná

2.4.1 Fobické úzkostné poruchy

2.4.1.1 Agorafobie

Agorafobie byla podrobně popsána a pojmenována roku 1871 Westphalem a jedná se o strach z otevřených prostranství, větších davů, cestování dopravními prostředky nebo z jízdy výtahem apod. Může vést až k vyhýbání se stresujícím situacím a snaze zůstat stále v místě bezpečí – většinou se jedná o domov. Pokud pacient domov opouští, cítí se jistější s doprovodem, když se někoho dotýkají, nebo se alespoň opírají o nějaký předmět (například tašku na kolečkách). Tato porucha se také často pojí s panickou poruchou; „podle řady autorů je panická porucha první a agorafobie vzniká až druhotně.“¹³

Příznaky agorafobie jsou: „*bušení srdce nebo zrychlený tep, pocení, třes nebo chvění, suchost v ústech, dyspnoe, pocity dušení, bolesti na hrudi nebo vnitřní neklid, nauzea nebo jiné břišní obtíže, pocity závratě, lability, pocity na omdlení nebo pocity*

¹³ Praško, 2005, s. 254

točení hlavy, derealizace, depersonalizace, strach ze ztráty kontroly, ze ztráty vědomí, nebo strach, že „se zblázní“, strach ze smrti, návaly horkosti nebo mrazení.“¹⁴

2.4.1.2 Sociální fobie

Druhou popisovanou fobií je sociální fobie, tedy strach ze sociálních situací, ať už z jedné konkrétní nebo z více. U pacienta dochází k vyhýbání se těmto situacím a postupně i k vyhýbání se kontaktu s lidmi. Pacient trpí obavami, že nebude dobře přijat či že nepodá očekávaný výkon; často si je také vědom, že tento strach je nepřiměřený. Tato fobie může člověka zcela vyřadit člověka z běžně fungujícího života. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 277) (Praško, 2005, s. 284).

Příznaků sociální fobie je mnoho, můžeme mezi ně zařadit např. bušení srdce, pocení, svalové napětí, sucho v ústech, návaly horka či chladu, tedy běžné projevy úzkosti. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 277).

2.4.1.3 Specifické (izolované) fobie

Specifická fobie znamená iracionální strach pevně vázaný na určité spouštěcí objekty, situace nebo činnosti. Příznaky úzkosti se projeví pouze při kontaktu s tímto spouštěčem. Příkladem může být strach z hadů, pavouků, strach z létání letadlem, strach z bouřky, atd. U specifických fobií podobně jako u jiných najdeme anticipační úzkost, strach samotný a snahu vyhýbat se spouštěcím situacím. (Praško, 2005, s. 340)

2.4.2 Jiné úzkostné poruchy

2.4.2.1 Panická porucha

Panická porucha coby hlavní téma této bakalářské práce bude podrobně rozebrána v následujících kapitolách.

Obecně lze říci, že hlavním rysem panické poruchy jsou záchvaty masivní úzkosti, které se opakují, avšak nejsou omezeny konkrétní situací. Záchvat se projevuje např. bušením srdce, vertigem, depersonalizací, derealisací. (Praško, 2005, s. 121)

¹⁴ Raboch, Zvolský, 2001, s. 274

„Téměř vždy se objevuje strach z umírání, ze ztráty sebekontroly nebo z náhlého zešlivení.“¹⁵

2.4.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha

Pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou neustále úzkostně očekávají špatné události, mají problémy i s nejtriviálnějšími záležitostmi a neumí relaxovat. (Raboch, Zvolský, 2001, s. 283). Poznat, kdy jsou obavy již patologické, nejsnáze poznáme podle toho, že brání člověku v normálním fungování v práci, v rodinném životě, narušují životní styl. Úzkost, kterou pacienti s GAD (Generalized Anxiety Disorder) pocítují, nemá žádný konkrétní objekt, týká se zvládnání každodenního života. Proto se u GAD neobjevuje vyhýbavé chování. Nadměrné starosti mohou vést k podrážděnosti, poruchám soustředění, svalovému napětí, chvění, vertigu, bušení srdce, zažívacím potížím atd. (Praško, 2005, s. 68) GAD „velmi často zůstává nerozpoznaná a neléčená.“¹⁶

2.4.2.3 Smíšená úzkostně-depresivní porucha

Kategorie smíšená úzkostně-depresivní porucha je určena pro pacienty, kteří projevují jak známky úzkosti, tak deprese, ale žádné nejsou výrazně převažující. V minulosti často probíhaly snahy oddělit od sebe úzkostné a depresivní příznaky, především proto, že jejich léčba je odlišná, avšak jejich hranice nejsou u pacientů jasně vymezené. Pacienti postižení touto poruchou často mají větší potíže s vyléčením, zdravotníci ji často podceňují, ale porucha mívá chronický průběh a vede běžně k delší pracovní neschopnosti která může skončit i invaliditou. (Praško, 2005, s. 221)

¹⁵ Raboch, Zvolský, 2001, s. 280

¹⁶ Praško, 2005, s. 120

3. PANICKÁ PORUCHA

V této kapitole se již práce bude věnovat samotné panické poruše. Panická porucha je jednou z nejobvyklejších úzkostných poruch a v posledních letech se stále více rozšiřuje. Důsledkem je pravděpodobně modernizace doby, uspěchanost, nadměrná očekávání a přehnané cíle jedinců. První záchvaty se zpravidla objevují u mladých lidí, není to však nutným pravidlem. Na záchvaty pak navazují obavy z dalších záchvatů, které pak záchvat vyvolají a pacient se dostane do začarovaného kruhu. Nemoc se často stává chronickou, může souviset s řadou fyzických i psychických onemocnění a zvyšovat riziko úmrtí.

V následujících podkapitolách bude panická porucha podrobně popsána od příznaků, příčin vzniku, přes diagnózu onemocnění, jeho průběh, až po jiná somatická i psychická onemocnění, která mohou s panickou poruchou souviset. Budou vymezeny pojmy jako panická ataka, stres a deprese, které s nemocí souvisejí.

3.1 Definice a příznaky

Panická porucha je jednou z úzkostných poruch. Jejím hlavním projevem je to, že úzkost nejen volně plyne, ale také se objevuje koncentrovaně v náhlých záchvatech masivní úzkosti. Ataka přijde buď z ničeho nic, nebo se pojí s nějakou konkrétní situací. U nemocného se při nich v krátkém časovém intervalu rozvine velmi intenzivní úzkost, či strach ze situace, ve které se nachází. V postižené osobě většinou záchvaty vyvolají strach z jejich dalšího opakování. Ten paradoxně zvyšuje pravděpodobnost výskytu dalších atak. Kromě panické ataky by se měly objevovat i další příznaky, protože samotné ataky mohou být symptomem více psychických poruch či fyzických problémů, jako např. intoxikace nebo abstinčních příznaků (Kukumberg, Ulč, et al., 2001, s. 59). Mezi tyto další symptomy, které mohou poukazovat na panickou poruchu, patří příznaky projevující v oblasti hrudníku a břicha: bušení srdce, pocení, chvění, obtížné dýchání, nevolnost, ale i napětí ve svalech, bolesti v zádech, hlavy, únavnost, červenání ve tváři, průjem, ale i zácpa, bolesti žaludku, nadýmání, brnění v různých částech těla,

mžitky před očima, rozmazané vidění atd. Jedná se také o psychické příznaky, kterými jsou například závratě, depersonalizace (Kukumberg, Ulč, et al., 2001, s. 59-60), strach ze smrti nebo ze zešílení (Praško, 2005, s. 123), pocit ohrožení, napětí, nadměrné obavy a starosti, katastrofické představy, obtíže s koncentrací, nespavost a nadměrná ostražitost, s ní související lekavost a podrážděnost a neschopnost relaxovat. Důvodem jak fyzických, tak psychických příznaků je stresová reakce těla, což je vlastně reakce organismu na možné nebezpečí. Reakci spouští stresor, který aktivuje sympatikus a tím připraví organismus k akci. Krev je v těle odváděna z méně důležitých částí jako je žaludek či konečky prstů do velkých svalů, aby byly zásobeny kyslíkem. Pro získání dostatečného množství kyslíku tělo zahájí tzv. hyperventilaci, což je zrychlené hluboké dýchání. Pokud ovšem k žádné aktivitě nedojde, kyslík se ve svalech nespotebovává a nahromaděný může vyvolat křeče nebo jen brnění končetin. Menší zásobení mozku krví pak zapříčiní závratě, potíže se zrakem nebo pocity nejistoty či nereálna. Při stresové reakci je omezena činnost trávicího systému, což vyvolává nevolnosti, nadýmání, zácpy apod. Aktivovaný metabolismus způsobuje návaly horka, případně červenání.

Nemocný také často trpím takzvaným únikovým chováním, kdy se snaží uniknout ze situace, která panický záchvat vyvolala. Jiným příkladem změny chování u nemocného je vyhýbavé chování, při kterém se snaží vyhnout situacím, které u něj již v minulosti záchvat vyvolaly, vyvolat mohly nebo kde se obává, že by se mu v případě záchvatu nedostalo pomoci. Nemocného může uklidňovat blízkost důvěrně známé osoby, která by mu při záchvatu uměla pomoci; jde o zabezpečovací chování. Všeobecně lze říci, že lidé trpící touto poruchou nechtějí zůstat nikde o samotě (Praško, J., Prašková, H., Vašková, K., Vyskočilová, J. 2006, s. 11-12).

3.2 Epidemiologie

Nejčastěji se panická porucha rozvíjí především u mladých osob ve věku 15 až 24 let. Druhého vrcholu nemoc dosahuje mezi 45. a 54. rokem, ale může se samozřejmě objevit i mimo tyto průměrné mezníky. Častějšími pacienty jsou ženy. (Praško, 2005, s. 124) Zároveň je podle Faravelliho vyšší pravděpodobnost rozvinu panické poruchy u osob žijících separovaně, rozvedených, vdov, u lidí, kteří v dětství ztratili rodiče, u lidí,

kteří byli zneužíváni tělesně nebo sexuálně, u lidí s nedokončeným vzděláním (Praško, 2005, s. 124) a u lidí žijících ve městech (Praško, 2005, s. 125). Panickou ataku zažije v životě 7-9% lidí (Praško, 2005, s. 124). Může se jednat o ojedinělý výskyt, který se neopakuje a nemá pro postiženou osobu žádné následky. Podle výzkumu Světové zdravotnické organizace však často pacienti, kteří ataku zažijí, již trpí depresí nebo úzkostnou poruchou. Podle téhož výzkumu znamenala první panická ataka až u dvou třetin pacientů začátek panické poruchy a s ní souvisejícími dalšími problémy, např. deprese, agorafobie, obsedantně-kompulzivní poruchy a také zvýšené riziko rozvoje alkoholismu (Praško, 2005, s. 124).

