

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# ŽIVOTNÍ ZKUŠENOST OSOB S PANICKOU PORUCHOU

LIFE EXPERIENCE OF PEOPLE WITH PANIC DISORDER



Magisterská diplomová práce

Autor: **Mgr. et Mgr. Bc. Vendula Šukalová, Dis.**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

2023

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Životní zkušenost osob s panickou poruchou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis .....

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu práce doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení, věnovaný čas a připomínky při tvorbě magisterské práce.

Děkuji všem respondentům za vstřícnost a upřímnost, se kterou mě nechali nahlédnout do svých nelehkých životů.

Děkuji své rodině za povzbuzování a podporu při dokončování této práce.

A největší poděkování patří Mgr. Sýkorovi, mému průvodci na spletité životní cestě.

# OBSAH

ÚVOD .....	5
TEORETICKÁ ČÁST .....	6
1. Panická porucha .....	7
1.1 Historické ohlédnutí .....	7
1.2 Uvedení do problematiky úzkosti a úzkostných poruch.....	9
1.3 Charakteristika panické poruchy .....	10
1.4 Panická porucha v MKN-10 a DSM-V .....	14
1.5 Různé pohledy na příčiny panické poruchy .....	16
1.6 Možnosti terapeutického působení .....	18
2. Život s panickou poruchou a jeho aspekty.....	22
2.1 Komorbidita panické poruchy s jinou duševní poruchou.....	22
2.2 Suicidalita .....	26
2.3 Psychosociální dopady života s panickou poruchou .....	26
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	33
3. Výzkumný problém, výzkumné cíle a výzkumné otázky.....	34
3.1 Výzkumný problém .....	34
3.2 Výzkumný cíl .....	34
3.3 Výzkumné otázky .....	35
4. Metodologický rámec výzkumu .....	36
4.1 Typ výzkumu .....	36
4.2 Výzkumný soubor.....	36
4.3 Metody získávání a tvorby dat .....	39
4.4 Metody zpracování a analýzy dat .....	40
4.5 Etické aspekty výzkumu.....	41
5. Výsledky .....	42
5.1 Panická ataka.....	43
5.2 Příčiny.....	46
5.3 Léčba .....	48
5.4 Nápomocné aktivity.....	50
5.5 Změny v chování .....	51

5.6 Postoj k panické poruše .....	52
5.7 Rodina a přátelé.....	53
5.8 Nepochopení a stigmatizace .....	54
5.9 Ostatní dopady.....	55
6. Odpovědi na výzkumné otázky.....	56
7. Diskuze .....	61
8. Závěr .....	67
Souhrn .....	68
LITERATURA.....	70
PŘÍLOHY .....	82

# ÚVOD

„Má duše je příběh, ne diagnóza.“

*Život za zdi (motto dokumentárního cyklu; nezisková organizace ArsAnima)*

Magisterská diplomová práce se zabývá tématem životní zkušenosti osob s panickou poruchou. Podnětem k výběru tématu a jeho realizaci je můj dlouhodobý zájem o problematiku úzkostných poruch a dílčí poznatky z výzkumného šetření bakalářské práce s názvem *Subjektivní prožívání terapie osobami s úzkostnými a depresivními poruchami* (Šukalová, 2019). Výzkum byl situován do prostředí denních stacionářů. Zde vyvstala značná potřeba pacientů podělit se o svůj životní příběh a okolnosti, které je do programu přivedly.

Z úzkostných poruch jsem si poté zvolila panickou poruchu, kterou charakterizují náhlé záchvaty extrémní úzkosti těžko představitelné intenzity. Současná doba přináší zvýšený zájem o panickou poruchu, je jí věnováno nemálo odborných a populárně naučných publikací, se svými zkušenostmi se svěřují i známé osobnosti. I přes tuto skutečnost se domnívám, že lidé s panickou poruchou zůstávají s prožitky mnohdy nepochopeni v tom, proč je porucha zneschopňuje a ve výsledku narušuje kvalitu života.

Tato práce si klade za cíl zmapovat jedinečnou zkušenost těchto osob, a tím poskytnout celistvější obraz o podobě panické poruchy a přispět k jejímu lepšímu porozumění.

*Poznámka:* Bakalářská a diplomová práce autorky se v některých částech překrývají, poznatky ale byly aktualizovány či doplněny.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1. PANICKÁ PORUCHA

*„Je to prostě moje cesta, dostal jsem to, tak jedeme.“*

*(respondent výzkumné části)*

## 1.1 Historické ohlédnutí

Na počátku si dovolíme stručné historické ohlédnutí věnující se úzkosti (a tedy i panické poruše) a jejímu vnímání v průběhu vývoje lidstva.

O strachu a úzkosti se pravděpodobně poprvé hovoří v sumerském eposu o Gilgamešovi ze 3. tisíciletí př. n. l. Ve starověké literatuře nacházíme řeckého boha jménem Pan, ochránce pastvin a stád, který svým křikem děsil pocestné. Hrůzu, kterou v nich vzbudil, se přirovnávala k panice. Slovo fobie je nejspíše inspirováno příběhem o řeckém bohu Phobos. Phobova moc spočívala ve schopnosti vsugerovat nepřítelům pocit strachu, aby utekli bez boje (Praško, 2005). I biblické texty se zabývají stavy a prožitky signalizujícími úzkost a strach. Nicméně o pojmu úzkost se jednoznačně nehovoří (Vymětal, 2007).

Robert Burton ve své knize z roku 1621 „Anatomie melancholie“ rozebírá stavy strachu a neklidu. Na termín úzkost neboli anxiety narazíme v lékařských knihách v 1. polovině 18. století. James Vere v této době zmiňuje myšlenku předcházející Freudově teorii o struktuře osobnosti a teorii libida, jelikož nervozitu chápal jako vnitřní konflikt mezi morálními a nižšími instinkty (Praško, 2005). V roce 1769 William Cullen přišel s termínem „neuróza“ označující druh slabosti nervové soustavy (Heretik & Heretik, 2007).

Podobně jako Vere i Ernst von Feuchtersleben na počátku 19. století zdůrazňoval konflikt a z něj plynoucí úzkost jako zásadní při rozvoji tělesných a duševních onemocnění (Praško, 2005).

Sören Kierkegard ve svých dílech pojednával o úzkosti a strachu v souvislosti s existenciálními otázkami. Rovněž vymezil úzkost a strach, úlohu vrozených a vnějších faktorů (Vymětal, 2007).



V roce 1859 Charles Darwin publikoval v díle „O vzniku druhů přírodním výběrem“ své myšlenky, kdy úzkost spojoval s obavami z budoucnosti a depresi se vzpomínkami na minulost. Podnítil tak oddělení úzkosti od poruch nálady. Ve 2. polovině 19. století dochází k diferenciaci jednotlivých úzkostných poruch (Praško, 2005).

Mimo euroamerickou oblast je zajímavý kazuistický případ z Japonska z období spadajícího někdy mezi lety 1600-1867. Japonský lékař léčil ženu zřejmě trpící panickými atakami mimo jiné technikou postupných expozičních obávaným situacím (Kamarádová et al., 2016).

V Evropě první záchvaty paniky pravděpodobně popsal Otto Domrck, když je označil za symptom, u něhož se kombinuje silná úzkost a kardiopulmonální příznaky (Kamarádová et al., 2016).

V roce 1872 Westphall charakterizoval strach z otevřených prostranství, divadel, kostelů, trhů a mostů termínem agorafobie (Kamarádová et al., 2016).

Pierre Janet se zasloužil o vznik konceptu disociace, jenž se užívá pro hysterii a ve velké míře pro ostatní neurotické poruchy (Kamarádová et al., 2016).

Učení Sigmunda Freuda přineslo i mezi lékaře propojení tělesných a psychických aspektů úzkosti (Stone, 2009). Zdrojem úzkosti se podle Freudova učení stává vnitřní konflikt mezi nevědomými, převážně sexuálně motivovanými pudovými přáními a naučenou zvnitřněnou morálkou. Freud je také autorem pojmu „úzkostná neuróza“ z roku 1895. U úzkostné neurózy rozlišil 2 základní typy symptomů: (1) pro dnešní generalizovanou poruchu symptomy úzkostného očekávání a neustálého zabývání se obavami a (2) pro dnešní panickou poruchu symptomy, kdy se náhle objeví strach, přítomny jsou kardiopulmonální příznaky, třes, pocení, závratě, gastrointestinální příznaky. Podotýkal, že úzkostná neuróza vykazuje vysokou míru komorbidity s hysterií, depresivní poruchou a vyhýbavým chováním. Poukazoval na propojení faktorů vývoje v raném dětství s faktory dědičnými a biologickými (Kamarádová et al., 2016).

Burrhus Frederick Skinner v roce 1938 v díle „Chování organismu“ pojednával o teoretickém modelu naučeného chování na základě podmíněné reakce posílené operantním podmiňováním. Tato teorie položila základy kognitivně behaviorální

terapie. Na jeho poznatky navázal Joseph Wolpe, který rozpracoval teorii o recipročním útlumu strachové reakce – současně se vyvolá strachová reakce a reakce na fyziologické úrovni se strachem neslučitelná, např. relaxace (Praško, 2005).

V roce 1950 Rollo May v knize „The meaning of anxiety“ poukázal na skutečnost, že před ním celou knihu problematice úzkosti věnoval pouze Sören Kierkegaard a Sigmund Freud (Stossel, 2015).

V roce 1962 Klein a Fink zjistili, že na léčbu tricyklickým antidepresivem imipramin reagují pacienti s panickou poruchou, ovšem s jinými úzkostnými poruchami již nikoli. Poprvé byla panická porucha popsána v DSM-III v roce 1980 (Kamarádová et al., 2016).

## **1.2 Uvedení do problematiky úzkosti a úzkostných poruch**

Úzkost a strach jsou prastaré emoce neodmyslitelně patřící k našemu bytí. Upozorňují nás na potencionální nebezpečí, abychom na něj mohli poté reagovat. Podle Rabocha et al. (2012) zastávají důležitou informační a ochrannou funkci. Praško (2005) je popisuje jako adaptivní mechanismy, jež spouští tzv. komplexní behaviorální program pro vyhodnocení situace a výběr konkrétní reakce. Vymětal (2007) považuje úzkost a strach za prostředek ontogeneze a hovoří o jejich významu pro celkový rozvoj a socializaci jedince.

Úzkost představuje negativně vnímanou emoci, která není způsobena vědomou příčinou, doprovází ji napětí a nejasné obavy. Strach je definován jako nepříjemný emoční stav zapříčiněný konkrétní situací (Heretik & Heretik, 2007; Praško, 2005; Raboch et al., 2012; Vágnerová 2014). Strach i úzkost charakterizuje nepředvídatelnost a nekontrolovatelnost s přidruženou obavou z neschopnosti ovládnout své chování, často tyto dvě emoce nelze spolehlivě rozlišit. Úzkost lidé mnohdy subjektivně vnímají podstatně hůře než strach, jelikož očekávání čehosi neznámého a ohrožujícího zesiluje negativní emoční prožitek (Vymětal, 2007). Duševní a tělesné procesy jsou vzájemně provázané, psychické procesy ovlivňují procesy tělesné, vnímání těchto tělesných projevů se zpětně promítá do emočních procesů. Jak podotýká Vágnerová (2014), emoční prožitek je propojen s vegetativními symptomy a deformovaným způsobem

uvažování. Praško (2005) zmiňuje, že řada osobností věnujících se problematice úzkosti a strachu je považuje za ústřední zkušenost lidského života a existence. V tomto duchu se vyjadřuje i Poněšický (2012), podstatu úzkosti spatřuje ve strachu z nebytí, ze ztráty sebe samého. V psychice zdravého člověka úzkost zaujímá ústřední postavení, stejně jako při stanovování příčin a zjišťování psychodynamiky úzkostných poruch a psychosomatických onemocnění.

Mimo termín úzkost se setkáváme i s pojmem úzkostnost. Úzkostností chápeme trvalejší osobnostní rys k vyšší pohotovosti k úzkostnému prožívání a jednání, zatímco úzkost označuje aktuální stav (Vymětal, 2007).

Lze říci, že úzkost představuje komplexní a složitý fenomén s variabilní škálou symptomů, jejich konkrétní podoba a intenzita se odvíjí od mnoha faktorů, mimo jiné i od individuality daného jedince. Pokud se úzkost a strach objevují v nadměrné míře, omezují nebo i znemožňují fungování v běžném životě, přestává plnit vývojově užitečnou roli a poté hovoříme o úzkostných poruchách. Mezi úzkostné poruchy patří právě i panická porucha.

### **1.3 Charakteristika panické poruchy**

Celoživotní prevalence panické poruchy se v populaci pohybuje mezi 1,5 -2,5 % (Bandelow et. a., 2015). Carta et al. (2015) zmiňuje celoživotní prevalenci 3,6 %. Prevalence izolovaného panického záchvatu činí 23 %, tedy přibližně každý čtvrtý jedinec v životě jej nejméně jednou prožije (Kessler et al, 2012). Chval & Chvalová (2007) uvádí, že až 70 % pacientů disponuje zkušeností s atakou během spánku. Panická porucha se nejčastěji manifestuje mezi 15.–24. rokem (Bandelow et al., 2015). V seniorské populaci se prevalence jeví nízká. Je třeba uvážit, zda zde nesehrávají svou úlohu i jiné faktory (odlišná reakce na stres v tomto věku, bagatelizace obtíží, obavy ze stigmatizace apod.). Panickou poruchu frekventovaněji nalézáme u žen (25 %) než u populace mužské (17 %) (Kamarádová et al., 2016).

Rozdíly v některých aspektech panické poruchy u mužů a žen sledovali ve své studii (Kim et al., 2017). Ženy častěji označovaly za stresující události separaci od blízkých osob, tělesná onemocnění a okolnosti spojené s těhotenstvím a mateřstvím. Rovněž zjistili, že ženy v životě méně využívají prospěšné copingové strategie a ve

vyšší míře zmiňují symptomy komorbidní agorafobie.

Inoue et al. (2017) ve své výzkumné studii naznačují, že pacienti s panickou poruchou, jejichž příbuzní v první linii trpí rovněž panickou poruchou, mívají raný nástup poruchy a v průběhu první ataky se u nich objevuje bohatší symptomatologie.

Panická porucha představuje jednu z častých úzkostných poruch. Podstata panické poruchy spočívá v neočekávaných a opakujících se záchvatech paroxysmální úzkosti, které nazýváme ataky paniky. Panické ataky se vyznačují náhlým a intenzivním nástupem fyzických či psychických příznaků (Bandelow et al., 2015). Dle diagnostických kritérií MKN-10 se objevují nejméně 4 dané symptomy z fyzické či psychické oblasti (MKN-10, 2022). Projevy panické poruchy nacházíme v: (1) oblasti srdečně respirační (bušení srdce, pocit zkráceného dechu, dušnost, bolest na hrudi, necitlivost), (2) oblasti smíšené somatické (zimnice či horko, pocení, třes, nauzea, závrať), (3) oblasti kognitivní (strach ze smrti, ze ztráty kontroly, ze zešílení) (Chval & Chvalová, 2007; Praško, 2005; Raboch, 2012). Panická ataka vrcholí během 10 minut, většinou se rozpustí mezi 15-20 minutami. Příznaky i jejich četnost jsou individuální (Bandelow et al., 2015). Podle Amami et al. (2010) panická ataka trvá několik minut, někdy probíhá ve vlnách, které trvají až 2 hodiny. Chval & Chvalová (2007) dodávají, že po odeznění záchvatu přetrvává únava, napětí, třes. Jedinec obvykle trpí trvalou obavou z dalšího záchvatu, tzv. anticipační úzkostí (De Jonge, 2016), v jejímž důsledku je ovlivněno fungování jedince v rámci denních aktivit prostřednictvím vyhýbavého a zabezpečovacího chování (Bandelow et al., 2015). Souhrnně lze říci, že panickou poruchu charakterizují 3 hlavní okruhy: (1) panická ataka a reakce na stres, (2) anticipační úzkost, (3) zvýšené vyhýbání se strachu a narušení regulace emocí (symptomy jsou spojeny s mozkovým kmenem a hypothalamem, limbickým systémem a prefrontální kůrou (Gorman et al., 2020).

Zilcha-Mano et al. (2015) se pokusili specifikovat u pacientů s panickou poruchou dysfunkční vzorce v interpersonální oblasti. Ve svém výzkumu se zaměřili na tyto obtíže a na podkladě zjištěných výsledků identifikovali 2 profily – submisivní a dominantně-intruzivní. Submisivní typ provází strach z odpovědnosti. Ze strachu z panického záchvatu se jedinci vyhýbají situacím, v nichž je požadována nezávislost a určitá míra dominance. Naopak dominantně-intruzivní typ může v průběhu ataky

pociťovat strach ze ztráty kontroly, což vnímají jako ztrátu důstojnosti a psychické stability. Dle autorů toto zjištění může přispět ke zkvalitnění terapeutického procesu (např. využití terapeutických technik, terapeutické aliance).

Giomi et al. (2021) analyzovali výsledky 12 výzkumů, které se soustředili na měření stavu exekutivních funkcí pacientů s panickou poruchou s využitím standardizovaných neuropsychologických nástrojů. Zjistili, že 2/3 studií u pacientů neshledávají změny v těchto funkcích. Na druhou stranu u 1/3 studií našli informace o deficitu v pozornosti, kognitivní flexibilitě, rozhodovacích schopnostech a pracovní paměti. Zdůrazňují nutnost dalších podobně orientovaných studií, aby se definitivně mohl potvrdit předpoklad, že exekutivní funkce pacientů s panickou poruchou zůstávají zachovány.

S panickou poruchou souvisí otázka perfekcionismu. Touha po vlastním dokonalém výkonu se odráží ve vnímání situací jako více ohrožujících. Následkem tohoto mohou jedinci pociťovat značnou úzkost, zlobu, depresivní ladění a nespokojenost s vlastním výkonem. U osob s panickou poruchou lze sledovat i vyšší skórování ve škálách perfekcionismu. Posléze prožívají veškeré události jako značně stresující, což zpětně negativně působí na organismus a podněcuje vznik úzkostné reakce (Egan et al., 2011).

K dalším významným aspektům panické poruchy řadí Carleton et al. (2012) vnímání nejistoty. Záchvat paniky přichází zcela nečekaně, s různou intenzitou a délkou trvání, i příčina tělesných symptomů je nejistá. Pacienti, kteří tuto nejistotu lépe tolerují, si fyzické příznaky vysvětlují jako méně ohrožující, ubývá i katastrofických interpretací. Zároveň mívají i nižší výskyt atak. Kim et al. (2016) upozorňují, že v terapii osob s panickou poruchou je důležité zaměřit se právě na práci s nejistotou a pokusit se např. na všímavosti založené kognitivní terapii (mindfulness-based cognitive therapy) zvýšit její toleranci. Toto tvrzení dokládají výsledky kvantitativního výzkumu 69 pacientů, u kterých se po 8 týdnech takto vedené terapie výrazně snížilo skóre intolerance nejistoty.

Zajímavým fenoménem, na který se taktéž soustředí zájem odborníků a objevuje se i u panické poruchy, je alexithymie. Prvním autorem, jenž upozornil na možné propojení panické poruchy a alexithymie, byl Nemiah (Šago et al., 2020). Procházka

(2009, 35) definuje alexithymii jako:

*„deficit ve zpracování a regulaci emocí, což vede k maladaptivním stylům emoční regulace. Jde tedy o verbální a neverbální poruchu poznávání emocí a překladů emocí do slov. Na alexithymii lze také nahlížet jako na vnitřní potlačení zraňujících negativních pocitů, ale bez jejich úplného oddělení od vědomí, jako tomu je u disociace. Toto potlačení se projevuje právě tím, že člověk nemá slova pro své pocity, což je spojeno s nedostatečnou schopností svým pocitům porozumět a zhoršenou introspektivní funkcí, která je kompenzována odvrátením od vnitřního života k vnějšímu světu.“*

Podobně pojímají alexithymii i Busch & Sandberg (2014). Charakterizují ji jako masivní obranu před nesnesitelnými pocity a zároveň deficit v mentální reprezentaci emocí, čímž naznačují spojitost alexithymie s panickou poruchou. Shledávají, že pokud afektivní systém funguje správně, vzrušení v tělesné oblasti vyvolá zpracování na psychické úrovni. Panickou poruchu lze posléze uchopit jako jádro neadekvátního zpracování. Předpokládají, že tito lidé obtížně identifikují tělesné příznaky jako reprezentace či symboly citových stavů. Fyzické symptomy poté nezaujímají biologickou ani symbolickou funkci. Ohrožení prožívají spíše v tělesné rovině namísto v rovině psychické, navíc s katastrofickým podtextem. Šago et al. (2020) rozpracovali ve své studii vztah alexithymie a panické poruchy. Pacienti s panickou poruchou vykazovali o 25 % vyšší skóre alexithymie oproti pacientům s jinými úzkostnými poruchami. Prevalence alexithymie zde činila 27 % u pacientů s panickou poruchou, u pacientů s dalšími anxiózními poruchami 13 %. Komplexnější náhled na koncept alexithymie nabízí např. Procházka (2009).

V závěru této kapitoly shrňme, že panická porucha je vysoce nepříjemnou a vysilující poruchou, která značně omezuje kvalitu života daného jedince (Ressler et al., 2015). K panické poruše se často přidružuje agorafobie, depresivní porucha, abúzus návykových látek včetně alkoholu, poruchy osobnosti a sebevražednost (Chval & Chvalová, 2007; Raboch et al., 2012). Některé z těchto komorbidit nastíníme v podkapitole 2.1. Pro dokreslení celkového obrazu panické poruchy věnujeme ještě následující řádky diagnostickým kritériím v klasifikačních systémech MKN-10 a DSM-V.

## 1.4 Panická porucha v MKN-10 a DSM-V

Diagnostická jednotka panické poruchy se v MKN-10 řadí do kategorie F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, konkrétně do podskupiny F41 Jiné úzkostné poruchy. Panická porucha poté nese označení F41.0 (MKN-10, 2022). V DSM-V je panická porucha zařazena rovněž do kapitoly Úzkostné poruchy (Raboch et. al, 2015).

