

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

COPINGOVÉ STRATEGIE
U STUDENTŮ VYSOKÝCH ŠKOL
S DIAGNOSTIKOVANÝMI
ÚZKOSTNÝMI PORUCHAMI

COPING STRATEGIES OF UNIVERSITY STUDENTS
DIAGNOSED WITH ANXIETY DISORDERS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Iva Šporcrová**

Vedoucí práce: **Mgr. Alexandra Škrobánková**

Olomouc

2020

Na těchto řádcích bych chtěla poděkovat své vedoucí práce Mgr. Alexandře Škrobánkové za vstřícnou spolupráci a odborné vedení mé bakalářské diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala své mamince PhDr. Ivoně Šporcrové, která mi umožnila prostřednictvím své profese klinického psychologa navázat kontakt s respondenty a podporovala mě po celou dobu psaní této práce. Rovněž děkuji za podporu ostatním členům rodiny a přátelům. V neposlední řadě patří můj dík všem respondentům, kteří byli ochotni sdílet své osobní příběhy a umožnili tak vznik této práce.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Copingové strategie u studentů vysokých škol s diagnostikovanými úzkostnými poruchami“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

„Jsem přesvědčena, že mi těžké chvíle pomohly lépe pochopit, jak je život nekonečně krásný a v každém smyslu bohatý, a jak úplně nepodstatné jsou věci, které nás naplňují úzkostí.“

– Karen Blixen

„Dospělost je jako polévka a já jsem vidlička.“

– neznámý autor

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		4
ÚVOD		7
TEORETICKÁ ČÁST		8
1 Zátěžové faktory		9
1.1 Zátěžové faktory u studentů vysokých škol		9
1.1.1 Definice stresové situace		9
1.1.2 Stresory dané vysokoškolským studiem.....		9
1.1.3 Stresory mimo studium		10
1.2 Vynořující se dospělost		10
1.2.1 Vynořující se dospělost a adolescence		11
1.2.2 Vynořující se dospělost a mladá dospělost.....		11
1.2.3 Vynořující se dospělost a stres		12
1.3 Osobnostní predispozice.....		12
2 Úzkostné poruchy		14
2.1 Definice úzkosti		14
2.2 Klasifikace úzkostných poruch.....		15
2.2.1 Klasifikace úzkostných poruch dle MKN-10.....		15
2.2.2 Klasifikace úzkostných poruch dle DSM-5.....		16
2.3 Charakteristika úzkostných poruch		18
2.3.1 Agorafobie		18
2.3.2 Sociální fobie.....		18
2.3.3 Specifické fobie.....		19
2.3.4 Panická porucha		20
2.3.5 Generalizovaná úzkostná porucha.....		22
2.3.6 Smíšená úzkostná a depresivní porucha.....		23
2.3.7 Obsedantně kompulzivní porucha		24
2.3.8 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení.....		26
2.4 Léčba úzkostných poruch		26
2.4.1 Farmakoterapie		27
2.4.1.1 Antidepresiva.....		27
2.4.1.2 Anxiolytika		27
2.4.2 Psychoterapie.....		27
3 Copingové strategie		30
3.1 Definice copingové strategie		30
3.2 Coping zaměřený na problém.....		30
3.3 Coping zaměřený na emoce.....		31

3.4	Copingové strategie vs. obranné mechanismy	31
3.5	Metody zvládání stresu	32
3.5.1	Kontrola úzkostných myšlenek	32
3.5.1.1.	Přesunutí pozornosti	32
3.5.1.2.	Kreativní činnost	33
3.5.1.3.	Kontakt s přírodou	33
3.5.1.4.	Verbalizace a racionalizace	33
3.5.1.5.	Sociální opora	34
3.5.2	Kontrola tělesných příznaků	34
3.5.2.1.	Relaxace	34
3.5.2.2.	Dechová cvičení	35
3.5.2.3.	Imaginace	35
3.5.2.4.	Jóga a meditace	35
3.6	Dotazník SVF-78	36
VÝZKUMNÁ ČÁST		37
4	Oblast výzkumu	38
4.1	Výzkumný problém	38
4.2	Cíl výzkumu	38
4.3	Výzkumné otázky	38
5	Metodologický rámec	40
5.1	Metody tvorby dat	40
5.1.1	Pilotní studie	40
5.1.2	Hlavní výzkum	41
5.2	Metody analýzy dat	41
5.2.1	Interpretační fenomenologická analýza	41
5.2.2	Analýza rozhovorů	42
5.3	Metody a kritéria výběru výzkumného souboru	43
5.4	Základní popis výzkumného souboru	44
5.5	Etické aspekty výzkumu	45
5.6	Průběh výzkumu	46
6	Prezentace výsledků	47
6.1	Charakteristika výzkumného souboru	47
6.2	Prezentace získaných dat	57
6.2.1	Zátěžové faktory	59
6.2.2	Copingové strategie	64
6.2.3	Pozitivní vliv úzkosti na studium	69
6.3	Odpovědi na výzkumné otázky	70

7	Diskuze	74
8	Závěr.....	78
9	Souhrn	80
	LITERATURA.....	85
	PŘÍLOHY.....	92

ÚVOD

Předkládaná bakalářská práce se věnuje tématu strategií zvládnání stresu u studentů vysokých škol, u kterých byla stanovena diagnóza jakékoliv úzkostné poruchy. Toto téma jsem si vybrala proto, že v dnešní době se zvyšuje procento vysokoškolsky studujících a současně se nezdálo by vyskytují úzkostné poruchy u mladých lidí. Výzkumy emocí, včetně úzkosti a strachu, se častěji zaměřují na mladší věkové kategorie, pro které jsou výkyvy a intenzita prožívání typičtější než u starších generací – např. období puberty či adolescence. Zajímalo mě, jak zátěž vnímají studenti vysokých škol, kteří v dnešní době z hlediska vývojové psychologie stojí částečně na pomezí adolescence a mladé dospělosti. Rovněž mne zajímalo, jak moc se může úzkostná porucha promítnout do studijního života a zda může být i v něčem nápomocná. Věnovala jsem se strategiím, které úzkostní studenti využívají k překonávání zátěže, jež studium přináší.

V teoretické části práce se zaměřuji na faktory zátěže, které mohou studenty vysokých škol omezovat. Dále se budu věnovat úzkostným poruchám – jejich typům a projevům. Poslední kapitolu tvoří samotné téma copingových strategií.

Cílem výzkumné části práce je popsat osobní zkušenosti studentů a jejich vnímání problematiky úzkosti při studiu. Zajímalo mě, jaké faktory jsou pro studenty nejvíce zátěžové a především jakými způsoby se s touto zátěží vyrovnávají. Výzkumné otázky, které jsem si stanovila, jsou následně zodpovězeny formou individuálních rozhovorů s respondenty.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁTĚŽOVÉ FAKTORY

První kapitola se věnuje zátěžovým faktorům, které mohou potencovat úzkost. Zaměříme se na hlavní témata zátěže a na stres, který prožívají studenti vysokých škol.

1.1 Zátěžové faktory u studentů vysokých škol

1.1.1 Definice stresové situace

Stresovou situaci můžeme definovat jako různě dlouhé časové období, jež provází obtížně zvladatelné či ohrožující podněty a změny, které výrazně narušují psychickou i fyzickou rovnováhu člověka. Jedná se o stav, který přesahuje snesitelnou úroveň adaptace. Konkrétní situaci stresu může jedinec vnímat jako stresující či zatěžující jak na základě vnějších příčin, tak na základě vlastních dispozičních faktorů (Paulík, 2017).

1.1.2 Stresory dané vysokoškolským studiem

Velká část populace může mít s pojmem „škola“ spojenou řadu tíživých pocitů či vzpomínek. Ačkoliv studium vysoké školy přináší spoustu možností osobního růstu a studujícím umožňuje uspokojení tím, že se mohou cíleně zaměřovat na oblast svého vlastního zájmu, je vysokoškolské studium, přes tyto výhody, doprovázeno významnými stresory v životě studentů.

Jednou z prvních zátěžových situací, na kterou narazíme v kontextu studia vysoké školy, je proces změny. Ačkoliv jsou za stresující změny obvykle považovány nepříjemné situace (například úmrtí blízkého člověka, rozvod, apod.), bylo zjištěno, že pro člověka mohou být stresujícími i příjemné změny (Míček, 1986). Takovou změnou může být i vstup do tolik oslavovaného vysokoškolského života. Zejména na počátku studia se studenti potýkají s mnohými změnami, počínaje (obvykle) oddělením se od rodiny a částečným či úplným přestěhováním se do jiného města. Množství učiva, které se na střední škole zdálo nepřekonatelné, nyní tvoří jen zlomek materiálů potřebných k jedné zkoušce. Denní režim studentů je výrazně jiný, než na jaký byli zvyklí v průběhu středoškolských let. Na studenty VŠ je dále kladen mnohem větší důraz na osobní zodpovědnost a schopnost autonomie oproti dřívější školní etapě (Urbanovská, 2010).

Dnešní informační doba má tendenci orientovat společnost na výkon a klást důraz spíše na kvantitu než na kvalitu. Jednotlivec se tím pádem tzv. „ztrácí v davu“ (Zeman & Míček, 1997). Specifické osobní kvality, které jednotlivec může nabídnout, bývají často opomíjeny a do popředí se staví uniformní požadavky, které musí být naplněny každým jednotlivým studentem, což pro mnohé z nich představuje velký tlak.

V důsledku systému výuky na vysoké škole se studenti dostávají do poměrně vysoké anonymity. Tato anonymita může u studentů vyvolávat časté pocity osamělosti. Absence „ochranných křídel“, které v minulosti představovali například rodiče, učitelé nebo jiné autority, vytváří další tlak. Pokud jedinec trpí nedostatečnou sebedůvěrou a není si jistý vlastními schopnostmi nebo identitou, autonomie představuje další zátěž (Urbanovská, 2010).

1.1.3 Stresory mimo studium

Důležité je zmínit, že kromě stresorů týkajících se studia, každý jednotlivec prožívá různé zátěžové životní situace i mimo studium. Zatěžujícími pro člověka mohou být různé rodinné problémy, finanční starosti, potíže v partnerství, zdravotní obtíže atd. (Míček, 1986). Míra subjektivně vnímané zátěže se individuálně liší, a proto není možné srovnávat dva studenty s podobnými či různými životními příběhy. Nicméně je třeba podotknout, že osoby s úzkostnými poruchami mají tendenci zátěžové situace prožívat mnohem intenzivněji než ostatní, a často tak jako stres vnímají i situace, které by běžný člověk nepovažoval za stresující. Důsledky stresu – jako je například únava, zdravotní potíže, problémy s pozorností či pamětí – jsou u úzkostných studentů závažnějšího charakteru (Paulík, 2017).

1.2 Vynořující se dospělost

Poměrně novým fenoménem v oblasti vývojové psychologie je téma „emerging adulthood“ – do češtiny překládáno jako „vynořující se dospělost“. Jedná se o teoretický koncept, který vkládá novou vývojovou fázi lidské psychiky mezi období adolescence a mladé dospělosti (Arnett, 2000). Fáze vynořující se dospělosti zahrnuje osoby ve věkové kategorii 18-25 let (Arnett, 2000), horní hranice může být posunuta až do konce 29. roku (Arnett & Schwab, 2012).

Předešlá generace (rozumějme tedy rodiče dnešních dvacátníků) v tomto věkovém období vypadala zcela jinak než ta dnešní. Tehdy bylo pro jedince kolem dvacátého roku

typické žít v manželském svazku, popřípadě se ke svatbě schylovalo, nebo byl již společně očekáván příchod prvního potomka. Mladí uvedeného věku měli většinou dokončené vzdělání, stálou práci a byli kompletně nezávislí na svých rodičích. Dnes se obvykle do manželství vstupuje nejdříve mezi pětadvacátým až třicátým rokem věku. Zakládání rodiny probíhá okolo třicítky. Mladí lidé v období svých dvacátých let nemají často ani dokončené vzdělání – studujících je aktuálně mnohem více, než tomu bylo právě před dvaceti nebo třiceti lety. Hledání stabilního zaměstnání trvá mladým lidem podstatně déle a trendem je i prostřídat různé pracovní pozice, než se člověk usadí. Období vynořující se dospělosti představuje jakousi „neprozkoumanou oblast“, kterou nynější mladá generace zažívá v podstatě poprvé. Podle teorie, se kterou přichází Arnett, je pro vynořující se dospělost typických pět hlavních znaků – prozkoumávání identity (identity exploration), nestabilita (instability), zaměření se na sebe (self-focus), pocity na pomezí adolescence a dospělosti (feeling in between) a otevřená budoucnost (possibilities) (Arnett, 2014).

1.2.1 Vynořující se dospělost a adolescence

Laická veřejnost často zaměňuje adolescenci s pubertou. Hlavní složkou, která tato dvě období propojuje je změna, respektive fakt, že se jedná o období představující zásadní a velké životní změny či přechody. Zjednodušeně si můžeme představit, že v období puberty dochází spíše ke změnám biologickým, v období adolescence spíše ke změnám sociálním. Jedinci spadající do kategorie vynořující se dospělosti však už mají četné zkušenosti v socializaci – prožili si první romantické vztahy, navázali několik „ne dětských“ přátelství atd., což v období adolescence teprve probíhá. Novým přicházejícím milníkem, typicky se objevujícím v tomto období, je právní odpovědnost mladých lidí. Při dovršení 18. roku jedinec přebírá veškerou právní odpovědnost sám na sebe. Když srovnáme adolescenty (podle tradičního vymezení), kteří ještě nedosáhli právní dospělosti a ty, kteří ano, vyvstává přirozený rozdíl. Nejedná se třeba jen o právo legálně pít alkohol, ale například i o právo podepisovat oficiální dokumenty nebo právo volit a být tak politicky aktivní (Arnett, 2000). Nynější generaci dvacátníků tudíž nelze považovat za adolescenty.

1.2.2 Vynořující se dospělost a mladá dospělost

Dosažením právní odpovědnosti tedy oficiálně začíná období dospělosti. Je tomu tak i z psychologického hlediska? Podle Arnetta není. Většina tázaných osob mezi 18. a 25. (popř. 29.) rokem pociťují tzv. „feeling in between“ (neboli pocit na pomezí) – tj. necítí se už jako

mladiství, ale ani jako plně dospělí (Arnett, 2014). Z názvu „mladá dospělost“ je patrné, že dospělosti již bylo dosaženo v celé šíři. V případě jedinců spadajících do období vynořující se dospělosti tomu tak však není. Mladá dospělost je tedy spíše termín vhodnější pro třicátníky, jelikož ti se aktuálně pohybují v tématech, která řešila tehdejší generace dvacátníků (Arnett, 2000).

1.2.3 Vynořující se dospělost a stres

Vynořující se dospělí mají před sebou mnoho otevřených možností, což ve spoustě z nich probouzí pocity natěšení a radosti. V anketě, která byla prováděna na Clark University, tázání (osoby ve věku 18-29 let) většinou uvádí, že jejich život je v tomto období zábavný a vzrušující. Nicméně více než polovina z nich (konkrétně 56%) tvrdí, že často pociťují úzkost. Třetina (konkrétně 32%) dokonce zažívá i depresivní stavy, nebo tvrdí, že se ve svém životě necítí dobře (Arnett & Schwab, 2012). Pro vynořující se dospělé je těžké odpovědět na otázku „kdo jsem“; tito „skoro dospělí“ stále hledají sami sebe, často nemají trvalý partnerský vztah (ve smyslu plánu k sňatku či založení rodiny), nemají stabilní práci a budoucnost pro ně v daném období nemá vyhraněný směr. Někteří si období experimentů a objevování samozřejmě užívají, ovšem není tomu tak evidentně vždy. Prožívání nejistoty a neukotvenost se může stát předpokladem pro vznik patologické úzkosti. Chronická úzkost, která narušuje běžné fungování a přispívá k celkové zranitelnosti jedince, může být rizikovým faktorem také pro vznik deprese, ačkoliv „cest k depresi“ je samozřejmě více (Riggs & Han, 2009).