3.3 Etiopatogeneze

Vznik a průběh panické poruchy nejsou doposud zcela známy. Existuje více teorií, patří mezi ně například ta, která zdůrazňuje biologické faktory, jiná nabízí psychosociální model. Podle toho může být příčinou vzniku panické poruchy ztráta rodiče či výrazná separační úzkost v dětství. U těchto lidí se záchvaty zakládají na neúspěšné obraně proti impulsům provokujícím úzkost; bojí se pak, že v případě záchvatu zůstanou sami bez pomoci. K dalším možným příčinám vzniku panické poruchy, které mají své kořeny v rodině a dětství, patří i přehnaně kritická výchova nebo naopak příliš ustaraná výchova a rozmazlování. Podle epidemiologických genetických studií je panická porucha pravděpodobně dědičná, tato teorie však není potvrzena. Studie o panikogenech podporuje myšlenku, podle které mají pacienti s panickou poruchou zvýšený tonus sympatiku, který se pak pomalu adaptuje na opakované stimuly a již na mírné podněty reaguje nadměrně (Praško, 2005, s. 127). K dalším diskutovaným příčinám vzniku panické poruchy patří stres, tělesná onemocnění, ale i užívání některých léčiv, drog či alkoholu. (Praško, J., Prašková, H., Vašková, K., Vyskočilová, J. 2006, s. 24-28). Temperament osoby má podle studií také vliv na možnost vzniku panické poruchy; u pacientů postižených touto poruchou můžeme až v polovině případů narazit na výrazné povahové vlastnosti, ať už se jedná o ustaranost, přehnanou pečlivost, sebezpozorování či problémy s přijetím kritiky.

3.4 Průběh

První projev panické poruchy nastává zpravidla v mladší dospělosti nebo u osob různého věku, které jsou vystaveny větší psychické zátěži, například těžké životní události v podobě rozvodu, smrti blízké osoby, ale i šestinedělí, které je pro ženu náročné jak psychicky, tak fyzicky. Nemoc se ovšem může projevit i v klidném období, kterému předcházelo období stresu; dojde k tzv. posttraumatickému stresu. Před prvním panickým záchvatem většina pacientů pocítuje symptomy úzkosti či fobie. Při samotné atace, která přichází náhle, získá nemocný nevysvětlitelný a silný pocit úzkosti. Postupně se rozvíjí všechny výše popsané tělesné a následně i duševní příznaky. Po skončení záchvatu bývá nemocný silně vyčerpaný; důvodem je také výše popsaná hyperventilace a rychlé spalování energie. Délka samotného záchvatu se liší, záleží na pacientovi. Jeho trvání může být pouze minutové, ale i delší. Frekvence záchvatů jsou různé, mohou se objevovat i několikrát za den. Porucha má dva stupně: nižší znamená výskyt ataky minimálně čtyřikrát během čtyř týdnů a vyšší stupeň lze poznat podle toho, že proběhnou čtyři záchvaty za týden po dobu čtyř týdnů. (Raboch, J., Zvolský, P., et. al., 2001, s. 280). Existují dokonce i noční záchvaty, které probíhají v non-REM fázi spánku. Tyto mají nižší intenzitu. Má s nimi zkušenost téměř 70% pacientů (Praško, 2005, s. 142).

První ataka v pacientovi vyvolá pravděpodobně dojem, že dostal infarkt či že se jedná o nějaké závažné onemocnění. Vyšetření u lékaře mohou být pro pacienta stresující sama o sobě, o to více proto, že při nich není zjištěno nic neobvyklého. Mohou se objevit další ataky; paradoxně je vyvolává právě strach pacienta, co bude dělat, pokud se znovu objeví. Lékař může doporučit další diagnostická vyšetření, která opět k žádnému výsledku nepovedou. Psychický důvod těchto ryze fyzických problémů není obvykle předpokládán, proto často trvá velmi dlouho, než je panická porucha diagnostikována. Včasné léčení této choroby je však velmi důležité. Neléčení pacienti se jen vzácně sami uzdraví, častěji dochází k rozvoji depresí a vzniku závislostí, například na alkoholu (Raboch, J., Zvolský, P., 2001, s. 281-282). Na tom má podíl i fakt, že může dojít ke zhoršení kvality života pacienta kvůli ztrátě zaměstnání či jiné důležité události. Neléčená choroba má také těžší a zdlouhavější průběh. Často se choroba i přesto, že je léčena, stane chronickou, i když víceméně stabilní. Až 61%

pacientů s chronickou panickou poruchou uvažuje o sebevraždě a 2% se o ni i pokusí (Raboch, J., Zvolský, P., 2001, s. 282). Nejčastější příčina úmrtí u těchto pacientů je dokonaná sebevražda (Kukumberg, P., Ulč, I. et. al., 2001, s. 77).

3.5 Diagnostika

Nemocní postižení panickou poruchou se projevují neklidně a napjatě, bývají emočně labilní a nesoustředění. Jejich chování může být únikové; situace, kterou považují za nebezpečnou a snaží se jí tedy vyhnout, může být i pobyt v nemocnici či léčba, častěji se však pacienti cítí bezpečněji v nemocnici.¹⁷ Krátce po prožité panické atace obvykle mluví rychle a ujišťují se, že jsou v pořádku. Popisují především tělesné příznaky záchvatu, psychickou úzkost berou jako vedlejší problém, vycházející z fyzických problémů. Často odmítají opačnou možnost a nechtějí si připustit možný psychický problém, protože se necítí být „bláznivý“. Při diagnostických vyšetřeních se organický podklad obtížně neprokáže, a po jejich definitivním vyloučení je pacient odeslán k psychiatrovi, který již může panickou poruchu diagnostikovat.

Podle kritérií MKN-10 z roku 1996 pro panickou poruchu můžeme tuto nemoc diagnostikovat na základě periodicky se opakujících atak paniky, které však nejsou logicky spojitelné s žádným specifickým spouštěčem a nejdou předvídat. Maxima by záchvat měl dosáhnout v rozsahu minut a pacient by měl být schopný popsat alespoň čtyři fyzické či psychické příznaky a alespoň jeden musí být z prvních čtyřech položek.

„Příznaky vegetativní aktivace

a) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený tep

b) pocení

c) chvění nebo třes

d) sucho v ústech

¹⁷ Panická porucha v somatické medicíně. Doc. MUDr. PRAŠKO, Ján , CSc. *Medicína pro praxi* [online]. Praha: Centrum neurofarmakologických studií, 3. LF UK, 2007 [cit. 2012-12-20]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/08.pdf>

Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha

e) obtížné dýchání

f) pocit zalykání se, pocity dušení

g) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku

h) nausea nebo břišní nevolnost

Příznaky týkající se psychického stavu

i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy

j) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace)

k) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráta vědomí

l) strach ze smrti

Celkové příznaky

m) návaly horka nebo chladu

n) pocity znecitlivění nebo mravenčení¹⁸

Je podstatné také vyloučit jakoukoliv tělesnou, organickou psychickou a jinou psychickou poruchu, které by panické záchvaty mohly vyvolávat. Panickou poruchu je možné na základě její těžkosti rozdělit na dva stupně. Nižším je středně těžká panická porucha, při které se objevují alespoň čtyři ataky během čtyř týdnů, vyšším stupněm je těžká panická porucha, při které se objeví alespoň čtyři ataky za jeden týden po dobu čtyř týdnů.

Kromě uvedených příznaků, týkajících se ataky, mohou zhoršený stav pacienty doprovázet i další příznaky dlouhodobějšího charakteru, jako například ztráta chuti, narušení spánku či snížení sexuálního zájmu.¹⁹

3.6 Panická porucha u somaticky nemocných

Panická porucha se může rozvinout i na základě psychických problémů somaticky nemocných jedinců. Diagnostikovat panickou poruchu je u nich složitější,

¹⁸ Praško, 2005, s. 126

¹⁹ Panická porucha v somatické medicíně. Doc. MUDr. PRAŠKO, Ján, CSc. *Medicína pro praxi* [online]. Praha: Centrum neurofarmakologických studií, 3. LF UK, 2007 [cit. 2012-12-20]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/08.pdf>

porotce se příznaky somatické nemoci a panické poruchy mohou prolínat a navzájem ovlivňovat. Obvykle totiž panickou poruchu diagnostikujeme, jak již bylo výše řečeno, pokud se somatické onemocnění neprokáže. I přes tento důkaz však nemůže být panická porucha stoprocentně vyloučena, protože i skutečně somaticky nemocní pacienti mohou nějakým typem úzkostné choroby trpět. „*Hyperaktivita vegetativního nervstva, která je součástí úzkosti, může být příznakem tělesné nemoci. Bolesti na hrudi a palpitace mohou být způsobeny jak panickou poruchou, tak nemocí koronárních artérií.*“²⁰

3.7 Diferenciální diagnostika

Záchvaty mohou znamenat nejen panickou poruchu, ale i jiné problémy. Pro určení přesné diagnózy je nejprve třeba vyloučení somatické příčiny úzkostného stavu, intoxikace, abstinčního syndromu nebo jiné psychické poruchy. Mezi somatické příčiny stavu, který se podobá panickému záchvatu, patří například angina pectoris, paroxysmální síňová tachykardie, epileptický záchvat, ale i astmatický záchvat, který je stejně jako ten panický spojen se strachem – v tomto případě strachem z udušení. (Praško, 2005, s.172) Kromě somatických onemocnění musíme vyloučit i možnost jiného psychického onemocnění, konkrétně jiných úzkostných poruch. Existuje tzv. organická úzkostná porucha, kde stresorem, tedy spouštěčem záchvatu, je skutečné somatické onemocnění. Úzkostné poruchy mohou být vyvolány i některými léčivými, toxiny, návykovými látkami či jejich vysazením, což je také třeba vyloučit.²¹ Například při nástupu deliria jsou úzkostné stavy běžné a přetrvávají několik hodin či dní, nejsou však příznakem žádné úzkostné poruchy. Panické poruše jsou do jisté míry podobné i příznaky generalizované úzkostné poruchy. Ovšem u generalizované úzkostné poruchy se příznaky mohou projevovat v průběhu celého dne a katastrofické myšlenky se týkají hlavně budoucnosti, zatímco u panické poruchy se příznaky i starosti týkají především současnosti při záchvatu. Panická porucha se také často pojí s agorafobií, kterou je

²⁰ Panická porucha v somatické medicíně. Doc. MUDr. PRAŠKO, Ján , CSc. *Medicína pro praxi* [online]. Praha: Centrum neurofarmakologických studií, 3. LF UK, 2007 [cit. 2012-12-20]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/08.pdf>

²¹ Panická porucha v somatické medicíně. Doc. MUDr. PRAŠKO, Ján , CSc. *Medicína pro praxi* [online]. Praha: Centrum neurofarmakologických studií, 3. LF UK, 2007 [cit. 2012-12-20]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/08.pdf>

potřeba odlišit od poruchy nálady, kde jsou depresivní stavy příčinou vyhýbavého chování, a od sociální fobie, kdy má člověk obavu z pátravých pohledů druhých lidí a strach ze ztrapnění. Tito pacienti se nebojí o své zdraví a život, na rozdíl od pacientů s panickou poruchou spojenou s agorafobií.