Diagnostická kritéria dle MKN-10:

- A. Panické záchvaty se vyskytují bez logické spojitosti se specifickou situací či věcí, často přichází spontánně a nejsou způsobeny nadměrnou námahou či vystavením se nebezpečné či život ohrožující situaci.
- B. Panická ataka musí splňovat všechna následující kritéria:
1. samostatná ataka masivní úzkosti nebo neklidu,
  2. náhlý začátek,
  3. ataka dosáhne maxima v řádu minut a trvá alespoň několik minut,
  4. přítomny jsou alespoň čtyři níže uvedené příznaky:

Příznaky vegetativní aktivace	▪ palpitace, bušení srdce či zrychlený tep, pocení, chvění či třes, sucho v ústech
Příznaky spojené s hrudníkem či břichem	▪ obtížné dýchání, pocit zalykání se, pocity dušení, bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku, nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše)
Příznaky týkající se duševního stavu	▪ pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy, derealizace <sup>1</sup> a depersonalizace <sup>2</sup> , strach ze ztráty kontroly, zešílení, ztráty vědomí, strach ze smrti
Celkové příznaky	▪ návaly horka nebo chladu, pocity znecitlivění nebo mravenčení

<sup>1</sup> Derealizace označuje pocit jedince, že okolní svět je změněný, nereálný, vzdálený, cizí, zároveň jedinec disponuje zachovanou schopností uvědomění si nereálnosti této změny (Hosák, Hrdlička & Libiger, 2015).

<sup>2</sup> Depersonalizace označuje pocit jedince, že jeho psychická aktivita či část těla je změněná, cizí, neskutečná, zautomatizovaná, zároveň jedinec disponuje zachovanou schopností uvědomění si nereálnosti tohoto prožívání (Hosák, Hrdlička & Libiger, 2015).

Panická porucha může napodobovat jiné tělesné a psychické choroby. Pro diagnostiku je nezbytná podrobná anamnéza a vyloučení tělesného onemocnění. Panická porucha nesmí být způsobena tělesnou poruchou, organickou duševní poruchou či jinou psychickou poruchou (např. afektivní poruchou, schizofrenií...). Podle tíže záchvatů ji lze specifikovat na středně těžkou panickou poruchu (alespoň 4 panické záchvaty za 4 týdny) a těžkou panickou poruchu (alespoň 4 panické záchvaty za 1 týden po dobu 4 týdnů) (MKN-10, 2022).

V klasifikaci DSM-V se staly panická porucha a agorafobie samostatnými diagnostickými jednotkami. Zároveň se pozměnila specifikace panického záchvatu, je zde členěn pouze na očekávaný či neočekávaný. Panický záchvat se objevuje opakovaně, nečekaně, může přicházet z klidového stavu i ze stavu úzkosti, vyznačuje se náhlým začátkem a alespoň 4 z těchto 13 symptomů (Raboch et al., 2015):

1. palpitace, bušení srdce nebo zrychlený tep,
2. pocení,
3. chvění nebo třes,
4. pocity nedostatku dechu či dušení se,
5. pocity dávení,
6. bolest nebo diskomfort na hrudi,
7. nauzea nebo pocity nevolnosti v břiše,
8. pocity závratě, nestability, mdlo nebo na upadnutí,
9. pocity zimnice nebo horkosti,
10. parestézie (necitlivost nebo mravenčení),
11. derealizace nebo depersonalizace,
12. strach ze ztráty kontroly nebo zbláznění se,
13. strach z umírání.

Zároveň alespoň po jednom ze záchvatů přetrvávaly nejméně po dobu 1 měsíce jeden či více z těchto stavů:

1. neustálé zabývání se či obavy z dalšího panického záchvatu nebo jeho následků (např. obava ze srdečního záchvatu, ztráty kontroly, zešílení),
2. významné maladaptivní změny v chování spojené s panickými záchvaty (vyhýbavé chování),



3. panické záchvaty nelze vysvětlit užíváním medikace, návykových látek, jinou psychickou či tělesnou poruchou (kardiopulmonální poruchy, zvýšená činnost štítné žlázy aj.).

Diagnostické systémy MKN-10 a DSM-V klasifikují duševní poruchy na podkladě symptomů a jejich deskripce. Pro úplnost dodejme, že existuje tzv. Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika (OPD-2), víceosý diagnostický systém, jenž se zaměřuje na psychodynamickou diagnostiku duševních poruch. Jeho podstatou je mapování psychologického fungování pacienta dle 5 os (prožívání nemoci a předpoklady pro léčbu, dysfunkční vztahové vzorce, intrapsychický konflikt, osobnostní struktura, psychická porucha), dále také stanovení plánu psychologické léčby, včetně hodnocení změn a efektu psychologické léčby (Telerovský & Holub, 2013).

## 1.5 Různé pohledy na příčiny panické poruchy

Etiologie panické poruchy se jeví mnohostranná, zahrnující propojení biologických, psychologických příčin a faktorů životního prostředí (Petrowski et al., 2012). Příčiny panické poruchy lze dle jednotlivých konceptů rozdělit na biologické, etologické, psychoanalytické, behaviorální, kognitivní a existenciální teorie (Raboch & Zvolský, 2001; Kryl, 2005). Propuknutí poruchy většinou předchází tzv. precipitující faktory - rodinné či partnerské konflikty, nízká míra adaptace na nové role (např. mateřská role), ekonomické obtíže (Borgo et al., 2017).

**Biologické teorie** se opírají o význam neurotransmiterů a neuroanatomických struktur mozku, především nadměrnou aktivaci sympatiku autonomního nervového systému, sníženou či změněnou aktivitu některých částí mozku (např. hyperaktivace amygdaly, hyperaktivace jednoho z jader mozkového kmene – locus coeruleus), dysregulaci serotoninergního, noradrenergního a dopaminergního systému mozku, sníženou hladinu tzv. GABA (kyseliny aminomáselné) (Orel et al., 2016). Již LeDoux v 90. letech 20. století poukazoval na fakt, že za průběh panické ataky odpovídá amygdala společně s prefrontální kůrou a hippocampem (tyto dvě části se snaží zvládnout kognitivní kontrolu nad hyperaktivací amygdaly) (Giomi et al., 2021). Odborníci se snaží u pacientů s panickou poruchou identifikovat specifické či citlivé biomarkery. Kamarádová et al. (2015) v souborném článku hovoří o snaze metodou

EEG (elektroencefalografie) monitorovat aktivitu mozkových struktur pacientů s panickou poruchou, protože tělesné symptomy jsou propojeny s hyperaktivací autonomního nervového systému. Na podkladě studia literatury konstatují, že u těchto pacientů nebyl nalezen specifický EEG nálezn.

Předpokládán je rovněž určitý genetický podklad jejího vzniku, vyšší prevalence se objevuje u příbuzných první linie. Usuzuje se totiž, že se biologicky předává zvýšená senzitivita k úzkosti, která zvyšuje vnímání obav. Životní události poté osoby s panickou poruchou prožívají jako více zatěžující (Stein et al., 1999).

Panické ataky mohou doprovázet i somatická onemocnění různého druhu, např. hormonální a neurologická onemocnění (Orel et al., 2016), nalézáme ji i u jiných psychických poruch (Svoboda, Češková & Kučerová, 2015).

**Etologické teorie** zdůrazňují naléhavou potřebu pevné citové vazby jedince s emočně blízkou osobou. Narušení či chybění takovéto vazby vytváří rizikový faktor pro rozvoj panické poruchy, zvláště citová deprivace a citové zneužívání (Ölmez et al., 2018). Pacienti s panickou úzkostnou poruchou či agorafobií popisují ve 20–50 % prožití separační úzkosti v dětství (Raboch & Zvolský (2001).

**Psychoanalytické teorie** vysvětlují podstatu vzniku úzkosti a strachu konfliktem z raného dětství, kdy jedinec pudové impulzy, převážně s agresivním a sexuální obsahem, obrannými mechanismy potlačí. Některé faktory jako raně prožitá psychotraumata, přísné výchovné působení, zranitelnější „Já“, stresující životní události, mohou obranné mechanismy prolomit a konflikt se opět objeví, tentokrát ve podobě úzkosti a strachu (Kryl, 2005; Raboch & Zvolský, 2001).

**Kognitivní teorie** se opírají o tvrzení, že úzkost plyne ze zvýšeného vnímání běžných tělesných projevů a katastrofických myšlenek. Jedinec si je nesprávně interpretuje, považuje je za ohrožující, čímž se podporuje rozvoj strachu a úzkosti (Raboch & Zvolský, 2001).

**Behaviorální teorie** považuje při rozvoji úzkosti zásadní podmíněně naučenou reakci na podněty z vnějšího světa. To ve výsledku vede ke generalizaci a posílení způsobů chování, jež snižuje vzniklou úzkost (Heretik & Heretik, 2007).

**Existenciální teorie** spatřují jádro úzkosti v uvědomění si konečnosti lidského

života. Člověk se snaží existenciální úzkost zmírnit hledáním smyslu svého života a jeho naplněním (Raboch & Zvolský, 2001).

Autoři se shodují v potřebě vnímat příčiny poruchy komplexně a dále neopomenout osobnost konkrétního jedince s jeho individuálními charakteristikami (Heretik & Heretik, 2007; Orel et al. 2016; Raboch & Zvolský, 2001; Vágnerová, 2014). Právě individualita člověka vede k jedinečné kombinaci proměnných a následnému rozvoji konkrétní podoby hloubky poruchy.

## 1.6 Možnosti terapeutického působení

Vzhledem k převládajícím tělesným obtížím pacienti často vyhledávají péči první lékařské pomoci a rovněž mnoha dalších odborných lékařů. Pacient je přesvědčen o vážnosti svého stavu např. o infarktu myokardu. Podstupují řadu vyšetření, která neprokáží somatickou příčinu obtíží, pacient se zdráhá uvěřit v psychickou příčinu symptomů. (Greenslade et al., 2017). Jak doplňuje Praško (2005), setkává se s označením hypochondrického pacienta a provázejí jej i obavy z možné stigmatizace.

Odbornou pomoc nejvíce vyhledávají jedinci mezi 30-40 lety, k chronifikaci obtíží dochází zhruba u 40 % pacientů (Chval & Chvalová, 2007). I u pacientů léčených dle doporučených postupů se u více než poloviny objevují příznaky tzv. podprahové intenzity (Chen & Tsai, 2016). Přetrvávání symptomů omezujících každodenní aktivity potvrzují i Wendt et al. (2018).

Efektivně zvolená terapie u pacientů s úzkostnými poruchami, a tedy i panickou poruchou, by měla zmírnit (popř. odstranit) příznaky úzkosti, odstranit vyhýbavé a zabezpečovací chování, snížit psychickou zranitelnost (tzv. vulnerabilitu), posílit adaptační mechanismy, nepřinášet závislost a vykazovat minimum nežádoucích účinků, udržet si dlouhodobý efekt i po jejím ukončení a celkově zkvalitnit život pacienta (Kosová, 2005). Přístup v léčbě by měl být především rychlý, efektivní, ne příliš náročný, bez vedlejších účinků a neškodný, bez nutnosti hospitalizace a narušení denního života (Imai et al., 2016).

Zabezpečovací chování slouží k prevenci, úniku či snížení množství očekávaného ohrožení. Jedná se o dysfunkční vzorec regulace emocí vedoucí ke zmírnění fyzických symptomů a dalších obav spojených s panickou atakou. Existují

různé typy tohoto chování (vyhýbavé, rozptylovací, kontrolní funkce na předmět či na osobu zaměřené). Typ tohoto chování by mohl souviset s účinností léčby. Pacienti s typem zabezpečovacího chování směřujícím na osoby vykazovali těžší míru symptomatiky, ale i možný pomalejší terapeutický efekt terapie kognitivně behaviorální psychoterapie (Aafjes-van Doorn et al., 2019). S tím korespondují i poznatky Tanguay et al. (2018), kteří popisují, že pacienti touží po eliminaci úzkostných příznaků, avšak neradi se vzdávají zabezpečovacího a vyhýbavého chování či anxiolytik. Činí jim potíže se v rámci např. kognitivně behaviorální terapie vystavit obávaným situacím.

Při léčbě úzkostných poruch lze využívat farmakoterapii, psychoterapii (a jejich kombinaci) a dalších podpůrných přístupů (Breilmann et al., 2019). Kombinace farmakoterapeutických a psychoterapeutických přístupů (a dalších přístupů) se klinicky jeví nejefektivnější (Balon, 2004).

### **1.6.1 Farmakoterapie**

K léčbě panické poruchy jsou nejčastěji předepisována anxiolytika typu benzodiazepinů a antidepresiva typu SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) (Breilmann et al., 2019). Farmakoterapie může rozšířit prostor pro učení se skrze kognitivně-behaviorální terapii, protože kortikální mozkové struktury jsou plastické (Santos et al., 2015). Z psychofarmak se frekventovaně využívají psychofarmaka ze skupiny anxiolytik a antidepresiv.

Anxiolytika zmírňují úzkostnou symptomatiku, mezi ně řadíme i benzodiazepiny. Benzodiazepiny se vyznačují rychlým nástupem účinku, nicméně měla by být podávána pouze krátkodobě na počátku léčby, jelikož jejich užívání s sebou nese riziko rozvoje tolerance s nutností navyšování účinné dávky a nebezpečí rozvoje závislosti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Kosová, 2005).

K dlouhodobé léčbě se užívají antidepresiva. Antidepresiva působí v mozku na neuromediátory či jejich receptory, zejména serotoninergního, noradrenergního a dopaminergního systému (Orel et al., 2016). Podle systému, který ovlivňují, se dělí do skupin. Užívání antidepresiv s sebou nese riziko závislosti, ale je nutné pacienta upozornit na jejich typický opožděný nástup účinku v rozmezí tří až šesti týdnů (Ocisková & Praško, 2017). Terapie antidepresivy bývá dlouhodobá, doporučuje se

minimálně rok i déle, v některých případech i celoživotně (Nosková et al., 2017).

## 1.6.2 Psychoterapie

Psychoterapie panické poruchy se realizuje prostřednictvím různých psychoterapeutických směrů a technik.

Kognitivně behaviorální terapie by měla být při léčbě panické poruchy doporučována na prvním místě, rovněž se jeví vhodná pro pacienty vysazující psychofarmaka (Katzman et al., 2014). U panické poruchy vykazuje kognitivně behaviorální psychoterapie největší efektivitu (Pompoli et al., 2016), ovšem Loerinc et al. (2015) upozorňuje, že zhruba 40 % pacientů na léčbu kognitivně behaviorální terapií nereaguje. Porovnání výsledků účinnosti kognitivně behaviorální psychoterapie s jinými terapeutickými směry, např. psychoanalýzou, psychoanalytickými a psychodynamickými směry vykazuje značnou obtížnost. Oproti kognitivně behaviorální psychoterapii probíhají dlouhodobě, výzkum je technicky i finančně náročnější. Z těchto důvodů nebylo uskutečněno větší množství výzkumů (Arch & Craske, 2009). Pozitivně však vyznívají výsledky účinnosti dlouhodobé psychodynamické psychoterapie (Gabbard, 2005).

Při léčbě panické poruchy se využívá ambulantní péče, klasické hospitalizační péče a forma denního stacionáře s psychoterapeutickou péčí. Denní stacionář označujeme za jednu z forem komunitní služby, čímž lze denní stacionáře pojímat jako (1) rozšíření ambulantní léčby, (2) alternativu či pokračování hospitalizace, (3) dlouhodobě rehabilitační a resocializační péči pro pacienty s psychickými poruchami chronického charakteru (Hosák et al., 2015). Poskytovaná péče v denním stacionáři se snaží dobu klasické hospitalizace zkrátit na nezbytné minimum (popř. hospitalizaci zcela zamezit). Taktéž předchází chronifikaci potíží a podporuje efektivní zvyknutí se do běžného života. Psychoterapeutický program v denním stacionáři využívá rozličných psychoterapeutických směrů (např. psychoanalytická a psychodynamická psychoterapie, kognitivně behaviorální psychoterapie, relaxačně-imaginativní psychoterapie...) a různých forem (individuální, skupinové, popř. párové a rodinné terapie). Program doplňují podpůrné techniky (arteterapie, muzikoterapie, pohybové aktivity, činnostní aktivity aj.). Skupinová psychoterapie zaujímá v tomto

programu zásadní postavení (Pěč, 2003).

### **1.6.3 Podpůrné přístupy**

V terapii panické poruchy se uplatňují i podpůrné přístupy v podobě arteterapie, muzikoterapie, relaxačních cvičení, pohybových a činnostních aktivit.

O účincích pohybové aktivity se v posledních letech hojně diskutuje. Podle studie Gaudlitze et al. (2011) pravidelná aerobní aktivita podporuje pozitiva kognitivně behaviorální psychoterapie. Bischoff et. al. (2018) dokonce konstatují, že středně intenzivní cvičení urychluje účinky expoziční terapie v rámci kognitivně behaviorální psychoterapie. Relaxační cvičení jógy jako přídatné terapie podporuje léčbu panické poruchy (Saeed et al., 2019). Oproti tomu Nosková et al. (2017) referují, že prozatím není zcela zřejmá míra účinnosti fyzické aktivity u úzkostných poruch, i když bývá hojně doporučována.

V souvislosti s opatřeními proti šíření nového koronavirového onemocnění se nabízí i využití prostředí internetu k poskytování kognitivně-behaviorálních online intervencí (vedené či nevedené terapeutem). Nosková et al. (2017) popisují její poměrnou úspěšnost. Přináší příležitost samoléčby pro osoby upřednostňující anonymní kontakt či je pro ně tato forma léčby z různých důvodů výhodnější (časové a finanční hledisko...).

## 2. Život s panickou poruchou a jeho aspekty

*„Jsem takovej jinej originál.“*

*(respondentka výzkumné části této diplomové práce)*

### 2.1 Komorbidita panické poruchy s jinou duševní poruchou

Wu & Yang (2021) provedli review studií z let 2010–2021 sledujících komorbidní poruchy u pacientů s panickou poruchou. Z review vyvstávají 3 kategorie přidružených poruch: (1) komorbidita s bipolární afektivní poruchou, (2) komorbidita s depresivní poruchou, (3) komorbidita s ostatními duševními poruchami. Pokusíme se tedy nyní krátce pojednat o agorafobii, depresivní poruše a bipolární afektivní poruše a jejich souvislostech s panickou poruchou.

#### 2.1.1 Agorafobie

O agorafobii hovoříme, jestliže jedinec prožívá neadekvátní strach z pobytu na místech či v situacích, které se hůře opouštějí, potřebná první pomoc je obtížněji dosažitelná apod. (Praško, 2012). Symptomy agorafobie nalézáme na vegetativní úrovni (bušení srdce, zrychlený tep, návaly horka, pocity mrazení, pocení, sucho v ústech...), orgánové úrovni (pocity tlaku či svírání na hrudi, pocity dušení se, gastrointestinální obtíže...) a psychické úrovni (vnitřní neklid, závratě, pocity na omdlení, derealizace a depersonalizace (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Jedinec s agorafobií se domnívá, že pouze únik jej ochrání např. před infarktem myokardu, ztracením se, ztrátou kontroly, omdlením, zešílením. Strach se týká veřejných prostranství, davů lidí, cestování hromadnými dopravními prostředky, opuštění domova (Praško, 2005). Vzhledem k uvedenému je pro agorafobii typické rozsáhlé vyhýbavé a zabezpečovací chování, schopnost pobývat na potencionálně nebezpečných místech se postupně snižuje. Dotyčný je přesvědčen, že jedině tímto způsobem se ochrání před domnělým ohrožením. Intenzita symptomů bývá proměnlivá

(Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Při závažném průběhu agorafobie jedinec neopouští domov, vyžaduje neustálý doprovod blízké osoby. Uklidňuje jej, pokud se může něčeho či někoho držet. Situaci tedy následně komplikují druhotné sekundární zisky, kdy se blízké osoby snaží dotyčnému pomoci svou přítomností, doprovodem, dovážením, zařizováním pochůzek a nákupů (Mentzos, 2012).

Praško et al. (2012) poukazují na rozvoj agorafobie mezi 23.– 29. rokem, vzácně před 16. rokem a po 45. roce věku. Referují o komorbiditě s panickou poruchou okolo 50 %, u pacientů v léčbě dosahuje až 75 %. Inoue et al. (2016) na podkladě výsledků studie s kvantitativní metodologií (vzorek činil 253 osob, z toho 179 s diagnostikovanou panickou poruchou a agorafobií, 74 bez přidružené agorafobie) přináší vyšší míru přidružených poruch, sociálně fobických příznaků, hypomanických epizod, riziko sebevraždy. Při komorbiditě s panickou poruchou naznačují závažnější průběh panické poruchy, rovněž i vyšší míru neuroticismu a citlivosti k úzkostné reakci. Přítomnost agorafobie zhoršuje již tak narušenou kvalitu života tohoto člověka.

### **2.1.2 Depresivní porucha**

Depresivní symptomatiku v MKN-10 řadíme v kategorii F30 Afektivní poruchy, konkrétně zahrnuté pod jednotky F32 Depresivní epizoda, F33 Rekurentní depresivní porucha, případně i F34 Dystymie (MKN-10, 2022).

Podle Světové zdravotnické organizace se depresivní stavy staly nejčastější příčinou pracovní neschopnosti u jedinců tzv. produktivního věku (Maříková, 2013). Její celoživotní prevalence se odhaduje mezi 5–16 %, u žen se s ní setkáváme až 2x častěji (Laňková & Raboch, 2013). Wu & Yang (2021) uvádí prevalenci komorbidity depresivní poruchy s panickou poruchou okolo 8,3 %.