1.3 Osobnostní predispozice

Osobnost je komplexní jednotka, která propojuje všechny vlastnosti člověka (Cakirpaloglu, 2012). Důležitou vlastností osobnosti je zrání. Vývoj osobnosti a její fungování v reálných situacích však nemusí probíhat harmonicky, což se může projevit například sníženou odolností v různých obdobích života (Pavlovský, 2010). Každý člověk má jinou míru odolnosti. To, jak odolní budeme (resp. šířeji jakým směrem se bude vyvíjet naše osobnost), ovlivňuje spousta dílčích faktorů, jako je výchova, prostředí, zkušenosti, kultura, vztahy, genetická výbava, atd. (Cakirpaloglu, 2012). Osobnost by měla být ve své bazální osobnostní orientovanosti dotvořena začátkem formální dospělosti. Reálně je však tento milník příliš striktní. Nejenže zrání osobnosti je individuální, ale v rámci předchozího tématu vynořující se dospělosti se hranice výrazně posouvá směrem nahoru a k téměř

úplnému vyspění dochází mnohem později. Období kolem dvacátého roku věku je odborníky považováno za časový úsek, kdy může docházet k rozvoji poruch osobnosti. Jedná se z tohoto úhlu pohledu o velmi křehkou vývojovou etapu. Stres a zátěž, kterou mohou jedinci v této fázi vývoje pociťovat, může přispět k vzniku poruch osobnosti (Blatný a kol., 2010). Do přechodu v osobnostní patologii ovšem nemusí dojít nutně a v každém případě, ovšem může se narušit harmonie zrání, která jedinci komplikuje aktuální prožívání, včetně zvládání probíhající zátěže (Pavlovský, 2010).

Z opačné strany prožívání, osobnostní nastavení hraje roli ve vnímání štěstí a pohody. Ačkoliv těžko u téhož jedince může dojít k rychlému zvratu o sto osmdesát stupňů, z vývojového hlediska se u každého člověka v průběhu jeho života částečně jeho emoční prožívání mění. To se pochopitelně týká i prožívání úzkosti a strachu. Mladší jedinci mají tendenci prožívat (jak pozitivní, tak negativní) emoce oproti starším mnohem intenzivněji. Dlouhodobý a stabilnější pocit štěstí však prožívají spíše starší lidé (Blatný a kol., 2010). Můžeme tudíž vznést úvahu, že mladší generace má tendence pociťovat negativní emoce častěji a navíc intenzivněji. Ve výzkumu Ryffové bylo zjištěno, že lidé středního věku a starší pociťují více autonomie a vlastní kontroly nad prostředím (Blatný a kol., 2010). Z toho plyne větší pravděpodobnost, že se právě mladí lidé mohou cítit ve svém životě „ztraceni“.

2 ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Tato kapitola se bude věnovat tématu úzkostných poruch. Ukážeme si, jak úzkostné poruchy klasifikují různé klasifikační systémy a jednotlivé poruchy stručně popíšeme. Dále zmíníme, jakým způsobem se úzkostné poruchy léčí.

2.1 Definice úzkosti

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy (Praško & Prašková, 2007). Abychom mohli do tohoto tématu proniknout hlouběji, musíme se nejdříve zaměřit na samotný pojem úzkost a odlišit ji od strachu, který se může projevovat velmi podobně.

Úzkost je definována jako nepříjemný emoční stav, jehož příčinu nelze určit (Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra, 2018). Jedinec prožívající úzkost (neboli anxieta) cítí vnitřní napětí, ale není mu jasné, proč se tak děje a zároveň tedy neví, co by měl udělat, aby se napětí zbavil. Termín úzkost do psychologie vnesl již Sigmund Freud (Hartl & Hartlová, 2015).

Nepříjemný emoční stav, který reaguje na konkrétní podnět, se nazývá strach. Ačkoliv je tato emoce vnímána jako nelibá, jedná se o lépe pochopitelnou reakci na skutečné nebezpečí (Praško, 2005). Existují strachy racionální, to znamená, že v daný okamžik jsou navázány na reálné hrozící nebezpečí. Jsou ale též strachy iracionální, to znamená, že dotyčná osoba se obává situace či podnětu, který v danou chvíli nepředstavuje ohrožení (máme na mysli např. strach typu “co by, kdyby”).

Úzkost i strach mají v lidské psychice své důležité místo. Klíčovou roli sehrávají v adaptaci na vnější prostředí. Smysluplně se objevují proto, aby se organismus dokázal připravit na reakci vůči ohrožujícímu podnětu a zajistil si tak vyšší šanci k přežití. Svou patologickou podobu úzkost získává na základě své intenzity a četnosti, popřípadě je nepřiměřenou reakcí na zátěž, která by neměla působit jako ohrožující. Ve zkratce řečeno – pokud je úzkost příliš velká, trvá-li dlouho, vyskytuje-li se často nebo v nepřiměřených situacích, ztrácí svou ochrannou funkci a stává se negativním činitelem, který znepříjemňuje život člověka (Praško & Prašková, 2007).

V dnešní době je procento lidí ve společnosti, kteří trpí některou z úzkostných poruch, relativně vysoké. Alespoň jednou v životě se s úzkostnou poruchou potýká 29% veškeré populace. Dle odhadů dlouhodobě trpí nějakým typem úzkostné poruchy 5-7% lidí (Baldwin & Hirschfeld, 2005). Statistika Světové zdravotnické organizace z roku 2004 uvádí, že v tomtéž roce trpělo 28 miliónů lidí po celém světě obsedantně kompulzivní poruchou a přes 30 miliónů pak panickou poruchou (World Health Organization, 2004).

2.2 Klasifikace úzkostných poruch

Následující podkapitoly se budou věnovat klasifikaci úzkostných poruch. První podkapitola hovoří o rozdělení a popisu úzkostných poruch dle Mezinárodní klasifikace nemocí, označována MKN-10, která se využívá primárně na území Evropy včetně České republiky. Druhá podkapitola shrne klasifikaci úzkostných poruch dle DSM-5, která se používá zejména ve Spojených státech amerických.

2.2.1 Klasifikace úzkostných poruch dle MKN-10

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (angl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) – zkráceně MKN (popř. ICD) je publikace Světové zdravotnické organizace, která klasifikuje lidské nemoci a poruchy (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019).

Tabulka č. 1: Rozdělení úzkostných poruch dle MKN-10

Označení	Název
F40	FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY
F40.0	Agorafobie
F40.1	Sociální fobie
F40.2	Specifické (izolované) fobie
F40.8	Jiné anxiózně fobické poruchy
F40.9	Anxiózně fobická porucha NS

F41	JINÉ ANXIÓZNÍ PORUCHY
F41.0	Panická porucha
F41.1	Generalizovaná úzkostná porucha
F41.2	Smíšená úzkostná a depresivní porucha
F41.3	Jiné smíšené úzkostné poruchy
F41.8	Jiné určené úzkostné poruchy
F41.9	Úzkostná porucha NS
F42	OBSEDANTNĚ NUTKAVÁ PORUCHA
F42.0	Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace
F42.1	Převážně nutkavé činy (nutkavé rituály)
F42.2	Smíšené nutkavé myšlenky a činy
F42.8	Jiné obsedantně nutkavé poruchy
F42.9	Obsedantně nutkavé poruchy NS

2.2.2 Klasifikace úzkostných poruch dle DSM-5

Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (angl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – zkráceně DSM-5 je příručka Americké psychiatrické společnosti. Slouží ke klasifikaci mentálních poruch (Americká psychiatrická společnost, 2018).

Tabulka č. 2: Rozdělení úzkostných poruch dle DSM-5

Označení	Název	Analogie v MKN-10
ÚZKOSTNÉ PORUCHY		
309.21	Separáční úzkostná porucha	F93.0
313.23	Selektivní mutismus	F94.0
300.29	Specifické fobie	F40.2
300.23	Sociální fobie	F40.1
300.01	Panická porucha	F41.0
300.22	Agorafobie	F40.0
300.02	Generalizovaná úzkostná porucha	F41.1
291.89 (Alkohol) 292.89 (Jiné)	Úzkostná porucha vyvolaná užíváním látek/léků	Více kategorií
293.84	Úzkostná porucha způsobená jiným somatickým onemocněním	F06.4
300.09	Jiná specifikovaná úzkostná porucha	F41.8
300.00	Nespecifikovaná úzkostná porucha	F41.9
OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ A SOUVISEJÍCÍ PORUCHY		
300.3	Obsedantně kompulzivní porucha	F42
300.7	Dysmorfofobie	F45.2
300.3	Shromažďovací porucha	F42
312.39	Trichotillomanie	F63.3
698.4	Exkoriace	L98.1
294.8	Obsedantně kompulzivní a související poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním	F06.8

300.3	Jiné specifikované obsedantně kompulzivní a související poruchy	F42.8
300.3	Nespecifikované obsedantně kompulzivní a související poruchy	F42.9

2.3 Charakteristika úzkostných poruch

Tato podkapitola se bude věnovat charakteristice jednotlivých úzkostných poruch. Poruchy budou pojmenovávány a řazeny dle kritérií MKN-10, jelikož v České republice se používá tento klasifikační systém.

2.3.1 Agorafobie

Porucha nazývaná agorafobie vyjadřuje chorobný strach z otevřených prostor.

V dnešní době se agorafobií myslí hlavně strach z veřejných prostranství, přeplněných míst, dopravních prostředků atd. (Praško, 2005). Agorafobie je často provázena panickými projevy (Honzák et al., 2005), někteří autoři se dokonce domnívají, že agorafobie vzniká až jako sekundární projev panické poruchy.

Epidemiologický výskyt se v populaci pohybuje mezi 2,9-6,7% a bývá až trojnásobně vyšší u žen než u mužů.

Agorafobii je třeba odlišit od některých symptomů poruch nálady, kdy se pacient též necítí bezpečně na veřejnosti – např. odmítá vyjít z bytu (třeba u deprese), nicméně zde není splněno kritérium izolovaného symptomu a formou projevu či jeho intenzitou se nejedná o panický stav.

Doporučená léčba agorafobie je především psychoterapie. Obecně funkční terapií při léčbě fobií je kognitivně-behaviorální terapie (Praško, 2005).

2.3.2 Sociální fobie

Sociální fobie se vyznačuje strachem ze sociálních situací či interakcí a vede k tendencím se těmto situacím vyhýbat (Praško, 2005).

Sociální interakce mohou nabývat různých podob – může se jednat o vystupování na veřejnosti nebo o prožívaný strach z veřejnosti v obecné rovině, ale také o samostatné činnosti jako je telefonování, konzumace jídla před ostatními, rozhovor s autoritou, návštěvy

společenských událostí, oslovování cizích osob a obecně vzato upoutání pozornosti druhých (obzvláště cizích) lidí na sebe (Honzák et al., 2005). Pacient v takových situacích trpí strachem, že bude druhými hodnocen. Sociální fobie může nabírat silné intenzity a daného člověka zneschopňovat v jakémkoliv lidském kontaktu (Orel, 2016). V mírnějších formách se může projevat jako stydlivost nebo tréma, což není vnímáno jako míra patologie.

Výskyt popisované fobické poruchy se uvádí v Evropě kolem 6,7%, v Americe až 12,1%, častěji u dospělých než u dětí (Knappe, Sasagawa, & Creswell, 2015). Oproti tomu je zmiňováno, že zhruba 80-90% lidí zaznamenaná v průběhu života období, kdy se nadměrně stydí před druhými (Praško, 2005).

Stran diferenciální diagnostiky je nutné připomenout, že existují jiné psychodiagnostické kategorie, které se mohou svými projevy částečně se sociální fobií překrývat – máme na mysli především schizofrenii a depresi. Obě poruchy obsahují tendence k izolaci a vyhýbavosti. U schizofrenie je tomu především pro bludná paranoidní přesvědčení, kterými nemocní v sociálním prostředí narážejí na nepochopení; u depresí je tak vyjádřena spíše rezignace a ztráta zájmu o kontakt s lidmi (Praško, 2005).

K léčbě sociální fobie se v rámci farmakologického přístupu používají antidepressiva ze skupiny SSRI a RIMA, dočasně i benzodiazepinová anxiolytika. Stran psychoterapie bývá účinná expoziční léčba (Praško, 2005).

2.3.3 Specifické fobie

Specifická fobie se vyznačuje stabilním nadměrným strachem ze situací nebo konkrétních objektů, u kterých bychom běžně neočekávali, že budou vyvolávat strach (Cohen, 2002).

Fobie se obvykle skládá z tří možných komponent. První z nich je anticipační úzkost – tedy strach, že se podnět objeví, druhou bývá jádrový strach ze samotného podnětu a třetí pak avoidantní chování – tedy tendence se podnětu vyhýbat (Praško, 2005).

V průběhu života je specifickou fobií v různé míře postiženo asi 11,3% populace (Praško, 2005). Nejčastějšími objekty vyvolávajícími fobie jsou zvířata různého druhu, potom výšky, přírodní vlivy a létání (Cohen, 2002).

Dle MKN-10 se specifická fobie odlišuje od agorafobie a fobie sociální. V praxi je toto rozlišení pouze formální záležitostí. Diferenciálně diagnosticky je třeba specifické fobie odlišit od posttraumatické stresové poruchy, kdy se jedinec vyhýbá podnětům

připomínajícím traumatickou událost nebo od poruch příjmu potravy, kde vyhýbání se jídlu je jejich součástí. U některých typů PPP může, zvláště v začátku, může připomínat fobii z určitých druhů potravin (Praško, 2005).

Z hlediska psychoterapie bývá vhodnou a často první volbou práce na odstraňování specifické fobie metoda systematické desenzibilizace a nácvik zvládnání situace. U senzibilnějších klientů je možné zvolit i hypnózu (Praško, 2005).

2.3.4 Panická porucha

Panická porucha (PAD = panic anxiety disorder) je úzkostná porucha, která se vyznačuje intenzivními záchvaty úzkosti, které nazýváme panické ataky.

Záchvat paniky se výrazně projevuje jak na psychické tak i na tělesné rovině – je to relativně krátký (obvykle 5-20 minut), zato však velice intenzivní stav (Praško, 2005). Po odeznění tohoto stavu by se měl jedinec postupně vrátit k tzv. normálnímu výchozímu stavu, tedy svému běžnému rozpoložení. V některých případech ale může panická ataka trvat i déle (několik hodin) – s tím, že pacient popisuje tzv. panickou špičku (intenzivní záchvat) a časový úsek před a po ní je v určitém nekomfortu či pocitu panické pohotovosti. Ve chvíli záchvatu má pacient pocit ztráty kontroly, prožívá intenzivní obavy, bojí se, že se něco přihodí a často je tento stav doprovázen strachem ze smrti. Záchvat paniky má velmi výrazné fyziologické projevy. Jedná se například o bušení srdce, třes, pocení, dušnost, nevolnost nebo závrať. Vzhledem k tomu, jaké má panická epizoda tělesné projevy, se pacienti často domnívají, že právě umírají (Praško, Ondráčková, & Šípek, 1997). Tyto tělesné reakce jsou vyčerpávající, a proto po odeznění ataky většinou nastupuje únava a propad – tj. slabost, zpomalenost a otupělost. Při první zkušenosti s panickým záchvatem, jedinec často nerozumí tomu, co se vlastně stalo. Pokud se ataky opakují, úzkost narůstá a získává chronickou podobu s rytmickým opakováním záchvatů. Postižený tak mnohdy začne pociťovat tzv. “strach ze strachu” – tedy strach z toho, že záchvat znovu nečekaně přijde (Honzák et al., 2005).

Panická porucha se objevuje často v mladém věku, obvykle mezi 15. až 24. rokem, popřípadě druhou zastoupenou věkovou kategorií je oblast mezi 45. až 54. rokem (Praško, 2005). Samotný věk ovšem s rizikem výskytu panické poruchy nesouvisí (Olaya, Moneta, Miret, Ayuso-Mateos, & Haro, 2018). Můžeme se domnívat, že důvodů je více – jako jsou specifika pro dané údobí života a duševní výbava panikou trpících osob. Dlouhodobě

panickou poruchou trpí 1,4-3,5% populace, samotný panický záchvat však zažije mnohem větší množství lidí, a to až 9% (Praško, 2005).