3.8 Komorbidita

Pokud je panická porucha spojena s další psychickou i fyzickou chorobou, zjištění dalších chorob je důležité pro stanovení akutní i dlouhodobé léčby. Kolem poloviny pacientů s panickou poruchou trpí podle studie WHO komorbidní fobií nebo depresí.²² S panickou poruchou se nejčastěji pojí agorafobie, v 50-70% případů. Dále generalizovaná úzkostná porucha, sociální fobie a jiné specifické fobie, obsedantně-kompulsivní porucha a posttraumatická stresová porucha (Praško, 2005, s.172). Současně s panickou poruchou se také běžně pojí i deprese, která může zvýšit riziko suicidia. Co se tělesných onemocnění týká, pacienti mají vyšší riziko hypertenze, vředové choroby, poruchy štítné žlázy, ischemické choroby srdeční, infarktu myokardu, cévní mozkové příhody a také dalších kardiovaskulárních problémů.²³ Podle několika studií mají pacienti s úzkostnými poruchami zvýšenou mortalitu, což nesouvisí pouze se sebevražednými sklony, ale i vyšší úmrtnost na somatická onemocnění – například u mužů s kardiovaskulárním onemocněním a současnou úzkostnou poruchou byla úmrtnost dvakrát vyšší než u zbytku populace. Úzkostné poruchy se ale mohou projevit i až po tělesném onemocnění; až v polovině případů se vyskytují po akutní koronární příhodě. Tato vzniklá úzkost však může významně zvyšovat riziko výskytu dalších příhod.²⁴

²² Panická porucha v somatické medicíně. Doc. MUDr. PRAŠKO, Ján , CSc. *Medicína pro praxi* [online]. Praha: Centrum neurofarmakologických studií, 3. LF UK, 2007 [cit. 2012-12-20]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/08.pdf>

²³ Panická porucha v somatické medicíně. Doc. MUDr. PRAŠKO, Ján , CSc. *Medicína pro praxi* [online]. Praha: Centrum neurofarmakologických studií, 3. LF UK, 2007 [cit. 2012-12-20]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/08.pdf>

²⁴ Panická porucha v somatické medicíně. Doc. MUDr. PRAŠKO, Ján , CSc. *Medicína pro praxi* [online]. Praha: Centrum neurofarmakologických studií, 3. LF UK, 2007 [cit. 2012-12-20]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/08.pdf>

4. STÁŘÍ

Tato kapitola bakalářské práce se bude věnovat stáří. Nejprve bude popsán celý proces stárnutí, který ke stáří vede, jeho typické znaky a jeho biologické, psychologické a sociální aspekty. Následně bude popsáno stáří jako takové a jeho rozlišování na základě kalendářního (chronologického), biologického a sociálního věku. Bude zde také popsán fenomén dlouhověkosti, který v posledních letech nabývá na významu.

4.1 Stárnutí

Stárnutí a stáří, ke kterému vede, je záležitostí moderní doby. Časy, kdy lidé běžně umírali v nízkém věku, jsou pryč. Svou zásluhu na tom má zvýšená kvality vyspělé moderní medicíny, zvyšování celkové životní úrovně, snižování nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost, ale i sociální solidarita. Stárnutím a jeho problematikou se zabývá věda zvaná gerontologie (z řeckého geron = stařec a logos = věda). Termín poprvé pravděpodobně použil I. I. Mečnikov (1845-1916 nositel Nobelovy ceny, spolupracovník L. Pasteura v Paříži) v roce 1903. Gerontologie je multidisciplinární věda, která integruje více vědních oborů a jejich poznatky o stárnutí i stáří. Vypracovává také podklady pro péči o staré osoby a pro zdravé stárnutí. (Mühlpachr, P. 2009).

Stárnutí neboli gerontogeneze je přirozený fyziologický proces, který nastává po dosažení funkčního a růstového vrcholu a při kterém dochází k řadě nevratných změn, které postupně oslabují a omezují jednotlivé funkce organismu, a to jak funkce fyzické, tak i psychické. (Pacovský, 1997, s. 54) V průběhu stárnutí je organismus postupně více zranitelný, méně obranyschopný. Proces stárnutí postupně vede ke smrti. (Langmaier, J., Krejčířová, D. 1998, s. 184) Lidé nestárnou stejným způsobem; znaky stárnutí, jeho celkový průběh i rychlost bývají u každého jedince individuální. Stárnutí ovlivňuje člověka jako celek a postihuje jak jeho biologickou, tak psychickou a sociální stránku. Typickým znakem stárnutí je asynchronnost, což znamená, že proces se na jednotlivých orgánech i jejich funkcích projevuje nerovnoměrně a nerovnovážně, v různých časových obdobích a jeho vývoj pokračuje různou rychlostí. Tento proces a jeho rychlost je ovlivněno i v jeho průběhu genetikou, životosprávou, životním prostředím i

psychickým stavem jedince. Obvykle se značně liší názory na to, kdy začíná člověk stárnout; můžeme tvrdit, že proces stárnutí začíná okamžikem narození, avšak tradičnější pohled je na stárnutí až například po ukončení růstu.

V moderních dějinách se čím dál více zvyšuje úroveň stárnutí a stáří. Společnost se snaží zabezpečit nemocné a závislé osoby, zlepšit jejich stav a pomoci jim překonat závislost na okolí, která často zhoršuje jejich psychický stav. Pro prodloužení aktivního období života seniorů jsou také nabízeny rozmanité možnosti volnočasových aktivit.

Vzhledem k různým oblastem, ve kterých se projevuje na člověku proces stárnutí, existují tři rozdílné pohledy na stárnutí: stárnutí biologické, psychologické a sociální, kterým se budou následující oddíly věnovat. (Bumbálek, M. in Mühlpachr, P. 2009).

4.1.1 Biologické aspekty stárnutí

Stárnutí z biologického hlediska je proces, který začíná v různou dobu, probíhá různou rychlostí a to nejen mezi orgány, ale i v rámci jediného orgánu mohou různě rychle atrofovat jeho funkce a jeho tkáň. (Pacovský, 1990, s. 33) Na pohled zjevné známky stárnutí – první jemné vrásky a podobně – se začínají objevovat po třiceti letech života, což je věk, kdy nastává předěl mezi vývojem a involucí u člověka. Větší stárnutí se objevuje kolem šedesátého roku, kdy involuce nabírá rychlejšího tempa. „*Stupeň změn ve stáří je dán nejen vlastní involucí, ale také výchozí hodnotou daného parametru, životním způsobem a chorobnými změnami.*“²⁵ Výrazné jsou změny na pokožce; je suchá, svraštělá, objevuje se na ní pigmentace. Vlasy ztrácí barvu, jsou šedivé a řidší. Dochází k ochabnutí linií těla v důsledku atrofie svalové hmoty a tkání obecně, a také v důsledku zmnožení vaziva a tuků. Celkově se obsah tuků v těle zvýší až o 25%. Díky atrofii meziobratlových plotének je postava člověka nižší. Vzhledem k tomu, že samostatný pohyb se stává obtížným, stoupá riziko pádů a s nimi spojených úrazů, ke kterým dojde častěji než u mladého člověka díky řídnutí kostí. Po úrazech a operacích je také mnohem delší doba zotavení. To platí i pro poranění kůže, vzhledem ke snížené vitalitě tkání obecně a k atrofii kůže s poklesem její pružnosti. Dochází také k oslabení imunitního systému a tedy ke snížení odolnosti vůči infekcím a nádorovým

²⁵ Mühlpachr, 2009, s. 23

onemocněním. Mezi další problémy související se stářím patří zpomalení nervového vedení a s tím související prodloužení reakční doby, poruchy spánku, pokles vitální kapacity plic, poruchy funkce močového měchýře, opotřebování a ztráta chrupu, chronické záněty kloubů, srdeční choroby, vysoký krevní tlak, nemoci páteře a nohou. Ve vyšším věku je velmi častá polymorbidita, tedy současný výskyt více nemocí. (Kalvach, 1997, s. 141) (Mühlpachr, P. 2009).

4.1.2 Psychologické aspekty stárnutí

Dalším aspektem stárnutí kromě fyzických změn jsou i změny v oblasti psychické. Psychologickým aspektům stárnutí se věnuje gerontopsychologie, věda, která se začala rozvíjet až ve 20. století. Zabývá stárnutím psychických schopností a jejich souvislostí se stárnutím funkcí biologických, také způsob, jakým se stárnutí jedince projevuje při jeho interakci se sociálním prostředím a způsob, jakým vlastní stárnutí prožívá. Tyto psychologické změny, které nastávají pozvolna, pramení ve změnách v ústřední nervové soustavě, ve smyslových orgánech i v pohybovém ústrojí. Psychické změny pochopitelně nejsou na první pohled tak zjevné, jako změny fyzické, mohou však být těmi fyzickými podmíněné, jak již bylo výše řečeno. Stárnoucímu člověk totiž klesá životní energie, má problémy s pohybem, chůze se zvolňuje, zmenšují se gesta, vnímání i řeč jsou pomalejší. (Vágnerová, M. 2007).

Co se zhoršování kognitivní oblasti týče, zhoršování nastává ve smyslových orgánech, v nervovém přenosu informací a v jejich zpracování v mozku. Nejčastěji mají staří lidé problémy se zrakem a sluchem, což je přirozené, ale může to pro člověka znamenat komplikování samostatnosti, komunikace s okolím a orientaci. Pomocí při těchto obtížích mohou být brýle a naslouchadla.