MKN-10 (2022) charakterizuje depresivní poruchu jako psychologicky nevysvětlitelnou, přetrvávající nebo pokleslou náladu, ztrátu zájmu či výrazný pokles schopnosti těšit se z činností, které jedinci dříve přinášely radost. Depresi provází celkový pokles energie, snadná unavitelnost, eventuálně další projevy. Mezi tyto další projevy řadí odborná literatura (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Laňková & Raboch, 2013; Maříková, 2013) snížení schopnosti soustředění a pozornosti, psychomotorický útlum či neklid, neopodstatněné pocity viny, snížené sebehodnocení



a sebedůvěru, pesimistické očekávání ohledně budoucnosti, snížení chuti k jídlu, poruchy spánku, snížení zájmu v oblasti sexuální aktivity. Výskyt deprese zvyšuje riziko sebevražedných myšlenek a sebevražedného jednání.

Snížený pocit vlastní hodnoty, kterým jedinec při depresi trpí, jej odlišuje od běžného smutku (Mentzos, 2012). Vágnerová (2014) podotýká, že reakce okolí mohou tyto negativní pocity zpevňovat, jelikož nechápe vnitřní prožívání a sníženou aktivitu jedince s depresivní symptomatikou. Mylně se tedy snaží jej aktivizovat zdůrazňováním na vzchopení se, vůli apod.

Uvedené příznaky musí dle MKN-10 (2022) přetrvávat nejméně 2 týdny, po většinu dnů a převážnou část těchto dní. Dle závažnosti symptomů posléze rozeznáváme depresi mírnou, středně těžkou, těžkou bez psychotických příznaků a těžkou s psychotickými příznaky. Nesmíme opomenout možnost zvláštní formy deprese, tzv. larvovanou (maskovanou) depresi. V tomto případě se deprese manifestuje tělesnými symptomy jako je únava, bolest hlavy, bolesti zad, bušení srdce a tlaky v srdeční oblasti, příznaky poruch trávicí soustavy (Laňková & Raboch, 2013).

Jedincovu (první) epizodu deprese označujeme za depresivní epizodu, další epizody již rekurentní depresivní poruchou. O dystymii se jedná, jestliže jedince více jak 2 roky provází pokles nálady s únavou, ztrátou potěšení, poruchami spánku a pocity neschopnosti, nicméně je schopen zvládat nároky každodenního života a nejsou naplněna diagnostická kritéria pro diagnostiku deprese (Laňková & Raboch, 2013). Depresivní symptomatiku s úzkostí lze obecně nalézt ve 3 podobách: (1) komorbidní, kdy se současně objevuje úzkostná i depresivní porucha, (2) přítomna je úzkostná nebo depresivní porucha s mírnými příznaky z oblasti poruchy druhé, (3) kombinace podprahových příznaků symptomatiky úzkostné i depresivní (Kosová, 2007).

Na vzniku depresivní poruchy se podílejí genetické faktory, neurochemické změny mozku (v podobě nedostatku neurotransmiterů serotoninu, noradrenalinu a dopaminu) a neuroanatomické změny mozku. Zmiňovány jsou i faktory sociální (Hosák et al., 2015).

Podobně jako panická porucha, agorafobie a jiné duševní poruchy se deprese léčí farmakologicky zejména různými skupinami antidepresiv, nefarmakologicky psychoterapií a dalšími přístupy (fototerapie, fyzická aktivita...), elektrokonvulzivní

terapií (laicky „elektrošoky“) (Laňková & Raboch, 2013). Blais et al. (2013) konstatují, že kombinace léčebných postupů vede k významnému zlepšení, ovšem zhruba 12 % pacientů se i přes terapeutické působení zhorší.

### **2.1.3 Bipolární afektivní porucha**

V MKN-10 se s bipolární afektivní poruchou setkáme v kategorii F30 ve skupině Afektivní poruchy. Bipolární afektivní porucha je charakteristická periodickým střídáním epizod manických/ hypomanických a depresivních. V současnosti se diferencuje bipolární afektivní porucha I a bipolární afektivní porucha II. Typ I zahrnuje depresivní epizody a epizody manické. U typu II se objevují depresivní epizody a epizody hypomanické, manické epizody nejsou plně vyjádřeny. Celoživotní prevalence typu I činí 0,2-2,4 %, nicméně rozšíříme-li okruh i na další poruchy z okruhu bipolárního spektra, např. právě o typ II, prevalence vzroste na 4-5%. Obě pohlaví bývají zasažena ve stejném poměru, u žen lze sledovat tzv. rychlé cyklování a vyšší míru depresivních epizod. Mezi příčinami poruchy dominuje genetická složka a změny v neurotransmiterech (Hosák et al., 2015).

Bipolární afektivní porucha se frekventovaně objevuje v tzv. přechodovém období (puberta, klimakterium...). Střídání epizod je individuální záležitostí (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Panická porucha a bipolární afektivní porucha vykazují v aktivitě prefrontální mozkové oblasti a amygdaly podobnosti, pozorováno je snížení aktivity (Belteczki et al., 2012). Zároveň uvádějí, že v jejich studii se 108 pacienty s panickou poruchou se u 22 % z nich rozvinula bipolární afektivní porucha I, II. či cyklothymie.

Komorbidita panické poruchy s bipolární afektivní poruchou zvyšuje riziko těžších a delších depresivních epizod, suicidálního chování, bývá nižší úspěšnost v léčbě a nižší celková kvalita života. Důležitá je tedy pečlivá diagnostika, často předepisovaná léčba pro panickou poruchu antidepresivy není posléze vhodná, jelikož potencují manické příznaky (Perugi, 2012).

## **2.2 Suicidalita**

S panickou poruchou se úzce pojí i otázka suicidality, k níž se pokusíme nastínit některé souvislosti. Sebevražedné jednání označujeme za závažné oslabení sebezáchovného pudu. Dochází k pocitu ztráty smyslu života v důsledku působení subjektivně významné zátěže, kterou se nepodařilo zvládnout dostupnými adaptačními mechanismy (Vágnerová, 2014).

Odborná literatura udává celkově zvýšené riziko suicidality u osob s panickou poruchou (Huang et al., 2020; Lim et al., 2015; Nepon et al., 2010). Při přidružené depresivní symptomatice se celoživotní riziko sebevraždy pohybuje až okolo 20 %. Stoupá taktéž u osob konzumujících alkohol. Záleží i na tíži symptomů panické poruchy a poskytované sociální opoře (Huang et al., 2020). Zkušeností se suicidalitou disponují jedinci nejen při komorbidní depresivní poruše, ale i s přítomností symptomů jako je třes, strach ze ztráty kontroly či zešílení, bušení srdce, nevolnost, parestezie (Lim et al., 2015).

Suicidální pokusy často představují jakési volání po pomoci. Jedinci nevidí ze své situace východisko, protože uvědomění si, že pro jejich obtíže (mnohdy úporné) neexistuje vysvětlení fyzickými příčinami a netuší, zda, kdy a co jim pomůže, je velmi bolestné. Trpí anticipační úzkostí z dalších záchvatů, touží, aby vše ustalo (Praško et al., 2012).

## **2.3 Psychosociální dopady života s panickou poruchou**

Z dosavadního teoretického pojednání této práce je zřejmé, že se panická porucha frekventovaně stává poruchou s chronickým průběhem, který jedince v mnoha ohledech znevýhodňuje a celkově snižuje kvalitu jeho života.

### **2.3.1 Stigmatizace a sebestigmatizace**

Otázka vzájemně provázaných procesů stigmatizace a sebestigmatizace (self-stigma) se dotýká i pacientů s panickou poruchou, přestože se nejedná o tzv. závažné duševní onemocnění. Panické ataky se mohou projevovat velmi dramatickými tělesnými symptomy. Lze se tedy snadno domnívat, že se jedná o tělesné onemocnění,

což pacient i druzí lépe tolerují, navíc vzbuzuje soucit a ochranitelské tendence (Sigmundová & Šilhán., 2013).

Oproti tomu psychiatrická diagnóza je vnímána minimálně s rozpaky. Negativní postoj se objevuje nejen k psychiatrické diagnóze, ale i k psychiatrické léčbě jako takové. Detzel et al. (2015) shledávají, že rodina, v níž se u některého z jejích členů objeví psychiatrická diagnóza, se obává sociální degradace a vyloučení. Strach pacienta ze stigmatizujícího přístupu okolí a/nebo tlak rodiny může značně oddálit zahájení léčby (Sigmundová & Šilhán., 2013), hovoříme o tzv. snížené míře adherence v léčbě<sup>3</sup>. Její míru ovlivňuje řada aspektů (Chambless et al., 2017). Pacienti mívají zkreslené představy o terapii, obávají se stigmatizace, vedlejších účinků psychofarmak, někdy jej od terapie odrazuje i rodina (Cinculová et al., 2017). Psychiatrickou diagnózou a léčbou se pacient domnívá, že získává jakousi nálepkou duševně nemocného a druzí začnou pozorovat a analyzovat jeho chování, zaměřovat se na jakékoliv odchylky (a ve skutečnosti se, bohužel, může i odehrávat) (Ociskova et al., 2015). Stává se, že psychofarmaka rychle vysazují, aniž by se mohl projevit jejich pozitivní účinek (např. právě pro vedlejší účinky a pocit, že nezabírají) (Cinculová et al., 2017). Pro léčbu je podstatný pacientův náhled na psychické příčiny potíží a přesvědčení, že jsou léčitelné (Halaj et al., 2019). Pacientovi je důležité vysvětlovat pozitiva a negativa vyhýbavého a zabezpečovacího chování a života s panickou poruchou (Imai et al., 2016).

Pacienti zkouší existenci psychické poruchy popřít či potlačit. Často čekají, zda se stav nezlepší či by nebylo možné situaci vyřešit např. odpočinkem, dovolenou. Navíc se z obav ze stigmatizace snaží kontrolovat své chování a stahují se ze sociálních kontaktů, aby eventuální projevy poruchy na nich nebyly znatelné. Není výjimkou, že i před odborníkem minimalizují množství informací či je filtrují a upravují (Sigmundová & Šilhán., 2013).

Proces stigmatizace a sebestigmatizace lze ovlivnit tzv. destigmatizačními aktivitami. Např. osobnosti, které sdílejí své zkušenosti s panickou poruchou, mohou snížit stigma a self-stigma, zvýšit povědomí a obeznámenost. Důležité je taktéž působení skrze zdravotnickou osvětu, svépomocné skupiny. Osvětu v současné době

---

<sup>3</sup> Adherence v léčbě bývá vymezována jako míra, do níž pacient dodržuje lékařská doporučení (medikamentózní léčba, změna životního stylu...) (Vrablík, 2013).

realizuje např. iniciativa NA ROVINU, spolek ArsAnima především s dokumentárním cyklem Život za zdí, nezisková organizace Nevypust' duši.

### **2.3.2 Obecná rovina**

Výzkumné studie často referují o snížené kvalitě života osob s úzkostnými poruchami (Raphael & Paul, 2014), což je možno vztáhnout i na panickou poruchu, jelikož řada pacientů se potýká s trvalými příznaky zasahujícími do jejich každodenního života (Furukawa et al., 2006). Termín kvalita života není explicitně definován. Využijeme-li vyjádření Světové zdravotnické organizace, kvalitou života se rozumí subjektivní vnímání své pozice v životě s ohledem na kulturní a hodnotový systém místa, v němž žije (WHOQOL, 1995). K hodnocení kvality života jako celku se v oblasti psychologie užívá i termín well-being (v českém překladu „osobní pohoda“). Well-being je chápán jako dlouhodobý emoční stav jedince, který vyjadřuje spokojenost s vlastním životem (Šolcová & Kebza, 2004).

Kvalitu well-being v kontextu panické poruchy zkoumali škálováním položek ve starším výzkumu Rubin et al. (2000). Pacienti s panickou poruchou průměrně ztratili 39 dnů života ročně, čímž se kvalita jejich života podobá pacientům s diabetem tzv. II. typu.

Cramer et al. (2005) realizovali v norském prostředí na rozsáhlém vzorku 2065 respondentů ve věku 18-65 let studii zabývající se kvalitou života u osob s diagnostikovanou úzkostnou poruchou. Analyzovali data ze strukturovaných rozhovorů zaměřených na subjektivně vnímaný well-being, seberealizaci, mezilidské vztahy a negativní životní události. Pozornost věnovali zvláště oblasti mezilidských vztahů, jež považují za stěžejní pro adekvátní fungování pacienta a jeho znovuzачlenění do aktivního života. Konkrétně panická porucha celkově vykazuje nižší kvalitu života a vyšší míru negativních životních událostí.

V českém prostředí Kolek et al. (2020) provedli systematické review 182 odborných článků z let 2000-2020 pojednávajících o potřebách pacientů s panickou poruchou (popř. v kombinaci s agorafobií), které nějakým způsobem zasahují do jejich života. Z review vzešly 4 skupiny potřeb: (1) potřeby spojené se symptomy, (2) potřeby spojené s léčbou, (3) potřeby spojené s kvalitou života, (4) potřeby spojené s rodinou,

(5) potřeby spojené se sebestigmatizací. Identifikací těchto okruhů a jejich detailnějším rozbořením se autoři snaží poskytnout širší pochopení života osob s panickou poruchou.

Zmapovat význam životní zkušenosti osob s panickou poruchou se pokusila Lundin (2020). Zaměřila se na on-line fóra zabývající se panickou poruchou. On-line fóra poskytují možnost analyzovat vyprávění o citlivých tématech z pacientova pohledu, zde na podkladě neformální diskuze. Z postů těchto 4 fór z let 2003-2019 vyvstaly celkem 4 okruhy témat:

1. ztráta kontroly v životě – Panické ataky popisují jako děsivé, vykreslují katastrofické interpretace tělesných pocitů, obavy z další ataky, opakovaně uvažují o katastrofických zkušenostech z předchozích atak, což ve výsledku celkově snižuje kvalitu jejich života.
2. posilování svobody v životě na podkladě vyhýbání se spouštěčům paniky – Respondenti popisují začarovaný kruh obav o budoucích panických záchvatech, který omezuje každodenní aktivity.
3. Zranitelnost při čelení přechodným požadavkům – Nástup panických atak někteří spojují s konfliktem spojeným s otázkou nezávislosti, přechodu k dospělému životu. Spojují své panické ataky s pozadím aktuálních životních událostí.
4. Senzitivita ke ztrátě a odloučení v životě – Někteří spojují nástup panických atak se ztrátou milované osoby z důvodu separace či úmrtí, kdy dochází ke ztrátě důležitého zdroje podpory a bezpečí v životě.

Vopálková (2022) se ve své diplomové práci pokusila nastínit zkušenost lidí s panickou poruchou v průběhu panické ataky. Z výsledků kvalitativně orientovaného výzkumu je patrné, že prospěšně vnímají přítomnost druhé (blízké) osoby, řízené dýchání, fyzickou aktivitu, smyslové vnímání, multimédia a „promlouvání“ k atace.

Pro zajímavost předkládáme i studii Wodgate et al. (2021). Mapovali životní zkušenost mladistvých s úzkostnými poruchami (včetně respondentů s panickou poruchou) za využití hloubkových rozhovorů a umění. Mladiství zkušenost celkově připodobňují k nestvůře, která vyvolává pocity strachu, ztráty, bolesti, ale na druhé straně i naději.

Již v předchozích kapitolách bylo popisováno, že přidružená depresivní

symptomatika prohlubuje snížení kvality života. Akshatha (2019) sebesposuzovacím dotazníkem zkoumal souvislost kvality života u osob s panickou poruchou v komorbiditě s depresivní poruchou. O průměrné kvalitě referovalo 40 % pacientů, o chudé kvalitě poté 36, 66 % z výzkumného vzorku. Chudší kvalitu života uváděli pacienti s těžším průběhem panické poruchy.

I komorbidita panické poruchy s agorafobií dále snižuje celkovou kvalitu života pacientů. Zejména jedinci, u nichž se zároveň rozvinula agorafobie, ve značné míře omezují veškeré aktivity. Chtějí minimalizovat rozvoj dalšího záchvatu a vyhnout se nepříjemným symptomům. Vyhýbají se tak (i potencionálně) zátěžovým situacím, upevňují si pocit bezmoci v těchto situacích a kvalita jejich života dále klesá. V krajním případě poté nejsou schopni opustit domov (Šilhán et al., 2012).

### **2.3.3 Vztahová oblast**

Chování člověka s panickou poruchou se pro druhé může jevit nápadným, nepochopitelným a nepříjemným. Vlivem nepochopení blízké osoby někdy apelují na ovládnutí se jedince, vzchopení se apod. Těmto požadavkům jedinec nedokáže dostát, což celkově ještě ztěžuje situaci. Členové rodiny se i pokouší podřídit se patologickým potřebám nemocného (setrvávají stále v jeho blízkosti, doprovází jej na různá místa, zařizují pochůzky za pacienta...), aby v dobré víře minimalizovali projevy úzkosti a zpětně tak posilují fixaci poruchy. Z dlouhodobého hlediska blízkým osobám tento přístup přináší zátěž, mohou se objevit negativní pocity vůči nemocnému včetně vzteku, odmítání. Tyto pocity někdy i odčिňují pokračováním v podřizování se potřebám nemocného (Vágnerová, 2014).

Pacienti s panickou poruchou ve větší míře používají maladaptivní copingové strategie, které poté brání adekvátní reakci a podporují zvýšenou citlivost k úzkosti, vyhýbavému a zabezpečovacímu chování. Zejména při komorbiditě s agorafobií dokáže pacient svůj i rodinný život značně přizpůsobit poruše. Vyhýbavé chování bývá považováno za deficit v odvaze překonávat překážky, za jakousi slabost, což u pacienta posiluje přesvědčení, že stav nelze změnit a je zbytečné podstupovat léčbu (Holubova et al., 2019).

Borgo et al. (2017) předkládají, že lidé s panickou poruchou s agorafobií

potřebují nadměrně kontrolovat vztahy, jež jsou posléze poznamenány napětím. Tito lidé mohou vyjadřovat nadměrný souhlasný postoj s partnerem, kterého vnímají jako symbol bezpečí, což se může projevit ve snížení schopnosti vyjadřovat ostatní potřeby, a tak i v případě nesouhlasu se podřídí. Celkově poté vzniká ambivalentnost. Jedinec s panickou poruchou je závislý, v podřízeném postavení a pociťuje vůči partnerovi averzi. Sami ale být nedokáží. Při agorafobii často vyvstávají konflikty. Omezení cestování, nemožnost navštěvovat divadla, kina, koncerty, realizovat nákupy může limitovat celou rodinu. Suresky et al. (2014) doplňují, že situaci mohou komplikovat jedincovy pocity viny, depresivní ladění, zneužívání léků, sociální stigma. Právě strach ze sociálního stigma vede k utajování diagnózy celou rodinou.

Fanfrdlová (2011) se soustředila na partnerský život žen s panickou poruchou. Výzkumný vzorek tvořilo 8 heterosexuálních párů, u nichž realizovala polostrukturované interview. Posléze za použití obsahové analýzy se pokusila, mimo jiné, nalézt pozitivní a negativní vlivy na partnerský vztah. Ženy mezi pozitiva řadily větší zájem ze strany partnera a více společně stráveného času. Muži pozitivně vnímali pocit potřebnosti, častější přítomnost partnerky v domácím prostředí a rovněž vyšší míru společně stráveného času. Za negativa ženy považovaly vyžadování neustálé přítomnosti partnera, potřeba ubezpečování o partnerově lásce strach z rozchodu/rozvodu, bránění partnerovi v realizaci jeho zájmových aktivit, ale taky obavy z mateřství či strach z neschopnosti se o děti dále starat. Muži negativně popisovali, že partnerka nechce být sama v domácím prostředí, věnuje pozornost pouze sobě a není schopna se zaměřit na jiné problémy. Kritizovali nedostatek empatického vnímání vůči partnerovi, nechť chodit do společnosti a rovněž partnerčinu nechť k sexuálním aktivitám.

#### **2.3.4 Pracovní oblast**

Zaměstnání představuje pro jedince jakýsi subjektivní pocit vlastní síly, podporuje integraci do sociální skupiny, nezávislost, formuje identitu a sebevědomí (Linhorst, 2006). Lze se domnívat, že se lidé s panickou poruchou (a zejména s přidruženou agorafobickou symptomatikou), zejména v důsledku častých návštěv odborných lékařských zařízení, rozsáhlého zabezpečovacího a vyhýbavého chování, potýkají s obtížemi v pracovní oblasti.



Fidry et al. (2019) zmiňují těžkosti při hledání zaměstnání, ekonomické problémy, ale třeba i při docházce do školy. Chou (2010) uvádí, že u osob s panickou poruchou kromě zvýšeného využívání zdravotních a sociálních služeb nalézáme značné zatížení v ekonomické oblasti. V rámci pracovního procesu častěji absentují, celkově jsou méně výkonní a taktéž bývají i častěji nezaměstnaní. Podobně Batelaan et al. (2010) upozorňují na snížení pracovní schopnosti zejména při chronickém průběhu poruchy. Důsledkem obtíží stoupá riziko finanční závislosti (Carpaniello et al., 2002).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## **3. Výzkumný problém, výzkumné cíle a výzkumné otázky**

### **3.1 Výzkumný problém**

Panická porucha patří mezi frekventované úzkostné poruchy s možností komorbidity s dalšími psychickými poruchami. Zejména při dlouholetém a chronickém průběhu zásadně zasahuje do života daného jedince. Zkušenost s masivní, zahlcující úzkostí s řadou tělesných a psychických symptomů negativně ovlivňuje každodenní prožívání a fungování v osobní, vztahové, pracovní i sociální rovině.

Panické poruše se věnuje mnoho odborných zahraničních i domácích zdrojů. Výzkumné studie se často věnují jejím dopadům do různých oblastí života, nicméně bývají realizovány prostřednictvím kvantitativního designu s využitím dotazníků a škál. S kvalitativními výzkumnými šetřeními zaměřenými na zkušenost osob s touto poruchou se setkáváme ve výrazně menší míře.