Před zahájením léčby panické poruchy je třeba detailně prozkoumat, jak konkrétní záchvaty u jednotlivce vypadají. Musíme vyloučit, jestli se nejedná o sekundární projevy nějaké somatické poruchy. Taktéž je důležitá drogová anamnéza, v níž můžeme pozorovat, zda může jít o panickou poruchu navozenou substancemi, nebo například o syndrom z vysazení návykové látky. Je ovšem též důležité rozpoznat, zda panické potíže či jím podobné projevy nejsou součástí jiného psychického onemocnění či poruchy – např. zcela typické je to pro fobické poruchy nebo pro poruchy přizpůsobení. S panickými atakami bývají spojeny také agorafobické stavy. Důležité je vyzorovat situace, kdy se panická ataka objevuje a najít její tzv. spouštěče. Spouštěčem může být například nějaký specifický objekt (např. pavouk, pes), vystavení se situaci, která připomíná trauma z minulosti, nutkavé obavy v určitých situacích či sociální interakce. Na základě tohoto výčtu je možné diagnostikovat další poruchy jako specifickou fobii, sociální fobii, posttraumatickou stresovou poruchu nebo obsedantně kompulzivní poruchu. Spouštěč však nemusí být vždy přítomen (Praško, 2005).

Stran psychofarmak se nejčastěji užívá opět polyterapie antidepresivy a anxiolytiky (Praško, Prašková, Vašková, & Vyskočilová, 2012). U panické poruchy je problematická vysoká intenzita jednotlivých záchvatů. Velice účinná jsou proto benzodiazepinová anxiolytika. Tato skupina léků však při pravidelném a dlouhodobém užívání vede k somatické závislosti (Praško, 2005). Dalším nežádoucím účinkem monoterapie anxiolytiky je také tzv. amotivační syndrom. Pacient s amotivačním syndromem tak pouze využije anxiolytický preparát k odstranění aktuálního symptomu, není však motivován k tomu, aby dále objevoval příčiny, které anxieta způsobují, a následně na nich pracoval (Šulc, 23. dubna 2011). Vhodná je také psychoterapie, která pacientovi pomáhá objevovat možné spouštěče panických záchvatů, pokud nejsou známy. Psychoterapie též může jedinci v širším kontextu umožnit poznat sebe a případně lépe rozumět sobě samému. Dále napomáhá dotyčnému člověku porozumět, co se děje s jeho tělem a díky rozmanitým relaxačním technikám ho učí, jak se v takových stavech chovat a jak s nimi pracovat.

2.3.5 Generalizovaná úzkostná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD = generalized anxiety disorder) je typ úzkostné poruchy, jež se vyznačuje nadměrnými obavami a stresujícími myšlenkami, které jsou obvykle součástí každodenního života (Praško, 2004).

Generalizovaná úzkostná porucha je diagnosticky svým způsobem obtížná, jelikož může připomínat “normální obavy a starosti”, které běžně zažívá prakticky každý člověk. Klíčovým vodítkem diferenciální diagnostiky je pozorování intenzity a doby trvání úzkostných projevů. Typickým znakem GAD je nadměrné soustředění se na stresující události, myšlenky a starosti. Úzkost má chronickou podobu a svým způsobem tedy nepřetržitě proudí v pacientově mysli (Praško, 2005).

GAD se projevuje nejen na mentální úrovni, ale výrazně i na úrovni tělesné. Pacienti často trpí obtížemi, jako jsou třes, pocení, svalové napětí, zažívací problémy nebo potíže se spánkem (Cohen, 2002) – pro tyto potíže pacienti primárně vyhledávají lékařskou pomoc a ke zjištění, že za tělesnými projevy stojí právě GAD se většinou lékaři s pacientem dopracují až následně (Praško, 2005). Na první pohled bychom člověka s diagnostikovanou GAD mohli označit jako ustaraného, plachého a nejistého (Honzák et al., 2005).

Jak už jsme zmínili dříve, úzkostné poruchy jsou velice časté, co se epidemiologie týče, a to platí i pro generalizovanou úzkostnou poruchu. Celoživotně se s GAD potýká 5-15% světové populace.

Zhoršení potíží se paradoxně objevuje během odpočinku. Zjednodušeně lze říci, že důvodem, proč se projevy poruchy dostávají do popředí, je, že během odpočinku má jedinec tzv. “čas na přemýšlení”. Vhodným prostředkem jak úzkost zmírňovat je tedy pokusit se nějakým způsobem zaměstnat svoji psychiku. Generalizovaná úzkostná porucha bývá poměrně často spjata s jinými psychopatologickými projevy či poruchami. Nejčastějšími komorbidními poruchami jsou sociální fobie, specifická fobie, panická porucha a deprese (Praško, 2005).

GAD postihuje jedince komplexně a dlouhodobě. Pro její léčbu bývá proto vhodná dlouhodobá psychoterapie, farmakoterapie nebo kombinace obou přístupů. Z farmak se nejčastěji užívají antidepresiva třetí generace a také benzodiazepinová anxiolytika. Bohužel jak bylo již zmíněno výše, při dlouhodobém a pravidelném užívání benzodiazepinových anxiolytik vzniká závislost. V dnešní době je proto trendem benzodiazepinová anxiolytika

indikovat pouze na přechodnou dobu v akutní fázi, nebo je užívat v případě potřeby nepravidelně (Nutt & Ballenger, 2002).

2.3.6 Smíšená úzkostná a depresivní porucha

Smíšená úzkostná a depresivní porucha (MADD = mixed anxiety and depressive disorder) je typ poruchy, která se řadí do úzkostných poruch. Kombinuje příznaky úzkosti a deprese, avšak ani jeden z nich není natolik silně vyjádřen, abychom je mohli klasifikovat samostatně (Orel, 2016).

Tato porucha bývá často odbornou veřejností opomíjena, protože není tak snadno identifikovatelná. Osoby, které zasahuje, však mohou trpět stejně intenzivně jako pacienti s lépe diagnosticky ohraničenou poruchou. Tento typ poruchy je obvykle chronický a hrozí zde vysoké riziko suicidia, právě kvůli kombinaci příznaků deprese a úzkosti. Pokusy o sebevraždu bývají u MADD čtenější než u jiných úzkostných poruch (Praško, 2005).

Pacienti s úzkostně-depresivní poruchou často nedokáží své příznaky popsat – spíše než psychické potíže uvádějí příznaky somatické. Vyskytují se poruchy spánku, a ke zhoršení nálady obvykle dochází večer – tedy nikoliv ráno, jako u deprese, pro kterou jsou typická ranní pesima. Nálada má tendenci obecně kolísat. Z depresivní symptomatiky se objevuje chronicky zhoršená nálada, sebeobviňování nebo únava. Z úzkostné symptomatiky zaznamenáváme obavy o budoucnost (mnohdy zatížené depresivním myšlením), iritabilitu a zvýšenou citlivost k pozorování všech různých životních oblastí a utváření si obav o ně (Praško, Herman, Hovorka, Pašková, & Prašková, 2003b).

Anxiózní i depresivní symptomatika bývá nezdědka vyjadřována tělesnými potížemi. Ty obvykle nabývají chronické podoby, a proto mají pacienti tendence směřovat svou léčbu primárně somatickým směrem. Psychologickou či psychiatrickou péči vyhledávají většinou později a po té, co se relativně dlouho bránili přijmout spojitost tělesných příznaků s psychikou (Praško et al., 2003b).

Prevalence smíšené úzkostné a depresivní poruchy činila v devadesátých letech 20. st. zhruba 4,1% (Liebowitz, 1993). Dle výzkumu z roku 2010 se prevalence s intervalem spolehlivosti 95% objevovala u 0,6% zkoumaného souboru (Spijker, Batelaan, de Graaf, & Cuijpers, 2010).

Diferenciální diagnostika je vzhledem k pestré symptomatologii MADD obtížná a dlouhotrvající. Na základě somatických potíží je potřeba v první řadě vyloučit organická

onemocnění jako třeba Parkinsonovu chorobu, epilepsii, neuroborreliózu, nádorová onemocnění apod., ale i nemoci z oblastí jiných tělesných soustav např. kardiovaskulární, endokrinní či respirační. Nezapomínejme, že úzkostně-depresivní symptomy se také mohou objevovat v počátečních stádiích psychotických poruch. V neposlední řadě nás může smíšená úzkostná a depresivní porucha upozornit na vznikající závislost na návykových látkách. Ovšem v tomto případě je potřeba pamatovat i na skutečnost, že to může být obráceně, tj. že závislost může vzniknout tzv. sekundárně, jako důsledek snahy pacientů “zmírnit příznaky nepohody” dané MADD pitím alkoholu nebo užíváním drog (Praško, 2005).

Smíšená úzkostná a depresivní porucha se primárně a nejčastěji léčí antidepresivy. Někteří pacienti díky těmto lékům dosáhnou úplné remise. Vhodné je také příležitostné užívání benzodiazepinových anxiolytik, které výrazně ovlivňují úzkost a mimo jiné i depresi (Praško, 2005).

2.3.7 Obsedantně kompulzivní porucha

Obsedantně kompulzivní porucha (v české literatuře označována i jako nutkavě vtíravá porucha; OCD = obsessive compulsive disorder) je typem úzkostné poruchy, která se projevuje nutkavými, neustále se vracejícími myšlenkami či popouzením jedince k určitému chování. Prožívaným obsesím a kompulzím se pacient mnohdy brání, přesto se jich dokáže obtížně zbavovat (Ulč et al., 1999).

Obsedantní myšlenky mohou zahrnovat mj. obavy z tzv. katastrofických následků. Nejedná se často o reálné ohrožující katastrofy, ale též o katastrofy dané subjektivní optikou pacienta. Kompulzivní jednání může být izolované, ale v určitých situacích se může s obsesivním myšlením propojovat – třeba tak, že když dotýčný nevykoná tj. pokud nebude vykonán kompulzivní čin, stane se něco špatného či ohrožujícího. Obsese i kompulze, které jedinec prožívá, jsou obvykle nesmyslné nebo přehnané. Jedinec si je většinou vědom, že jeho myšlení a chování je iracionální, a to opět vyvolává další úzkost a často i strach z odsouzení postiženého druhými lidmi. Svoje chování se pak dotýčný snaží potlačit a ignorovat (Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký, & Záleský, 2003a). Jedinec sám poznává, že mu myšlenky nejsou vkládány do hlavy vnějším elementem (jako např. u paranoidních bludů), ale vychází z jeho vlastního myšlení, má tedy náhled na realitu (Praško, Grambal, Šlepecký, & Vyskočilová, 2019). Kompulze jsou opakující se chování, které vede k odstranění nahromaděné úzkosti. Pacient po jeho provedení pocítí následnou úlevu, avšak

bohužel tato úleva nemá dlouhého trvání. Nutkavé myšlenky se vrací, a to nadále vede k vyhýbavému či zabezpečovacímu chování dotyčného (Praško et al., 2003a). Pacient se za své potíže neskonalé stydí pro jejich neoprávněnou intenzitu či reálnou nesmyslnost, a proto vyhledá pomoc obvykle až ve chvíli, kdy už je porucha závažná natolik, že mu výrazně brání v běžném fungování jako je například chození do práce. Průměrná doba od počátku nemoci, do doby kdy pacient vyhledá léčbu, je dle posledních výzkumů kolem 13 let (Praško et al., 2019).

Tělesné příznaky u OCD vypadají podobně jako u jiných úzkostných poruch. Při působení nežádoucích myšlenek se opět jedná například o zrychlení tepu, napětí svalstva, únavu nebo bolesti hlavy. V čem je však zásadní rozdíl, je, že k odeznění těchto příznaků (včetně tedy těch psychických) dochází po provedení kompulze. U jiných úzkostných poruch (např. panické) ataka přetrvává do samovolného odeznění (popřípadě se zmírní či odezní účinkem psychofarmak, provedením relaxačních technik atd.) (Praško et al., 2003a).

Dříve se obsedantně kompulzivní porucha považovala za vzácné onemocnění, nyní je její výskyt relativně častý. Prevalence činí 1,9-3,2% a OCD je tak v horních příčkách v žebříčku často vyskytujících se psychických poruch. U dětí a dospívajících je četnost ještě mnohem vyšší (Praško et al., 2019). Vzhledem k již zmíněné problematice emerging adulthood se tedy poměrně vysoká procenta týkají i mladých dospělých.

Společně s OCD se u pacientů často vyskytuje i deprese. Děje se tak z toho důvodu, že pacienti bývají vyčerpaní a frustrováni svým dlouhodobým neúspěšným bojem s vtíravými myšlenkami a následným jednáním. Objevuje se i varianta, která jde opačným směrem – obsese vznikají na základě symptomů deprese (Honzák et al., 2005). V určitých případech je zpočátku problematické odlišit OCD od jiných forem psychopatologie. Např. někdy tak bývá obtížné odlišit OCD od zrychleného myšlení, které bývá součástí schizofrenie, nebo od poruch příjmu potravy, kdy si pacienti pečlivě až perfekcionistacky hlídají či plánují své stravování. OCD může v určitých podobách připomínat tiky typické u Tourettova syndromu. V tomto místě je důležité si uvědomit, že pacient s OCD nedokáže ovlivnit nutkavé myšlenky a kompulzivní jednání je na rozdíl od tiků prováděno vědomě. Z komorbidit se nejčastěji vyskytují jiné úzkostné poruchy, jako jsou fobie, GAD či panická porucha. V takovém případě je při stanovení diagnózy důležité sledovat, které z příznaků převažují (Praško et al., 2019).

Léčba obsedantně kompulzivní poruchy zahrnuje jak farmakologické, tak psychoterapeutické přístupy. Nejčastěji se používají antidepressiva SSRI – selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu. U těžkých forem je možné zvážit i elektrokonvulzivní terapii (Ulč et al., 1999). Vzhledem k časté anankastické osobnostní disponovanosti osob trpících OCD je v rámci psychoterapie nejčastěji využívána kognitivně-behaviorální terapie (Praško et al., 2019).

2.3.8 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení

Důležité je zmínit i skupinu poruch zahrnutých pod kategorii reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení. Prožívání úzkosti může být součástí všech uvedených poruch spadajících do této kategorie, což jsou:

- *akutní stresová reakce (F43.0)*
- *posttraumatická stresová porucha (F43.1)*
- *poruchy přizpůsobení (F43.2)*
- *jiné reakce na těžký stres (F43.8)*
- *reakce na těžký stres NS (F43.9)*

Obě klasifikace, jak MKN-10 tak DSM-5, tuto kategorii poruch uvádějí samostatně, tj. mimo kategorii úzkostných poruch. Je to z toho důvodu, že prožívaným úzkostem předcházela jedna zásadní specifická traumatická událost, na základě které se daná porucha rozvinula. U akutní stresové reakce se jedná o jednorázovou okamžitou reakci na prožitou událost, u posttraumatické stresové poruchy o opožděnou a chronickou reakci na trauma. Dalším důvodem, který nelze vynechat, je skutečnost, že v daném případě jsou úzkostné projevy součástí obvykle širšího psychopatologického rámce a není podmínkou, že úzkost bude jako symptom zastávat dominantní roli (Kryl, 2002).

2.4 Léčba úzkostných poruch

Jak bylo zmíněno v předchozích podkapitolách, léčba úzkostných poruch obvykle spočívá v kombinaci farmakoterapie a psychoterapie. V této podkapitole se stručně zaměříme na oba dva uvedené přístupy.

2.4.1 Farmakoterapie

Úzkostné poruchy se nejčastěji léčí dlouhodobým užíváním antidepresiv a příležitostným užíváním anxiolytik (Praško, 2006). Tyto dvě skupiny léků působí na afektivitu ať už v akutních stavech, tak v udržovací terapii.

2.4.1.1. Antidepresiva

Úkolem antidepresivní medikace je zmírňovat jednak projevy úzkosti, ale též příznaky příp. deprese, která může úzkostné poruchy provázet – typicky např. u smíšené úzkostné a depresivní poruchy. Jejich efekt se však dostaví nejdříve po 3 – 4 týdnech užívání. Je přitom důležité, aby antidepresiva byla užívána dlouhodobě. U těchto léků je nutností do adekvátní plánované účinné dávky dospět postupně, neboť rychlé navýšení dávky by mohlo vést k výskytu nežádoucích účinků (Racková & Janů, 2006). V dnešní době jsou první volbou léčby antidepresiva třetí generace ze skupiny SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors – odtud zkratka SSRI = selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) (Orel, 2016). Terapie úzkostných poruch antidepresivou je efektivní i v léčbě psychických komorbidit, popřípadě jako prevence proti nim (Racková & Janů, 2006).