Úroveň inteligence zůstává do stáří zachována a neklesá, jak se dříve předpokládalo; to bylo zřejmě proto, že v důsledku zpomalení vnímání, řeči a zhoršení paměti má jedinec horší možnosti se projevit. Určitá změna intelektových funkcí ovšem nastává a rychlost a míra jejich úbytku je individuální. Závisí jak na genetických dispozicích, tak zdravotním stavu a vlastnostech. Stárnutí také odolávají ty části mozku, které se během života trénují. Fluidní inteligence, která je vrozená, relativně nezávislá na učení a sociálně kulturním prostředí, má svůj vrchol v mládí a posléze se spíše zhoršuje. Naopak krystalická inteligence je ovlivněná kulturním prostředím a zázemím,

zakládá se na množství podkladových vědomostí, získaných během života. Tato má vrchol v raném stáří. (Křivohlavý, J., 2002)

Ve stáří jsou typické poruchy paměti. Zhoršuje se především krátkodobá paměť; starší vzpomínky sice v paměti zůstávají a není problém si je vybavit, za to jsou však často citově zkresleny. (Langmaier, J., Krejčířová, D. 1998). Způsobeno je to oslabením schopnosti vstřípivosti a reprodukce. Snáze se vybaví zážitky z dob, kdy vstřípivost nebyla oslabená. S tím souvisí i potíže s učením a koncentrací. Pozornost stojí starší osobu více úsilí, je pro ni více únavná. (Vágnerová, M. 2007)

Pro stárnoucí osoby může být obtížné přijímat nové podněty a tvořit nové asociace. Schopnost přizpůsobování se, tedy psychická adaptabilita, s věkem klesá. Přizpůsobovat se novému prostředí, důvěřovat novým věcem, měnit způsob života a postoje, to vše je způsobeno zhoršením plasticity nervové soustavy. Zároveň je pro seniory podstatná fixace na dřívější zážitky. (Křivohlavý, J., 2002, s. 142-143) Myšlení starého člověka probíhá ve známých a osvědčených schématech, ulpívá na zažitých zvycích. Dochází u něj také k ochuzení fantazie, menší nápaditosti a vynalézavosti.

V neposlední řadě nastávají změny i po emocionální stránce. Objevuje se jistá emoční labilita, protože se snižuje kontrola nad emočními projevy, emoce ztrácí na intenzitě a je oslabeno etické, estetické a sociální cítění. Časté jsou spíše negativistické sklony, snížená odolnost na psychickou zátěž a zdrženlivost. Starší lidé jsou více zaměřeni sami na sebe, na jejich emoce má značný vliv aktuální zdravotní stav. Při tělesném onemocnění nebo při ztrátě partnera se mohou objevovat deprese, které bývají často dokonce indikací nějaké vážnější psychické poruchy. (Říčan, P. 2004).

Charakter se ve stáří nemění, výrazné rysy osobnosti se pouze ještě zvýrazní nebo naopak ustoupí do pozadí. Měnit se může spíše hodnotový žebříček; na významu pro seniory nabývá zdraví, klid, jistota.

4.1.3 Sociální aspekty stárnutí

Člověk ve stáří prochází sociálními změnami, a jejich hladký průběh závisí na jedinci i na jeho vztahu ke společnosti. Člověk se musí vyrovnat se ztrátou profesní role a odchodem do starobního důchodu, kdy se jeho dosavadní sociální vazby mohou přetrhat a stane se více izolovaným od společenského dění, navíc se může cítit méněcenně a neúčinně. Je proto důležité zajistit nějakým způsobem sdružování a

socializaci s okolím, protože blízký sociální kontakt pro člověka vytváří pocit bezpečí a jistoty. Izolace, lhostejnost a apatie, která ve stáří hrozí, může vyústit v psychické poruchy, snižuje se jí také fyzická i duševní výkonnost jedince. Hrozbou ve stáří je i závislost na pomoci okolí. Pro člověka může být velmi náročné to přijmout, bohužel ale se stoupajícím věkem přibývá těch, kteří potřebují čím dál více pomoci svého okolí. V situaci, kdy rodina není schopná poskytnout seniorovi dostatečnou péči a podporu, může dojít k jeho umístění do domova pro seniory. Každopádně má však rodina pro seniory velký význam; v důchodovém věku se člověk často stává prarodičem (či praprarodičem), a právě vztah s vnoučetem, na které má důchodce více času než jeho rodiče, může být hlavním sociálním kontaktem, který důchodce má. Rodina také seniorovi zpravidla pomáhá s financemi, protože s odchodem do důchodu se výrazně zmenší jeho příjem a může značně klesnout i jeho životní úroveň.

Pro zajištění ideálního důchodového věku je vhodné, aby se člověk s dostatečným předstihem na tyto významné změny připravil. Zdravý životní styl, aktivita jak fyzická, tak psychická, umění relaxovat a nalezení ideálních koníčků pro vyplnění volného času mohou pomoci prodloužit aktivní, plnohodnotný život i v důchodovém věku. Další možností je i naspořit si předem na důchod peníze formou penzijního připojištění, aby životní úroveň neklesla dramaticky a aby se člověk nestal závislý na pomoci rodiny.

4.2 Stáří

Stárnutí logicky vede ke stáří, což je konečná fáze lidského života. Je výsledkem postupné nenávratné involuce, ovlivněné genetickými předpoklady, nemocemi, životním způsobem a prostředím, ve kterém jedinec žije. Je také spojeno s mnoha sociálními i psychologickými změnami, které byly popsány výše. Vzhledem k tomu, že celý proces stárnutí probíhá nejednotně, je závislý na tolika položkách a jednotlivé změny se navzájem ovlivňují a prolínají, jasná periodizace období stáří je značně obtížná. (Kalvach, 1997, s. 18)

4.2.1 Sociální, kalendářní a biologický věk

Období stáří můžeme definovat pomocí různých pohledů na něj. **Biologické stáří** je označení celkového fyzického stavu jedince, porovnávající úbytek funkcí jednotlivých orgánů, změny v různých částech těla, které často souvisí i s prodělanými chorobami, vlivem prostředí a stylu života, ale i s probíhajícími chronickými chorobami, které ve stáří nejsou výjimkou. Biologické stárnutí tedy probíhá u každého jinak rychle, dokonce u každé buňky v těle jedince jinak rychle, a určit biologický věk organismu je velice náročné a jedná se spíše pouze o dohady. „*Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily a stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se nevyužívá. Stále tak chybí objektivizace zjevné skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti*“ (Mühlpachr, P. 2009, s. 19).

Sociální stáří člověka určují jeho sociální role, vztahy, ale i životní způsob. Ve stáří je člověk vystaven mnoha společenským změnám, často k horšímu, ať už se jedná o snížení životní úrovně, ztrátu prestiže nebo osamělost v domovech pro důchodce. Na základě sociálního postavení můžeme průběh života rozčlenit do čtyř období, tzv. věků. První věk je označován také jako předproduktivní a jedná se o dětství a rané mládí. Následuje druhý, produktivní věk, období, kdy je člověk dospělý, je produktivní jak ekonomicky, tak i sociálně a biologicky – zakládá rodinu. Postproduktivní neboli třetí věk je stáří, doba, kdy člověk odchází do důchodu. Nemělo by se však předpokládat, že to automaticky znamená konec zdatnosti a neužitečnost; díky těmto představám se staří lidé stávají cílem ageistických útoků a diskriminace. Toto období by mělo být spíše chápáno jako čas pro odpočinek, ale i další osobní rozvoj, péči o rodinu, navazování nových kontaktů atd. Existuje i pojem čtvrtý věk, používá se k označení období těsně před koncem života, kdy je člověk již zcela závislý na pomoci ostatních. Není to však vhodný termín a vyvolává mylný dojem, že stáří touto fází musí nutně skončit. (Kalvach, 1997, s. 20)

Kalendářní stáří neboli chronologické označuje dobu, která uplynula od narození člověka. Toto označení je mnohem jednoznačnější, jednodušší pro srovnávání a snazší pro obecné označování. Proto se využívá a opírají se o něj společenské konvence, právní normy, a další. (Mühlpachr, P. 2009). V odborné literatuře se

setkáváme s následujícím dělením chronologického stáří u seniorů: Mezi 65. a 74. rokem mluvíme o mladých seniorech. Řeší se adaptace na penzionování, trávení volného času a seberealizace. Mezi 75. a 84. rokem se jedná o staré seniory, u kterých je významná změna funkční zdatnosti, atypický průběh chorob a další problémy zahrnující především nemoci a lékařskou péči. Po 85. roku hovoříme o velmi starých seniorech, u kterých nabývá na významu sledování soběstačnosti a zabezpečení. (Mühlpachr, P. 2009). Podle Světové zdravotnické organizace můžeme ještě označovat věk nad 90 let za dlouhověkost. Tito lidé doposud činili spíše malé procento v rámci populace, ale se zlepšující se zdravotnickou péčí jejich počet pomalu stoupá. Kromě vnějších faktorů, jako kvalitnější zdravotní péče, lepší životní prostředí a dědičnost, může být zdárné dožití do dlouhověkosti ve zdraví výsledkem i zdravého životního stylu. Ten zahrnuje nejen zdravou a střídmou stravu, ale například i udržování přibližně stejné hmotnosti po celý život, dobrý a pravidelný spánek, sexuální aktivitu i v pokročilém věku, celkovou aktivitu, a překvapivě i fakt, že radostný způsob života je pro člověka na žebříčku životních hodnot na prvních pozicích. (Gregor, 1983, s. 124)

5. TERAPEUTICKÉ POSTUPY U SENIORŮ

Terapeutické postupy u seniorů mají za úkol pomoci především těm jedincům, u kterých hrozí nebo už nastala izolace, zvláště v sociální oblasti. Pomoci mohou i duševně nebo tělesně postiženým seniorům, tedy i těm, kteří trpí panickou poruchou. Mohou pomáhat v sebevyjádření, uvolňovat nahromaděné napětí, plně využívat všechny své dovednosti, ale i pomáhat zlepšovat sociální dovednosti, pomoci komunikovat s okolím jinými než verbálními prostředky a mohou dokonce i dopomoci k navázání sociálních kontaktů, což je pro sociálně izolované včetně postižených panickou poruchou velmi významné. Kterýkoliv člověk, který nemá dostatek společenských kontaktů a žije osaměle či izolovaně, trpí, připadá si nadbytečný, může ztrácet smysl života. Využívání rekreačně-terapeutického programu (nebo více druhů) může svým vlivem na socializaci, sebevyjádření a tvořivost dokonce zlepšovat sebehodnocení člověka.

V současné době se stále prodlužuje věk, kterého se lidé dožívají, a ve společnosti se zvyšuje počet seniorů i dlouhověkých. Děje se tak vlivem neustálého pokroku medicíny a péče o staré osoby. Vzhledem k tomuto trendu se také zvyšuje uvědomělost společnosti o problémech, se kterými se senioři potýkají, jako jsou polymorbidita, tedy výskyt více nemocí najednou, horší průběh a ztížená léčitelnost nemocí a poruch, ale ageismus, tedy diskriminace založená na vysokém věku. Je důležité si uvědomit, že i senioři mají nárok na kvalitní, plnohodnotný život, na respekt a uctivé zacházení. Proto je potřeba je i v tíživých situacích a podmínkách motivovat, udržovat je aktivní a nenechat je stáhnout se do sebe. I to je cílem terapeutických postupů; kladou důraz na to, aby seniorům ukázali, že jejich hodnota s věkem neklesá, že stále mají na to něco vytvořit, něco dokázat, že i ve složitějších podmínkách (například v ústavní péči nebo při onemocnění psychickou poruchou) mohou navazovat nové sociální kontakty. Mají pomoci seniorům nemyslet na svou ekonomickou, sociální i zdravotní situaci. Neměly by ovšem seniora pouze zaměstnávat, ale také ho smysluplně rozvíjet, pomáhat mu neztrácet již nabyté schopnosti. Terapeut by měl myslet na to, že každý senior je velmi individuální osobnost a je potřeba s ním tak

zacházet. Je tedy potřeba brát ohled na individualitu, rozdílné potřeby jednotlivých osob, jejich osobnost, zvyky, atd., nelze zvolit jeden typ terapie pro heterogenní skupinu, spíš různé terapie na různé problémy jedince. Terapeutické postupy mohou být také doplněny i o další aktivity, které si kladou za cíl udržení psychické a fyzické aktivity, je-li to u daného jedince vhodné a možné.