Kvantifikace úzkosti a jejích různorodých aspektů je velmi užitečná. Na druhou stranu nedokáže ze své podstaty v celé šíři postihnout žitou zkušenost osoby s psychickým onemocněním (Haroz et al., 2017). Obdobně i Chambers et. al. (2015) vyzdvihují význam pacientovy jedinečné zkušenosti s dlouhodobou duševní poruchou. Poukazují na potřebu zkoumat ji a učit se z ní. Douglass & Carles (2018) doplňují, že kvalitativní výzkum poskytuje v tomto ohledu nesporné výhody. V rámci naší bakalářské práce (Šukalová, 2019) jsme právě u jedinců s úzkostnými poruchami zachytili potřebu vyprávět o své životní zkušenosti.

### **3.2 Výzkumný cíl**

Výzkumný cíl této práce spočívá ve zmapování životní zkušenosti osob s panickou poruchou a definování aspektů panické poruchy ve výpovědích participantů.

### **3.3 Výzkumné otázky**

K naplnění výzkumného cíle byly formulovány následující výzkumné otázky:

*Výzkumná otázka č. 1:* Existují u respondentů subjektivní odlišnosti v popisu průběhu panické ataky?

*Výzkumná otázka č. 2:* Jaké dopady s sebou panická porucha přináší do každodenního fungování respondentů?

*Výzkumná otázka č. 3:* Jakým způsobem respondenti své potíže zvládají?

*Výzkumná otázka č. 4:* Jakou roli představuje v životě respondentů panická porucha?

*Výzkumná otázka č. 5:* Objevují se ve výpovědích respondentů společné aspekty panické poruchy?

## **4. Metodologický rámec výzkumu**

### **4.1 Typ výzkumu**

K realizaci výzkumné části diplomové práce jsme použili kvalitativní metodologii. Kvalitativní přístup poskytuje příležitost zkoumat dané fenomény do hloubky a získat o nich maximální množství informací (Švaříček & Šed'ová, 2007), které kvantitativní metodologie nedokázala postihnout (Hendl, 2006) (přidej do seznamu literatury).

Výzkum realizovaný tímto způsobem umožňuje rozkrýt a formulovat pochopení prožívání sociální reality jeho účastníky (Švaříček & Šed'ová, 2007). Je jedinečný a neopakovatelný, a proto lze zkoumat i fenomény, u nichž se objevuje výrazná míra individuálního vnímání. Zároveň se vždy jedná o dynamicky měnící se proces, jenž se odehrává v určitém kontextu. Výzkumník do vzájemného setkání během výzkumného šetření vnáší vždy svou osobnost a předchozí zkušenosti. V procesu se ocitá v pozici aktivního spoluvůrce, proces na něj posléze zpětně působí. Kvalitativní přístup se vyznačuje nízkou mírou strukturovanosti a vysokým stupněm pružnosti. Teprve během výzkumného šetření vyvstává důležitost proměnných a jejich vzájemné souvislosti (Miovský, 2006). Jednotlivé etapy kvalitativního výzkumu se vzájemně prolínají, probíhají souběžně a výzkumník se k těmto etapám opakovaně navrácí, aby dokázal přinést podrobnější poznatky (Švaříček & Šed'ová, 2007).

### **4.2 Výzkumný soubor**

Pro vytvoření výzkumného souboru jsme zvolili nepravděpodobnostní metody výběru, konkrétně samovýběr.

Na počátku proběhla identifikace denních stacionářů na území ČR, v nichž lze předpokládat, že se léčí pacienti s panickou poruchou. Dále taktéž mapování stránek sociální sítě Facebook zabývajících se úzkostnou symptomatikou, panickou poruchou, agorafobií, ve kterých by mohli být jedinci s panickou poruchou.

Pro účely našeho výzkumného projektu jsme sestavili písemný inzerát ve formě

letáku s výzvou k účasti. Inzerát obsahoval stručné představení projektu, kritéria výběru, formu setkání a kontaktní emailovou adresu výzkumníka, popř. možnost kontaktu přes Messenger platformy Facebook (viz Příloha č. 2).

Pro účast ve výzkumném šetření jsme stanovili tato základní kritéria:

- věk 18 a více let
- lékařem diagnostikovaná panická porucha
- V případě denních stacionářů jsme elektronickou e-mailovou komunikací oslovili odpovědné pracovníky s prosbou, zda by umožnili ve svém zařízení zveřejnit naši písemnou výzvu, v příloze jim byl zaslán výše zmíněný inzerát. Denním stacionářům v dojezdové vzdálenosti výzkumníka bylo nabídnuto i osobní setkání a detailnější přiblížení výzkumného projektu vedoucím stacionáře a pacientům. V období říjen-prosinec 2022 byly osloveny stacionáře v zařízeních:
  - NUDZ Praha, ESET Praha, VFN Horní Palata Praha, Fakultní nemocnice Ostrava, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychosomatická klinika Praha, Psychiatrická klinika Plzeň, Denní stacionář České Budějovice, Denní stacionář Karlov Praha

Na e-mail reagovala souhlasným stanoviskem, že výzvu v zařízení zveřejní či přímo předají pacientům s panickou poruchou, celkem 2 zařízení.

- Inzerát jsme taktéž uveřejnili na facebookových stránkách těchto skupin:
  - Psychické problémy, úzkosti, deprese a jiné..., Panická porucha, panická ataka – nejste v tom sami, Psychosomatika a panická porucha, tetanie, agorafobie, Nejsi sám – Úzkost, panika, deprese, sociální fobie, PPP, Panická porucha PP, deprese a další..., Jdeme do toho – překonání úzkostí, PP..., Vezměte Si Život Zpět, Psychické problémy, úzkosti, deprese, AGORAFOBIE a jiné (rady k nezaplacení), Panická porucha alias F41.0, Panická porucha/OCD/AGORAFOBIE/DEPRESE A JINÉ, Život za zdí (inzerát zveřejněn správcem skupiny na základě elektronické komunikace)

Z oslovených zařízení se do výzkumného šetření nepřihlásil žádný z respondentů. Potencionální respondenti z facebookových skupin se ozývali do

komentářů pod inzerátem, do soukromých zpráv Messengeru výzkumníka a na uvedenou e-mailovou adresu výzkumníka. S respondenty, kteří projeví zájem o účast, jsme navázali elektronickou komunikaci za účelem dohody podrobností rozhovoru. Řada jedinců iniciovala první kontakt, nicméně posléze na odpověď výzkumníka nereagovala či se po počáteční komunikaci odmlčela. Celkem se podařilo navázat komunikaci a domluvit konkrétní datum a čas on-line setkání se 12 respondenty, se kterými se následně uskutečnilo on-line setkání s rozhovorem. Z těchto 12 rozhovorů jsme 4 vyřadili – 1 rozhovor vykazoval značnou nekoherentnost, 1 rozhovor byl realizován s respondentem, který se s panickou poruchou potýkal v minulosti a nyní již potíže nepociťoval, 2 rozhovory prokázaly u respondentů existenci jiné psychické poruchy a panická porucha u nich nebyla přítomna.

Výzkumný soubor tvoří celkem 8 respondentů. Věk účastníků se pohybuje mezi 23-57 lety, průměrný věk činí 38,63 let. Středoškolské vzdělání s maturitou má 6 respondentů, vzdělání vyučen poté 2 respondenti. Respondenti uváděli délku zkušenosti s diagnózou panické poruchy od 2 do 20 let, průměrně 11,25 let. Mezi udávanými přidruženými poruchami se objevila u 3 respondentů depresivní porucha, u 1 respondenta agorafobie. Zaměstnání jsou 2 respondenti, 2 respondenti se nacházejí v pracovní neschopnosti, 1 respondent je osobou pečující, 1 respondent na mateřské dovolené a 2 nezaměstnaní. V partnerském vztahu žije 5 respondentů, 1 respondent je v partnerském vztahu bez společného soužití, 2 respondenti aktuálně partnerský vztah nemají. Všech 8 účastníků má zkušenost s léčbou psychofarmaky, 7 z nich aktuálně užívá medikaci antidepresivy (podrobněji viz Tabulka č. 1).

Tabulka č 1: Přehled osobních a demografických údajů o jednotlivých respondentech

<b>Pseudonym</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Trvání</b>	<b>Další porucha</b>	<b>Zaměstnání</b>	<b>Partner</b>	<b>Zkušenost s léčbou</b>
<b>Josef</b>	57	SŠ	20 let	Deprese	Ano	ano, trvalé soužití ne	farmaka psychoterapie alternativy
<b>Veronika</b>	23	SŠ	2 roky	Agorafobie	ne	Ano	hospitalizace stacionář farmaka psychoterapie
<b>Aleš</b>	43	SŠ	6 let	-	péče blízká osoba	Ne	farmaka psychoterapie
<b>Marie</b>	43	Vyučena	13 let	deprese	pracovní neschopnost	Ano	farmaka psychoterapie
<b>David</b>	40	Vyučen	17 let	-	pracovní neschopnost	Ano	farmaka
<b>Luboš</b>	39	SŠ	8 let	-	Ano	Ano	farmaka psychoterapie
<b>Dana</b>	39	SŠ	20 let	-	Ne	Ne	hospitalizace stacionář farmaka psychoterapie
<b>Martina</b>	25	SŠ	4 roky	depresivní porucha	rodičovská dovolená	Ano	farmaka psychoterapie

### 4.3 Metody získávání a tvorby dat

K získávání a tvorbě dat jsme využili metodu polostrukturovaného (semistrukturovaného) interview.

Podle Miovského (2006) semistrukturované interview v rámci kvalitativního výzkumu charakterizuje minimální okruh otázek, jež je třeba realizovat, tzv. jádro rozhovoru. S ohledem na cíl výzkumu a výzkumné otázky výzkumník sestaví seznam těchto otázek. Následnými inquiry v podobě doplňujících otázek výzkumník získává o zkoumaných jevech podrobnější informace a může je dále hlouběji rozpracovávat.

Výzkumník je v interview aktivním spolutvůrcem a je tedy pro něj z podstaty



nemožné zachovat si neutrální pozici (Švaříček & Šed'ová, 2017). Miovský (2006) označuje schopnost autenticity výzkumníka a navázání kvalitního kontaktu s respondentem za zásadní podmínku interview.

Otázky semistrukturovaného interview jsme tvořili s ohledem na již zmíněné výzkumné otázky mapující životní zkušenost osob s panickou poruchou. Rozhovor jsme doplnili o závěrečnou otázku, zda by chtěli cokoliv doplnit, či vzkázat druhým.

Rozhovory se uskutečnily od října 2022 do ledna 2023. Všechny rozhovory proběhly na některé z on-line platforem, se souhlasem respondentů byly zaznamenávány na nahrávací zařízení a trvaly od 43 minut do 1 hodiny 33 minut.

## **4.4 Metody zpracování a analýzy dat**

V našem kvalitativním výzkumu jsme pro zpracování a analýzu získaných dat zvolili interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA). Podstata této metody spočívá ve snaze ozřejmit zkoumaný fenomén prostřednictvím zachycení jedinečné zkušenosti účastníka výzkumu s tímto fenoménem. Poskytuje možnost podrobného zkoumání a popisu u respondenta v plné hloubce. Zvláště, pokud se výzkumné šetření provádí u méně obvyklé skupiny osob, představuje interpretativní fenomenologická analýza vhodný nástroj (Smith et al., 2009). Celkově je založena na 3 vzájemně propojených pilířích – fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu. Interpretace dat tak umožňuje porozumění zkoumanému jevu (Řiháček et al., 2013).

Každý zaznamenaný rozhovor jsme doslovně přepsali do počítačového textového editoru Word. Veškerá data jsme z důvodu ochrany osobních dat anonymizovali a účastníky jsme pro účely výzkumného šetření označili náhodnými fiktivními křestními jmény. V této fázi jsme i data, jež se jevila nadbytečná, ponechali. Důvodem byla snaha zachovat maximální míru autenticity.

Posléze jsme opakovaně pečlivě pročítali přepsané rozhovory. Metodou tužka-papír jsme zvýrazňovali důležitá sdělení a po okrajích zapisovali poznámky. Znovupročítáním textu jsme si na druhý okraj textu poznamenávali vznikající témata, následně je propracovávali a přenesli do počítačového textového dokumentu. Ukázka postupu je v Příloze č. 4. Předpřipravená témata každého rozhovoru jsme vytiskli, rozlišili barevnými popisovači a rozstříhali na jednotlivé části.

Vynořující se témata jsme propojovali a nalézali vzájemné souvislosti. Z provedené analýzy vzešel seznam témat a podtémat.

## **4.5 Etické aspekty výzkumu**

Respondenty jsme seznámili s detailnějším účelem a průběhem polostrukturovaných rozhovorů již v průběhu elektronické komunikace a dále na počátku samotného rozhovoru. Neopomenuli jsme sdělit, že účast ve výzkumném šetření je dobrovolného charakteru, bezplatná a lze ji v průběhu rozhovoru ukončit. Zdůraznili jsme zachování zásady mlčenlivosti o získaných údajích osobní povahy.

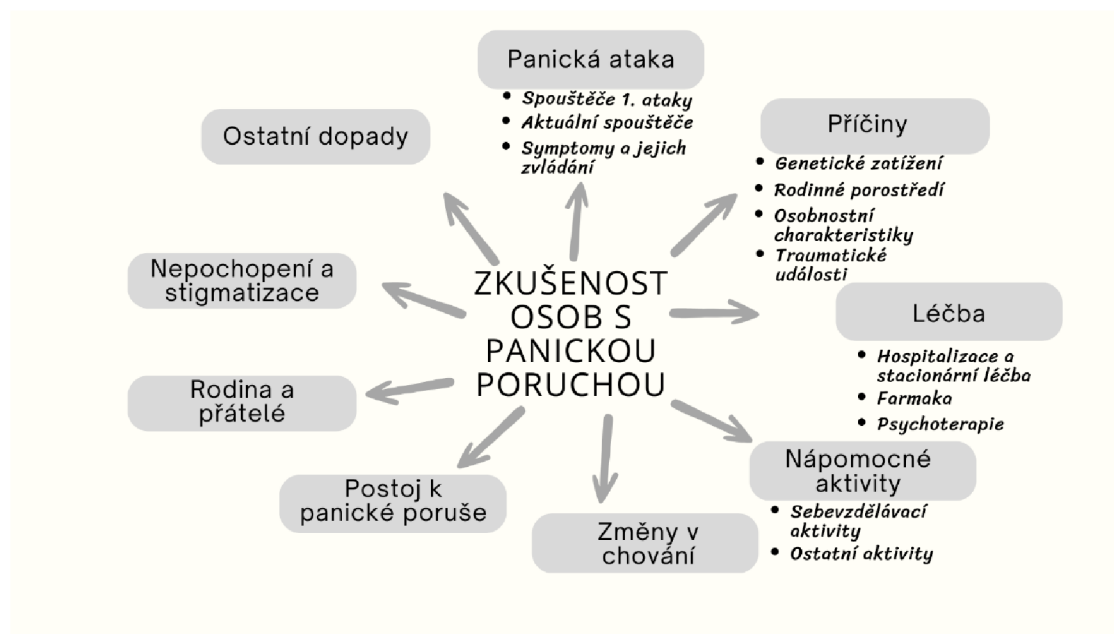
Všichni respondenti vyjádřili svůj souhlas s uskutečněním rozhovorů a jejich nahráváním na zvukové zařízení. Někteří z respondentů využili možnosti rozhovoru pouze s mikrofonem a kamera zůstala vypnutá. Pokud v těchto případech respondent vyjádřil přání, aby výzkumník povolil své zveřejnění skrze kameru, bylo mu vyhověno. S respondenty, kteří se více dotazovali na výzkumný projekt, jsme podrobněji komunikovali náš záměr.

Respondenti v našem výzkumu vystupují pod pseudonymy. Veškerá další data jako místo bydliště, pracoviště apod., která by mohla potencionálně vést k jejich identifikaci, jsme nahradili zkratkou XY. Rozhovory byly velmi otevřené, mnohdy s citlivými údaji, proto z důvodu zajištění anonymity respondentů není transkripce žádného z nich v příloze zveřejněna.

## 5. Výsledky

Z analýzy semistrukturovaných interview vyvstalo celkem 9 hlavních témat mapujících životní zkušenost osob s panickou poruchou. Těmito tématy jsou **(1) panická ataka**, **(2) příčiny panické poruchy**, **(3) léčba**, **(4) nápomocné aktivity**, **(5) změny v chování**, **(6) postoj k panické poruše**, **(7) rodina a přátelé**, **(8) nepochopení a stigmatizace** (viz Obrázek 1). Jednotlivá hlavní témata dále detailněji analyzujeme, identifikujeme jejich podtémata a obohacujeme o ukázky sdělení respondentů. Posledním vynořeným tématem je za **(9) ostatní dopady**.

**Obrázek 1:** Hlavní témata a podtémata vynořená z analýzy



## 5.1 Panická ataka

Téma panického záchvatu se výrazně objevuje ve všech rozhovorech. Negativně je vnímán pocit jeho nekontrolovatelnosti: „*Opouštím vlastně tu racionální rovinu a dostávám se do emocí. Ale do emocí, který nejsem schopen kontrolovat. V tu chvíli mám pocit, že si to chce se mnou dělat, co chce*“ (Josef). Obdobně Dana vnímá velmi nepříjemně pocit ztráty kontroly nad sebou při panickém záchvatu: „*...já potřebuju ovládat tu situaci, v té situaci vlastní tělo.*“ Označují panický záchvat za zásadní životní prožitek, když říkají, že „*...to je takovej silnej zážitek, že to se prostě zařizne do paměti...*“, „*...sakra hluboko*“ (David). „*...taková silná událost*“ (Luboš).

Z tohoto tématu se vynořila tři podtémata, konkrétně *spouštěče 1. panické ataky, aktuální spouštěče a symptomy.*

### 5.1.1 Spouštěče 1. panické ataky

Spouštěčem prvního panického záchvatu, tedy tzv. precipitujícími faktory se u většiny respondentů staly zátěžové okolnosti a jakési jejich postupné nabalování. Menší část respondentů hovoří o zvládnání nároků spojených se studiem na střední škole, které sice úspěšně dokončili, ale za cenu propuknutí obtíží: „*...se vlastně poprvé projevila těsně po maturitě...*“, „*Vlastně to byl tak velkej stres, že se spustila*“ (Dana), nebo v rámci vysokoškolského studia, kdy se jim jej nepodařilo absolvovat, těsně před státnicemi jej ukončili a již se znovu o jeho realizaci nepokoušeli: „*Ale tu školu jsem, bohužel, nedodělala, protože ten psychický stav to jako úplně neumožňoval...*“ (Martina). Veronika udává první záchvat taktéž v době vysokoškolského studia, nicméně zmiňuje i náročnost období koronavirových opatření, on-line výuku a samotné onemocnění covid-19: „*...víceméně od covidu, studovala jsem vysokou školu, kdy nám zavřely školy, kdy byla on-line výuka. Když jsem dostala covid, tak jsem dostala první ataku.*“

Zřejmá je souvislost s prožitými traumatickými okolnostmi či jinak náročnými okolnostmi. Těžkou situaci se jim podařilo ustát, avšak za různě dlouhou dobu je náhle přepadla panická ataka, kterou si nedokázali propojit se spouštěcím faktorem. Josefa přepadla nevolnost při koupání v hloubce, kdy se málem utopil a za několik následujících dní se setkal s prvním panickým záchvatem: „*...když jsem šel do práce*

*a najednou se mi událo hrozně blbě.*“ Podobně Marie první ataku zažila, když s manželem řešili odhalenou šikanu syna na středním odborném učilišti, protože jej spolužáci chtěli vyhodit z několikapatrové budovy oknem: „...*já jsem to psychicky nedávala, protože jsem o něho měla strach.*“, ale zároveň podotýká, že se její potíže zhoršily po prodělaném onemocnění Covid-19. David naopak hovoří o únavě a celkovém vyčerpání, jelikož celou noc nespal. Za spouštěč 1. ataky považuje celkový předchozí životní styl s večírky, alkoholem a jako jediný uvažuje v tomto kontextu o negativních účincích kouření marihuany.

### **5.1.2 Aktuální spouštěče panické ataky**

K vyvolání panického záchvatu přispívá řada faktorů. Respondenti nastiňují propojení se situací, v níž se ataka objevila poprvé či opakovaně a nyní se již dopředu obávají, že se v ní opět objeví: „...*protože se mi párkrát stalo, že jsem v autobuse omdlela, takže si to ten mozek spojuje už navěky*“ (Dana). „*Nejvíce se mi to prostě pořád vrací v tom řízení, nebo když jedu v autě*“ (David).

Většinou se však jedná o kombinaci faktorů jako je koncentrace většího množství lidí, jízda dopravními prostředky, teplo a teplé počasí, popř. opuštění známého prostředí. Veronika vypráví o náročnosti opuštění domácího prostředí, jelikož jí svět venku připadá ohrožující, některé aktivity nedělali několik let: „...*na veřejnosti, třeba v obchodě nebo v stacionáři, tak ta myšlenka, že nejsem doma, už je to prostě špatný...*“, „*I dopravní prostředky, vlakem jsem nejela asi čtyři, pět let.*“ Rovněž Marie považuje domov za bezpečné místo a ataky se jí v něm nespouští nebo je v počátcích dokáže zastavit: „*Mně se to nestane vůbec doma nebo třeba jenom v takové míře, že jdu si chvíli sednout, a je to dobrý.*“ „...*Ataky spouští vlastně horko a dopravní prostředky v kombinaci...*“ (Dana), „...*že tam bylo obrovské množství lidí*“ (Martina).