2.4.1.2. Anxiolytika

Anxiolytika jsou léčivé preparáty, které takzvaně „rozpuštějí úzkost“ (Honzák, 1995). Používají se hlavně v akutní fázi léčby úzkostných poruch, a to pro svůj tlumivý účinek, a také pro relativně brzký nastupující efekt oproti antidepresivům. Benzodiazepinová anxiolytika působí rychle – obvykle v řádu několika minut. Jak již bylo napsáno, jejich dlouhodobé a pravidelné užívání vede k rozvoji závislosti, a proto se smí užívat pravidelně maximálně po dobu tří týdnů. Tento typ léků není nutné užívat pravidelně – tzv. braní dle potřeby je možné i dlouhodobě, například při výskytu panické ataky. Je třeba mít na paměti, že anxiolytika tlumí nejen úzkost a její symptomy, ale ovlivňují i jiné psychické funkce jako bdělost nebo pozornost (Orel, 2016).

2.4.2 Psychoterapie

V psychoterapii jako formě léčby úzkostných poruch najdeme relativně velké množství psychoterapeutických směrů a možností – od celkových přístupů až k specifickým technikám. Od prvních psychoterapeutických směrů, k nimž patří například psychoanalýza, se můžeme dostat až k novodobým alternativním postupům.

V léčbě úzkostných poruch je důležité, jak se na konkrétní typ poruchy podíváme a jak ji v terapii uchopíme. V zásadě existují 2 základní způsoby práce: a) Můžeme zvolit terapii, jež se zaměřuje na chorobný příznak – tedy například neschopnost socializace – takovou terapii lze vnímat jako symptomatickou. b) Druhou možností je zvolit terapii kauzální, která se snaží zjistit a odstranit příčinu úzkosti, jež obvykle mívá hluboké kořeny vytvořené v průběhu pacientova života. Symptomatický přístup tím, že řeší pouze jakýsi důsledek (potíže jsou vyvrcholením něčeho širšího), může mít svým způsobem omezený efekt. To znamená, že úzkost se na určitý čas vyřeší a její příznaky ustoupí, ale není řešena pravděpodobnost jejího návratu. Kauzální přístup se zabývá více jedincem jako celkem, a proto pokud se podaří uchopit soubor pacientových zážitků, zkušeností, přijatých vnitřních norem, postojů atd., bývá terapeutický efekt širší a trvalejší – za předpokladu, že jedinec je ochoten a schopen tento způsob práce přijmout. Oba přístupy se přitom nemusí vylučovat a lze je do jisté míry za určitých podmínek kombinovat. Nutno poznamenat, že symptomatický přístup mívá tu výhodu, že nástup změny vnímané pacientem, je relativně rychlý. Kauzální přístup, který bývá většinou o dlouhodobé spolupráci s pacientem, umožňuje z pohledu pacienta příchod efektu daleko později (Kratochvíl, 2002).

Jako příklad symptomatické psychoterapie můžeme uvést kognitivně-behaviorální terapii. KBT využívá racionální logické argumentace a pomáhá pacientovi uvědomit si své zkruslené myšlení a následně primárně pomocí nácviků postupně odstraňovat příznaky potíží (Kamarádová & Praško, 2012).

Příkladem psychoterapeutického směru, který pojímá klienta komplexně a zabývá se jeho emocemi a v důsledku toho se dostává i k faktorům, které jsou příčinou daných problémů, je Rogersovská terapie – přístup zaměřený na klienta. U pacientů s úzkostnými poruchami se často představa o sobě (reálné já) dostává do rozporu s představou o tom, jaký by pacient chtěl být (ideální já). Rogersovská psychoterapie se snaží o co největší redukci tohoto rozdílu (Rogers, 1959).

Dalším úhlem pohledu na psychoterapeutické směry může být rozdělení psychoterapie dle direktivity či nedirektivity práce s pacientem (Kratochvíl, 2002). Lze předpokládat, že úzkostní pacienti budou primárně nastavení na vůdčí terapeutovu roli, neboť jim může zpočátku dávat větší pocit jistoty.

O psychoterapii a úzkostných poruchách by šlo napsat určitě mnohem více. Ale vzhledem k tomu, že to není cílem této práce, nebudeme zabředávat do dalších specifik a podrobností.

3 COPINGOVÉ STRATEGIE

Poslední kapitola teoretické části práce je zaměřena na samotné copingové strategie

3.1 Definice copingové strategie

Copingová strategie je zpravidla vnímána jako vědomý proces, který umožňuje jedinci se adaptovat a zvládnout nadlimitní psychickou zátěž (Urbanovská, 2010). Nejedná se však vždy o jednorázovou záležitost, ale i o záměrnou a opakovanou snahu redukovat či odstranit stres. Jedinec může být v interakci se stresovou situací víceméně i nepřetržitě, obzvláště pokud se jedná o dlouhodobou zátěž (Křivohlavý, 2009).

3.2 Coping zaměřený na problém

Lazarus rozdělil coping na dva základní typy podle toho, jakým směrem působí. Z toho vyplývá, že jednotlivec v první řadě musí zhodnotit řešitelnost dané zátěžové situace. První typ copingu je tzv. coping zaměřený na problém (angl. problem-focused coping), který jedinec volí, pokud daný problém považuje za řešitelný. Jedná se o způsoby zvládnání stresové situace, ve kterých probíhá aktivní úsilí: a) změnit situaci k lepšímu úpravou vlastního chování nebo okolností, b) popřípadě zajistit, aby se jedinec v budoucnosti situaci vyhnul (Paulík, 2017).

Například pokud nám vadí, že na náš trávník padá listí ze sousedova stromu, copingem zaměřený na problém je oslovení souseda, prodiskutování problému a následná dohoda, že strom bude například pokácen (Lazarus, 1993).

Zpočátku je potřeba problém definovat. Dále je třeba zvážit alternativy řešení a zhodnotit klady a zápory, která tato řešení přináší. Až nakonec proběhne rozhodnutí a následné jednání podle zvoleného řešení. Kromě vnějšího způsobu řešení může strategie zaměřená na problém směřovat dovnitř. Tzn. člověk změni svoje myšlení, postoje nebo cíle. Uvádí se, že lidé, kteří volí spíše coping zaměřený na problém, vykazují obecně nižší míru deprese. A obráceně: pro přirozeně méně depresivního jedince je snazší zaměřit se na řešení problému, než pro člověka tíhnoucímu k depresivitě (Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, & Wagenaar, 2012).

3.3 Coping zaměřený na emoce

Druhým typem copingu je coping zaměřený na emoce (angl. emotion-focused coping). Tento typ copingu jedinec obvykle volí, pokud vnímá daný problém jako neřešitelný. Zvládací strategie zaměřené na emoce mají za úkol dostat vlastní emoce pod kontrolu, aby nenarušovaly jak vnitřní integritu jedince, tak ani jeho vztahy s okolím. Člověk se tímto způsobem zpravidla snaží vyhnout myšlenkám na ohrožení nebo je alespoň redukovat (Paulík, 2017). Součástí takového typu copingu je i snaha o změnu interpretace emočních podnětů, které na člověka působí. Například pokud se jedinec cítí poníženo ošklivou poznámkou řečenou jinou osobou, je to problém, který sám o sobě nelze změnit. Co však lze ovlivnit je přístup, který k této situaci dotyčný člověk zaujme. Pokud se mu podaří poznámku nevztahovat k vlastní osobě, ale interpretuje ji jako např. negativní osobnostní vlastnost oné (komentující) osoby nebo její dočasný podrážděný stav (způsobený třeba přepracováním), je snazší se s nastalou situací vyrovnat (Lazarus, 1993).

Zvládnání zaměřené na emoce je možné zvolit nejen v případě, kdy je problém sám o sobě neřešitelný, ale také jako „předstupeň“ copingu zaměřeného na problém. Pokud člověka emoce příliš zahltily, není možné začít prakticky řešit své problémy. Tedy bude nejdříve potřeba stabilizovat a zregulovat zahlcující emoce na snesitelnou úroveň a až následně se zaměřit na samotný problém (Nolen-Hoeksema et al., 2012).

3.4 Copingové strategie vs. obranné mechanismy

Na první pohled mohou termíny „copingové strategie“ a „obránné mechanismy“ působit jako identické označení téhož. Oba tyto procesy mají za cíl eliminovat či redukovat stres a chránit lidskou psychiku před dalším možným poškozením. Liší se ovšem v několika oblastech, a proto je nutné tyto dva pojmy vnímat jako dvě samostatné jednotky. Zvládací reakce probíhá oproti obranné na vědomé úrovni a není podmíněna instinkty, nýbrž kognitivně. S tím souvisí fakt, že copingová strategie je ovládaná vůlí a konkrétní volbě předchází zhodnocení situace a vlastních možností jak ji řešit. Obranná reakce je oproti tomu mimovolní, a spouští se automaticky, bezmyšlenkovitě. Obranný mechanismus je determinován pouze osobnostními rysy, přičemž coping zohledňuje i konkrétní situaci, ve které se člověk nachází, a aktivuje se nejen intrapsychicky, ale i nastalými okolnostmi (Urbanovská, 2010).

3.5 Metody zvládnání stresu

Zdrojem úzkosti jsou obvykle myšlenky, které mívají často obecnější povahu. Praktické prostředky, jak s nimi bojovat, se soustředí na to, jak se úzkosti zbavit, nebo ji alespoň zmírnit (Auger, 1998). Podobně jako v podkapitole o možnostech psychoterapie úzkostných poruch, zvládací strategie mohou mít dočasný i dlouhodobý účinek. Ve výběru konkrétní zvládací strategie hraje roli individualita jedince. Je třeba mít na paměti, že způsob, jaký člověk nakonec zvolí, je vybrán v závislosti na povaze jednotlivce, dané úzkostné poruše a také možné individuální rezistenci vůči některým metodám. Než se však člověk „vzdá“ a uzná, že zvolená strategie pro něj nemá smysl, musí zvážit, zda: a) nemá příliš velká očekávání, že metoda zabere komplexně a okamžitě, b) dostatečně porozuměl, jak konkrétní způsob funguje, c) použil metodu správně (Kennerleyová, 1998). Níže se zmíníme o způsobech, které jsou (dle různých zdrojů) většinovou populací ke zvládnání úzkosti nejčastěji používány.

3.5.1 Kontrola úzkostných myšlenek

Úzkost mívá podobu zneklidňujících myšlenek, představ či ruminací a jedná se o tzv. „vnitřní dialog“, který postižený člověk nedokáže zastavit. Účelem zvládací strategie je umět převzít kontrolu nad těmito myšlenkami, aby jedince nezahlcovaly (Kennerleyová, 1998).

3.5.1.1 Přesunutí pozornosti

Předpokládejme, že se jedinec v určité chvíli plně soustředí na jednu myšlenku či sérii myšlenek, které jsou obtěžující. Možností, jak odvést pozornost, je nahradit negativní myšlenku myšlenkou pozitivní či neutrální povahy nebo tzv. „vypnout“ a nepřemýšlet nad ničím. Častým způsobem, jak přesunout pozornost je najít si nějakou fyzickou činnost (Kennerleyová, 1998). Nemusí se jednat o vrcholový sport, ale je možné začít se věnovat drobným domácím pracím, hře na hudební nástroj nebo si pustit oblíbený seriál. I menší pohyb může podpořit tělo při vylučování látek zvaných endorfiny, jež mají vliv na náladu a zlepšují psychickou pohodu člověka (Kebza & Komárek, 2003). Populární technikou je tzv. mindfulness, které se snaží o vnímání aktuálního momentu a koncentraci pozornosti na přítomnost (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006).

3.5.1.2. Kreativní činnost

Ačkoliv kreativní činnost je možné určitým způsobem vnímat jako přesunutí pozornosti – objevuje se v tomto případě jedna zásadní odlišnost, kterou bychom mohli nazvat aktivním uchopením úzkosti. Určitá varianta kreativní činnosti, která napomáhá redukovat úzkost, je aktivní práce s úzkostnými myšlenkami a jejich ztvárnění, nikoliv pouze odklonění pozornosti k jiné aktivitě. Kreativní ztvárňování strachů se datuje již do období prehistorie, kdy např. tehdejší člověk vyjadřoval strach z možného úmrtí během lovu pomocí malby. V dnešní době úzkostné myšlenky zahrnují spíše psychické a emoční ohrožení než to fyzické. Tvoření, nejen pomocí kresby, dodává jedinci pocit kontroly nad situací a vědomí osobní autonomie, jelikož se jedná o „jeho vlastní dílo“, do kterého může promítat vlastní fantazie a přání. A tím pádem má „svět více ve vlastních rukou“ (Grossman, 1981).

3.5.1.3. Kontakt s přírodou

Řada studií prokázala, že na psychické zdraví člověka má pozitivní dopad trávení času v přírodě či se zvířaty. Samotný pobyt v přírodě a výhled na krajinu snižuje úzkost, depresi, stres a únavu z přemýšlení (Daniš, 2016). Například v Japonsku byl porovnáván efekt relaxační procházky v lese a ve městě – pobyt v lese (oproti městu) výrazně snížil hladinu stresového hormonu kortizolu a také došlo k celkové relaxaci těla, včetně poklesu krevního tlaku, tepové frekvence a útlumu sympatické nervové aktivity (Park, Tsunetsugu, Kasetani, Kagawa, & Miyazaki, 2009). Interakce se zvířaty a s domácími mazlíčky se také ukazuje jako efektivní technika pro redukcii úzkosti. Redukují se pocity osamělosti a je posilován vztah se zvířetem, což mimo jiné vede i k větší tendenci upevňovat sociální vazby s lidmi. Ne náhodou bývají zvířata součástí některých terapeutických přístupů. Experiment, který se zaměřoval na fyzický kontakt se zvířaty, jakým bylo hlazení psů a koček, taktéž prokázal redukcii úzkosti (Shiloh, Sorek, & Terkel, 2003).

3.5.1.4. Verbalizace a racionalizace

Úzkost a panika znásobuje prožívání pocitů chaosu. Určitá organizovanost a struktura proto pro některé může být způsobem, jak si mohou dopomoci k celkovému zklidnění. Racionální analýzou příčin úzkosti a zhodnocením, jak je nebo není konkrétní podnět reálně ohrožující, se přesouváme z dimenze chaotických emocí do roviny racionální. Pomocť si můžeme i vzpomínkami na podobné situace, které jsme již v minulosti zvládli,

což posiluje vlastní sebedůvěru. Verbalizací a deskripcí současné situace dáváme zahlcujícím pocitům určitou formu, která nám umožňuje vymyslet následný plán, jak se z tíživé situace vyprostit. Pokud před sebou máme velký a náročný úkol, systematizace a tvorba postupných kroků dává danému problému konkrétnější či specifitější ohraničení, což dále posiluje sebedůvěru a jistotu, že je reálné problém překonat (Paulík, 2017).

3.5.1.5. Sociální opora

Blížkost s druhými lidmi pro jednotlivce představuje pocit bezpečí, a je často v léčbě úzkostí žádoucí. Podpora od ostatních dodává člověku sebedůvěru, a tím i kontrolu nad vlastními myšlenkami a víru v to, že náročnou situaci zvládne. Sociální opora se může pohybovat na třech úrovních – makroúroveň, mezoúroveň a mikroúroveň. Toto schéma sestupně zužuje okruh lidí, které si můžeme pod pojmem „sociální opora“ představit. Vychází z celospolečenské pomoci být potřebným (makroúroveň), přes sociální skupiny pomáhající jednotlivci (mezoúroveň) až po úzký okruh blízkých lidí (mikroúroveň). Sociální opora může mít podobu instrumentální (poskytuje jedinci hmotný prostředek, který vede k úlevě – např. finanční výpomoc), informační (poskytuje jedinci informace, jak se orientovat v tíživé situaci), emocionální (sdílí blízkost a lásku) a hodnotící (posiluje sebevědomí a podporuje autoregulaci jedince) (Křivohlavý, 2009).

3.5.2 Kontrola tělesných příznaků

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, úzkost bývá doprovázena četnými tělesnými příznaky. Lidské tělesné a duševní fungování je propojené. Proto není překvapivé, že zklidnění těla má zpětný vliv na uklidnění mysli. Níže si představíme některé techniky, které pomáhají tělesnému uvolnění.