S nabídkou těchto rekreačně-terapeutických programů se můžeme setkat jak v klubech důchodců, do kterých důchodci jen dochází z vlastních domovů, tak ale i v domovech důchodců i ústavech, stejně jako s nabídkou dalších kulturních, sportovních a jiných aktivit.

5.1 Arteterapie

Jedním z terapeutických postupů, které se dají využít u seniorů, je arteterapie. Původně se jednalo o spíše pomocný prostředek k určení diagnózy u mentálně postižených – psychoterapeutové zkoumali jejich kresby, které jim napomáhaly udělat si představu o nemocném. Později se začal objevovat i význam výtvarného procesu jako terapie, ne jen diagnóza.²⁶

Arteterapie je proces, při kterém jedinec vyjadřuje veškeré svoje emoce, včetně těch, které se vyjadřují těžce nebo vyjádřit nejdou. Nemusí vždy záviset na výsledku tvorby, důležitější je spíše proces. Volba výtvarné techniky, procvičení jemné motoriky, komunikace s ostatními při skupinové arteterapii, prezentace výsledného díla, to vše přispívá ke zlepšení psychického a fyzického stavu člověka, zlepšení jeho komunikačních dovedností a tedy i socializace. Právě z toho důvodu může být velmi přínosná pro pacienty s panickou poruchou. Odstranění starostí a dalších negativních emocí a celkové zlepšení psychického stavu může snížit riziko výskytu dalších panických záchvatů a podpořit léčícího se pacienta.

5.2 Ergoterapie

Ergoterapie je pojem zahrnující širokou škálu možných aktivit. Je to doslova léčba prací; jde jen o zvolení nejvhodnější činnosti pro daného pacienta. I z popisu tedy

²⁶ Definice a cíle arteterapie. *Arteterapie* [online]. 2012 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>

jasně vyplývá, že je nejčastěji využívaným postupem, zvláště v případě seniorů, protože nemusí vyžadovat žádné zvláštní pomůcky (záleží na typu aktivity) a prostory. Je také možnost ji značně individualizovat. Podstatou ergoterapie je vlastně pomoci starému člověku se aktivizovat, znovu zapojit do běžného života, jaký vedl dříve. Nejde ani tak o nové zkušenosti a dovednosti, jako spíše o obnovení těch, které již má. Pomáhá tedy nejen procvičovat fyzickou stránku, ale i podpořit duševní rozvoj, bojovat proti apatii, nečinnosti a izolaci. Ergoterapie tedy spočívá v podporování pacienta, aby sám zvládal a vykonával běžné každodenní činnosti, jako je osobní hygiena a oblékání, nakupování, příprava jídla, ale i používání hromadné dopravy. Činnosti musí být smysluplné a tedy dávat pacientovi pocit vlastní důležitosti. Tento terapeutický postup tedy může pomáhat i osobám s panickou poruchou, protože jim pomáhá překonat úzkost a zapojovat se alespoň částečně do běžného života.²⁷

5.3 Animoterapie

Animoterapie je léčebný postup, který využívá lidsko-zvířecího kontaktu. Pomáhá pro rozvoj psychických i fyzických schopností, např. ke zlepšení hrubé i jemné motoriky, verbální i neverbální komunikace, rozvíjí emoce a sociální citění, motivuje pacienty. Animoterapii využívají nejen senioři, ale i např. dětské domovy, mentálně postižení či zdraví dospělí lidé, kteří potřebují relaxaci při náročném zaměstnání nebo kteří potřebují psychickou podporu ve složité životní situaci. Probíhat může formou hlazení a mazlení, pokud to zdravotní stav seniora dovolí, tak i formou her a procházek. Setkání se zvířetem vyvolává v člověku pocit důvěry ve zvíře, často mnohem rychleji a snáze, než by tomu bylo u člověka. Mnoho klientů animoterapeutických zařízení si zvyknou se zvířetem komunikovat, sdělí mu své obavy a starosti, čímž si ulehčí. Pro psychicky nemocné pacienty se zvíře může stát prostředníkem mezi pacientem a okolím, protože se zvířetem je pro ně snazší mluvit. Proto může zvíře pomoci i u pacientů s panickou poruchou; v první řadě mu umožní se neuzavírat do sebe, pak také může pomoci při kontaktu s okolím, může být oporou při procházkách venku, atd.

²⁷ Ergoterapie a její cíle. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. 2008 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>

Jednotlivé typy animoterapie se dělí podle toho, které zvíře je při nich využíváno; velice časté jsou například canisterapie, při které se pacienti setkávají se psy²⁸; hipoterapie – setkání s koněm, kdy se zvíře používá především při rehabilitacích nebo na projížďky, ale i formou ergoterapie, kdy pacient pečuje o koně²⁹; dále felinoterapie, která využívá kontaktu s kočkou – ta může pomoci proti pocitu osamění, různým neurózám, úzkostem a stresu, čímž je ideální pro pacienty s panickou poruchou, a dá se také zahrnout do ergoterapie, pokud pacient o kočku sám pečuje³⁰; dále také například lamaterapie, podobná hipoterapii, ovšem s využitím lamy³¹; existují také terapie za pomoci malých zvířat nebo za pomoci hospodářských zvířat³², nebo delfinoterapie.³³

Při léčebné terapii je obvykle nutná přítomnost jak člověka, který vede zvíře, tak i člověka, který vede pacienta a pomáhá mu.³⁴ Zvláště u canisterapie platí, že pes musí být speciálně vycvičen, musí být dokonale poslušný, klidný a zvyklý na tento typ práce.

5.4 Muzikoterapie

Často využívanou formou terapie u seniorů je i muzikoterapie. K léčení se při ní využívá hudby a rytmu, může se pojit například s dramaterapií či taneční a pohybovou terapií. Stejně jako ostatní terapie, i muzikoterapie pomáhá snižovat napětí a stres, uvolnit se, a pacientům, kteří s tím mají potíže, pomáhá komunikovat s okolím. Prostřednictvím rytmu zlepšuje pacientovu orientaci v čase, při vlastní nebo skupinové tvorbě může zlepšovat pacientovo sebehodnocení, naučit ho přijímat kritiku, rozvíjet kreativitu a pocit šikovnosti a užitečnosti, pomáhá trénovat pozornost a paměť. Pro pacienty s panickou poruchou je významný vliv muzikoterapie na zlepšování schopnosti komunikace s okolím, ať už se jedná o blízké nebo cizí osoby. Učí pacienta neverbální

²⁸ Canisterapie. *Animoterapie* [online]. 2009 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/canisterapie.htm>

²⁹ Hiporehabilitace. *Animoterapie* [online]. 2009 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/hiporehabilitace.htm>

³⁰ Felinoterapie. *Animoterapie* [online]. 2009 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/felinoterapie.htm>

³¹ Hipoterapie, lamaterapie. *Sociální služby Šebetov* [online]. 2005-2008 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzbysebetov.cz/text/cs/hipoterapie.aspx>

³² Animoterapie aneb terapie za pomoci zvířat. *Animoterapie* [online]. 2009 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/>

³³ Delfinoterapie pro děti z dětských domovů. *Delfinoterapie* [online]. 2011 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.delfinoterapie.cz/2011/11/delfinoterapie-pro-deti-z-detskych.html>

³⁴ Léčebné účinky animoterapie. *Animoterapie* [online]. 2009 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/lecebne-ucinky-animoterapie.htm>

komunikaci prostřednictvím hudby, která může položit základy pro následnou verbální komunikaci.

Probíhat může muzikoterapie buď formou poslechu hudby, nebo vlastní tvorbou, a obě tyto možnosti mohou probíhat ve skupině nebo jednotlivě. Mezi techniky, které muzikoterapie využívá, patří například hudební improvizaci, kdy pacienti spontánně tvoří hudby pomocí čehokoliv. Je také možná reprodukce známé hudby, poslech hudby, při kterém závisí na žánru, zpracování i textu písní, které mohou pacienta podpořit, probíhat mohou i vystoupení, při kterých si pacient zvedá sebevědomí a učí se komunikovat neverbálně se svým publikem.³⁵

5.5 Další terapie

Dalšími možnostmi terapeutických postupů u seniorů jsou například i dramaterapie a taneční a pohybová terapie. Při dramaterapii se využívá divadla, tvorby divadla a dramatických cvičení, která pomáhají jedinci se sebereflexí, procvičování fantazie, podněcuje k pohybu a práci a komunikaci ve skupině. Probíhá například formou přehrávání nějaké stresující situace, kde ovšem pacient často nehraje sám sebe, ale dostane za úkol hrát někoho jiného, aby získal na situaci jiný náhled a dokázal ji posuzovat objektivněji, z více pohledů.³⁶ Taneční a pohybová terapie se využívá jako prostředek neverbální komunikace s okolím u pacientů, kteří mají s komunikací problém.³⁷

Tato charakteristika jednotlivých forem psychoterapií využívaných v práci se seniory není zdaleka vyčerpávající. Jde o základní, obecné informace, o přiblížení této problematiky samotným seniorům i širší veřejnosti. Do budoucna lze očekávat zvyšování úrovně a nabídky jak sociálně zdravotní nebo zdravotně sociální péče, tak společenské, kulturní a zájmové činnosti určené seniorům a jejich zkvalitňování.

³⁵ Popis některých muzikoterapeutických technik. KANTOR, Jiří. *Muzikoterapie* [online]. [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeutickych-technik>

³⁶ Dramaterapie. *Asociace dramaterapeutů České republiky* [online]. [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://adcr.cz/dramaterapie>

³⁷ Využití. *Česká asociace taneční a pohybové terapie* [online]. 2012 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.tanter.cz/tpt/vyuziti/>

6. IZOLACE VE STÁŘÍ

6.1 Kvalita života ve stáří

O starých lidech můžeme obecně říci jen to, že jejich populace je značně heterogenní. Je to způsobena nejenom tím, že ženy se obecně dožívají vyššího života než muži a je jich tudíž v seniorské populaci více než mužů, ale i jedinečností vloh, osobnostních rysů, způsobem jejich rozvoje v průběhu života, systémem hodnot, různou mírou a rychlostí stárnutí organismu, zážitky a zkušenostmi ze života, bývalé profesní i socioekonomické postavení z doby jejich produktivního věku i současným socioekonomickým postavením. (Mühlpachr, 2005, s. 12) Z výše řečeného je zřejmé, že jednotliví senioři se mezi sebou liší v mnoha aspektech, na jejich život má a měla vliv řada faktorů, každý z nich je jedinec s výraznou osobností a proto je třeba k nim přistupovat jako k jednotlivcům, a nikoliv je považovat za jeden celek a zkušenosti s nimi generalizovat. Dalším důvodem je i to, že každá životní etapa a její styl dává člověku základ etapy budoucí. Proto je stáří spíše záležitostí individuální, než hromadným fenoménem.