### **5.1.3 Symptomy a jejich zvládnutí**

Všichni respondenti vykreslují řadu symptomů panického záchvatu, které se v průběhu let také proměňují. Příznaky jsou zejména fyzického charakteru, často vnímají pocity horka, třes, bušení srdce, dýchací obtíže, nevolnost a slabost: „...*u mě to začíná návaly horka, mám pocit, že mi hoří celý tělo a v ten moment potřebuju akutně na toaletu*“ (Veronika), „*Takže bušení srdce, motání hlavy, doblblost*“ (Aleš), „*když tu*

*panickou ataku mám, nemůžu zničehonic dýchat, jo a prostě je mně hrozně slabo. Já se začnu hrozně třepat“ (Marie), „Většinou to bylo klepání, pak jsem třeba rychle dýchala, byla jsem roztěkaná...“, jakože obrovské strach, není mi dobře od žaludku. Pocity na omdlení taky, ale není to už tak úplně častý. Ale ten převládající pocit vedra...“ A samozřejmě bušící srdce...“ (Dana).*

U účastníků výzkumu nacházíme při panické atace i strach ze závažného onemocnění, smrti a ze zešílení. Tyto pocity bývají zahlcují a nesnesitelné: *„První, co mě napadlo, infarkty, mrtvice a tak“ (Aleš), „...prostě si člověk myslí, že umře“ (Marie), „...Já tomu říkám, že v tu chvíli člověk prožívá smrt, teďka umírám“ (David), „A mám pocit, že se zblázním, že zešílím“ (Veronika).*

Počet panických atak i doba jejich trvání se různí, o její konkrétní délce se zmiňuje např. Martina, která si myslí *„...že to bylo určitě kolem čtvrt hodiny.“* Ataka přichází zcela nečekaně, někdy i v nočních hodinách: *„Většinou to přišlo zničehonic a hlavně v noci“ (Veronika).* Panický záchvat tolerují však lépe než dlouhotrvající úzkostné prožitky podprahové intenzity: *„...to bych bral raději než to, co je teď, jsou to celodenní úzkosti... člověk se celý den sleduje“ (Aleš).*

Příznaky je samotné nebo okolí velmi vyděsily. Byla přivolána rychlá záchranná služba a absolvovali odborná vyšetření, nebo panický záchvat zvládli vlastními silami a lékařská vyšetření podstoupili v brzké době. Tato vyšetření neodhalila somatickou příčinu obtíží. Střídají se období, kdy panické ataky a s tím související např. anticipační úzkost, doprovodné vyhýbavé chování přicházejí velmi často s obdobími klidovými. Klidová období jsou poměrně dlouhá a respondenti se domnívají, že se jim podařilo poruchu plně zvládnout. O to více jsou zaskočení, když se potíže opětovně objeví: *„...byl i třeba rok, že jsem si myslel, že už absolutně tadyty problémy nemám...“ (David).*

Při panickém záchvatu respondenti udávají únik ze situace, užití benzodiazepinů, přítomnost blízké osoby. Popisují i snahu přesunout pozornost k jiné činnosti, aby se odklonili od soustředění se na sebe samého a probíhající tělesné pochody (např. povídání si o nezatěžujících tématech, telefonování, aplikace Nepanikař. Někteří ataku zkouší aktivně překonat sportovní činností: *„...pohybem to spálit, ty hormony, ty stavy...“ (Aleš).*

## 5.2 Příčiny

Po příčinách propuknutí poruchy pátrají všichni zúčastnění, mnohdy s podporou psychiatra či terapeuta a dostupných populárně naučných pramenů. Hledání bývá dlouhodobé, příčiny se vzájemně prolínají a není jasné, která z nich je dominantní. Z analýzy vyplývá, že za potížemi podle respondentů stojí *genetické zatížení, rodinné prostředí, traumatické události a osobnostní charakteristiky*.

### 5.2.1 Genetické zatížení

Frekventovaně se objevují symptomy úzkostně depresivního charakteru již u rodičů či sourozenců, někdy prarodičů a členů širší rodiny. Případnou souvislost s jejich poruchou si respondenti uvědomují poté, když se o problematiku panické poruchy začali aktivně zajímat: „*Trpěl tím můj bratr, trpěl tím můj otec. Myslím, že tím trpí nebo trpěla i moje babička, takže z té větve*“ (Aleš). Jak naznačuje 1 respondentka, v širší rodině se objevují taktéž psychické potíže závažnějšího charakteru: „*Z maminčiny strany oba dva bratraci... a oběsil se... a ten druhý se úplně zbláznil*“ (Marie), „*...moje rodina má tendenci k tomu bejt úzkostná...*“ (Martina).

### 5.2.2 Rodinné prostředí

Ve výpovědích převažují zmínky o narušeném rodinném prostředí v období raného dětství či adolescence. Respondenti je považují je za jednu z příčin pozdějšího rozvoje panické poruchy. Vztahy mezi rodiči byly komplikované, zatížené fyzickým násilím na matce či dítěti, alkoholismem či rozvodem, navíc i rodiče si z původní rodiny s sebou nesli určitou zátěž: „*Otec mě fyzicky trestal, když byl pod vlivem alkoholu.*“, „*...co si vlastně otec i matka přinesli za svou vlastní zátěž ze svých rodin*“ (Josef). Možná právě z těchto důvodů pocítují, že se jim od rodičů nedostávalo pro dítě tolik důležitého pocitu bezpečí, jisté vazby a podpory: „*...všechno bylo takové nejisté, a chaotické, špatně jsem to snášel*“ (Luboš), „*...vnitřní zranění, možná snad největší, je pocit opuštění*“ (Josef).

Naopak u 2 respondentů nalzáme i jasně vyjádřený názor, že jejich potíže s rodinným prostředím nikterak nesouvisí: „*Neřekla bych, že to pramení už od útlého věku*“ (Veronika). Vzápětí je z výpovědi ale zřejmé, že v rodinném prostředí přeci jen

nastaly významné události: „*Já si nemyslím, že vliv prostředí. Tak jako nemáme tatínka, ale to nemá spousta lidí*“ (David).

### 5.2.3 Osobnostní charakteristiky

Jistou míru úzkostnosti u sebe respondenti shledávají již od dětského věku. Úzkostnost se projevovala vyšší mírou ostražitosti vůči okolnímu dění, neustálým přemítáním a tendencí obávat se potencionálního nebezpečí: „*Od dětství jsem se bála dopředu...*“ (Marie), „*jako malý dítě jsem byl vnímavější dítě.*“ (David), „*...když jsem byl dítě, tam jsem byl ze všeho takový vystrašený*“ (Luboš). Potřebovali mít pocit kontroly nad situací a hůře tolerovali změny.

Převážná část respondentů také inklinovala k nadměrné péči o druhé osoby, zatímco naplnění svých potřeb zanedbávali jako např. Aleš, když uvádí, že „*...sám sebe opomíjel, hlavně aby druzí...*“ shodně s Lubošem: „*měl jsem stále potřebu někoho ochraňovat, ale na sebe jsem zapomněl.*“ Nedokázali druhé odmítnout, toužili vše zvládnout sami, nad rámec svých možností: „*Já jsem neznala slovo hranice, já neumím říct ne*“ (Marie). Taktéž poukazují na potlačení vlastního emočního prožívání, zvláště toho, které je jimi samotnými či společností vnímáno negativně: „*...každý projev zla nebo něco takového bylo něco nepřijatelného*“ (Luboš), „*...já jsem vlivem těch událostí v dětství byl celý život vypnutej*“ (Josef).

### 5.2.4 Traumatické události

Na podkladě analýzy dat 1 respondentka poukazuje na vážný úraz v předškolním věku a následnou nutnou separaci při několikaměsíční hospitalizaci. Přemítá, zda tato událost nemohl ve spojitosti s dalšími faktory vést k propuknutí panické poruchy: „*Na tom popáleninovým jsem byla dva měsíce bez rodičů...*“, „*...Já si myslím, že už v tu dobu muselo něco vzniknout, že jsem z toho narušená.*“



## 5.3 Léčba

Toto téma odhalilo podtémata *hospitalizace a stacionární léčba, farmaka a psychoterapie*.

### 5.3.1 Hospitalizace a stacionární léčba

Toto podtéma analýza přináší u 2 respondentek, hospitalizaci zvolili dobrovolně z důvodu suicidálních ideací. Hospitalizaci hodnotily kladně, oceňovaly zejména prostředí, v němž byli lidé s podobnými obtížemi a přístup personálu. V jednom případě se jednalo o psychoterapeutické oddělení, ve druhém o opakovaný krátkodobý pobyt v centru krizové intervence. Po skončení hospitalizace jim byla nabídnuta možnost docházky do denního stacionáře, čehož využily: „...*pro mě je to lepší řešení než si ublížit.*“ (Dana), *A momentálně teďka navštěvuju ještě stacionář*“ (Veronika).

### 5.3.2 Farmaka

Všichni účastníci užívali či užívají antidepresiva a/nebo anxiolytika, konkrétně benzodiazepiny.

Souhlasí s pozitivním účinkem antidepresiv, avšak shledávají, že neřeší příčinu samotné panické poruchy, cílí pouze na zmírnění symptomů. Na druhou stranu 2 respondenti rozmýšlí, jestli antidepresiva zároveň nevedou k utlumení emočního prožívání a neochuzují je tím o jakousi bohatost vnitřního života, popř. celkově neškodí zdravotnímu stavu: „*jsou dobrý, když je člověku zle...*“, „...*antidepresivy neřeším vlastně to, co se ve mně děje. Ty mě vlastně jenom vypínaly*“ (Josef). Proto je 1 respondent již před 2 lety vysadil a popisuje nepříjemné příznaky syndromu z vysazení: „...*jsem za těch osmnáct let získal závislost, byť se tvrdí, že ty moderní antidepresiva nejsou návykové, tak to není pravda. Měl jsem fakt tvrdý abstinční příznaky...*“ (Josef). Další respondent uvažuje o snížení dávky či úplném vysazení antidepresiv, přestože příznaky poruchy stále přetrvávají: „...*i když se můj stav úplně nezlepšil, tak snížit ty léky nebo se na ně úplně vykašlat. Že tak něk cítím, že ty léky dělají mému tělu spíš škodu než užitek. Je to záhuľ na ledviny, na játra...*“ (Aleš). Vnímají, že by se antidepresiva měla vysazovat pod dohledem lékaře a postupně, aby se minimalizovaly již výše zmíněné nežádoucí projevy „*Nedovolil bych si vysadit sám a ze*

*dne na den*“ (Aleš).

U antidepresiv 1 respondentka udává značné přibírání na hmotnosti, což pociťuje jako nežádoucí účinek léčby a negativně to ovlivňuje její vnímání sebe samotné: *„Po lécích jsem přibrala pětadvacet kilo... tak to sebevědomí“* (Veronika).

Anxiolytika, konkrétně benzodiazepiny (Neurol, Xanax) respondenti užívají zejména po propuknutí panické poruchy, postupem času slouží jako první pomoc při panickém záchvatu či vystavení se obávané situaci: *„Beru benzodiazepiny, když hrozí, že mi bude zle...“* (Marie). Proto benzodiazepiny nosí při sobě např. v kabelce, plní tak funkci jistoty pro případ nouze: *„Neustále tam mám plato Neurolu nebo kousíček Neurohu, kdyby náhodou“* (Dana).

Poměrně výrazně se dotýkají oblasti poskytování psychiatrické péče. Popisují, že se psychiatrická péče omezuje pouze na předepisování farmak, není pro ně vyhrazen dostatek času a chybí jim i větší míra zájmu, empatického přístupu: *„...on už píše ty léky, ale měl by toho člověka i vyslechnout, a ne jenom přijít a ode dveří mít napsanej recept a na shledanou“* (Marie), *„...tam už chodím jenom pro léky. Tam ta léčba neprobíhá, to je všechno jenom v pohádkách“* (David), *„...psychiatr je takový na pásu, takový pás, rychle, rychle...“* (Luboš).

### **5.3.3 Psychoterapie**

Převážná část respondentů uvádí pravidelnou a déleodobější podporu psychologem či přímo psychoterapeutickou péčí, někteří již v současné době na setkání nedochází. Tuto formu pomoci hodnotí jako přínosnou, ale často zdůrazňují její nedostupnost z důvodu velkého počtu zájemců či finančního hlediska: *„do terapie už jsem nešla i z finančních důvodů...“* (Martina). Dokonce poukazují i na potřebu pravidelných a častějších setkání, aby práce na sobě samém mohla být intenzivnější, s vyšší mírou návaznosti: *„...když už jsme něco našli, tak za ten čas to tak nějak vyhaslo a po každým sezení jsem měl pocit, že začínám znova“* (Luboš). Nikdo z účastníků nedokázal uvést, jaký/é přístup/y terapie jejich terapeut při své práci využívá.

Hledání podpory mimo rámec oficiální terapeutické péče se u našich respondentů téměř nevyskytuje, alternativní cesty nastiňuje pouze 1 respondent: *„...tak jsem byl v kontaktu s osmi, možná devíti terapeuty, protože jsem hledal nějakou*

*terapeutickou pomoc ze začátku hlavně. Jeden z těch terapeutů, on teda používal nějaký kyvadla...“ (Josef).*

## **5.4 Nápomocné aktivity**

Při zpracování získaných dat se podařilo identifikovat výpovědi, které můžeme zahrnout pod podtémata *sebevzdělávací aktivity* a *ostatní aktivity*.

### **5.4.1 Sebevzdělávací aktivity**

Součástí tématu zvládnání života s panickou poruchou se stává i otázka sebevzdělávání o příčinách, projevech, léčbě a možných cestách pomoci u panické poruchy. U některého z respondentů vystupuje do popředí ve větší míře, v našem výzkumu celkově spíše u mužů. Snaží se dozvědět se o panické poruše co nejvíce, aby pochopili její podstatu a vzájemné souvislosti a mohli jí lépe čelit. Vědomí, že se jedná o něco známého a život neohrožujícího, je do určité míry uklidňující: „...*i při těchto záchvatech je to o tom, že když vím, co se se mnou děje a je to průvodní jev toho a toho, tak jsem takový klidnější“ (Luboš). Zajímají se o různorodé materiály jako dostupné populárně naučné knihy, ale i on-line osvětová videa, především Život za zdí. Sebevzdělávání považují za součást cesty k porozumění, přijetí a zvládnání panické poruchy, popř. k úzdavě: „Spíš to něk pochopit, pracovat s tím než to něk odhánět, nadávat“ (Aleš), „Nebo já tady hodně sleduju na internetu, to je moje taková záchrana, ten Život za zdí... je to tam tak pěkně vysvětleno“ (Marie).*

### **5.4.2 Ostatní aktivity**

Kromě sebepoznání respondenti hledají i další cesty, jak lépe zvládat negativní prožitky spojené s panickou poruchou. Pomineme-li z dlouhodobého hlediska volbu vyhybavého chování, které respondenti popisují, z rozhovorů vyplývá pozitivní efekt sportovních aktivit – např. běh, plavání, box. Pokouší se trénovat dechová a relaxační cvičení, ale spíše v klidovém stavu, ne při samotném panickém záchvatu. Návčik vystavování se obávaným situacím bývá uváděn minimálně, podobně jako psaní deníku: „...*když mi není dobře, a i když je mi extra dobře, tak si to zapisuju do sešitu...pomáhá mi to utřídit myšlenky, i toho, čeho se bojím“ (Dana). Dana se rozsáhle věnuje*

i domácímu mazlíčkovi, který na ni působí uklidňujícím dojmem, má pocit, že jí někdo rozumí.

Pocit přijetí a pochopení, nacházejí v prostředí rozličných skupin na sociálních sítích, konkrétně na Facebooku. Sledování vložených příspěvků a aktivní komunikace mírní katastrofické vnímání symptomů a celkově jim dodává sílu: „...*když je někdy ouvej, i když vím, že to je panická porucha, tak napíšu...mě to hrozně uklidňuje...*“ (Aleš). Dokonce by uvítali možnost účasti ve svépomocných skupinách, které by prostřednictvím sdílení prožitků umocňovaly vzájemnou podporu: „*Já bych byl rád, kdyby nás bylo víc s tou poruchou, seděli jsme a kecali*“ (Aleš).

## 5.5 Změny v chování

Na podkladě analýzy dat toto téma zaujímá ve výpovědích respondentů přední místo. Symptomy úzkosti jsou při panické atace vnímány jako značně nepříjemné a vysilující. Dalšího záchvatu se velmi obávají, proto se všemožnými způsoby snaží, aby se vůbec neobjevil nebo se jeho intenzita omezila na minimum.

Náhlý panický záchvat v nich vyvolává přesvědčení o jediném možném řešení, kterým sníží intenzitu záchvatu či jej odstraní, a tak okamžitě dané místo opouští, mají pocit, že bojují o svůj život. Veškeré další okolnosti jsou v tu chvíli nepodstatné, přestože mimo záchvat paniky by jednali jinak. Vnímají, že jejich chování bývá i iracionální povahy: „...*musím si kolikrát lehnout třeba i na zem, teďka se mi to stalo nedávno před vánocema na náměstí v XY*“ (Marie). Respondenti hovoří také o mapování prostředí, aby v případě záchvatu mohli rychle uniknout: „...*v každém obchodáku zjišťuju, kudy nejrychlejc ven*“ (Dana).

Zabezpečovací chování nabývá různých podob, nejčastěji v podobě doprovodu blízké osoby. Přítomnost blízkého člověka představuje podporu v ohrožující situaci, jistotu, že v případě potřeby nezůstanou osamoceni a bez pomoci. Časté je neustálé nošení tablet benzodiazepinů při sobě, bez toho jsou nejistí. Na obávané situace se důsledně připravují: „*Když mám jet blýých deset kilometrů, připravuju se dva dny*“ (Aleš).

Pro některé je možnost, že by se objevil záchvat úzkosti natolik ohrožující, že se rozhodnou se těmito subjektivně ohrožujícími situacemi raději nevystavovat. Jednotlivé

typy neadekvátního chování se vzájemně prolínají, zasahují do celé řady běžných aktivit a ovlivňuje každodenní zvládání činností: „*když si vezmu lék a nejezdím nikam sám...tak se tomu člověk prostě vyhne*“ (David). Převážně se omezení týká nakupování v supermarketech či větších nákupních centrech a cestování dopravními prostředky. Z dopravních prostředků nejlépe tolerují jízdu autem. Cestování se promítá do dalších oblastí jako je doprava do zaměstnání, za pochůzkami, na výlety a dovolenou, za blízkými apod. Rodinní příslušníci proto mnohdy chtějí svým blízkým pomoci zmírnit nepříjemné stavy úzkosti, neustále je doprovází na různá místa, zařizují pochůzky apod., čímž podporují toto chování a přispívají tak k chronifikaci panické poruchy. Tento poznatek uvádíme rovněž v tématu **Rodina a přátelé**.

## 5.6 Postoj k panické poruše

Přiznat si, že nepříjemnými, převážně fyzickými příznaky, trpí na základě patologické úzkosti, bývá na počátku obtížné. K vyhledání psychiatrické péče či užívání antidepresiv respondenty vedou neustupující či dokonce zhoršující se příznaky poruchy, i když trpí obavami a pociťují stud: „*...ignoroval jsem asi dva měsíce, že bych měl nějaké psychické potíže...slovo psychiatr pro mě bylo sprosté slovo*“ (Aleš).

Menší část respondentů popírá skutečnost, že by panická porucha měla být poruchou psychického rázu a zjemňují si ji pro sebe subjektivně přijatelnějšími výrazy: „*Já bych to nazval nepohodou...nechci to ani nazývat problémy...*“ (Josef), „*...bych to snad ani nenazýval psychickou poruchou*“ (Aleš).

Panická porucha, i přes řadu omezení, které respondentům přináší, pro ně představuje určitý druh výzvy, nachází v sobě sílu a odhodlání dennodenně překonávat těžkosti s tím spojené. Přiznávají však, že to není jednoduché a stále se učí s panickým záchvatem, anticipační úzkostí a vyhýbavým chováním pracovat: „*Hrát se musí s takovejma kartama, jaký jsou rozdaný*“ (Josef). Zvládání poruchy je někdy značně tíživé, motivace ustupuje do pozadí a převažuje pasivní ladění, odevzdanost: „*Už vím naopak všechno o tý poruše a pořád ji nedokážu nějak porazit...to už je prostě nějak biologickéj proces, kterej je danej*“ (David). Zmiňují dlouhodobý průběh poruchy a únavu z neustálého snažení se: „*Už bych chtěl mít klid, už to strašně dlouho trvá*“ (Luboš).

Život s panickou poruchou mění celkový pohled na svět a hodnotový systém. Respondenti si více váží sebe samého, dokážou k sobě být laskavější. Vystavit se situacím, které ostatním připadají banální, a zvládnout je, pro ně znamená důležité momenty a posílení v překonávání dalších překážek: „...*každý krok, který já udělám, který je z pohledu ostatních naprostá drobnost, tak z pohledu mého je to překročení Mount Everestu. Tak ten pocit štěstí...*“ (Dana). Zkušenost s panickou poruchou tak přináší přesvědčení o hodnotě a smyslu života i za těchto okolností a touhy jej naplnit: „...*můžu ještě s tím svým životem zkusit něco zlepšit*“ (Josef). Respondenti hovoří i o zvyšování důvěry v sebe samého a podpoře kompetencí samostatněji řídit svůj život. Setkání s psychickou poruchou posiluje zároveň zájem o psychologickou tematiku a chuť být nápomocen druhým s obdobnými obtížemi.

## 5.7 Rodina a přátelé

Respondenti převážně žijí v partnerském vztahu, ať v manželství či nesezdaném soužití, u 5 respondentů panická porucha propukla v době trvání vztahu. Téma bylo pro respondenty citlivé, jejich výpovědi obecnější. Poruchu ve vztahu nevnímají jako problematickou, partneři jsou jim oporou, přestože nemohou společně podnikat všechny aktivity jako dříve: „...*jezdil na zahraniční dovolený a já jsem mu vysvětlila, že to opravdu nejde...*“ (Dana). Ovšem chápou, že pro partnery je jejich jednání často nepochopitelné, protože záchvat paniky nikdy nezažili: „...*takže to respektuje, ale nemůže to pochopit*“ (Veronika).

Josef nyní má partnerku, nežijí ve společné domácnosti. Podotýká, že udržet partnerský vztah je pro něj náročné, protože je na vztahu závislý. Pociťuje, že v něm hledá pocit bezpečí, kterého se jim v dětství nedostávalo: „*Dosycoval jsem si to vlastně z toho rodinného prostředí...*“ (Josef).