3.5.2.1. Relaxace

Pomocí relaxace dosahujeme uvolnění svalů a tělesného napětí. V klinické praxi se nejčastěji používá Schultzův autogenní trénink nebo Jacobsonova progresivní relaxace (Křivohlavý, 2002). Autogenní trénink vychází z předpokladu, že tělo a duše nejsou dvě samostatné jednotky, ale fungují společně. Vnitřní hlas podporuje nácvik pocitu tíže, tepla, klidného dechu a tepu, pocitu tepla v břicho a chladné „čerstvé“ hlavy (Schultz, 1969). Relaxace podle Jacobsona zase vychází z uvědomění si rozdílu mezi svalovým napětím a

jeho následným uvolněním. Zážitek z uvolnění podporuje celkové zklidnění těla (Míček, 1980).

3.5.2.2. Dechová cvičení

Důležitou součástí boje proti úzkosti je dýchání. Dechová cvičení působí na celý organismus, kdy pravidelný rytmus dechu pomáhá uvolnit svalové napětí. Výhodou dechových cvičení je, že je možné je provádět téměř kdekoliv a kdykoliv. Klasickým tréninkem je počítání dob při nádechu a výdechu (obvykle v cyklu: nádech na šest dob, zastavení dechu na tři doby, výdech na šest dob, zadržení dechu na tři doby). Pro hlubší relaxaci existuje i brániční dýchání do břicha. Naučit se tuto techniku je však poměrně náročné, protože velké množství lidí na počátku paradoxně pocítuje dušnost (Paulík, 2017).

3.5.2.3. Imaginace

Imaginace představuje specifickou uvolňující techniku, při níž jedinec zapojuje svou představivost a fantazii. Tělesné uvolnění je povolna podporováno tím, že si jedinec představuje něco příjemného. Nejčastěji si pod imaginací představíme vizualizaci určitého prostředí. Nejúčinnějším modelem je však propojení více smyslových modalit. Kromě obrazů je možné si představovat i zvuky, chutě, vůně, lehkost nebo teplo (Paulík, 2017). Imaginace stojí na pomezí tělesné a myšlenkové složky, její součástí může být i určitá forma plánování a organizace, jak jsme uvedli výše.

3.5.2.4. Jóga a meditace

Jógou rozumíme soubor tělesných cvičení, která zahrnují specifické dýchací styly, určité konkrétní tělesné pozice, protahování a meditaci. V současné době existuje mnoho různých druhů jógy. Jóga pochází z Indie, kde původně byla spojena s náboženskými rituály (Feuerstein, 2012). Základem meditace je zaměření pozornosti na vlastní tělo. Při hluboké meditaci může dokonce docházet i k změněným stavům vědomí. Intenzivním soustředěním lze zastavit nekontrolovatelný proud nepříjemných myšlenek. Avšak na rozdíl od prostého dechového cvičení, meditace vyžaduje čas a klidné prostředí. Člověk se během meditace pokouší o dosažení vnitřní rovnováhy a o převzetí kontroly nad svými pocity a myšlenkami (Paulík, 2017). Bylo prokázáno, že jóga a meditační techniky mají podpůrnou funkci při snižování úzkosti (Li & Goldsmith, 2012).

3.6 Dotazník SVF-78

Kromě posuzování copingu pomocí kvalitativních technik a klinického pozorování je k dispozici v současné době i kvantitativní způsob zjišťování volby strategií zvládnání stresu. Jedná se o dotazník SVF-78, jehož autory jsou Janke a Erdmann, do češtiny byl přeložen Josefem Švancarou. Tato metoda je standardizovaná i pro českou populaci. Dotazník se skládá z celkem 78 výroků rozdělených do 13 subtestů. Zvládací strategie jsou rozděleny na pozitivní, zřídka se vyskytující a negativní. Pozitivní strategie se dělí do tří oblastí, které obsahují jednotlivé subtesty. Zřídka se vyskytující a negativní strategie se nerozdělují a stojí samostatně (Švancara, 2003).

1. Pozitivní strategie

- Strategie přehodnocení a strategie devalvace
 - Podhodnocení
 - Odmítání viny
- Strategie odklonu
 - Odklon
 - Náhradní uspokojení
- Strategie kontroly
 - Kontrola situace
 - Kontrola reakcí
 - Pozitivní sebeinstrukce

2. Zřídka se vyskytující strategie

- Potřeba sociální opory
- Vyhýbání se

3. Negativní strategie

- Úniková tendence
- Perseverace
- Rezignace
- Sebeobviňování

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 OBLAST VÝZKUMU

4.1 Výzkumný problém

Stres je v současné době fenoménem, který představuje problém většiny lidí napříč generacemi. Prožívání stresu a zátěže nabývá na intenzitě obecně, zvláště pak u úzkostných osob. Tato práce se zaměřuje na populaci studentů vysokých škol, kteří jsou zároveň pacienti trpícími některou z forem úzkostné poruchy. Řada výzkumů se orientuje na populaci studujících, nicméně obvykle se zaměřuje na mladší věkové skupiny, tj. středoškoláky nebo žáky základních škol. Cílovou skupinou našeho výzkumu jsou studenti vysokých škol s úzkostnými poruchami, konkrétně zkoumáme: a) subjektivní prožívání zátěže vysokoškolskými studenty, na které se částečně podílí i samotné studium, b) způsoby zvládání této zátěže.

Prezentovaná studie se zaměřuje: a) na faktory, které studenti vnímají jako zátěžové a také b) na strategie, pomocí kterých se jim daří tuto zátěž překonávat, a to i při potížích daných jejich úzkostnou poruchou.

Výzkumným problémem práce jsou: a) prožívaný stres a b) copingové strategie u studentů vysokých škol s diagnostikovanými úzkostnými poruchami.

4.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je popsat strategie zvládání stresu u jednotlivých studentů vysokých škol, kteří byli součástí našeho výzkumného souboru. Také nás zajímalo, jaký může mít úzkostná porucha vliv na samotné studium. Zaměřovali jsme se na subjektivní podoby prožívání zátěžových situací a způsoby, kterými se studenti se stresem vyrovnávají.

4.3 Výzkumné otázky

Na základě našeho výzkumného cíle jsme zformulovali následující výzkumné otázky:

1. Jaké faktory jsou pro studenty vysokých škol s úzkostnými poruchami nejvíce zátěžové?
2. Jaké jsou jejich strategie ke zvládání této zátěže?

3. Může být úzkostná porucha pro studujícího jedince v něčem i nápomocná?

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

Náš výzkum proběhl na principu kvalitativního přístupu. Kvalitativní studie slouží k popisu, analýze a interpretaci zkoumaných jevů, které se nedají kvantifikovat. Jejimi zásadními charakteristikami jsou jedinečnost a neopakovatelnost konkrétních fenoménů (Miovský, 2006).

Práce se zabývala tématy z oblasti klinické psychologie, proto jsme jako typ výzkumu zvolili případovou studii. V dnešní době je to v oblasti klinické psychologie jeden z nejrozšířenějších typů kvalitativního výzkumu (Baštecká et al., 2003). Případovou studii můžeme v tomto případě vnímat jako samostatný typ výzkumu, ačkoliv za určitých okolností může mít i širší využití (Miovský, 2006).

5.1 Metody tvorby dat

Data byla získávána metodou moderovaného rozhovoru, konkrétně polostrukturovaným interview. V daném případě se jedná o jednu z nevhodnějších metod, jelikož řeší jak výhody, tak nevýhody, které při interview mohou nastat. Semistrukturovaný rozhovor vyžaduje určitou přípravu, kterou jsme provedli před zahájením samotné studie tvorbou otázek. Díky své flexibilitě, ale zároveň řádu rozhovoru, jsme měli možnost se respondentů doptávat na podrobnosti u určitých témat. Díky osobnímu kontaktu mohly být zaznamenávány i nonverbální projevy respondentů, což značně přispělo k samotné analýze dat (Miovský, 2006).

Rozhovor se skládal z 10 hlavních otázek, které jsou obsaženy v příloze. Otázky jsme formulovali na základě výzkumného problému a byly několikrát předem diskutovány tak, aby na sebe průběžně navazovaly a vyhnuly se sugestivnosti.

5.1.1 Pilotní studie

Po vytvoření otázek jsme provedli pilotní studii, která měla zaručit srozumitelnost otázek a jejich validitu. Předvýzkumem jsme si nastavili orientační časový rámec, abychom věděli, jak dlouho může jeden rozhovor zhruba trvat, ale také abychom získali větší povědomí o tom, jak bude asi probíhat. Pilotní studie byla prováděna s participantkou, jež také splňovala všechna kritéria pro výběr výzkumného souboru. Rozhovor trval 37 minut a

15 sekund. Z časových důvodů a kvůli omezenému počtu respondentů jsme se rozhodli provést předvýzkum pouze na jedné participantce. Po provedení pilotní studie jsme poupravili znění některých otázek a přidali možné doplňující dotazy, pořadí však bylo zachováno.

5.1.2 Hlavní výzkum

Vybraní probandi byli osloveni předem – podmínkou zařazení do studie byla jednak diagnostikovaná úzkostná porucha (a další podmínky, viz kapitola 5.3), jednak jejich svolení k rozhovoru a jeho účelu. Rozhovory byly prováděny od června do listopadu roku 2019 včetně pilotní studie. Průměrná délka rozhovorů se pohybovala okolo 33 minut – nejdelší rozhovor činil 48 minut a 36 sekund, nejkratší pak 26 minut a 42 sekund.

Snažili jsme se zajistit co nejpodobnější podmínky pro průběh rozhovorů, abychom eliminovali případné nežádoucí vlivy. Šest z osmi rozhovorů bylo prováděno v prostorách ambulance klinické psycholožky, kam byli respondenti zvyklí docházet. Zbylé dva rozhovory se konaly přímo u respondentů doma. Ve všech případech byla interview realizována v prostředí, které bylo zkoumaným osobám známé a blízké. Nikdy se nestalo, že bychom byli při nahrávání rozhovorů někým či nějak vyrušeni.

Před samotným nahráváním jsme s respondenty vedli zdvořilostní konverzaci sloužící k prolomení bariér a odstranění či redukci nervozity. Dále byli respondenti znovu seznámeni s cílem výzkumu, podepsali informovaný souhlas a bylo spuštěno nahrávání.

5.2 Metody analýzy dat

5.2.1 Interpretační fenomenologická analýza

Data byla analyzována pomocí interpretační fenomenologické analýzy (zkratka IPA). Interpretační fenomenologickou analýzu je vhodné použít, zamýšlíme-li zkoumat lidskou psychiku jako celek – kvalitativně. IPA umožňuje zachovat osobní přístup k respondentům, dochází v ní k blízkému kontaktu s nimi a díky ní jsou získané údaje individuální a detailní. IPA pracuje s přirozeným jazykem respondentů, a tak zvyšuje autentičnost jejich výpovědí (Plachý, 2018).

5.2.2 Analýza rozhovorů

Všechny rozhovory byly přepsány do textové podoby podle nahrávek z diktafonu. Pro srozumitelnost proběhla redukce prvního řádu – očistili jsme data od nepodstatných obsahů, jako citoslovce nebo přeroknutí. Textové soubory byly poté importovány do programu Atlas.ti 8 – program sloužící k analýze kvalitativních dat.

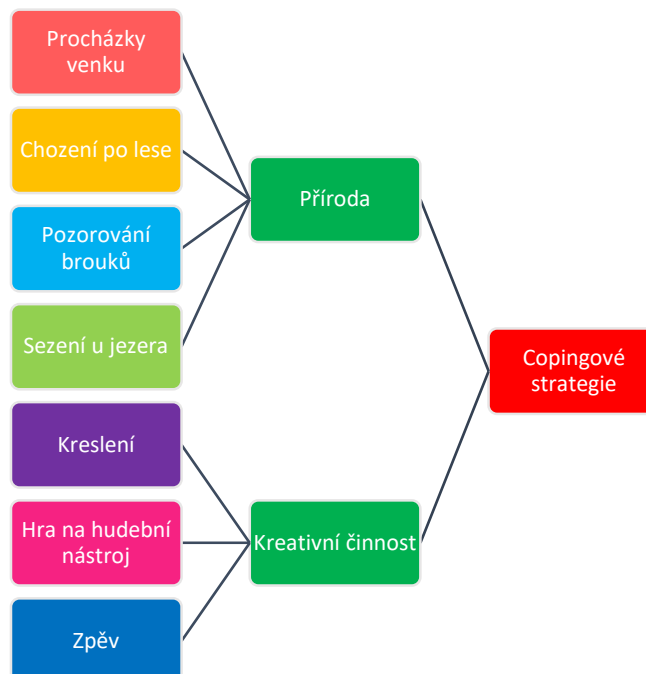
K jednotlivým výpovědím byly paralelně psány poznámky, tj. čeho jsme si během rozhovoru všimli stran nonverbální komunikace.

Stanovili jsme si 3 hlavní pilíře, které jsou ústředními tématy této bakalářské práce. Jednalo se o následující témata:

- *Zátěžové faktory*
- *Projevy úzkosti*
- *Copingové strategie*

V rámci těchto tří hlavních okruhů jsme při opakovaném čtení přepsaných rozhovorů vytvářeli další označení pro nově se vynořující témata. Témata, která se mezi sebou výrazně překrývala, jsme sloučili do jedné kategorie.

Schéma č. 1: Ukázka kategorizace témat při analýze rozhovorů



Tabulka č. 3: Ukázka kategorizace kódů rozhovoru

Vynořující se témata	Úryvek rozhovoru	Shlukování témat
<p>Samota</p> <p>Fyzická opora</p> <p>Cizí lidé</p> <p>Blízcí lidé</p> <p>Fyzický kontakt</p> <p>Dýchání</p> <p>Léky na úzkost</p>	<p>Vždycky je důležité se asi někam „schovat“, moct se o něco opřít, usadit se. Nejhorší je, když jsou kolem mě cizí lidé, nebo velká spousta lidí. Potřebuju být buď sama, nebo s někým blízkým. U toho mi hodně pomáhá fyzický kontakt – hlavně pevné objetí. Potřebuju dodat pocit bezpečí. Takže se i třeba schoulit, obejmout polštář nebo plyšáka nebo se i schovat pod peřinu. Co rozhodně pomáhá je dýchání – počítat si nádech, pauzu a výdech. Snažím se vždycky myslet na to dýchání a neposlouchat ty ošklivé věci, co mi jdou hlavou. Taky samozřejmě pomůže si vzít prášek na úzkost, ale někdy to zabírá pomaleji, záleží, co mám zrovna předepsané.</p>	<p>Soukromí</p> <p>Relaxační techniky</p> <p>Blízcí lidé</p> <p>Medikace</p>

Následně jsme prozkoumali vzniklé kategorie a popsali jsme je. Snažili jsme se dodržet určitou hierarchii, kterou jsme si předem nastavili. Dále jsme se pokusili interpretovat možné nalezené vztahy mezi jednotlivými kategoriemi.

5.3 Metody a kritéria výběru výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili respondenti, kteří mají osobní zkušenost se studiem vysoké školy. Do výzkumu byli zařazeni participanti momentálně studující i participanti, jež studium v nedávné době přerušili, nebo dokončili (ovšem maximálně do jednoho roku v době poskytnutí rozhovoru). Výzkumu se neúčastnili žádní studenti prvních ročníků kvůli nedostatečně dlouhé zkušenosti se studiem vysoké školy.

Probandi museli splňovat následující podmínky:

- Věk 18-29 let

- Dokončení minimálně prvního ročníku studia VŠ
- Diagnózu jakéhokoliv typu úzkostné poruchy
- Probíhající psychoterapeutickou péčí
- Prezenční formu studia (aktuálně studující, s přerušným či dokončeným studiem – maximálně do jednoho roku v době poskytnutí rozhovoru)

Respondenti byli vybíráni metodou záměrného výběru přes instituci. Konkrétně se jednalo o nestátní zdravotnické zařízení – ambulanci klinické psychologie pro dospělou populaci. Prostřednictvím klinické psycholožky byli oslovováni pacienti, docházející na uvedené pracoviště, kteří splňovali výše určená kritéria. Takový způsob získání výzkumné skupiny se jevil jako nejvíce příležitý – soubor našeho výzkumu tvořili právě ti respondenti, kteří již určitou dobu docházeli do psychoterapie (na základě vlastní volby), kontakt s psycholožkou tak pro ně nebyl nový – byl mezi nimi již vytvořen psychoterapeutický vztah. Tato metoda výběru je vhodná pro menší počet participantů, protože cíleně vybíráme osoby, které splňují námi stanovené podmínky (Miovský, 2006).