Definovat celkovou kvalitu života seniorů, jak nemocných panickou poruchou, tak těch zdravých, je proto velmi náročné. Základem jejich spokojeného života je jistě i spokojený život předchozí a důsledná příprava na stáří. K tomu patří jak psychická a sociální příprava na stáří (navazování kontaktů, upevňování přátelství, zlepšování rodinných vztahů, hledání koníčků a volnočasových aktivit, sebevzdělávání), ekonomická příprava na stáří (naspoření peněz na přilepšení k důchodu, v případě možnosti zajištění přivýdělku, bezbariérové dostačující bydlení), ale i fyzická příprava. Obecně platí, že kvalitní životní styl v předchozích obdobích života může předznamenávat dobrý fyzický stav i ve stáří; pomáhat může udržování fyzické aktivity, otužování, i zdravá strava a dostatečný pitný režim, který je u seniorů zvláště důležitý. (Gregor, 1998, s. 4).

Senioři však ve svém životě zažívají mnoho náročných situací, které mohou kvalitu jejich života a potažmo i psychického stavu zhoršovat. K takovým patří chudoba,

ageismus, osamělost a izolovanost od vnější společnosti, závislost a nesoběstačnost, rychlý vývoj moderní doby a moderních technologií, ztráta domácího prostředí při přesunu do domova důchodců nebo do ústavu, náhlý přebytek volného času a nedostatek aktivit, choroby a častá polymorbidita. (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 29). Tyto situace ohrožují především tyto skupiny seniorů: dlouhověkové seniory (nad 90 let), seniory žijící osamoceně, osamělé staré ženy, seniory v ústavech, bezdětné seniory, seniory s handicapem, seniory s nedostatečnými financemi a také seniory žijící v izolaci, mezi které patří i lidé trpící panickou poruchou. (Jedlička, 1991, s. 171).

O zhoršené kvalitě života můžeme také mluvit u nemocných seniorů, o kterých tato bakalářská práce pojednává. S postupnou involucí organismu a ztrátou imunity u starých lidí často dochází ke stavu zvanému polymorbidita, kdy člověk trpí více nemocemi zároveň. Vyskytuje se také řetězení chorob, kdy jedna choroba způsobuje druhou. Průběh a léčba nemocí vzhledem k postupně slábnoucím funkcím organismu jsou dlouhodobé a náročnější než u mladších jedinců. Se zhoršujícím se zdravotním stavem narůstá také riziko potřeby péče a pomoci, které může znamenat i vznik závislosti. Stav závislosti je pro většinu lidí velmi nepříjemný a kvalita života je tím tedy zásadně zhoršena. Někteří se ztráty soběstačnosti bojí do té míry, že své nemoci a potíže bagatelizují, nemluví o nich. (Jedlička, 1991, s. 16) Závislost na pomoci okolí, ale i další obtíže, které senioři běžně zažívají, vedou k častějšímu výskytu psychických poruch.

Ke zlepšení kvality života ve stáří přispívá socializace, množství sociálních kontaktů s přáteli, rodinou, i různé společenské akce. Socializace spočívá v tom, že se v průběhu celého svého života učíme žít s dalšími lidmi, vedeme s nimi interakce, učíme se chápat sociální role. Sociální kontakty s jinými ovlivňují naše postoje, hodnoty, chování, ale zároveň člověka učí samostatnému přemýšlení, pokládá základy našeho sebeuvědomění. Proto je důležitá v životě každého lidského jedince. Z těchto důvodů pro seniory existují různé kluby a svazy důchodců, například Cestovní klub důchodců, který organizuje hromadné vycházky a výlety³⁸, nebo i politicky orientovaný Klub seniorů ČSSD, orientovaný na starší členy této strany³⁹. Další možností, jak se setkat

³⁸ Cestovní klub důchodců. *Kulturní klub Poštolka* [online]. [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: http://web.quick.cz/postovkaklub/cestovni_klub_duchodcu.htm

³⁹ Klub seniorů. *Česká strana sociálně demokratická* [online]. 2007 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://ks.socdem.cz/a15.html>

s jinými seniory a udržet svůj život aktivní a naplněný, je i navštěvování tzv. U3V, tedy univerzity třetího věku. Univerzity nabízejí pro starší občany řadu zajímavých tematicky rozličných přednášek, od historických, přírodovědeckých, přes matematické a fyzikální po jazykové^{40,41}. Je možné také navštěvovat speciální kurzy pro seniory, které se také zaměřují na více oblastí; např. vaření, práce s počítačem, jazyky, digitální fotografování, jóga pro seniory⁴² či trénink paměti⁴³. Je možné také využít důchodcovské předplatné do divadla, slevy do kina či do galerií.

6.2 Izolace ve stáří

Sociální izolace je nedostatek socializace, malý počet sociálních vazeb a kontaktů, vyčlenění ze společnosti, ze společenského života. Člověk bez dostatečné socializace trpí, připadá si osamělý, nadbytečný. O seniorech, kteří trpí panickou poruchou, bude následující podkapitola; nyní se práce bude věnovat ostatním seniorům. U nich může mít izolace různé příčiny. Počátek jejich sociální izolace můžeme hledat ve společnosti jako celku; chování zbytku společnosti ke skupině seniorů je často vyhybavé, váhavé. Základy vztahů pochází u každého většinou z rodiny. Pokud v rodině senior chyběl nebo se nevyskytoval v blízkosti daného jedince (bydlel daleko, byl přestěhován do domova důchodců, zemřel časně), jedinec neměl možnost vybudovat si kladný a náležitý vztah ke starým lidem. Dnešní společnost, která je orientovaná především na úspěšnost a mládí, pak seniory často přehlíží. Senior také může být silně negativně naladěný, zvláště pokud je čím dál více nemocný a ubývá mu síl. V důsledku nemoci je také možné, že pro seniora je stále těžší samostatný pohyb a proto tráví více času v bezpečí a pohodlí domova. Rodina může mít velký vliv na to, aby v takovém případě pomáhala seniorům znovu si získat kontakty s okolím a zůstat v životě

⁴⁰ Program U3V. *Univerzita Hradec Králové: Pedagogická fakulta* [online]. 2012 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://www.uhk.cz/cs-cz/fakulty-a-pracoviste/pedagogicka-fakulta/centrum-celozivotniho-vzdelavani/univerzita-3-veku/program-u3v/Stranky/default.aspx>

⁴¹ Univerzita třetího věku. *Univerzita Karlova v Praze* [online]. 2012 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://www.cuni.cz/UK-51.html>

⁴² Kurzy pro seniory. *Penzista.net* [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://www.penzista.net/vzdelavani/kurzy-pro-seniory/praha>

⁴³ Trénování paměti. *ČESKÁ SPOLEČNOST PRO TRÉNOVÁNÍ PAMĚTI A MOZKOVÝ JOGGING*. [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: www.trenovanipameti.cz

aktivní a soběstační. Samotní rodinní příslušníci mohou být pro seniory velmi dobrým zdrojem sociálních kontaktů, zvláště v případě vnoučat či pravnoučat, která s příbuznými seniory navazují úzké vztahy a oni díky nim získávají pocit důležitosti a užitečnosti. Na sociální izolaci více trpí samozřejmě bezdomovci, ale i staří lidé, kteří žijí v jednočlenné domácnosti – především vdovy, na samotě, nebo jedinci trpící nějakým fyzickým či psychickým postižením. Mezi ohrožené patří i lidé, žijící v domovech pro seniory; ty sice nabízejí mnoho příležitostí socializace s dalšími seniory, ale paradoxně se v nich staří lidé cítí osaměle. Důvodem je cizí, nedomácké prostředí, nedostatek kontaktů s dřívějšími přáteli, sousedy, spolupracovníky a rodinou, celková změna životního stylu. To může vyvolávat nechuť, apatii, omezení sociálních kontaktů.

6.3 Kvalita života ve stáří s panickou poruchou a sociální izolace ve stáří s panickou poruchou

Pro seniory může být kritickým problémem ztráta partnera, bývalých spolužáků či spolupracovníků a další úmrtí v okolí, současný výskyt více závažných nemocí a jejich vleklý průběh, snížená mobilita, ztráta sociální prestiže, přemíra volného času a neschopnost jej aktivně vyplnit. To vše může mít velký vliv na psychický stav člověka, který je ke kvalitnímu životu zajisté potřeba co nejlepší. Tyto a další nepříznivé podmínky v životě seniorů (například odsun do domova důchodců) mohou v rámci psychiky vést od negativního přístupu ke světu až k depresím, úzkostným stavům či poruchám.

Jedním z typických znaků panické poruchy je to, že se zpravidla nejčastěji objevuje u osob mladých, přibližně mezi 15. a 24. rokem, a poté u osob mezi 45. a 54. rokem. Jak již bylo řečeno, úzkost a úzkostně stavy nejsou u starších lidí neobvyklé, panická porucha jako taková však neobvyklá u starších je. Pravděpodobný důvod tohoto jevu není známý; je například možné, že ve vyšším věku panická porucha u některých pacientů ustoupila a byla vyléčena, u části mohlo dojít k sebevraždě, nebo mohli někteří pacienti zemřít na srdeční choroby, které jsou ve spojení s panickou poruchou častější, jak již bylo řečeno výše. Také je možné, že v rámci bagatelizace svých problémů, připisování projevů panické poruchy spíše fyzickým nemocím a věku a odmítání

lékařské pomoci se senioři se svým problémem nikomu nesvěří, a tak o nich neexistují žádné záznamy. Ve vyšším věku si člověk také již méně připouští psychické obtíže, má tendenci vše svalovat na věk a stárnoucí fyzickou stránku. Obecně platí, že se panická porucha vyskytuje více u žen než u mužů, a platí to i v populaci seniorů. Nemocí trpí přibližně 0,08% starých žen a 0,04% starých mužů.⁴⁴ Úzkostnými stavy celkově trpí až 10-15%, takže lze vidět, že ty jsou mnohem častější. Podle jiných zdrojů je také možné, že tělo seniora reaguje na stres spíše „zmrznutím“ nežli tím, že se začne připravovat na náhlý boj či útěk. Je také možné, že obvodní lékaři staré lidi s touto poruchou neodešlou k psychiatrovi, protože mohou mít pochyby o léčitelnosti.^{45 46}

Vliv panické poruchy na sociální stránku života je nezpochybnitelný. Zvláště ve vyšším věku, kdy je člověk ohrožen sociální izolací a mnoha jinými obtížemi, může mít panická porucha na kvalitu života ještě zásadnější vliv než u mladého člověka. Při panické poruše se objevují změny chování od obvyklého stavu, které souvisí i se změnou socializace k horšímu. Pokud se panická porucha ve stáří objeví poprvé, může být změna chování velmi výrazná a zaskočit jak samotného seniora, tak jeho okolí. Pokud si panickou poruchu do stáří přinese z dřívějších období svého života a trpí ji již delší dobu, je pravděpodobné, že už bude zahájena léčba nemoci, okolí bude vědět, jak se k takto postiženému člověku chovat a jak mu pomoci a i senior sám se může snažit pracovat na odstranění omezení, které mu panická porucha vytvořila, ze svého života.