Nezadaní respondenti, v našem případě tedy 2, taktéž vyjadřují obavy z navazování nového partnerského vztahu. Porucha je celkově pro druhé těžko pochopitelná a sdělením diagnózy a potíží by se mohli vystavit stigmatizujícímu přístupu: „...*ta panická porucha mě znevýhodňuje...holky, které to neznají, tak si řeknou, panická porucha, to je nějaký poloblázen...*“ (Aleš).

Všichni respondenti popisují, že o ně rodinní příslušníci mají strach a rádi by

pomohli. Někdy tedy ve snaze pomoci nevědomky u podporují vyhýbavé a zabezpečovací chování. Respondenti tuto jejich aktivitu oceňují, neuvědomují si zpětné udržování poruchy: „*Manžel mi pomáhá...Jednu dobu jsem bez manžela nikam nešla, vůbec...Když jsem šla s manželem...se mně to ani nestávalo...dcerka se mnou jezdila ze začátku...*“ (Marie).

V oblasti přátelství existenci panické poruchy příliš neřeší, s obtížemi se netají a Panická porucha prověřila přátelské vazby respondentů a ovlivňuje navazování vztahů nových: „*...hodně mi to teda jako vyselektovalo přátele a známé... a hlavně díky tomu poznám, kdo je přítel a kdo ne*“ (Dana).

## 5.8 Nepochopení a stigmatizace

Zkušenost s panickou poruchou je jedinečná, neopakovatelná a těžko popsatelná. Proto respondenti poukazují, že je i přes veškerou snahu nemožné jejich prožitek pochopit v celé šíři, cítí se poté osamoceni. Své potíže většinou netají, ale taktéž nechtějí, aby na nich byly viditelné a stojí je to určité úsilí: „*Nejhorší to je, když je člověk třeba ve společnosti, hrát, že je to v pohodě*“ (Aleš). Naráží na předsudky druhých. Ti se často podivují nad tím, že by jedinec trpěl psychickou poruchou, jelikož na něm nejsou patrné žádné abnormální projevy a přidávají tzv. dobře míněné, ovšem neúčinné rady: „*...tak myslí na něco hezkýho...se tím tolik neužirej...tak s tím něco dělej...*“ (Dana) Možná právě proto respondenti sdělují potřebu o panické poruše s ostatními hovořit a přiblížit jim své prožitky: „*když to někdo nabrnkne, to jsem ve svém živlu a jedu, kecám, to mě baví*“ (Aleš). Někdy je patrný až přesah k osvětovým aktivitám: „*...se mi to povedlo jako to téma otevřít v nějaký skupině, kde jsem se pohybovala*“ (Martina).

Většina respondentů se setkala se zlehčováním symptomatiky u lékařů v odborných ambulancích. Zkušenost s takovýmto přístupem si pamatují i po mnoha letech, pociťují nerovnost přístupu oproti lidem s tělesnou nemocí: „*...když paní doktorka zjistila, že jsou to antidepressiva, tak mi říkala, že mám jíst víc ryb a že mě ty deprese přejdou*“ (Martina), „*...oni si přečtou, že docházím na psychiatrii... i kdybych tam přišel se zlomenou nohou, tak za to může psychika...mají vás za slabocha, mentálního, absolutně bezduchého člověka, se kterým si můžou házet jak s hadrovým*

*panákem“ (David).*

Aleš navíc připomíná, že se cítí být stigmatizován postupem pojišťovny, která jej vzhledem k diagnóze panické poruchy jako diagnóze z psychiatrického okruhu odmítla životně pojistit: „*Tedy jsem poprvé pocítil tu nálepku, tu stigmatizaci. „...vy pojistíte člověka, který má sto padesát kilo, vůbec se nehýbe, stravu má naprd, ten je víc rizikový než já.“*

## **5.9 Ostatní dopady**

Do tohoto tématu jsme zařadili zajímavé aspekty vystupující z provedené analýzy dat, avšak bylo obtížné je zařadit do již vnořených témat a reflektují jedinečnou zkušenost respondentů.

Dvě respondentky poukazují na spojitost panické poruchy a těhotenství a mateřství. Dana se rozhodla zůstat bezdětná, aby se její potomci případně nepotýkali se stejnou poruchou. Martina otěhotněla již v době, kdy u ní byla panická porucha diagnostikována. Těhotenství i mateřství se obávala, po celou dobu užívá medikaci. Nastiňuje, že její potíže se mírně zhoršily. Největší starosti jí činila přítomnost panických záchvatů v průběhu těhotenství a jejich vliv na nenarozené dítě, ale rovněž možné zhoršení v období šestinedělí. Preventivně jí proto byla zastavena laktace.

Dva z respondentů popisují nově vzniklé potíže s krátkodobou pamětí při učení se či zapamatování si nedávno proběhlých událostí: „*...třeba pak za mnou přišli a říkali, že jsme přece o tom mluvili, ale já jsem si to nepamatovala“ (Marie), „...mám obrovský problém se něco memorovat“ (Luboš).*

Praktickým dopadem panické poruchy je u Martiny oddalování pořízení řidičského oprávnění. Možnost propuknutí panického záchvatu během řízení automobilu pro ni byla hrozivá představa.



## 6. Odpovědi na výzkumné otázky

### *Výzkumná otázka č. 1: Existují u respondentů výzkumu subjektivní odlišnosti v popisu průběhu panické ataky?*

Panický záchvat je pro respondenty výrazným zážitkem. Průběh panické ataky respondenti subjektivně prožívají různě. Někteří popisují příznaky spojené s kardiovaskulárním a respiračním systémem, např. zrychlenou tepovou frekvenci, bušení srdce, pocit zkráceného dechu, dušnost. U jiných naopak sledujeme převahu smíšených somatických symptomů v podobě pocitů tepla, pocení, třesu, závratě, slabosti a gastrointestinální nevolnosti. Na symptomy z psychické oblasti jako je strach ze smrti, popř. ze ztráty kontroly a ze zešílení poukazují všichni respondenti. Odlišně ovšem vnímají délku trvání jednotlivé ataky. Jedna respondentka udává noční panické ataky.

### *Výzkumná otázka č. 2: Jaké dopady s sebou panická porucha přináší do každodenního fungování respondentů?*

V rámci panické poruchy se u všech respondentů našeho výzkumného šetření rozvíjí anticipační úzkost. Respondenti se obávají dalšího záchvatu, zejména ve stejných či podobných situacích, kde jej již zažili, v situacích s větší koncentrací osob a horší možností úniku či dostupnosti lékařské pomoci. Z těchto důvodů volí maladaptivní copingové strategie a rozvíjí se různě rozsáhlé únikové, vyhýbavé a zabezpečovací chování. Situacím se snaží vyhnout, někdy se odváží jim vystavit a v případě rozvoje záchvatu z ní i uniknou. U zabezpečovacího chování nastiňují, že při sobě neustále nosí benzodiazepiny, předem si zjišťují únikové cesty, nechávají se doprovázet blízkou osobou na obávaná místa. Respondenti nejvíce popisují omezení v každodenních činnostech jako je nakupování rozličného zboží, dále dopravě do zaměstnání, k lékaři, na výlety a dovolené, při zařizování různých pochůzek. Omezení se dotýká ale i prostého opuštění pro jedince bezpečného prostředí a možností trávení volného času. Situace, do nichž se omezení promítá, nebývá jedna, vzájemně se kombinují.

Panická porucha zasahuje do partnerských a rodinných vztahů. U pěti respondentů, kteří žijí v partnerském vztahu, propukla panická porucha za doby tohoto vztahu, partneři obtíže respondentů respektují. Respondenti však podotýkají, že tyto obtíže jsou pro partnery těžko pochopitelné. Podporu od partnerů pozitivně přijímají, u části z nich je patrné, že se tím posiluje a udržuje nefunkční chování, jelikož je partneři doprovází a dováží na různá místa. Jeden z respondentů vypovídá o obavách ze stigmatizujícího přístupu potencionální partnerky. Dopady lze sledovat i v oblasti přátelských vazeb, existence psychiatrické diagnózy a obtíže prověřují opravdovost těchto vazeb.

Pracovní oblasti se respondenti svými výpověďmi příliš nedotýkají, ale někteří jsou z důvodu obtíží v pracovní neschopnosti. Do pracovní oblasti zařadíme oblast zvládání studijních povinností, kdy v případě nedokončení studia přisuzují tuto skutečnost panické poruše.

Zajímavým zjištěním je souvislost s obdobím těhotenství a raného mateřství u žen respondentek. Potýkání se s panickou poruchou přineslo u jedné respondentky obavy z vlastního těhotenství, dopadů atak na nenarozené dítě a zvládnutí náročného období šestinedělí. Další respondentku vedla možnost, že by dítě zdědilo tuto úzkostnou poruchu, k dobrovolné bezdětnosti.

### ***Výzkumná otázka č. 3: Jakým způsobem respondenti výzkumu své potíže zvládají?***

Zvládání obtíží spojených s panickou poruchou lze rozdělit na práci se samotným záchvatem panické ataky a panickou poruchou, většinou se jednotlivé strategie prolínají.

Při panické atace respondenti volí únikové strategie z nastalé situace, užití dávky benzodiazepinu. Objevuje se rovněž tendence přesunout svou pozornost k jiným podnětům a odpoutat se tak od zaměření se na probíhající tělesné projevy a případné katastrofické představy, což se ne vždy daří. Konkrétní aktivity sloužící k odpoutání této pozornosti jsou uváděny pouze u některých respondentů a v menší míře, jedná se např. o rozptýlení se přítomností blízké osoby, povídáním si s druhým (osobně či telefonicky), aplikací sloužící pro práci s úzkostí, aerobní sportovní aktivitou. Dechová cvičení při záchvatu označují za obtížně zvládnutelná.

V rámci dlouhodobého zvládání panické poruchy se výrazněji setkáváme

s vyhýbavým a zabezpečovacím chováním, které je z dlouhodobé perspektivy nefunkční pro kvalitní remisi či celkovou úzdravu, nicméně respondenti jej považují za řešení svých obtíží.

Dvě respondentky nastiňují, že jim v těžkých chvílích potýkání se s panickou poruchou a při přítomnosti suicidálních tendencí pomohla hospitalizace a následná stacionární léčba.

Všichni respondenti disponují zkušeností s medikací antidepresivy, jeden respondent je aktuálně již neužívá. Nelze jednoznačně říci, zda je považují za faktor podporující zvládnání obtíží. Respondent bez medikace explicitně vyjadřuje, že z dlouhodobého hlediska antidepresiva potlačovala jeho emoční prožívání. Další respondent též přemítá nad jejich prospěšností.

K podpoře při potýkání se s panickou poruchou kromě jednoho respondenta využívali či využívají psychologické služby.

Velmi prospěšným shledávají zjišťování informací o panické poruše a jejich souvislostech, k edukaci využívají různé zdroje. Někteří zmiňují pozitivní efekt sportovní aktivity a pravidelných dechových cvičení mimo záchvat. K podpoře slouží i účast ve virtuálních skupinách na sociálních sítích se vzájemným sdílením prožitků.

#### ***Výzkumná otázka č. 4: Jakou roli představuje v životě respondentů panická porucha?***

Panická porucha, kterou charakterizují záchvaty extrémní úzkosti a s tím spojené další projevy a změny v chování, je pro respondenty jedinečnou životní zkušeností, těžko pochopitelnou pro ostatní. Někdy se aspekty vzájemně propojují natolik, že není možno jednoznačně určit, zda u daného respondenta nabývá významu pozitivního či negativního. Svým dlouhodobým a udávaným kolísavým průběhem je vysiluje, značně omezuje a celkově snižuje kvalitní prožívání života. Ve výsledku poté přispívá k jisté odevzdanosti diagnóze a rezignaci na možnost jejího ovlivnění. I navzdory negativnímu vlivu na životy šech respondentů má pro ně tato úzkostná porucha i určitý přínos. Chtějí naplnit smysl svého života, panická porucha se v tomto smyslu se stává životní příležitostí, výzvou k realizaci změn a osobnostnímu růstu. Každodenní potýkání se s poruchou zvyšuje sebedůvěru respondentů. Zároveň posiluje jejich kompetence k efektivnímu řízení vlastního života. Vedle těchto pozitiv vede i k zájmu o psychologická témata a podněcuje tendenci podporovat ostatní jedince s úzkostnou

poruchou.

***Výzkumná otázka č. 5: Objevují se ve výpovědích respondentů společné aspekty panické poruchy?***

Souhrnně lze u respondentů identifikovat následující společné aspekty panické poruchy:

- panická ataka se vyznačuje svou nečekaností a intenzivním prožitkem
- vnímání příznaků panické ataky vykazuje subjektivní odlišnosti, fyzické příznaky panické ataky se prolínají s příznaky psychickými; panický záchvat i přes svou náhlost a intenzitu část respondentů snáší ve výsledku lépe než déleodobé příznaky podprahové intenzity
- vnímání délky a intenzity panického záchvatu je subjektivní
- výrazným aspektem je nemožnost pochopení lidmi, kteří panický záchvat nezažili, čímž se stává těžko přenositelnou zkušeností
- výkyvy v četnosti atak, střídají se období klidová s obdobími zátěžovými
- spouštěčem 1. ataky bývají zátěžové okolnosti, spouštěči aktuálními bývá nakupování a jiné pochůzky, cestování dopravními prostředky, hromadné akce, opuštění subjektivně bezpečného prostředí (zejména domov)
- tendence respondentů zjišťovat dostupné informace o panické poruše a jejich aspektech
- pátrání respondentů po příčinách propuknutí v rámci vlastního životního příběhu, mnohdy nalézají psychické potíže u příbuzných 1. linie, zároveň častěji nacházejí rizikové faktory v dětství
- zvýšená vnímavost k rozličným podnětům již od dětského věku, ale také nadměrná starost o druhé a opomenutí vlastních potřeb, potlačování vlastních emocí
- existence únikového, vyhýbavého a zabezpečovacího chování odlišné intenzity s nastupující chronifikací obtíží
- ke zvládnání obtíží je užívána farmakologická léčba antidepresivy a anxiolytiky
- respondenti poukazují, že i přes diagnózu panické poruchy na nich obtíže ve světě mimo bezpečné prostředí nejsou běžně patrné, potíže se snaží kontrolovat
- blízké osoby jsou v případě panické poruchy schopni respektovat potíže respondentů a snaží se být nápomocni

- vlastní zkušenost s panickou poruchou vede respondenty ke zvýšenému zájmu o psychologická témata, osvětovou činnost a pomoc ostatním s podobnými potížemi

## 7. Diskuze

Magisterská diplomová práce se ve výzkumné části soustředí na životní zkušenost osob s úzkostnou poruchou, konkrétně panickou úzkostnou poruchou. Cílem realizovaného výzkumného šetření bylo zmapovat jedinečné prožitky těchto osob v kontextu každodenního fungování a na jejich podkladě definovat aspekty panické poruchy.

Ve výzkumném šetření jsme použili kvalitativní přístup, který umožňuje hlubší prozkoumání daného fenoménu. Data jsme získali prostřednictvím semistrukturovaných interview. Výzkumu se účastnilo 8 respondentů, z toho 4 ženy a 4 muži, poměr žen a mužů je vyvážený.

Všichni respondenti ochotně sdíleli své zkušenosti s panickou poruchou a v rozhovorech odpovídali velmi otevřeně, často i v citlivých oblastech. Pozitivně reagovali na skutečnost, že je pro nás důležitý jejich životní příběh a snažili se svými výpověďmi přispět k detailnímu zmapování problematiky a možnému praktickému využití.

I náš výzkumný projekt je zatížen jistými limity. Výběr respondentů proběhl pouze nepravděpodobnostní formou. Původně bylo plánováno, aby se výběr uskutečnil i záměrným výběrem přes instituce. Z tohoto důvodu jsme oslovili 9 denních stacionářů, v nichž lze dle jejich zaměření předpokládat výskyt pacientů s panickou poruchou. Z oslovených zařízení jsme nezískali žádného respondenta. Zadaná vstupní kritéria jsme dodrželi. Nicméně v případě podmínky, aby diagnóza panické poruchy byla stanovena lékařem, jsme se museli spolehnout na potvrzení respondenty. Realizováno bylo celkem 12 rozhovorů, 4 rozhovory jsme vyřadili, jelikož 1 rozhovor vykazoval značnou nekoherentnost, 1 rozhovor byl realizován s respondentem, který se s panickou poruchou potýkal v minulosti a nyní již potíže nepociťoval, 2 rozhovory prokázaly u respondentů existenci jiné psychické poruchy bez přítomnosti panické poruchy. K panické poruše se často přidružují další poruchy (např. agorafobie, depresivní porucha), i respondenti je na dotaz uvedli. Existence komorbidity může zkušenost modifikovat.

Rovněž jsme nestanovili délku zkušenosti s panickou poruchou, ovšem její trvání pravděpodobně ovlivňuje reflektování životní zkušenosti. Pro budoucí výzkumná šetření bychom doporučovali délku zkušenosti jasně vymezit. Limitující faktor může dále představovat i úroveň schopnosti respondentů vyprávět. Rozhovory jsme také realizovali v on-line prostředí, chyběl tedy osobní kontakt s respondenty, navíc někteří využili možnosti zůstat zcela v anonymitě a nenechat zapnutou videokameru.

Limitujícím faktorem výzkumného šetření je eventuální chybování při vytváření vypořádání se s tématy, protože analýzu dat provedl jeden výzkumník. Validitu by zvýšila analýza dat více osobami.

I přes zájem odborníků o tematiku panické poruchy v českém i zahraničním prostředí jsou výzkumy realizovány převážně za využití kvantitativního designu. Věnují se dopadům panické poruchy do jednotlivých oblastí každodenního fungování, srovnání těchto dopadů v kontextu dalších psychických poruch, popř. subjektivně vnímané kvality života převážně prostřednictvím dotazníkového šetření, různých škál apod. Závěry takto vedených studií mohou být poté limitujícím faktorem při následné komparaci s výsledky našeho výzkumného projektu.

Výzkumná šetření s kvalitativním přístupem nalzáme v českém prostředí spíše v rámci diplomových prací, v nichž je patrná snaha osvětlit zkušenost osob s panickou poruchou či jejími dílčími aspekty. Naš výzkumný projekt se opírá o sdělení Haroz et al. (2017) a Chambers et al. (2015), kteří upozorňují na důležitost neopakovatelné žité zkušenosti osob s psychickým onemocněním. Výzkumy s kvantitativním designem ji však nedokáží zachytit v celém svém rozsahu. Zároveň vycházíme z jednoho z dílčích zjištění naší bakalářské práce (Šukalová, 2019), kdy jedinci s úzkostnými poruchami ve zvýšené míře projevovali potřebu sdílet svůj životní příběh.

Z výzkumného šetření výrazně vystupuje problematika panického záchvatu. Panický záchvat jako manifestace nečekané a masivní úzkosti, v němž se propojují tělesné a psychické symptomy, zásadním způsobem formuje životní zkušenost daného jedince. Nejistota toho, že nelze kontrolovat kde, kdy a jak se objeví, vyvolává anticipační úzkost z další ataky. Hůře tolerují i všeobecně pojatou nejistotu životních událostí. Podle zjištění Carleton et al. (2012) by vyšší míra nejistoty mohla korelovat

s četností záchvatů a vnímáním symptomů během záchvatu. V našem výzkumu jsme míru nejistoty nesledovali, ovšem pro budoucí výzkumy představuje nosné téma.

Ze závěrů Holubové et al. (2019) vyplývá, že osoby s panickou poruchou využívají maladaptivní copingové strategie. Na jejich podkladě posléze jedinci více tendují k vyhýbavému a zabezpečovacímu chování, zejména při přidružené agorafobii. U respondentů našeho výzkumu se s tímto chováním setkáváme ve značné míře, avšak komorbiditu agorafobie explicitně uvádějí pouze 2 respondentky. Jedním z důvodů může být již dříve zmíněný limit výzkumu, kdy se spoléháme pouze na sdělení respondentek, druhým i případná nedokonalá diferenciální diagnostika agorafobických symptomů.

Z celkového výzkumného souboru 2 respondentky přiznávají suicidální tendence. V jejich výpovědích jsme při detailnějším zkoumání zachytili popis příznaků jako bušení srdce, třes, nevolnost a strach ze ztráty kontroly, ze zešílení. Lim et al. (2015) ve svém výzkumném šetření identifikovali, že právě tyto příznaky ve vyšší míře potencují riziko suicidality.

Panickou ataku jedinci označují za vysoce nepříjemnou zkušenost, ovšem část z nich taktéž obtížně toleruje úzkostné příznaky podprahové intenzity. Tyto příznaky u nich přetrvávají navzdory často kombinované léčbě farmaky a psychoterapie. Zdálo by se, že omezení v životě jedinců s nižší mírou atak a spíše převládajícími příznaky, jež nedosahují intenzity panické ataky, je nižší. Výzkum v komparaci se závěry Wendt et al. (2018) tuto skutečnost nenaznačuje.

Patná je touha eliminovat úzkostné symptomy. Jak jsem již podotýkali, řešení nachází ve vyhýbavém a zabezpečovacím chování. Ve shodě s poznatky Tanguay et al. (2018) shledáváme, že i za cenu snížení celkové kvality života se maladaptivního chování nechtějí vzdát. Obávají se expozice úzkostným prožitkům a poruchu zpětně udržují a prohlubují.

Obdobně jako Borgo et al. (2017) z analýzy dat vyvstala u respondentů přítomnost tzv. precipitujících faktorů před propuknutím první ataky. Jejich spojitost s rozvojem panické poruchy si uvědomovali zpětně, když se zajímali o podrobnější informace o této poruše či po příčinách pátrali s podporou psychologa. Většinou se jednalo o náročnou situaci či výrazný emoční zážitek. Aktuálními spouštěči jsou situace



s koncentrací většího množství osob s nemožností rychlého úniku v případě panické ataky či zhoršenou dostupností první pomoci (typicky nákupní centra, dopravní prostředky, koncerty), opuštění známého a bezpečného prostředí. I z těchto zjištění lze usuzovat na přidružené agorafobické symptomy.