5.4 Základní popis výzkumného souboru

Všichni respondenti žijí a studují na území České republiky. Výzkumu se účastnili studenti Masarykovy Univerzity, Vysokého učení technického v Brně a Univerzity Palackého v Olomouci.

Výzkumný soubor byl tvořen sedmi ženami a jedním mužem. Jsme si vědomi, že tato genderová nevyváženost může mít zkreslující vliv na posbíraná data. I přesto, že se úzkostné poruchy objevují v podobném poměru u mužů i u žen, v tomto případě projevilo větší ochotu účasti na studii ženské zastoupení.

V následující tabulce uvádíme základní informace o respondentech, které souvisí s tématem této práce. Jména respondentů byla z etických důvodů změněna a slouží tak pouze k jejich odlišení. S ohledem na výše uvedená kritéria (tj. že všichni respondenti jsou, či nedávno byli, prezenčními studenty nějaké z vysokých škol) se průměrný věk rovná číslu 22,4 a medián pak číslu 22. Nejmladšímu studentovi bylo 21 let a nejstaršímu 25 let. V teoretické části jsme se zabývali tématem emerging adulthood (překládáno jako vynořující se dospělost), které v posledních letech nabývá na aktuálnosti v oblasti vývojové psychologie. Věk respondentů naplňuje interval 20-29 let, který je vývojovou fází vynořující dospělosti definován. Dále je v případě každého rozhovoru uvedena fakulta, kterou

respondent reálně navštěvuje či navštěvoval – tento údaj je ukazatelem rozmanitosti výzkumného souboru. Zásadní informací tvoří diagnóza konkrétní úzkostné poruchy – s úzkostnými poruchami a jejich kritérii jsme se již seznámili v teoretické části. V neposlední řadě byla za souhlasu respondentů konzultována s provádějící psychoterapeutkou jejich osobnostní disponovanost.

Tabulka č. 4: Charakteristika výzkumného souboru

CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU				
JMÉNO	VĚK	FAKULTA	ÚZKOSTNÁ PORUCHA	OSOBNOSTNÍ DISPONOVANOST
Karolína	24	filozofická	panická	emočně nestabilní
Martina	25	sociálních studií	jiná smíšená	vyhýbavá
Simona	21	sociálních studií	generalizovaná	smíšená (vyhýbavá, anankastická)
Linda	22	sportovních studií	jiná smíšená	anankastická
Jan	21	filozofická	obsedantně kompulzivní	anankastická
Denisa	21	elektrotechniky a komunikačních technologií	smíšená úzkostná a depresivní	smíšená (anankastická, emočně nestabilní)
Kateřina	22	filozofická	panická	anankastická
Veronika	23	filozofická	smíšená úzkostná a depresivní	emočně nestabilní

5.5 Etické aspekty výzkumu

Respondenti byli osloveni klinickou psycholožkou, k níž docházejí pravidelně na terapii. Bylo jim řečeno, proč by byli vhodnými adepty do výzkumu a co je jeho účelem.

Bylo zdůrazněno, že účast ve výzkumu je plně anonymní a dobrovolná. Respondenti sami zvážili, zda mají zájem se výzkumu zúčastnit a rozhodli se, zda jsou ochotni na sebe zanechat kontakt.

Další komunikace probíhala přes e-mail. V e-mailu byl písemně opakovaně uveden cíl výzkumu, taktéž informace o tom, že rozhovor bude nahráván a poté bude provedena transkripce audionahrávky do textové podoby. Rovněž bylo respondentům připomenuto, že účast je dobrovolná a že mají právo kdykoliv z výzkumu odstoupit. Participanty jsme ujistili o anonymitě výzkumu a součástí zahájení spolupráce bylo podepsání informovaného souhlasu se základními etickými informacemi (každou z osob) ještě před poskytnutím vlastního rozhovoru.

Všechny rozhovory byly nahrány na diktafon. Na nahrávkách se neobjevovala jména participantů a pro odlišení byly soubory anonymizovány přidělením čísla. V bakalářské práci se pak objevují pod fiktivními jmény. Data byla uložena na externí úložiště, přístup k nim byl umožněn pouze heslem a sloužila pouze k účelům bakalářské práce.

Účastníci výzkumu nebyli motivováni žádnou hmotnou odměnou, motivace vycházela pouze z jejich vnitřního zájmu o dané téma a z ochoty účastnit se na výzkumu. Respondenti nebyli ve výzkumu nijak klamáni ani poškozováni.

5.6 Průběh výzkumu

Participanti byli oslovení přímo klinickou psycholožkou, ke které pravidelně docházejí na psychoterapii. Pokud svolili k předání kontaktu, byli osloveni e-mailem. Další komunikace probíhala zásadně elektronicky. K setkání došlo vždy až za účelem provedení interview. První byla oslovena studentka filozofické fakulty, s níž se po domluvě konal rozhovor u ní doma. Dále bylo osloveno dalších 5 respondentů, s nimiž rozhovory probíhaly přímo v ambulanci klinické psycholožky pouze za přítomnosti respondenta a tazatele – výzkumného pracovníka. Další rozhovor se konal u respondentky v místě jejího domova (po vzájemné dohodě), a to vzhledem k vzdálenosti jejího bydliště. Poslední rozhovor byl realizován opět v ambulanci. Celkem tedy účast na výzkumu umožnilo 8 participantů, načež vzniklo 8 individuálních rozhovorů.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Tato kapitola obsahuje prezentaci získaných dat a jejich interpretaci. Zároveň bude představen výzkumný soubor a budou zodpovězeny výzkumné otázky, které byly položeny na počátku výzkumu.

6.1 Charakteristika výzkumného souboru

V této podkapitole popíšeme jednotlivé příběhy vysokoškolských studentů s úzkostnými poruchami.

Karolína – 24 let – panická úzkostná porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce (psychogenní průjem)

Karolína je čerstvou absolventkou filozofické fakulty. První příznaky úzkosti začala vnímat už jako dítě. Popisuje, že si vždy mezi vrstevníky připadala „taková divná“ a jiná. Byl pro ni problém se socializovat se spolužáky. Ve větší skupině občas někdo upozornil na její tichost a plachost, což zvyšovalo její úzkost a pocit odlišnosti. První panický záchvat se objevil na základní škole, kdy byla Karolína učitelkou vyzvána k tomu, aby přečetla svůj referát před třídou. Nemohla popadnout dech a měla černo před očima. Ostatními byla vnímána jako vzorná studentka, a tak cítila velký tlak a stud za to, co se přihodilo. Položila učitelce referát na stůl a omluvila se, že ho číst nemůže. Od té doby vždy před prezentováním svých úkolů před třídou plakala a zažívala stavy derealizace a depersonalizace. Tyto stavy měly stejné pokračování i na vysoké škole. Už od malička na sebe kladla vysoké nároky – nejvíc v tomto kontextu vzpomíná na tělocvik na základní škole. Říká, že jí některé sporty nešly, a proto se cítila ze sebe zklamaná a mrzelo ji, že si při nich nemůže užívat bezstarostnou atmosféru jako ostatní spolužáci. To prohloubilo její pocity, že se od nich liší. Frustrace z pocitů odlišnosti a přísnost, kterou na sebe kladla, ji dovedly i k sebevražedným myšlenkám. Karolínin známý jí kdysi projevil pochopení a podporu, aby se svými potížemi nezůstávala sama, a tím vytvořil první pomyslný schod k budoucí psychoterapii. Při studiu vysoké školy se začaly objevovat i výrazné somatické projevy – obzvláště zažívací, což jí komplikovalo fungování v běžném životě. Začala pravidelně navštěvovat psycholožku.

Zmiňuje, že jí psycholožka pomohla problémy pojmenovat a více přijímat samu sebe, což jí dále pomáhá s psychickými potížemi pracovat.

Nejúčinnější zvládací strategií pro Karolínu je konfrontace sama se sebou a práce na sebebřijetí – „*Prostě jsem si řekla, že nějaká jsem a taková jsem.*“; „*Na světě jsou lidi, kteří dělají divnější věci a říkají hloupější věci než já, že to přece vůbec nevádí, když se spletu. Vždycky můžu říct – hele takhle jsem to nemyslela – a opravit se. Nebo se tomu zasmát.*“ Za velmi nápomocné také považuje vztahy s blízkými, obzvláště s těmi, kteří se jí snaží porozumět – „*V takových chvílích mi hodně pomáhá nebýt sama. Potřebuju se někomu svěřit. Většinou to byl přítel, který ví, jak funguju. Byla to i mamka.*“ Při studiu vysoké školy Karolíně pomohlo si některé věci zorganizovat – mít jasno, kdy co odevzdávat, při učení si třídit materiály, texty barevně podtrhávat a vždy se pokusit připravit na scénáře, které by mohly nastat.

Jako nejčastěji vnímané zátěžové faktory při studiu Karolína zmiňuje různé oblasti sociálního kontaktu. Ať už se jedná o prezentování před třídou, strach z kontaktu se spolužáky či s vyučujícími, práci ve skupině a podobně. Domnívám se, že tato zátěž je umocněna dalšími dvěma významnými faktory, které se ve výpovědi Karolíny objevovaly nejčastěji. Jedná se o vysoké nároky na sebe a pochybnosti o vlastní osobě či výkonu – „*Myslela jsem si, že mě ti vyučující nemají rádi, že si myslí, že jsem divná a že se těší, až vypadnu*“; „*Bylo pro mě nepříjemný pracovat týmově, ještě když to bylo s lidmi, které neznám ... mívala jsem skupiny, které moc nepracovaly, a většinu práce jsem pak dělala já.*“

Karolína dokáže určité aspekty úzkosti vnímat i pozitivním způsobem. V takovém případě bere úzkost jako činitele, který jí pomohl k lepšímu porozumění vlastní osobě a jako motor k tomu, aby změnila svůj vztah k sobě.

Martina – 25 let – jiná smíšená úzkostná porucha

Martina aktuálně dokončuje studium na fakultě sociálních studií. První příznaky úzkosti začala pociťovat rok před maturitou na střední škole, na podzim. Své projevy úzkosti popisuje jako vnitřní sevření, které jí brání v soustředění a udržení pozornosti. Dříve jí tyto stavy bránily v učení – nedokázala vnímat, co čte, cítila napětí a potřebu pláče. Na střední škole začala docházet k lékaři, což pomohlo úzkostné stavy zmírnit. Zhoršení se objevilo v období, kdy si Martina měla vybírat vysokou školu a pak i při nástupu na ni. Změny pro Martinu představují stres – popisuje, že jí trvá, než si na nové věci zvykne a celý proces a

dlouhé trvání změn jí přijde zatěžující. Zároveň změnu vnímá jako výzvu, kterou když překoná, tak má ze sebe dobrý pocit.

Z výpovědi Martiny vyplývá, že je pro ni nejčastější zvládací strategií konfrontace s vlastními myšlenkami a sebereflexe. Pomáhá jí připomínat si, že na jedné věci nestojí celý vesmír a sestaví si v myšlenkách představu, jaké jsou možnosti, které by vyřešily situaci, jež v ní podporuje úzkost. Zároveň se tímto přístupem sama motivuje, takže ačkoliv je pro ni například studium stresující, naplňuje ji, a proto má smysl v něm pokračovat. Na studiu oceňuje úkoly, které ji podpoří v sebereflexi a má tak možnost přemýšlet sama o sobě – „*To mi pomáhalo – nějak si to uvědomit, zamyslet se nad sebou, nad svými silnými a slabými stránkami ... super byla sebereflexe a učení o sobě, což na té střední škole vůbec nebylo*“. Tvrdí, že v oboru, který studuje, se takové úkoly objevují často. A to jí nejen pomáhá následně pracovat s úzkostnými stavy, ale také ji to nadále motivuje na škole zůstat. Další způsob, který pomáhá Martině ulevit od úzkostí, je socializace. Ráda chodí do společnosti a poznává nové lidi, rozptýlí se tím. Ráda se obklopuje lidmi, se kterými má něco společného – proto si rozumí se spolužáky na vysoké škole více, než kdysi s těmi na střední škole. Zároveň je pro ni důležitá víra – ať už se setkává s lidmi na křesťanských akcích, nebo poslouchá křesťanskou hudbu, která jí (podle jejích slov) dodává naději.

Nejvýraznějším zátěžovým faktorem, který se v rozhovoru s Martinou objevoval až čtyřnásobně vícekrát než ostatní faktory, jsou změny. „*Největší stres to byl na začátku spíš. Jak jsem se tak zabydlovala na těch kolejích. Jak jsem poprvé šla takhle dál od rodiny*“; „*Špatně snáším změny, nebo spíš mi chvíličku trvá, než se někde zorientuji...*“.

Simona – 21 let – generalizovaná úzkostná porucha

Simona studuje na fakultě sociálních studií. Poprvé se v jejím životě nepříjemné stavy úzkosti objevily až na vysoké škole. Projevy, které popisuje, se týkají hlavně obtěžujících myšlenek. Nedokáže ani na chvíli přestat přemýšlet, což jí znemožňuje soustředění na okolní věci. Dříve se Simona často budila v noci, myšlenky ji atakovaly už od brzkého rána a v podstatě kdykoliv, když byla bdělá. Tyto stavy doprovázela i dušnost, tlak na hrudi, bušení srdce nebo pocení – ale nejednalo se o panické záchvaty. Byla vystrašená ze všeho. Poté, co vyhledala psychologickou pomoc, se příznaky zmírnily – somatické projevy téměř odezněly a vtíravé myšlenky se sice stále objevují, ale v menší míře. Simona popisuje, že nejčastěji se úzkostné stavy objeví při kontaktu s jinými lidmi. Ve

škole se to týká obzvlášť kontaktu se spolužáky. Simona se snaží ve škole tvrdě pracovat, protože má strach z kritiky, která by mohla přijít ze strany učitelů i spolužáků – vysoké nároky na sebe a tvrdá práce ovšem opět podporují úzkostné prožívání. Ve skupině lidí, popřípadě před celou třídou, se v ní úzkost objevuje ve chvíli, kdy je vyvolána – nedokáže říct odpověď, ani kdyby ji věděla. Myšlenky, které ji doprovází, se obvykle týkají pochybností, které o sobě Simona má – „*Když se třeba s někým novým bavím, tak během toho rozhovoru přemýšlím nad tím, jestli to, co říkám, není blbost, jestli nezním hloupě, jestli nezním trapně, jestli mě ten druhý přijímá, jestli mu připadám dost vtipná, chytrá a takové věci. Pak zpětně mě najednou z ničeho nic napadne, jak se ten druhý na mě zadíval a já si z toho vyvodím nějaký závěr. Pak mě to prostě stresuje a přemýšlím nad tím pořád dokola*“. Perfeccionismus a strach ze selhání, který v sobě Simona nosí, sama považuje částečně i za přínosný. Kvůli strachu se dokáže donutit kvalitně a s předstihem připravit na některé zátěžové situace, které před ní stojí. Simona tenduje unikat z nepříjemných situací. Není-li něco vyloženě nutností, raději se tomu vyhne.

Copingové strategie, které se Simoně osvědčily nejvíce, jsou různé druhy relaxačních technik. Zmiňuje především metodu mindfulness a imaginaci – „*Mindfulness mi pomáhá, to je jako by všímavost. I při tom, když jdu lesem, tak si všímám těch věcí kolem, všímám si toho, kde jsem v přítomnosti*“. Celkově shrnuje, že práce s tělem je pro ni při úzkostech důležitá. Snaží se zpomalit svůj dech, ukotvit svoje tělo a přesunout svou pozornost na příjemnější podněty.

Největší zátěž v Simonině životě, a taktéž studiu, představují dva faktory – pochybnosti o sobě a socializace. Často jdou tyto dvě proměnné ruku v ruce. Simona má tendenci se srovnávat s druhými lidmi a nedostatečná sebedůvěra v ní podporuje pocit, že je horší než ostatní, což posiluje prožívání úzkosti.