Lidé trpící panickou poruchou mají obvykle strach zůstat sami, bez pomoci. Proto se často bez známého člověka, který je s jejich poruchou obeznámen, nechtějí nikam vydat. Mají také tendenci se vyhýbat místům a situacím, kde se jim záchvat již stal. Jedná se především o přeplněná místa s velkou koncentrací lidí a špatnými možnostmi úniku, o značně namáhavé a stresové situace, o neznámá prostředí nebo naopak o zcela opuštěná, vylidněná místa. Díky tomu se i z velmi společenského člověka může stát osoba zcela sociálně izolovaná, která má strach opouštět svůj domov.

⁴⁴ MUDR. KAMARÁDOVÁ, Dana, Aleš MUDR. BC. GRAMBAL, Klára MUDR. LÁTALOVÁ a Ján, CSc. MUDR. PRAŠKO. Panická porucha a farmakorezistence. *Zdraví E15* [online]. 15.1.2013 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/panicka-porucha-a-farmakorezistence-468610>

⁴⁵ MUDR. KAMARÁDOVÁ, Dana, Aleš MUDR. BC. GRAMBAL, Klára MUDR. LÁTALOVÁ a Ján, CSc. MUDR. PRAŠKO. Panická porucha a farmakorezistence. *Zdraví E15* [online]. 15.1.2013 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/panicka-porucha-a-farmakorezistence-468610>

⁴⁶ ROZHOVOR S MUDr. VANDOU FRANKOVOU. *Deprese* [online]. 15.1.2013 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://www.deprese.com/index.php?section=klicky§ion2=rozhovor47>

Nastává stav sociální izolace, tedy situace, kdy je člověk odříznut od informačních zdrojů, jakými jsou například škola, knihovna, ale i ekonomických (práce), či zdravotních – například v případě přeplněných čekáren u lékaře. U postižených panickou poruchou se mohou v důsledku tohoto zásadně změnit hodnoty a názory; pokud byl dříve senior například rád, že má možnost přivýdělků, po zasažení panickou poruchou bude naopak rád, že do práce chodit nemusí, a pokud si dříve potrpěl na kulturu a chodil rád do kina či divadla, nyní se bude takovýmto akcím vyhýbat. Proto také většina kurzů pro seniory, které mají za úkol poskytovat prostor pro socializaci a vyplnění volného času, nepadají pro nemocného panickou poruchou v úvahu. Nejen, že je tedy pacient primárně svou nemocí ochuzen o socializaci, sekundárně mu ale také zasahuje do náplně jeho volného času. Problémem může být i cestování hromadnou dopravou, takže méně mobilní pacienti mají problém v tom smyslu, že jediná místa, kam se dostanou na procházky atd., je jejich nejbližší okolí. Dalším problémem může být nakupování, zvláště, žije-li senior ve městě a jediná možnost nakoupení je ve větších nákupních centrech, supermarketech a hypermarketech. Ohrožen se může cítit i při čekání ve frontě nebo kvůli uzavřeným prostorům obchodu. V takovém případě potřebuje s běžnými denními nákupy pomoc. Pacient s panickou poruchou také spíše omezí své kontakty s přáteli, bavit se bude jen s těmi hodně dobrými, a určitě pro něj nepadá v úvahu scházet se na rušných veřejných místech. Nové přátele obvykle pacient nevyhledává a bližšímu kontaktu s cizími lidmi se prvoplánově vyhýbá. Situace, kdy členové rodiny pacientovi ve všem pomáhá a začne ho až přehnaným způsobem chránit před kontaktem s okolním světem, však není ideální, i když k ní snadno dochází. Pacient potom nemusí mít motivaci se léčit, nesnaží se nemoc překonat a navíc se pro rodinu stane obtíží, což uškodí nejen rodinným vztahům, ale i psychickému stavu daného člověka. (Kukumberg, P., Ulč, I. et. al., 2001, s. 178). Kvůli ubývající samostatnosti, pocitům méněcennosti a neužitečnosti, souvisejícím jak s panickou poruchou, tak s novou rolí seniora, která je sama o sobě pro člověka náročná na psychiku, může značně utrpět pacientovo sebevědomí a sebehodnocení. Pokud takový stav trvá delší dobu, může vést až k těžkým depresím a dalším psychickým poruchám. Je proto zřejmé, že je možné prohlásit, že panická porucha má značně zhoršující vliv na kvalitu života seniora. (Kukumberg, P., Ulč, I. et. al., 2001, s. 75) Ovlivňuje jeho psychiku, stav myslí, základy jeho osobnosti, jeho samostatného života a dělá z něj

nesoběstačného, společensky odloučeného, nešťastného člověka se zásadně změněnými postoji a hodnotami. Je proto třeba, aby se člověk snažil svou nemoc překonat, jak léčivý, tak vlastní činností, snažit se vyhledávat činnosti, které mu i s jeho chorobou nevadí vyhledávat, a snažit se najít cestu, jak obejít omezení vyvolaná panickou poruchou a v co největší možné míře se opět zapojit do běžného života. Jedině tak si člověk zajistí klidné, plnohodnotné a kvalitní stáří.

7. KAZUISTIKA

Pacientem trpícím panickou poruchou, o kterém bude pojednávat tato kazuistika, je žena narozená v roce 1945. Až doposud neměla žádné psychické potíže a nikdy nebyla ošetřována u psychiatra. V rodině také nemá žádnou dědičnou psychickou poruchu. Po fyzické stránce je pacientka ve stavu po náhradě obou kyčelních kloubů kvůli artróze, trpí diabetes mellitus II. stupně, se kterým se léčí u diabetologa a kvůli kterému musí dodržovat dietu. Byla u ní také zjištěna recidivující paroxysmální fibrilace síní s tachyarytmií, se spontánní verzí na sinusový rytmus. Prodělala také infarkt myokardu nonSTEMI a je pravidelně sledována kardiologem pro ischemickou chorobu srdeční. Dále pacientka trpí deformitami páteře, konkrétně se jedná o gibbus a kyfoskopiozu. Pacientka po celý život pracovala v zemědělství, momentálně je již ve starobním důchodu. Před dvěma lety přišla o životního partnera, se kterým strávila čtyřicet let. Po této ztrátě se vdova přistěhovala k rodině svého syna. Díky tomu nezůstala osamělá a vyhnula se jedné z příčin sociální izolace u seniorů, kterou je jednočlenná domácnost.

Před časem si pacientka u praktického lékaře stěžovala na náhlou úzkost, ztížené dýchání, zvýšený krevní tlak a bušení srdce. Praktický lékař ji opakovaně odeslal na kardiologické a interní vyšetření, na kterých nebyl prokázán žádný objektivní nález. Poté se lékař rozhodl odeslat pacientku na psychiatrické vyšetření.

Na první návštěvě na psychiatrii si pacientka stěžovala na nečekané, náhlé stavy velké úzkosti v době po smrti manžela. S nimi se pojilo i to, že se jí špatně dýchalo, trpěla nauzeou a závratí. Více se také potila. Tyto stavy se opakovaly, celkově se zhoršovala; v noci se jí hůře spalo, trpěla nechutenstvím, začala výrazně hubnout. Ataku při návštěvě psychiatra popisovala tak, že se začala potit a vnitřně se chvět, přišla na ní velká slabost, kvůli které nemohla ani udržet hrnek. Při přeměření tlaku měla nejdříve 166/102 a poté 189/109. Při takovém stavu byla pacientka zvyklá si vzít tabletu Neurolu, která snížila tlak a celkově se jí ulevilo, ale při popisovaném záchvatu dosáhla zklidnění až po čtyřech tabletách.

Pacientce byla po dohodě nasazená antidepresivní a anxiolytická léčba, která spočívala v pravidelném užívání Escitalopramu a Neurolu, na rozdíl od předchozího užívání Neurolu pouze při obtížích. Escitalopram byl krátce poté pro nežádoucí projevy nahrazen Mirtazapinem.

Po měsíci léčby pacientka uvedla, že se cítí lépe, ale ataka se mezitím ještě dvakrát objevila. V obou případech jela na pohotovost, přičemž podruhé v nemocnici zůstala týden na pozorování a další vyšetření, která nic nezjistila. Dostala nové léky a byla propuštěna. Závratě přisuzovala i bolestem krční páteře. Při záklonu hlavy popisovala zapraskání a následné motání hlavy.

Léčba Mirtazapinem po třiceti miligramech denně pacientce pomohla se celkově zklidnit. Následně se zlepšil i její spánek a vrátila se jí chuť k jídlu. Intenzita úzkostných stavů se postupně zmírňovala, až je pacientka měla zcela pod kontrolou. Přestala se bát jezdit autem, začala cestovat, zajímat se o dění v rodině. Po čase ovšem pacientka absolvovala chirurgický zákrok v celkové narkóze, po jehož provedení se její stav opět zhoršil, došlo k relapsu poruchy. Kromě Mirtazapinu dostala na psychiatrii k posílení léčby ještě Sertralin, po kterém se podařilo, aby pacientka opět dostala ataky pod kontrolu.

V současné době je pacientka při smyslech, ochotně bez nápadností navazuje kontakt, její verbální projev je plynulý, myslí koherentně. Chová se v souladu se svou náladou, nejsou zřejmé známky poruchy formy nebo obsahu myšlení. Psychiatr u pacientky nezjistil poruchy vnímání. Pacientka se chová asuicidálně, je reaktivně úzkostná, instabilně afektivní, v současné době netrpí depresí, dominuje u ní anxiozní syndrom s vegetativní hyperaktivací a s negativními automatickými myšlenkami. Momentálně také pacientka opět trpí poruchami spánku.

Dlouhodobě je pacientka stabilní, bez větších obtíží.