Skutečné příčiny přemrštěné úzkostné reakce spatřují účastníci výzkumu v dětském věku, ve sděleních byli otevření a upřímní. Zdůrazňují zvýšenou citlivost k okolním podnětům již od útlého věku. Rovněž si uvědomují, že disponují sklony k nadměrné péči o druhé, starostí o názory druhých na veškeré jejich jednání, přizpůsobování se okolí, a to i za cenu potlačení svých potřeb a emočního prožívání. Zvažujeme, nevzniká-li na tomto místě prostor pro propojení s fenoménem alexithymie. U osob s panickou poruchou zjistil z provedeného výzkumu Šago et al. (2020) vyšší míru alexithymických příznaků ve srovnání s osobami s jinými úzkostnými poruchami. Naopak o narušení primární citové vazby ve velmi raném věku, na které se soustředí Ölmez et al. (2018), nereferují. S tématem separace se setkáváme v předškolním věku, a to v důsledku hospitalizace po úrazu pouze v jednom případě. Další respondent popisuje jakousi celkovou nejistotu rodinného prostředí. Respondenti spíše přinášejí informace o narušení rodinného prostředí alkoholismem rodiče, eventuálně nevhodnými výchovnými postupy, neshodami rodičů či rozvodem. Současně někteří respondenti vliv rodinného prostředí negují. Často je původ obtíží vysvětlován vlivem genetického zatížení od příbuzných 1. linie, jak již na konci minulého století publikoval Stein et al. (1999). Uvažujeme, jestli odvolávání se na genetické příčiny nemůže zároveň částečně snížit tíži přijetí psychiatrické diagnózy a sejmout tak břímě z vlastní osoby. Toto vysvětlení vytváří i podklad pro určitou pasivitu, rezignovaný postoj k možnostem ovlivnění panické poruchy. Přesvědčení o léčitelnosti poruchy je přitom v úspěšnosti zvládnutí poruchy, jak prezentuje Halaj et al. (2019), velmi podstatné.

Naopak o existenci prospěšných faktorů, jež napomáhají každodennímu potýkání se s panickou poruchou respondenti spontánně hovořili úsporněji, bylo vhodné je doplňujícími otázkami podněcovat k jejich sdělování. Zjevně pozitivní faktor pro ně představuje, doprovázení/dovážení blízkou osobou, vyhýbání se potencionálně ohrožujícím situacím a při panickém záchvatu přítomnost blízké osoby, odvedení pozornosti a užití anxiolytika. O přítomnosti blízké osoby v době panického záchvatu jako nápomocného faktoru pojednává ve svém kvalitativním výzkumu Vopálková

(2022). Jednoznačně pozitivně se jim jeví vlastní edukace o panické poruše, možná překvapivě více u mužské části respondentů. Dechová a relaxační cvičení a např. sportovní aktivity se oproti zjištění šetření Vopálkové (2022) objevují minimálně. Pokud vnímají katastrofické interpretace, práce s nimi zcela chybí. Podporujícím faktorem se stává i sdílení skrze skupiny na sociálních sítích, které sdružují osoby s podobnými obtížemi a dodávají pocit, že v boji s potížemi nejsou osamoceni.

Léčba v užším slova smyslu, tedy farmakoterapie a/nebo psychoterapie probíhá u všech respondentů, tendence k více alternativním formám terapeutického působení se téměř nevyskytuje. Medikace se pro některé stává otázkou k diskuzi. Přemítají, zda je prospěšná, či nepotlačuje-li emoční prožívání a skutečné příčiny panické poruchy ve výsledku neřeší. Doplňme, že rozsáhle kritizují kvalitu poskytované psychiatrické péče. Postrádají pocit opravdového zájmu o jejich obtíže a zmiňují nedostatečný časový prostor péče. V případě psychoterapie je zajímavé, že nedokáží pojmenovat přístup, jakým terapeut pracuje. Psychoterapeutickou péči by přivítali v širším rozsahu, naráží však na její nedostupnost z důvodu finanční náročnosti a u péče hrazené ze zdravotního pojištění z nedostatku kapacity terapeutů.

Odborná literatura pojednává o dopadech panické poruchy do oblasti rodinných a partnerských vztahů (např. Borgo et al, 2017; Suresky et al., 2014; Fanfrdlová, 2011). Téma bylo pro respondenty citlivé, jejich výpovědi povrchnější. U převážné části respondentů panická porucha propukla již za trvání partnerského vztahu a nemuseli se tedy zabývat otázkou odhalení psychických potíží. To nevyklučuje možnost stigmatizujícího přístupu partnerů, v našem výzkumu jsme jej nezaznamenali. Ze strany blízkých osob pociťují respekt k jejich obtížím (i když pro druhé často poněkud nepochopitelným).

Upozorníme na problematiku panické poruchy u specifické skupiny, konkrétně u žen ve spojitosti s těhotenstvím a mateřstvím. Podtéma se vynořilo z analýzy dat neočekávaně. V popředí stojí úzkost ze zhoršení psychického stavu v těhotenství a šestinedělí v důsledku hormonálních změn, dopadů atak na nenarozené dítě a zvládnání mateřské role. Obavy o pozdější psychické zdraví dítěte a těžkosti, které by případná porucha dítěti přinesla, vedly i k dobrovolné bezdětnosti.

Pracovní oblast i při doplňujících otázkách opomíjejí, nicméně někteří jsou

aktuálně v pracovní neschopnosti či nezaměstnaní. Promítání poruchy do vztahů na pracovišti, pracovní výkonnosti atd. negují. O snížení kvality života ve spojitosti s touto sférou můžeme posléze pouze polemizovat.

Panickou poruchu respondenti chápou jako nepřenositelnou, význačnou životní zkušenost, navíc je zřejmý dlouhodobý chronický průběh. Trpí symptomy poruchy a v různé míře jim v mnoha ohledech snižuje subjektivně vnímanou kvalitu života, v souladu se závěry výzkumných studií (např. Raphael & Paul, 2014; Cramer et al., 2005). Touží po empatickém pochopení okolí, ale protože symptomy poruchy na nich nejsou často patrné, pociťují nepochopení a bagatelizaci tíže poruchy, někdy i ze strany lékařského personálu.

Do rozhovorů jedinci výrazně vnášeli potřebu sdělovat silné zážitky spjaté s panickou atakou a subjektivně vnímanou nutnost vyhybavého a zabezpečovacího chování. Přestože tímto přináší vyšší míru negativních aspektů panické poruchy, je možno zaregistrovat i aspekty pozitivní jako je identifikace vlastních potřeb, posilování laskavosti k sobě samému, příležitost k osobnostnímu růstu a realizaci změn v životě.

Praktický přínos magisterské diplomové práce spočívá v rozkrytí a komplexnějším pochopení jedinečné zkušenosti jedinců s panickou poruchou. Předložené zmapování žité zkušenosti může zároveň více přiblížit tuto tematiku širší populaci v kontextu destigmatizačních aktivit či přiblížení prožívání pro blízké osoby. Přestože se nejedná o závažné duševní onemocnění (pozn. jakým je např. okruh psychotických poruch), omezení kvality života může být subjektivně značné a tato práce poskytuje podněty pro celkové zefektivnění péče, např. v denních stacionářích a psychiatrických ambulancích. Výzkumné šetření představuje i rámcový podklad pro následné studie v této oblasti. Pro budoucí výzkum bychom doporučili zabývat se např. rozdíly v žité zkušenosti žen a mužů s panickou poruchou, specifiky panické poruchy v těhotenství a šestinedělí. K rozšíření poznatků by mohlo přispět mapování zkušenosti triangulací dat v podobě jedinec s panickou poruchou – partner – odborník. Zajímavý námět spatřujeme i v tématu alexithymie ve spojitosti s panickou poruchou. Nosným tématem by mohlo být i vnímání a strategie zvládnání nejistoty u osob s panickou poruchou.

## 8. Závěr

Na základě realizovaného výzkumného šetření zaměřeného na zkušenost osob s panickou poruchou zde shrnujeme nejpodstatnější zjištění:

- Panická ataka je výrazný prožitek spojený s přesahem do existenciální roviny.
- Vnímání délky, intenzity a příznaků panické ataky vykazuje subjektivní odlišnosti.
- Retrospektivně probíhá uvědomování si zejména genetické zátěže u příbuzných 1. linie, nefunkčního rodinného prostředí v období dětského věku a typických osobnostních charakteristik. V rámci osobnostních charakteristik vystupuje zvýšená citlivost k okolním podnětům již od dětského věku.
- Panická porucha je vnímána jako zátěž a komplikace v každodenním fungování. Ústředním tématem se v životní zkušenosti stává únikové, vyhýbavé a zabezpečovací chování. Maladaptivní chování je podstatou následného omezení v řadě aktivit a vede ke snížení celkové kvality života. Omezení se vzájemně prolínají.
- Expozice potencionálně ohrožujícím situacím je vnímána negativně.
- Jedinci s panickou poruchou nacházejí oporu ve svých partnerech.
- Diagnóza měla negativní vliv i na prožívání těhotenství, v jednom případě byla důvodem k rozhodnutí o bezdětnosti.
- Lidé s panickou poruchou se cítí nepochopeni širším okolím, někdy dokonce i zdravotnickým personálem. Potíže je trápí, avšak pro druhé jsou hůře srozumitelné až „neviditelné“, jejich prožitek nepřenositelný.
- Negativně je vnímána současná podoba poskytování psychiatrické péče a nedostupnost péče psychologické.
- Za značně prospěšnou je sledována sebeedukace o tématu panické poruchy a sdílení zkušeností v on-line prostředí svépomocných skupin na sociálních sítích.
- Pozitivním aspektem je zájem o psychologická témata, osvětovou činnost a podpora druhých s obdobnými potížemi.

# SOUHRN

Magisterská diplomová práce se zaměřuje na životní zkušenost osob s diagnostikovanou panickou poruchou.

V teoretické části se první kapitola zabývá vymezením úzkosti a úzkostných poruch včetně krátkého historického ohlednutí. Následuje podrobná charakteristika panické poruchy a její začlenění v klasifikačních systémech MKN-10 a DSM-V, opomenuta není ani spojitost s vybranými aspekty jako je nejistota, perfekcionismus. Další část stručně popisuje příčiny vzniku panické poruchy. V závěru kapitoly jsou nastíněny možnosti terapeutického působení využitím farmakoterapie, psychoterapie a dalších podpůrných přístupů. Druhá kapitola se soustředí na přidružené psychické poruchy, konkrétně agorafobii, depresivní poruchu a bipolární afektivní poruchu, zařazena je rovněž otázka suicidality. Poslední část pojednává o psychosociálních dopadech diagnózy panické poruchy do obecné roviny, v oblasti rodinných a přátelských vztahů a pracovní oblasti. Zmíněna je i problematika možné stigmatizace u panické poruchy. Aktuální výzkumné poznatky se průběžně prolínají těmito kapitolami.

Cíl výzkumné části spočíval ve zmapování a nahlédnutí jedinečné zkušenosti osob s panickou poruchou v širší perspektivě, stanoveno bylo 5 výzkumných otázek. Pro vytvoření výzkumného souboru byla zvolena nepravděpodobnostní metoda výběru, konkrétně samovýběr. Pro tyto účely byl sestaven inzerát s prosbou o účast ve výzkumném šetření a umístěn na sociální síti Facebook ve skupinách zabývajících se úzkostnou symptomatikou, panickou poruchou, agorafobií. Výběrový soubor tvořilo celkem 8 respondentů s panickou poruchou, s vyrovnaným poměrem žen a mužů, s rozličnou délkou zkušenosti. Data byla získána prostřednictvím semistrukturovaných interview prostřednictvím on-line platformy. Zpracování a analýza získaných dat proběhla s využitím interpretativní fenomenologické analýzy (IPA).

Z analýzy dat se vynořilo celkem 9 témat – panická ataka, příčiny, léčba, nápomocné aktivity, změny v chování, postoj k panické poruše, rodina a přátelé,

nepochopení a stigmatizace, ostatní dopady. Některá tato témata obsahují další podtémata.

Panický záchvat představuje v životě jedinců zásadní zkušenost s přesahem do existenciální roviny a vykazuje subjektivně vnímané odlišnosti v intenzitě, délce trvání a symptomech. Na základě zážitku náhlé masivní úzkosti se značně nepříjemnými symptomy se objevuje strach z jeho opakování. Z těchto důvodů se rozvíjí různě závažné únikové, vyhýbavé a zabezpečovací chování, což je doprovázeno i nižší mírou schopnosti vystavit se potencionálně ohrožujícím situacím. Maladaptivní chování posléze vede k omezení v řadě aktivit každodenního fungování a snižuje celkovou kvalitu života. Jedinci hledají příčiny propuknutí panické poruchy a nacházejí je v genetické zátěži u příbuzných 1. linie, narušeném rodinném prostředí v dětství a rovněž v určitých osobnostních charakteristikách. Z osobnostních charakteristik je popisována tendence ke zvýšené citlivosti vůči běžným podnětům. Mezi prospěšné faktory při dlouhodobém zvládnutí poruchy tuto lidé řadí informovanost o tematice panické poruchy a sdílení vzájemných zkušeností v on-line prostředí. Podporu udávají i v partnerském vztahu. Zážitek panické ataky považují za těžko zprostředkovatelný ostatním, a proto pociťují nepochopení širšího okolí, někdy dokonce i zdravotnickým personálem. Poměrně výrazně vystupuje i otázka negativního vnímání současné podoby poskytování psychiatrické péče a nedostupnosti péče psychologické. Za pozitivní aspekt je možno považovat zaujetí oblastí psychologie, tendenci k realizaci osvětové činnosti a touhu podporovat ostatní osoby ve zvládnutí psychické poruchy.

Závěry výzkumného šetření poskytují cenné poznatky o žité zkušenosti jedinců s panickou poruchou pro rodinné příslušníky, přátele a odborníky. Na podkladě komplexnějšího náhledu na problematiku panické poruchy by tudíž mohly být identifikovány podněty ke zkvalitnění poskytované péče. Výsledky mohou sloužit i pro destigmatizační aktivity v rámci reformy současné psychiatrické péče.

# LITERATURA

- Aafjes-van Doorn, K., Zilcha-Mano, S., Graham, K., Caldari, A., Barber, J. P., Chambless, D. L., & Milrod, B. (2019). The Role of Safety Behaviors in Panic Disorder Treatment: Self-Regulation or Self-Defeat? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *49*(4), 203–212. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09432-9>
- Akshatha, D. (b.r.). Assessment of Severity of Panic Disorder with co-morbid Depression and quality of life. *Religion*, *10*, 33–33.
- Amami, O., Aloulou, J., Siala, M., & Aribi, L. (2010). Rethink the panic disorder. *Encephale*. *36*(2), 100–104. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.02.007>
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2009). First-line Treatment: A Critical Appraisal of Cognitive Behavioral Therapy Developments and Alternatives. *Psychiatric Clinics of North America*, *32*(3), 525–547. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.05.001>
- Balon, R. (2004). Developments in treatment of anxiety disorders: Psychotherapy, pharmacotherapy, and psychosurgery. *Depression and Anxiety*, *19*(2), 63–76. <https://doi.org/10.1002/da.10149>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*. <https://doi:10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Batelaan, N. M., de Graaf, R., Spijker, J., Smit, J. H., van Balkom, A. J., Vollebergh, W. A., & Beekman, A. T. (2010). The course of panic attacks in individuals with panic disorder and subthreshold panic disorder: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, *121*(1–2), 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.003>
- Belteccki, Z., Rihmer, Z., Rozsa, S., Ujvari, J., Pompili, M., Gonda, X., & Dome, P. (2021). Affective temperaments, panic disorder and their bipolar connections. *Medicina*, *57*(3), 289. <https://doi.org/10.3390%2Fmedicina57030289>

- Bischoff, S., Wieder, G., Einsle, F., Petzold, M. B., Janßen, C., Mumm, J. L. M., Wittchen, H.-U., Fydrich, T., Plag, J., & Ströhle, A. (2018). Running for extinction? Aerobic exercise as an augmentation of exposure therapy in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Psychiatric Research*, *101*, 34–41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.03.001>
- Blais, M. A., Malone, J. C., Stein, M. B., Slavin-Mulford, J., O’Keefe, S. M., Renna, M., & Sinclair, S. J. (2013). Treatment as usual (TAU) for depression: A comparison of psychotherapy, pharmacotherapy, and combined treatment at a large academic medical center. *Psychotherapy*, *50*(1), 110–118. doi:10.1037/a0031385
- Borgo, E. L. P., de Abreu Ramos-Cerqueira, A. T., & Torres, A. R. (2017). Burden and distress in caregivers of patients with panic disorder and agoraphobia. *The Journal of nervous and mental disease*, *205*(1), 23–30. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000614>
- Breilmann, J., Girlanda, F., Guaiana, G., Barbui, C., Cipriani, A., Castellazzi, M., Bighelli, I., Davies, S. J., Furukawa, T. A., & Koesters, M. (2019). Benzodiazepines versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, *3*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010677.pub2>
- Busch, F. N., & Sandberg, L. S. (2014). Unmentalized aspects of panic and anxiety disorders. *Psychodynamic Psychiatry*, *42*(2), 175–195. <https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.2.175>
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, *26*(3), 468–479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>
- Carpiniello, B., Baita, A., Carta, M. G., Sitzia, R., Macciardi, A. M., Murgia, S., & Altamura, A. C. (2002). Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: Results from a naturalistic follow-up study. *European psychiatry*, *17*(7), 394–398. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(02\)00701-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(02)00701-0)



- Carta, M. G., Moro, M. F., Aguglia, E., Balestrieri, M., Caraci, F., Dell'Osso, L., Di Sciascio, G., Drago, F., Hardoy, M. C., & D'Aloja, E. (2015). The attributable burden of panic disorder in the impairment of quality of life in a national survey in Italy. *International Journal of Social Psychiatry*, *61*(7), 693–699. <https://doi.org/10.1177/0020764015573848>
- Cinculova, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Ociskova, M., Latalova, K., Vrbova, K., Kubinek, R., Mainerova, B., Grambal, A., & Tichackova, A. (2017). Adherence, self-stigma and discontinuation of pharmacotherapy in patients with anxiety disorders - cross-sectional study. *Neuro endocrinology letters*, *38*(6), 429–426.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2005). Quality of life and anxiety disorders: A population study. *The Journal of nervous and mental disease*, *193*(3), 196–202. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000154836.22687.13>
- de Jonge, P., Roest, A. M., Lim, C. C. W., Florescu, S. E., Bromet, E. J., Stein, D. J., Harris, M., Nakov, V., Caldas-de-Almeida, J. M., Levinson, D., Al-Hamzawi, A. O., Haro, J. M., Viana, M. C., Borges, G., O'Neill, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gureje, O., Iwata, N., ... Scott, K. M. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys: JONGE ET AL. *Depression and Anxiety*, *33*(12), 1155–1177. <https://doi.org/10.1002/da.22572>
- Detzel, T., Wesner, A. C., Fritz, A., da Silva, C. T. B., Guimarães, L., & Heldt, E. (2015). Family burden and family environment: Comparison between patients with panic disorder and with clinical diseases. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *69*(2), 100–108. <https://doi.org/10.1111/pcn.12211>
- Douglas, K., & Carless, D. (2018). Engaging with arts-based research: A story in three parts. *Qualitative Research in Psychology*, *15*(2–3), 156–172. <https://doi.org/10.1080/14780887.2018.1429843>
- Dušek, Karel, D., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2., přepracované vydání*. Grada Publishing a.s.

- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review, 31*(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Fanfrdlová, I. (2011). Panická porucha očima postižených žen a jejich partnerů (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Fakulta humanitních studií.
- Feather, N. (1990): *The Psychological Impact of Unemployment*. New York: Springer-Verlag.
- Fidry, M., Zugliani, M. M., do Valle, C. R., Martins, R. M., Cabo, M. C., Nardi, A. E., & Freire, R. C. (2020). Quality of life in panic disorder: The influence of clinical features and personality traits. *Trends in psychiatry and psychotherapy, 41*, 387-393. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0008>
- Furukawa, T. A., Watanabe, N., & Churchill, R. (2006). Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry, 188*(4), 305–312. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.4.305>
- Gabbard, G. O. (2005). *Dlhodobá psychodynamická psychoterapia: základný text*. Vydavateľstvo F.
- Gaudlitz, K., Plag, J., Dimeo, F., & Ströhle, A. (2015). Aerobic Exercise Training Facilitates the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy: Research Article: Aerobic Exercise Ameliorates Psychotherapy. *Depression and Anxiety, 32*(3), 221–228. <https://doi.org/10.1002/da.22337>
- Giomi, S., Siri, F., Ferro, A., Moltrasio, C., Ariyo, M., Delvecchio, G., & Brambilla, P. (2021). Executive Functions in panic disorder: A mini-review. *Journal of Affective Disorders, 288*, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.084>
- Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M., & Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry, 157*(4), 493–505. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.493>

- Greenslade, J. H., Hawkins, T., Parsonage, W., & Cullen, L. (2017). Panic Disorder in Patients Presenting to the Emergency Department With Chest Pain: Prevalence and Presenting Symptoms. *Heart, Lung and Circulation*, 26(12), 1310–1316. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2017.01.001>
- Group, W. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Guaiana, G., Barbui, C., Chiodo, D., Cipriani, A., Davies, S. J., & Koesters, M. (2013). Benzodiazepines versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010677>
- Halaj, A., Yekutieli, N., Strauss, A. Y., & Huppert, J. D. (2019). Utilization of learned skills in cognitive behavioural therapy for panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(6), 645–658. <https://doi.org/10.1017/S135246581900033X>
- Haroz, E. E., Ritchey, M., Bass, J. K., Kohrt, B. A., Augustinavicius, J., Michalopoulos, L., Burkey, M. D., & Bolton, P. (2017). How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Social Science & Medicine*, 183, 151–162. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.030>
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.
- Heretik, A., & Heretik, A. (2007). *Klinická psychológia*. Psychoprof.
- Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Kantor, K., Vanek, J., Slepecky, M., & Vrbova, K. (2019). Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with neurotic spectrum disorders: A cross-sectional study. *Psychology research and behavior management*, 81–95. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S179838>
- Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
- Huang, M.-F., Yen, C.-F., & Lung, F.-W. (2010). Moderators and mediators among panic, agoraphobia symptoms, and suicidal ideation in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(3), 243–249. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.07.005>

- Chambers, E., Cook, S., Thake, A., Foster, A., Shaw, S., Hutten, R., ... Ricketts, T. (2015). *The self-management of longer-term depression: learning from the patient, a qualitative study*. *BMC Psychiatry*, *15*(1). doi:10.1186/s12888-0150550-6
- Chambless, D. L., Allred, K. M., Chen, F. F., McCarthy, K. S., Milrod, B., & Barber, J. P. (2017). Perceived criticism predicts outcome of psychotherapy for panic disorder: Replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*(1), 37.
- Chen, M.-H., & Tsai, S.-J. (2016). Treatment-resistant panic disorder: Clinical significance, concept and management. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *70*, 219–226. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2016.02.001>
- Chou, K.-L. (2010). Panic disorder in older adults: Evidence from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *International journal of geriatric psychiatry*, *25*(8), 822–832. <https://doi.org/10.1002/gps.2424>
- Chval, J., & Chvalová, V. (2007). Panická porucha v ambulanci internisty. *Interní Medicina*, *9*(7-8). 338-342.
- Imai, H., Tajika, A., Chen, P., Pompoli, A., & Furukawa, T. A. (2016). Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011170.pub2>
- Inoue, K., Kaiya, H., Hara, N., & Okazaki, Y. (2016). A discussion of various aspects of panic disorder depending on presence or absence of agoraphobia. *Comprehensive psychiatry*, *69*, 132–135. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.05.014>
- Inoue, K., Kaiya, H., Hara, N., & Okazaki, Y. (2017). Comparison of clinical features of panic disorder patients with and without family history of psychiatric disorders. *Science & Helthcare*, *5*, Article 5.
- Kamarádová, D., Látalová, K., & Praško, J. (2016). *Panická porucha*. Grada Publishing a.s.

- Kamarádová, D., Praško, J., & Divéky, T. (2015). EEG nálezy pacientů s panickou poruchou. *Česká a slovenská psychiatrie*, *111*(1), 37-43.
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., & the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, *14*(Suppl 1), S1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H.-U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, *21*(3), 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Kim, J. E., Song, I. H., & Lee, S. H. (2017). Gender Differences of Stressful Life Events, Coping Style, Symptom Severity, and Health-Related Quality of Life in Patients With Panic Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *205*(9), 714–719. doi:10.1097/nmd.000000000000006.
- Kim, M. K., Lee, K. S., Kim, B., Choi, T. K., & Lee, S.-H. (2016). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on intolerance of uncertainty in patients with panic disorder. *Psychiatry investigation*, *13*(2), 196. <https://doi.org/10.4306%2Fpi.2016.13.2.196>
- Kolek, A., Prasko, J., Ociskova, M., Vanek, J., Holubova, M., Hodny, F., Minarikova, K., & Zmeková, J. (2020). “Dont tell me that I am hysterical”: Unmet needs of patients with panic disorder. *Neuroendocrinology Letters*, *41*(7–8), 370–384.
- Kosová, J. (2005). Farmakoterapie a psychoterapie úzkostných poruch. *Psychiatrie Pro Praxi*, *6*(6), 285-288.
- Kosová, J. (2007). Deprese s úzkostí a poruchami spánku. *Psychiatrie pro praxi*, *7*(6), 285–287.
- Kryl, M. (2005). Úzkostné poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. *6*(3), 155.

- Laňková, J., & Raboch, J. (2013). *Deprese: doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře: novelizace 2013*. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství.
- Lim, S.-W., Ko, E.-M., Shin, D.-W., Shin, Y.-C., & Oh, K.-S. (2015). Clinical symptoms associated with suicidality in patients with panic disorder. *Psychopathology*, 48(3), 137–144. <https://doi.org/10.1159/000368904>
- Linhorst, D. M. (2006). *Empowering People With Severe Mental Illness: A Practical Guide*. New York: Oxford University Press.
- Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J., & Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review*, 42, 72–82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.004>
- Lundin, L. (2020). Online narratives about panic attacks: Interpreted within a psychodynamic framework. *Social Work in Mental Health*, 18(3), 349–365. <https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1744500>
- Maříková, M. (2013). Farmaceutická péče u pacientů s depresivní poruchou. *Praktické lékařství*, 9(2), 78–82.
- Mentzos, S. (2012). *Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch*. Portál.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Update 10. revize k 1.1.2022. (2022). Získáno 15. listopadu 2022 z <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F40-F48>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing a.s.
- Nepon, J., Belik, S.-L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and anxiety*, 27(9), 791-798. <https://doi.org/10.1002/da.20674>
- Nosková, E., Stopková, P., & Šebela, A. (2017). Aktuální trendy v terapeutickém přístupu u úzkostných poruch. *Psychiatr. praxi*, 18(3), 114–119.

- Ocisková, M., & Praško, J. (2017). *Generalizovaná úzkostná porucha v praxi*. Grada Publishing a.s.
- Ociskova, M., Prasko, J., Kamaradova, D., Grambal, A., & Sigmundova, Z. (2015). Individual correlates of self-stigma in patients with anxiety disorders with and without comorbidities. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1767–1779. <https://doi.org/10.2147/NDT.S87737>
- Ölmez, S. B., Ataoğlu, B. B., Kocagöz, Z. B., & Pasin, Ö. (2018). An investigation of childhood trauma in patients with panic disorder. *Nobel Medicus*, 14(1), 39–48.
- Orel, M. et al. (2016). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše* (2. aktualizované a doplněné vydání). Grada Publishing a.s.
- Pěč, O., Koblic, K., Lorenc, J., & Beránková, A. (2003). Denní stacionáře s psychoterapeutickou péčí. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 99(Suppl. 2), 10-16.
- Perugi, G., & Toni, C. (2012). Comorbidity between panic-disorder and bipolar disorder. *Journal of Psychopathology*, 18, 75–81.
- Petrowski, K., Wintermann, G.-B., Kirschbaum, C., & Bornstein, S. R. (2012). Dissociation between ACTH and cortisol response in DEX–CRH test in patients with panic disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 37(8), 1199–1208. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.12.013>
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., & Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004.pub2>
- Poněšický, J. (2012). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie* (3. vyd). Triton.
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Portál.
- Praško, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamarádová, D., Sigmundová, Z., & Šilhán, P. (2012). Agorafobie a její léčba. *Medicina pro praxi*, 9(3), 113–118.
- Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E-psychologie [online]*. 3(3), 34-45. Získáno 12. listopadu 2022 z <http://e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf>

- Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. 1. vyd. Galén.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
- Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2012). *Psychiatrie: minimum pro praxi* (5. vyd). Triton.
- Raphael, J., & Paul, K. (2014). Psychological well-being and anxiety among adolescents analysis along wellness: illness continuum. *Int J Innov Res Dev*, 3, 395-401.
- Ressler, K., Pine, D., & Rothbaum, B. (2015). *Anxiety disorders*. Oxford University Press.
- Rubin, H. C., Rapaport, M. H., Levine, B., Gladsjo, J. K., Rabin, A., Auerbach, M., Judd, L. L., & Kaplan, R. (2000). Quality of well being in panic disorder: The assessment of psychiatric and general disability. *Journal of Affective Disorders*, 57(1–3), 217–221. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00030-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00030-0)
- Řiháček, T., Čermák, I. & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Saeed, S. A, Cunningham K, & Bloch R. M. (2019). Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation. *American family physician*, 99(10), 620–627.
- Santos, M., D'Amico, D., & Dierssen, M. (2015). From neural to genetic substrates of panic disorder: Insights from human and mouse studies. *European Journal of Pharmacology*, 759, 127–141. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2015.03.039>
- Sigmundová, M. Z., & Šilhán, M. P. (2013). Stigmatizace a panická porucha. *Psychiatr. prax*, 14(4), 151-154.
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: Sage Publications.



- Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 246–251. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.246>
- Stone, M. H. (2009). History of anxiety disorders. In Stein D. J. Hollander E. & Rothbaum B. O. (2010). *Textbook of anxiety disorders* (2nd ed.). American Psychiatric Pub.
- Stossel, S. (2015). *Můj život s úzkostí: strach, děs, naděje a hledání vnitřního klidu*. Dybbuk.
- Suresky, M. J., Zauszniewski, J. A., & Bekhet, A. K. (2014). Factors affecting disruption in families of adults with mental illness. *Perspectives in psychiatric care*, 50(4), 235–242. <https://doi.org/10.1111/ppc.12047>
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology*. Portál.
- Šago, D., Babić, G., Bajić, Ž., & Filipčić, I. (2020). Panic disorder as unthinkable emotions: Alexithymia in panic disorder, a croatian cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 466. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00466>
- Šilhán, P., Pavlov Praško, J., Kamarádová, D., Grambal, A., & Diveky, T. (2012). Panická porucha. *Medicína pro praxi*, 9(5), 238–242.
- ŠOLCOVÁ, I., & KEBZA, V. (2004). Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (wellbeing), její determinanty a prediktory. In *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne* (Vol. 25, No. 10, p. 2004).
- Šukalová, V. (2012). *Subjektivní prožívání terapie osobami s úzkostnými a depresivními poruchami*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Švaříček, R. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.
- Tanguay Bernard, M.-M., Luc, M., Carrier, J.-D., Fournier, L., Duhoux, A., Côté, E., Lessard, O., Gibeault, C., Bocti, C., & Roberge, P. (2018). Patterns of benzodiazepines use in primary care adults with anxiety disorders. *Heliyon*, 4(7), e00688. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00688>

- Telerovský, R., & Holub, D. (2013). *Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2: manuál pro diagnostiku a plánování léčby*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Vopálková, L. (2022). *Žitá zkušenost lidí s panickou poruchou* (Nepublikovaná diplomová práce). Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií.
- Vrablík, M. (2013). Adherence v léčbě a možnosti jejího ovlivnění. *Medicina pro praxi*, 10(11-12), 369-371.
- Vymětal, J. (2007). *Speciální psychoterapie* (2. přepracované a doplněné vydání). Grada Publishing a.s
- Wendt, J., Hamm, A. O., Pané-Farré, C. A., Thayer, J. F., Gerlach, A., Gloster, A. T., Lang, T., Helbig-Lang, S., Pauli, P., Fydrich, T., Ströhle, A., Kircher, T., Arolt, V., Deckert, J., Wittchen, H.-U., & Richter, J. (2018). Pretreatment Cardiac Vagal Tone Predicts Dropout from and Residual Symptoms after Exposure Therapy in Patients with Panic Disorder and Agoraphobia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3), 187–189. <https://doi.org/10.1159/000487599>
- Woodgate, R. L., Tennent, P., & Legras, N. (2021). Understanding youth's lived experience of anxiety through metaphors: A qualitative, arts-based study. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 4315. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084315>
- Wu, T., & Yang, Y. (2021). The Literal Review of Panic Disorder and Comorbidity. *2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021)*, 2163–2166. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.211220.373>
- Zilcha-Mano, S., McCarthy, K. S., Dinger, U., Chambless, D. L., Milrod, B. L., Kunik, L., & Barber, J. P. (2015). Are there subtypes of panic disorder? An interpersonal perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 938. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0039373>

# PŘÍLOHY

## Seznam příloh

1. Abstrakt v českém a anglickém jazyce
2. Inzerát s výzvou k účasti ve výzkumném projektu
3. Seznam otázek pro jádro polostrukturovaného interview
4. Ukázka analýzy rozhovoru

## **Příloha č. 1: Abstrakt magisterské práce v českém a cizím jazyce**

### **ABSTRAKT MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Životní zkušenost osob s panickou poruchou

**Autor práce:** Mgr. et Mgr. Bc. Vendula Šukalová, Dis.

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 148 930

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 113

#### **Abstrakt:**

Magisterská diplomová práce se zabývá zkušeností jedinců s diagnostikovanou panickou poruchou. Teoretická část zahrnuje charakteristiku panické poruchy, její příčiny, přidružené psychické poruchy, důsledky a možnosti léčebného působení. Pro empirickou část byl zvolen kvalitativní výzkum. Na základě realizovaných polostrukturovaných interview tvořilo výzkumný soubor 8 respondentů s panickou poruchou. K analýze dat byla použita interpretativní fenomenologická analýza. Výsledky poukazují na jedinečnost zážitku panické ataky a následný rozvoj maladaptivních změn v chování. Změny v chování negativně zasahují do běžného života a ve výsledku snižují celkovou kvalitu života. Součástí zkušenosti osob s panickou poruchou je pocit nepochopení okolím a výrazný zájem o sebeedukaci. Zároveň lze identifikovat i pozitivní aspekty, kdy je panická porucha vnímána jako výzva ke změnám a podpoře osobnostního růstu.

**Klíčová slova:** úzkost, panická ataka, panická porucha, zkušenost, kvalita života

**Příloha č. 1: Abstrakt magisterské práce v českém a cizím jazyce**  
**ABSTRACT OF MAGISTER'S THESIS**

**Název práce:** Life experience of people with panic disorder

**Autor práce:** Mgr. et Mgr. Bc. Vendula Šukalová, Dis.

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 82, 148 930

**Počet příloh:** 4

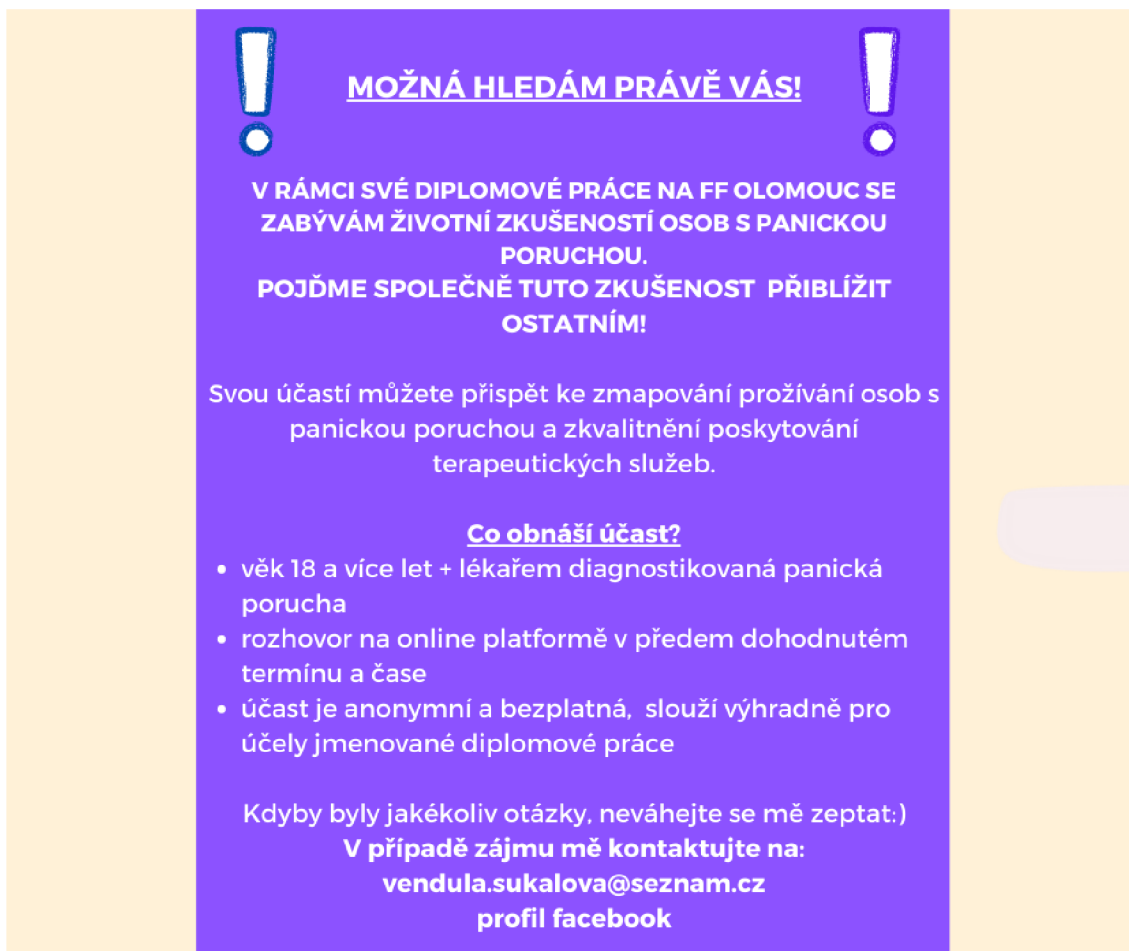
**Počet titulů použité literatury:** 113

**Abstract:**

The Master's thesis presents the experience of individuals diagnosed with panic disorder. The theoretical research focuses on the signs, causes, symptoms, associated psychological disorders, consequences and treatment of panic disorder. Qualitative research has been chosen for the empirical part. Based on semi-structured interviews, the research group consisted of 8 respondents with panic disorder. Interpretive phenomenological analysis was used to analyze the data. The results refer to unique experience of a panic attack and the subsequent development of maladaptive changes in behavior. Changes in behavior negatively interfere with their daily life and, as a result, reduce the overall quality of life. Part of the experience also refers to people with panic disorder being misunderstood and having significant interest in self-education. At the same time, positive aspects can also be identified, when panic disorder is perceived as a challenge to change and support personal growth.

**Key words:** anxiety, panic attack, panic disorder, experience, quality of life

## Příloha č. 2: Inzerát s výzvou k účasti ve výzkumném projektu



**! MOŽNÁ HLEDÁM PRÁVĚ VÁS! !**

**V RÁMCI SVÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE NA FF OLOMOUC SE ZABÝVÁM ŽIVOTNÍ ZKUŠENOSTÍ OSOB S PANICKOU PORUCHOU. POJĎME SPOLEČNĚ TUTO ZKUŠENOST PŘIBLIŽIT OSTATNÍM!**

Svou účastí můžete přispět ke zmapování prožívání osob s panickou poruchou a zkvalitnění poskytování terapeutických služeb.

**Co obnáší účast?**

- věk 18 a více let + lékařem diagnostikovaná panická porucha
- rozhovor na online platformě v předem dohodnutém termínu a čase
- účast je anonymní a bezplatná, slouží výhradně pro účely jmenované diplomové práce

Kdyby byly jakékoliv otázky, neváhejte se mě zeptat:)  
**V případě zájmu mě kontaktujte na:**  
**[vendula.sukalova@seznam.cz](mailto:vendula.sukalova@seznam.cz)**  
**profil facebook**

### **Příloha č. 3: Seznam otázek pro jádro polostrukturovaného interview**

Pro polostrukturovaný rozhovor bylo stanoveno jádro rozhovoru zacílené na témata relevantní ke stanovenému výzkumnému cíli a otázkám. Dle průběhu rozhovoru byly následně použity doplňovací otázky.

- Kde si myslíte, že začíná Vaše životní zkušenost s panickou poruchou?
- Jak u Vás probíhá panická ataka? Mění se její podoba v průběhu času?
- Přemýšlíte o příčinách, které u Vás vedly ke vzniku panické poruchy?
- V čem Vás panická porucha omezuje?
- Co Vám v životě s panickou poruchou pomáhá?
- Co vnímáte jako pozitiva panické poruchy? Co Vám do života přinesla?
- Jak vnímáte přístup partnera a celkově rodinných příslušníků?
- Jak se k Vaším obtížím staví přátelé?
- Setkáváte se s nevhodným přístupem či poznámkami ze stran zdravotnického personálu?
- Co byste vzkázali lidem, kteří s panickou poruchou žijí? Zdravotníkům? Ostatním lidem?

#### Příloha č. 4: Ukázka analýzy rozhovoru

Text	Vynořující se témata
<p>...u mě to začíná návaly horka. Ale vopravdu mám jako pocit, že mi hoří celý tělo a v ten moment potřebuju jako akutně na toaletu. A mám pocit, že se zblázním, že zešílím.</p>	<p>panická ataka – fyzické příznaky + psychické příznaky</p>
<p>...tu ataku mi prohlubovalo to, že nejsem doma, protože už to mám jako zakódovaný, že doma je to bezpečný místo.</p>	<p>opuštění domova</p>
<p>...většinou to přišlo zničehonic a hlavně v noci...</p>	<p>noční panická ataka</p>
<p>...vlastně mi pomohl ten okruh lidí, který tam byli se stejnými problémy jako já, že jsme se tam navzájem tak jako všichni přijali. Cejtila jsem se tam hrozně dobře. I ten personál...</p>	<p>hospitalizace jako prospěšné v léčbě; sdílení; přístup personálu</p>
<p>Kdo to nezažil, tak to nepochopí.  Drtivá většina mi na to řekla, že vůbec nechápu, čím si procházím, že si to neumí představit.</p>	<p>ataka jako nepřenositelná zkušenost</p>
<p>...chtěla bych se věnovat lidem s obdobnými problémy jako mám já.</p>	<p>pomoc druhým</p>
<p>Momentálně ani já sama nevím, jak překonat ty stavy samotný jinak, než že si vezmu prášek...beru benzodiazepiny, když hrozí, že mi bude zle, každý den to neberu, to určitě ne.</p>	<p>zabezpečovací chování; benzodiazepiny při atace</p>



...i dopravní prostředky, vlakem jsem nejela asi čtyři, pět let.	vyhýbavé chování; dopravní prostředky
Po lécích jsem přibrala pětadvacet kilo.	nežádoucí účinky antidepresiv
Mám jako vnitřní potřebu udělat takovou jako osvětu, protože mi přijde, že to psychický zdraví je hrozně tabu, mělo by se o tom mluvit.	osvětová činnost