Linda – 22 let – jiná smíšená úzkostná porucha

Linda je studentkou fakulty sportovní studií. Poprvé se s úzkostnými stavy setkala už v dětství, zhruba ve 12 letech. Tehdy začala více přemýšlet o věcech kolem sebe a o sobě samotné, až to překročilo určitou hranici a Linda se začala v myšlenkách utápět. Přemýšlela intenzivně, často se v jednotlivých myšlenkách nemohla vyznat. Také si dříve prošla mentální anorexií, kterou ve svém teenagerovském věku zvládla bez pomoci lékařů, jak sama sděluje, a je na to hrdá. Říká, že to byl jeden ze způsobů, jak se trestat a jak si ubližovat,

protože se za své stavy úzkostí nenáviděla. Postupem času začala být vnímavější vůči sobě a pokouší se samu sebe přijímat i přes to, že se úzkost stále objevuje. Aktuálně se na Lindě úzkost projevuje jak zahlcujícími myšlenkami a touhou utéct, tak somaticky – třesem, hyperventilací, různými typy bolestí nebo únavou. V kontextu studia má občas problém kvůli úzkosti jít do školy, což vzbuzuje další strach a pocit viny.

Linda je umělecky založený člověk, a tak častá strategie, kterou používá k uvolnění, je kreativní činnost – „*Já jsem takový umělecký typ, takže to ze sebe potřebuju vydat ven tím uměním*“. Ráda poslouchá hudbu nebo ji sama tvoří hrou na kytaru. Baví ji rovněž kresba a psaní. Vnímá umění i v pohybu, takže ten také patří mezi způsoby, jakými pracuje se zátěží. Zároveň se snaží přesunout pozornost na cokoli jiného, co by ji od úzkosti odpoutalo – „*Začnu dělat něco úplně jiného, abych se nějak uklidnila*“. Relaxační techniky jsou další čteně zastoupenou strategií, kterou používá – „*Snažím se prodloužit výdech, zavřít oči, sednout si – ať už je to forma nějakého mindfulness nebo bodyscanu*“. Promlouvá k sobě a pokouší se soustředit na přítomnost.

Za velkou zátěž Linda považuje náročnost studia – „*Každopádně ten obor má dost společného s medicínou, takže některé zkoušky jsou náročné*.“ Zároveň však uvádí, že se na zkoušky opravdu pečlivě připravuje v několika fázích, a to zvyšuje časovou náročnost studia. Linda se nezdá cítit přepracovaná, což občas podporují předměty, které jí nebaví a kde se musí kromě samotného výkonu o to intenzivněji soustředit.

Jan – 21 let – obsedantně kompulzivní porucha (s převahou obsesivních myšlenek)

Jan studuje na filozofické fakultě. Úzkost se u něj začala objevovat v období po maturitě, chvíli před nástupem na vysokou školu. Na střední škole se považoval za „třídního šaška“, který byl společenský a otevřený k lidem. Postupem času se kvůli úzkosti začal více uzavírat do sebe a začal se vyhýbat povídáním si s lidmi. Objevují se u něj intenzivní vtíravé myšlenky. Obsahy myšlenek tvoří obvykle pochyby o vlastní osobě – tzn. jestli je dost dobrý, dostatečně kompetentní a podobně – „*Má to negativní vliv na konverzaci. Nevím, jestli mám dostatečně učený názor na tu věc, o který se bavíme, mám strach, jestli ten můj argument bude přijatý a tak*“; „*Nevím, jestli píšu o správných věcech, jestli si umím dobře podložit to, co říkám a co píšu...*“. Tyto myšlenky se objevují v podstatě neustále a zesilují se, když má před sebou potenciální zátěžovou situaci, na které mu hodně záleží. Vtíravé myšlenky jsou

pro Jana velice vyčerpávající a často tak nemá chuť už nic dělat, někdy mu dělá problém vstát ráno z postele a cítí se frustrovaný. Nemá tak prostor se ani učit nebo připravovat do školy, a dále se uchyluje k prokrastinaci. Spoustu věcí potom musí dohánět na poslední chvíli, což podporuje jak úzkost, tak i strach ze selhání. A když už něco dělá, tak má tendenci to stále kontrolovat, znovu a znovu, a taková práce mu zabere víc času než by musela. Na tělesné úrovni při pocitu úzkosti zažívá hlavně třes a zrychlené dýchání.

Janovi výrazně pomáhá v životě organizace a plánování. Obavy z budoucnosti, které také mimo jiné pociťoval, se velmi zmírnily po tom, co si naplánoval, že se po studiu pokusí znovu se přihlásit do služebního poměru k policii. V minulosti to už jednou zkoušel, nicméně právě kvůli přílišnému uvažování o věcech a přemýšlivosti, se mu nepodařilo místo získat. Při studiu mu pomáhá, když se mu podaří odstranit všechna rozptýlení a může se tak lépe pokoušet se soustředit na práci, kterou má udělat. Zároveň mu svědčí, když si utvoří plán, do kterého zahrne vše potřebné. To mu dodá jistotu, že má šanci zvládnout všechno – „*Já jsem takový věčný organizátor. Rozložím si všechny věci na stůl nebo na ploše na počítači, začnu se psychicky připravovat, že už to teda musím dělat, naplánuji si všechno, jak budu dělat...*“. I přesto se mu často stává, že jeho myšlenky jsou silnější. Pokud taková situace nastane, snaží se rozptýlit nějakou činností, na kterou se mu soustředit daří a „vypne u ní“. Janovi se osvědčuje přesunutí pozornosti. Zmiňuje například hru na piano nebo řízení auta – „*Je to fajn v tom, že když řídím – řízení mě hrozně baví, je to super věc. Je to super v tom, že v tu chvíli nemusím nic řešit. Ať už se dostat z místa A do místa B, nebo řídit jen tak, to občas taky dělám. Za tím volantem je pro mě totální klid. Je to o tom, že v tu chvíli se nedá nic dělat, nedá se věnovat ničemu jinému, než tomu řízení. Musíte mít čistou hlavu a soustředit se na to*“.

Největší zátěží pro Jana jsou neutichající myšlenky samy o sobě. Neustále ruminuje. Jan trpí nedostatečnou sebedůvěrou a pochybnosti o sobě ho zatěžují téměř při jakékoliv činnosti, včetně studia na vysoké škole.

Denisa – 21 let – smíšená úzkostná a depresivní porucha

Denisa studovala fakultu elektrotechniky a komunikačních technologií, nyní však studium přerušila. Psychické potíže začala mít už jako dítě, zhruba v 8 letech, když se rozváděli její rodiče, zažívala tehdy hlavně problémy s usínáním. V průběhu let se stav několikrát zlepšil i zhoršil – zhoršení cítila například při ztrátě dědečka nebo při vstupu na

střední školu, kdy jí začaly mj. vypadávat vlasy, nebo zažívala nevysvětlitelné bolesti. Poslední zhoršení z relativně snesitelného stavu nastalo právě v souvislosti s nástupem na vysokou školu (včetně období přijímacích zkoušek) a s komplikacemi v partnerském vztahu. Úzkost narostla do takové míry, že musela pravidelně odcházet z přednášky přímo domů, protože cítila neskutečný strach zůstat ve třídě. Po nástupu na vysokou školu se Denise objevily četné potíže s jídlem – nedokáže se najíst na veřejnosti nebo v přítomnosti druhých. Na jídlo i na pití přestala mít postupně chuť a často se do něj musí nutit. Nedostatek energetického příjmu jí pak způsobuje závratě a nepříjemné somatické stavy, a to až do takové míry, že ji několikrát musela odvézt sanitka. Na vysoké škole se pravidelně setkávala s nevlídným přístupem vyučujících – na základě svých absencí, ač je měla potvrzené od lékaře – učitelé často nerespektovali její potíže. Rozhodla se tedy pokusit kontaktovat studijní oddělení a zařídit si plán pro studenty se specifickými potřebami. Říká, že její problémy byly i přes zprávy od lékařů bagatelizovány a nakonec jí nebylo vyhověno – „*Pani mi řekla, že buď budu chodit do školy normálně tak jako ostatní, nebo ať se odhlásím ze studia, že nic takovýho není. Vůbec se se mnou nikdo nebavil. To byla naprosto striktní odpověď, žádné informace, prostě nic. Prostě – máte smůlu, buď chodte, nebo nechodte, nashle*“. Cítí, že úzkost jí komplikuje i mnohem více životních oblastí, jako je její partnerský život, nemožnost cestování, nemožnost různých kulturních zážitků apod. Kvůli velkému tlaku a neporozumění se nyní rozhodla studium přerušit. Mimo jiné měla i období, kdy ji stejně nic nebavilo – dělala vše ze setrvačnosti, anebo jen seděla či ležela, nešlo jí vstát z postele a za den skoro nic nebyla schopna zvládnout.

Nejvíce Denise pomáhá řád a organizace. Když si může doma uklidit, má pak ze sebe dobrý pocit obecně, a to včetně dobrého pocitu z hotové a dobře udělané práce. Pravidelný režim, který si snaží nastavit, jí pomáhá například s aktuálními problémy ve stravování – nají se doma ráno, když je sama, aby nehrozilo, že se jí udělá zle přes den v práci, než se stihne vrátit domů – „*Snažím se i dopředu, když vím, že bych se nenajedla, snažím se jíst aspoň něco. Třeba si dám nějaký müsli tyčinky nebo něco, to na mě většinou funguje. Dát si aspoň pár soust, zkusit se nějak donutit. Aspoň něco, abych předešla tomu, že budu hladová a že se mi udělá zle*“. Hudba a kreativní činnost u Denisy také fungují docela dobře. Může například kombinovat poslech hudby s úklidem, což ji na chvíli vytrhne z nepříjemných myšlenek. Ráda také zpívá a hraje na několik hudebních nástrojů, což jí pomáhá se uvolnit. Zároveň tanec – spojení hudby a pohybu je pro ni příjemný způsob, jak si ulevit od úzkosti.

Často opakujícím se zátěžovým faktorem u Denisy byla náročnost studia s neporozuměním od okolí (ve škole i v rodině). Tyto dvě věci spolu mohou souviset. Denisa zmiňovala, že jí často ve škole nebyl nikdo ochoten naslouchat či se pokusit porozumět jejím záležitostem. Následně se tak dostávala do situací, kdy musela dělat různé práce navíc a musela pracovat tvrději než její spolužáci. I tak byly některé předměty velmi náročné i pro ostatní – „*Museli jsme odměřit, co jsme měli, museli jsme si to sami nastudovat, sami pochopit, sami udělat a potom to vypracovat do protokolu. Ten měl nějakou danou formu a obvykle to bylo strašně složité.*“; „*Myslím si, že to bylo složitější, než jsme byli schopni reálně zvládnout. Byly to spíš požadavky na člověka, který už to všechno zná, než na někoho, kdo se to teprve učí.*“. Protože ve škole často chyběla, o to více bylo učení náročné, neboť se musela intenzivně věnovat samostudiu a nebyl při ní nikdo, kdo by ji látku vysvětlil.

Kateřina – 22 let – panická úzkostná porucha

Kateřina je studentkou filozofické fakulty. Úzkost se u ní objevila již kolem čtrnáctého roku věku. Tehdy (dle svých slov) trpěla hlavně sociální fobií a považuje toto období za nejnáročnější ve svém životě. Cítila velmi intenzivní úzkost téměř každý den po celou dobu obzvláště v přítomnosti druhých lidí. Dnes již dokáže mezi ostatními trávit čas poměrně bez potíží, úzkost se však objevuje nárazově ve vlnách a v nepravidelných intervalech v podobě panických atak. Prožívá zahlcení mysli silným strachem, často iracionálním – například, že se stane něco špatného, aniž by byl důvod se něčeho momentálně obávat. Chvillemi se cítí dezorientovaná a popisuje i stavy derealizace. Úzkost doprovází též četné tělesné projevy jako točení hlavy, závrať, třes, dušnost, bolesti břicha nebo hlavy. Nedokáže sama sebe ocenit nebo se radovat z úspěchu, spíše se jí uleví, když má nějakou zátěž za sebou. Často ji děsí představa vlastního selhání a neúspěchu, což se projevuje i ve studiu vysoké školy.

Nejúčinnější způsob, jak zmírnit úzkost, je pro Kateřinu přesunutí pozornosti. To má v jejím podání mnoho podob. Snaží se rozptýlit sledováním filmů nebo seriálů, různých videí či brouzdáním na internetu. Za důležitý moment v práci s úzkostí považuje také hudbu. Jedná se jak o poslech, tak i o aktivní hru na kytaru – „*Často mám filmy, seriály, videa a tyhle věci na internetu. Hudba samozřejmě, někdy i hraní na kytaru. To mě přenesse do jiného světa trošku.*“. I přes své potíže v socializaci, ráda v tíživých chvílích vyhledá kontakt blízkého člověka. Říká, že jí to pomáhá cítit se více v bezpečí a nevnímá u sebe takovou bezmoc.

Socializace s blízkými přáteli, rodinou či partnerem je pro ni zároveň i formou relaxace. I přes potřebu blízkosti si ráda dopřeje soukromí. Další častý způsob, jakým si napomáhá k uklidnění, je mluvení k sobě – částečně to souvisí s organizací, kterou se v sobě snaží nalézt. Při studiu jí pomáhá právě plánování a struktura – „*Udělám si rozpis toho, kdy se budu učit, jak se budu učit. Pomáhá mi ta organizace, když to vidím před sebou. Vidím to schéma, jak se to dá zvládnout. To mě uklidní, že už to není taková ta náhodná budoucnost, ale mám to nějak naplánované.*“

Ve škole vnímá jako zatěžující kontakt se spolužáky. Ačkoliv od dob střední školy nastalo velké zlepšení, úzkost v přítomnosti spolužáků a strach z odsouzení stále přetrvává. Zmiňuje také svůj perfekcionismus. Během učení má na sebe vysoké nároky, a tak se snaží podávat nejlepší výkon, často i na úkor vlastního zdraví – „*...abych si potvrdila to, že to fakt umím. To se dokážu učit celý den, třeba od osmi ráno do jedenácti večer bez nějakých velkých přestávek. Třeba tři dny v kuse, což není úplně dobré pro mou psychiku ani fyzické zdraví.*“ . Nejčastěji opakující se zátěžové faktory v rozhovoru s Kateřinou se jevily právě vysoké nároky na sebe a také náročnost studia. V tomto případě si myslím, že obě tyto proměnné spolu úzce souvisí.

Veronika – 23 let – smíšená úzkostná a depresivní porucha

Veronika studuje na filozofické fakultě. Jedenkrát studium přerušila, ale vrátila se zpět a studuje dál. Patologická úzkost se začala objevovat až po prvním semestru studia na vysoké škole. Uvádí, že i v maturitním ročníku byla nadměrně úzkostlivá, ale stav byl tehdy stále snesitelný. Počátky úzkosti má spojené právě se studiem. Postupně se však úzkosti začaly objevovat i v jiných životních oblastech. Na počátku se panické ataky, kterými trpí, objevovaly každý den několikrát po sobě a měly trvání i v řádu hodin. Veroniku provázel strach ze smrti (cítila se, jako by umírala), pocit bezmoci a beznaděje, somaticky pak třes, zrychlený tep, dušnost a derealizační či depersonalizační stavy. Po odeznění ataky následoval propad do deprese, tunelového vidění – tzn. „*nic nemá smysl*“ a sebedestrukčních až sebevražedných myšlenek. Stav dále přetrvávají, ale v mírnější formě a objevují se spíše ve specifických obdobích nikoli konstantně – „*Ted' to taky občas přijde, ale určitě to už není tak často, nyní třeba jednou za týden, v klidnějším období i méně. Tím, že už i vím, o co jde, tak s tím umím lépe pracovat a postarat se o sebe.*“ ; „*Ted' jsem vypožadovala takový vzorec, že se ty úzkosti zhoršují v určitých obdobích a obvykle jsem po tom hodně vyčerpaná a*

následně přijde takový propad do deprese. A potom se to zase zlepší. Je to nahoru a dolů, no.“.