Na tomto konkrétním případě seniorky s panickou poruchou je vidět typický průběh choroby, kdy po prvních atakách je pacient vyšetřován na fyziologickou příčinu. Po negativních výsledcích vyšetření by pak praktický lékař měl zvážit odeslání pacienta k psychiatrovi, což se i v tomto případě stalo. Také příčiny vzniku poruchy do značné

míry připomínají ty, které tato práce popisovala o několik kapitol dříve. Žena zažila životní šok - smrt manžela, po které se panické záchvaty začaly objevovat. Vyhnula se životě v jednočlenné domácnosti tím, že se přestěhovala k synovi – jinak by nemoc mohla být hůře zvládnutelná, kdyby se žena více izolovala a komunikace s okolním světem by pro ni byla ještě těžší. Po nasazení léčby se ženě ulevilo, ale po operaci se její psychický stav opět zhoršil. Na tomto příkladu je zřejmé, že nemoc nikdy nemusí být zcela vyléčena a nějaký větší psychický nebo fyzický šok může vést k relapsu panické poruchy.

8. ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce s názvem Panická porucha a její vliv na život seniorů bylo zkoumat konkrétní úzkostnou poruchu, tedy panickou poruchu, a její dopady na společenský život a kvalitu života obecně u starých osob. Téma úzkostných poruch a panické poruchy obecně je v literatuře zpracováno velmi dobře, pracovala jsem především s publikacemi Jana Praška, ale informace získané studiem jeho odborných knih a článků jsem ověřovala i v jiných dílech, např. v knize Panická porucha od Petera Kukumberga, Igora Ulče a kolektivu autorů. Pro zpracování zvoleného téma bylo důležité popsat nejen úzkostné poruchy obecně, historický vývoj jejich pojetí v odborné společnosti, základní pojmy které se jich týkají jako jsou úzkost a strach a jejich klasifikaci, protože do ní spadá i panická porucha, a nejen popis panické poruchy, její výskyt, průběh, způsob diagnostikování a další nemoci, které se s ní mohou pojít, ale samozřejmě i samotnou problematiku stáří. Práce se zaměřila na biologické, psychologické i sociální aspekty stárnutí, které všechny proces involuce ovlivňují a mohou ovlivňovat i panickou poruchu a její výskyt, a dále také na popis samotného stáří a doporučení, kterých by se lidé měli držet, aby prožili poklidný přechod do stáří, který jim zajišťuje menší šok a snižuje tedy i riziko výskytu jakýchkoliv úzkostných poruch. Další kapitola se zaměřila na terapeutické postupy u seniorů, které mohou pomoci již nemocným nebo nemocí ohroženým pacientům s překonáváním úzkosti, navazováním společenských kontaktů a tak zvyšovat kvalitu jejich života. Poslední teoretická kapitola se věnovala rozboru možností vzniku izolace ve stáří, především té, vyvolané panickou poruchou a strachem z některých míst – většinou přelidněných – a situací, který může zásadně omezovat člověka a snižovat tak kvalitu jeho života. Tak, jak bylo předpokládáno, výzkum pramenů týkajících se tématu práce potvrdil, že život ve stáří s panickou poruchou je velmi obtížný. Právě senioři jsou sociální izolací a také psychickými poruchami ohroženi více než jiné věkové skupiny a výskyt této nemoci pro ně tedy může mít velmi špatný dopad. Zároveň však může být náročnější u nich nemoc diagnostikovat kvůli neochotě jít k lékaři nebo kvůli předsudkům lékaře, navíc samotná diagnostika nemoci není jednoduchá. Pro nemocného trpícího panickou poruchou je jednou z nejdůležitějších věcí rodinné zázemí.

U starých lidí je však častější osamělý život, odchod do domova důchodců, ohrožuje je úmrtí přátel, životního partnera, blízkých osob. Mladší část rodiny má občas tendenci starou osobu přehlížet, nevěnovat jí dostatek pozornosti, a to může být pro nemocného zásadním problémem. V praktické kapitole byla předložena kasuistika starší pacientky s panickou poruchou. Na jejím případě bylo možné sledovat, že panická porucha omezuje život lidem v každém věku a že v době, kdy se porucha díky léčbě zmírnila, mohla žít mnohem kvalitněji. Zároveň se také potvrdilo, že k úspěšnému zvládnutí života s panickou poruchou je potřeba léčba a pomoc okolí, především rodiny, a že nad poruchou nemusí jedinec nikdy zcela „zvítězit“.

Při výzkumu bylo také zjištěno, že konkrétně problematika panické poruchy u seniorů není v literatuře příliš zpracována, ale jedná se o poměrně zásadní téma, u kterého by bylo potřeba širší povědomí veřejnosti. A to především proto, aby se mladší generace snažily více starat o ty starší alespoň v rámci rodiny, věnovaly jim dostatečnou pozornost a zajímaly se o jejich problémy. Rodinné zázemí může být zvláště v tomto náročném životním období velmi přínosné a seniorům ulehčuje od starostí a zkvalitňuje závěr jejich života. Také je potřebné rozšířit povědomí veřejnosti o panické poruše jako takové, aby jedinci byli schopni takovou poruchu u svých starších příbuzných případně rozpoznat, doporučit jim návštěvu lékaře a následně jim pomoci. V našich podmínkách také zatím nejsou zcela obvyklé terapeutické programy, v určitých (často zjednodušených) formách se provádějí v domovech pro seniory, ale bylo by třeba, aby zde byly na vyšší úrovni a prováděné vždy odborníky v této oblasti, a také by bylo třeba aby byly tyto metody dostupné i pro seniory, kteří žijí samostatně. Celková snaha o udržení samostatnosti, společenského života a aktivity u seniorů také může přispět k lepšímu duševnímu i fyzickému zdraví jednotlivců.

8. SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY A ZDROJŮ

8.1 Literatura

- GREGOR, Ota. *Muži nestárnou? Ale ženy žijí déle*. Kladno: Delta Macek, 1998, 125 s.
- GREGOR, Ota. *Stárnout, to je kumšt*. Praha: Olympia, 1983, 136 s.
- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ Helena. *Velký psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 622 s.
- JEDLIČKA, Václav et al. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991, 182 s.
- KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997, 193 s.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s.
- KUKUMBERG, Peter, ULČ, Igor et al. *Panická porucha*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2001, 219 s.
- LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998, 342 s.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 203 s.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 314 s.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, 136 s.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti věku není léku?: Úvahy o stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 124 s.

- PETŘKOVÁ, Anna, ČORNANIČOVÁ, Rozália. *Gerontagogika: úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 94 s.
- PRAŠKO, Jan, PRAŠKOVÁ, Hana, VAŠKOVÁ, Katarína, VYSKOČILOVÁ, Jana. *Panická porucha a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 55 s.
- PRAŠKO, Jan. *Úzkostné poruchy: Klasifikace, diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 416 s.
- RABOCH, Jiří, ZVOLSKÝ, Petr et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 622 s.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004, 390 s.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: II., Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 461 s.
- VAVRDA, Vladimír. Ontogeneze úzkosti a strachu. In VYMĚTAL, Jan et al. *Speciální psychoterapie: 2., přepracované a doplněné vydání*. (s. 44-62) 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 400 s.
- VYMĚTAL, Jan et al. *Speciální psychoterapie: 2., přepracované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 400 s.

8.2 Elektronická média a webové stránky

- Animoterapie aneb terapie za pomoci zvířat. *Animoterapie* [online]. 2009 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/>
- Canisterapie. *Animoterapie* [online]. 2009 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/canisterapie.htm>
- Cestovní klub důchodců. *Kulturní klub Poštolka* [online]. [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: http://web.quick.cz/postovkaklub/cestovni_klub_duchodcu.htm
- Definice a cíle arteterapie. *Arteterapie* [online]. 2012 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>
- Delfinoterapie pro děti z dětských domovů. *Delfinoterapie* [online]. 2011 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z:

- <http://www.delfinoterapie.cz/2011/11/delfionterapie-pro-deti-z-detskych.html>
- Dramaterapie. *Asociace dramaterapeutů České republiky* [online]. [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://adcr.cz/dramaterapie>
 - Ergoterapie a její cíle. *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. 2008 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>
 - Felinoterapie. *Animoterapie* [online]. 2009 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/felinoterapie.htm>
 - Hiporehabilitace. *Animoterapie* [online]. 2009 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/hiporehabilitace.htm>
 - Hipoterapie, lamaterapie. *Sociální služby Šebetov* [online]. 2005-2008 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzbysebetov.cz/text/cs/hipoterapie.aspx>
 - Klub seniorů. *Česká strana sociálně demokratická* [online]. 2007 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://ks.socdem.cz/a15.html>
 - Kurzy pro seniory. *Penzista.net* [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://www.penzista.net/vzdelavani/kurzy-pro-seniory/praha>
 - Léčebné účinky animoterapie. *Animoterapie* [online]. 2009 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/lecebne-ucinky-animoterapie.htm>
 - MUDR. KAMARÁDOVÁ, Dana, Aleš MUDR. BC. GRAMBAL, Klára MUDR. LÁTALOVÁ a Ján, CSc. MUDR. PRAŠKO. Panická porucha a farmakorezistence. *Zdraví E15* [online]. 15.1.2013 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/panicka-porucha-a-farmakorezistence-468610>
 - Panická porucha v somatické medicíně. Doc. MUDr. PRAŠKO, Ján , CSc. *Medicína pro praxi* [online]. Praha: Centrum neurofarmakologických studií, 3. LF UK, 2007 [cit. 2012-12-20]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/08.pdf>
 - Popis některých muzikoterapeutických technik. KANTOR, Jiří. *Muzikoterapie* [online]. [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeutickytech-technik>

- Program U3V. *Univerzita Hradec Králové: Pedagogická fakulta* [online]. 2012 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://www.uhk.cz/cs-cz/fakulty-a-pracoviste/pedagogicka-fakulta/centrum-celozivotniho-vzdelavani/univerzita-3-veku/program-u3v/Stranky/default.aspx>
- ROZHOVOR S MUDr. VANDOU FRANKOVOU. *Deprese* [online]. 15.1.2013 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://www.deprese.com/index.php?section=klicky§ion2=rozhovor47>
- Trénování paměti. ČESKÁ SPOLEČNOST PRO TRÉNOVÁNÍ PAMĚTI A MOZKOVÝ JOGGING. [online]. [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: www.trenovanipameti.cz
- Univerzita třetího věku. *Univerzita Karlova v Praze* [online]. 2012 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://www.cuni.cz/UK-51.html>
- Využití. *Česká asociace taneční a pohybové terapie* [online]. 2012 [cit. 2013-02-01]. Dostupné z: <http://www.tanter.cz/tpt/vyuziti/>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Kateřina Langrová

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Panická porucha a její vliv na život seniorů

Rok: 2013

Počet stran textu: 42

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 20

Počet internetových zdrojů: 21

Vedoucí práce: MUDr. Andrea Bryčková