Veronika je milovnice hudby a umění, proto jí tyto aktivity pomáhají od úzkosti ulevit. Důležité je pro ni také nalezení porozumění v textech písní – *„Některá témata se v hudbě objevují a připomínají mi tu bolest, tak je to pak ještě horší. Ale když je to třeba úzkost bez příčiny, tak hudba pomáhá hodně. Ať už tím, že si pustím nějakou rokec a vybiju to ze sebe, nebo že mám pocit, že mi v těch textech někdo rozumí.“.* Jedním z nejčastěji využívaných způsobů zvládnání úzkosti je pro Veroniku příroda. Ráda chodí na procházky do lesa nebo k vodě, obzvláště na podzim. Říká, že jí čerstvý vzduch a klidné prostředí okolo dodává energii. Má ráda i různá zvířata, která jí dělají radost – *„Když se můžu pomazlit s kočkou nebo s pejskem, nebo je třeba jen vidím venku nebo u někoho doma, jak si hrají, nebo i moji vlastní domácí mazlíčci samozřejmě. Věřím tomu, že zvířata mají rozhodně léčivý vliv.“.* V úzkostných stavech také vyhledává přítomnost blízkých lidí, pocit bezpečí jí dodává i fyzický kontakt – *„Nejhorší je, když jsou kolem mě cizí lidi, nebo velká spousta lidí. Potřebuju být buď sama, nebo s někým blízkým. U toho mi hodně pomáhá fyzický kontakt – hlavně pevné objetí.“.* Za důležitou součást svého života považuje i chvíle „jen pro sebe“ a soukromí. Říká, že pokud nemá dlouhou dobu chvíli soukromí, může to být jeden ze spouštěčů pocitů úzkosti. Samota je tedy pro ni další způsob, jak zvládat zátěž.

Mnohokrát se v rozhovoru s Veronikou jako zátěžové faktory objevovaly pochybnosti o sobě a náročnost studia. Podobně jako v minulém příběhu – oba dva tyto faktory mají mezi sebou vazbu – *„Mám pocit, že to nemůžu zvládnout, je toho miliarda.“.* Ve škole je pro ni zatěžující nepodléhat strachu z odsouzení. Tvrdí, že ačkoliv nemá podložený důvod, proč se obávat, že ji spolužáci nemají rádi, myslí si to. Opět se u ní objevují velké pochybnosti o své osobě – *„Nějak si nemyslím, že by mě většina spolužáků nějak brala, spíš jsem jim ukradená a mám pocit, že když se snažím interagovat, tak mě nemají rádi a myslí si o mně, že jsem kráva. Neměla jsem žádnou tu svoji skupinku, tak jsem se vždycky musela někam na sílu vecpat a připadala jsem si blbě, jakože mě tam nechtějí. Navíc u nás jsou všichni takoví dřiči a všemu rozumí a jsou chytří a dobří a já jsem se bála, že budu působit jako blbec nebo jako flákač a že hodně věcem třeba ani nebudu rozumět.“.* Některé typy zátěže však Veronika dokáže vnímat pozitivně. Říká, že i přesto, že se někdy cítí pod tlakem, pokud jí daná činnost dává smysl a cítí se užitečná, určitá hladina stresu jí naopak podporuje v soustředění a dodává jí zápal pro to dělat věci pořádně.

6.2 Prezentace získaných dat

V této podkapitole prezentujeme získaná data, jejich kategorizaci a vztahy mezi nimi. Budeme se věnovat primárně popisu zátěžových faktorů a copingových strategií. Kromě toho se v samostatné části budeme zabývat pozitivním vlivem úzkosti na studium.

Schéma č. 2: Vztahy mezi kategoriemi



Schéma obsahuje propojení mezi třemi hlavními pilíři – zátěžovými faktory, projevy úzkosti a copingovými strategiemi. Tzn. zátěž vyvolává úzkost, kterou se následně jedinec snaží redukovat pomocí copingových strategií, jež jsou hlavním tématem této práce.

Do analýzy dat byla zahrnuta pouze témata, která souvisí s našimi výzkumnými otázkami – tj. zátěžové faktory, copingové strategie a pozitivní vliv úzkosti na studium.

Zmíněné kategorie (zátěžové faktory a copingové strategie), včetně jejich subkategorií, které jsou uvedeny v tabulce č. 5, budeme charakterizovat níže. Kromě toho (pro lepší orientaci v tématu) k tabulce přidáváme i třetí sloupec, jenž vyjadřuje, které subkategorie byly ve výpovědích respondentů nejzastoupenější (tzn. opakovaly se více než desetkrát ve všech výpovědích). Nejvíce zastoupené subkategorie postupně popíšeme. Vzhledem k nízkému počtu subkategorií v kategorii „Pozitivní vliv úzkosti na studium“ budeme charakterizovat všechny.

Tabulka č. 5: Přehled kategorií

Kategorie	Subkategorie	Nejzastoupenější subkategorie
Zátěžové faktory	Donucování se Náročnost studia Narušený biorytmus Neporozumění od okolí Nepříjemné prostředí Osobnostní vlastnosti Pochybnosti o sobě Práce a brigády Socializace Spolupráce ve skupině Strach z konfliktu Vysoké nároky na sebe Vystupování před třídou Vyučující Zkoušky Změny	Náročnost studia Pochybnosti o sobě Vysoké nároky na sebe Neporozumění od okolí Socializace
Copingové strategie	Blízcí lidé	Blízcí lidé

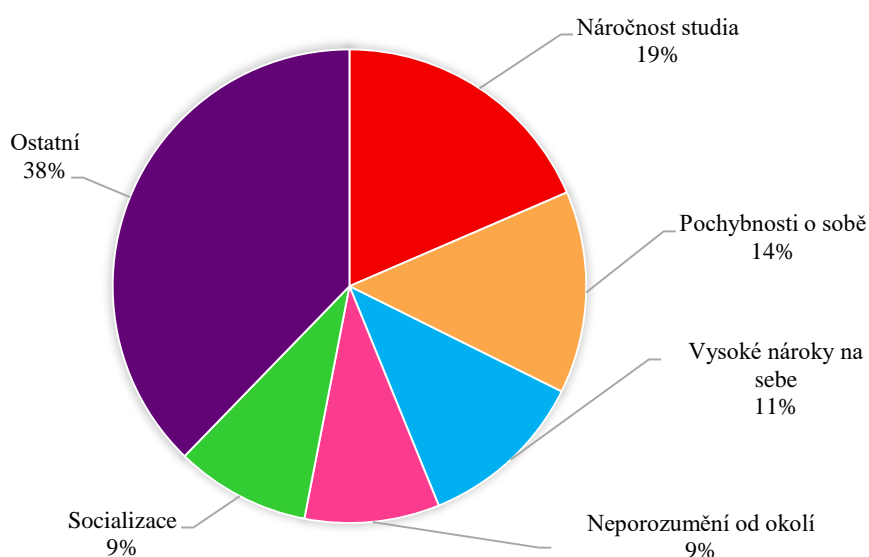
	Hudba Internet a multimédia Jídlo a pití Konfrontace s problémem Kreativní činnost Medikace Mluvení k sobě Organizace a struktura Pasivní odpočinek Pláč Pohyb Přesunutí pozornosti Příroda Psychoterapie Relaxační techniky Sebepoškozování Socializace Soukromí Víra Změna prostředí	Organizace a struktura Přesunutí pozornosti Kreativní činnost Příroda Soukromí Hudba Konfrontace s problémem Relaxační techniky Mluvení k sobě
Pozitivní vliv úzkosti na studium	Nepodceňování povinností Pocit výjimečnosti Sebepoznání Výzva	

6.2.1 Zátěžové faktory

Nejvíce zatěžujícími faktory byly pro naše respondenty náročnost studia, pochybnosti o sobě, vysoké nároky na sebe, nepochopení od okolí a socializace. Zbylé méně četné subkategorie jsme zahrnuli do skupiny „ostatní“. Tato zjištění jsou vyjádřena v níže uvedeném grafu. V souladu s ním budeme dále charakterizovat každou **subkategorii** (ty budou označeny tučně a podtrženě) a **témata do ní spadající** (ta budou značena pouze tučně).

Graf č. 1: Zastoupení zátěžových faktorů

ZASTOUPENÍ ZÁTĚŽOVÝCH FAKTORŮ



Většina respondentů se shodovala v tom, co pro ně představuje zátěž. Nejčastěji uváděným faktorem byla **náročnost studia** sama o sobě. Ačkoliv si studovaný obor respondenti vybrali na základě vlastního zájmu, požadavky, které jsou na ně během studia kladeny, považují za zatěžující – konkrétně zátěž vnímají v množství požadavků a jednotlivém rozsahu každého z nich.

Respondenti často zmiňovali, že se musí učit **velká kvanta informací**, což pro ně představuje stres. Množství učiva v nich často spouští či posiluje úzkost, což komplikuje soustředění a schopnost si danou látku zapamatovat.

„Byla jsem úplně přepracovaná. Ta kvanta těch informací, co do sebe člověk musí dostat, jsou ohromná.“ – Denisa

„Kroužím kolem těch skript, přečtu si dva řádky, a když vidím, kolik je to stránek, tak to zase zahodím a panikařím.“ – Veronika

Problém, který zmínili všichni respondenti, je **časová náročnost přípravy**. Úzkostní studenti potřebují cítit jistotu, že jsou dobře připraveni. Takto získaná jistota pak představuje důležitý předpoklad k redukci anxiety. Nemalá část z nich se připravuje poměrně intenzivně, a to zabere spoustu času. Úzkost jim nezdědka brání v tom, aby s učením vůbec začali, a tím pádem se vyhrazený čas na studium ještě víc prodlužuje.

„Já si to musím znovu vypracovat po svém, což zabere hodně času ... pro jistotu ještě všude všechno dopsat. A pak se to učím – čtu si to dokola, nahlas a tak. Je to dost časově náročný a pak ten papír vypadá dost šíleně většinou.“ – Linda

„Můžu mít vyhraněný na učení celý den, ale reálně mi třeba 4 nebo 5 hodin trvá se vůbec začít učit – říkám tomu „proces dokopávání“.“ – Veronika

Učitelé, kteří studenty zahlcují spoustou požadavků naráz, a tzv. je „straší“, úzkostné stavy respondentů prohlubují. Studenti se cítí vyděšeni obzvláště na začátku semestru, kdy během prvního týdne dochází k zavalení nárůstem povinností, které budou muset v relativně krátké době splnit.

„Třeba ve druháku, kdy nám začali povídat o bakalářské práci, to bylo strašné. Nahrnuly se všechny ty povinnosti a začala jsem být úplně zahlcená. To bývá ten začátek semestru, kdy mě to vyleká.“ – Kateřina

Respondenti považovali za stresující faktor požadavek na **vlastní odpovědnost**, která nebyla tolik potřeba na střední nebo základní škole. To se týkalo především tzv. hlídání si limitů, které studium vyžaduje – jako je např. splněný dostatečný počet kreditů, omezený počet absencí, sestavování rozvrhu a jeho případných kolizí, atd.

„Musela jsem splnit docela dost kreditů. Bylo to docela náročné na bakalářské studium.“ – Martina

„Když je omezený počet absencí a musím to nějak řešit potom, je to pak ještě víc stresující.“ – Veronika

Mezi dalšími odpověďmi se objevovala témata náročnosti obsahu zkoušek, problémy s cizími jazyky, které jsou často automaticky vyžadovány, abstraktnost a nesrozumitelnost některých předmětů nebo nejistota v udržení se na škole.

Druhou nejzastoupenější kategorií byly **pochybnosti o sobě**. Respondenti o sobě pochybovali v různém kontextu. Nejčastěji se objevovaly pochybnosti o vlastních schopnostech, ale také o své povaze a vlastnostech.

U některých respondentů představoval problém **vztah sama k sobě** a nedostatečné sebevědomí. Respondenti měli někdy tendence se shazovat a **porovnávat se s ostatními**.

„Jsem jenom divná a prostě ten svět nechápu, moc se mi ani nechtělo žít, když to tak řeknu.“ – Karolína

„Taký jsem se porovnávala s jeho bývalou, že byla, já nevím třeba, lepší a otevřenější.“ – Simona

Pochybnosti byly mnohdy syceny **obavami z nedostatečného výkonu ve studiu**. Týkaly se všech možných oblastí studia. Objevovaly se nejistoty, zda student dokáže školu dokončit, pochyby o správné argumentaci v seminárních pracích, nedůvěra ve schopnost naučit se na náročnou zkoušku, atp.

„...co když to nedám ani příští rok a co když mě vyhodí. Už jsem se viděla za pět let někde v Tesco u pokladny.“ – Simona

„Nevím, jestli píšu o správných věcech, jestli si umím dobře podložit to, co říkám a co píšu v těch esejích a tak. Nevěřím tomu, že jsem schopen podat dostatečně dobrý výkon na sebe.“ – Jan

Nízká důvěra se týkala i **okolních vztahů**. Respondenti se trápili obavami, co si o nich budou myslet ostatní spolužáci, učitelé, ale i osoby mimo školu. Často se tak stávalo, že respondent potlačil sám sebe nebo vlastní potřeby, a to kvůli strachu z reakce okolí. Jednalo se přitom o běžné úkony, jako přihlásit se ve třídě, nebo promluvit před skupinou lidí či před jednou cizí osobou.

„Často se mi stávalo, že jsem si myslela, že mě ti vyučující absolutně nemají rádi. A prostě úplně o všech jsem si myslela, že mě nemají rádi ... a že se těší na to, až vypadnu. Přitom k tomu třeba reálně nebyl důvod.“ – Karolína

„Měla jsem ty myšlenky, že řeknu nějakou blbost, nebo že to bude znít hloupě ... takže jsem vůbec nevyjadřovala svoje názory ani se nezapojovala do konverzací ani do skupin.“ – Simona

Navazujícím tématem, které se objevovalo jako častý zátěžový faktor, byly **vysoké nároky na sebe**, a to až v extrémní podobě. Respondenti po sobě chtěli vždy sto procent. I velmi dobrý vlastní výkon nedokázali ocenit, pokud tento výkon nebyl dokonalý nebo nadprůměrný. Sdělovali, že by nebyli se sebou spokojeni, kdyby zadání neprovedli perfektně.

Nároky, které na sebe respondenti kladli, se většinou týkaly **studia**. Odpovědi zahrnovaly, jak jednorázový výkon (např. u zkoušky), tak i dlouhodobou přípravu (např. psaní práce, učení se na náročnější zkoušku) – pokud v tomto nedosahovali dokonalosti, hodnotili sami sebe nedostatečně. I přes možný úspěch někteří respondenti neprožívali

pocity štěstí či hrdosti na sebe, nicméně cítili spíše úlevu, že mají za sebou určitou povinnost. Občas u některých přetrvával vztek, že jejich výkon nebyl dokonalý, ač dostatečný.

„Vždycky jsem po sobě chtěla velkej výkon ve škole. Protože jsem studovala hrozně ráda, studovala jsem i obor, který mě baví ... Všechno jsem chtěla na poprvé, všechny zkoušky jsem dala na poprvé, protože by přes to nejel vlak ... vždycky to muselo být do nějakýho A nebo B.“ – Karolína

„Vím, že jsem perfekcionista. Tak mám úzkost z toho, že nebudu dost dobrá, a když to nebudu umět na 100%, že to nebude dost dobré a že mě vyhodí jen na základě nějaké blbosti, kterou neznám... mám strach z toho, že selžu. Nemám pak ani radost z toho, že jsem to zvládla, já si spíš oddechnu, protože už je to za mnou.“ – Kateřina

V rámci nároků na sebe se – v souladu s tématem této práce – objevovaly odpovědi spíše spojené se školou. Mimo kontext studia však jedna respondentka uvedla, že je pro ni důležité, aby **vypadala dobře** v jakékoliv situaci a za každou cenu. Pokud tomu tak nebylo, rostl vztek na sebe i úzkost. Dodala, že cítí potřebu **zavděčit se** každému.

„... musela jsem u toho vypadat dobře – to je pro mě taky asi důležitý ... vím, že to tak nejde, to je na tom to nejhorší. Já to jako reálně vím. Ale ten pocit je prostě jinej.“; „Potřebuju se zavděčit každému, je pro mě hrozně nepříjemný být v nějaký hádce.“ – Karolína

Respondenti se kvůli svým úzkostným stavům potýkají s **neporozuměním od okolí**, což prohlubuje jejich negativní pocity, jako je smutek a vztek. Úzkost bezpochyby jejím nositelům vytváří určitá individuální omezení. Jedná se o citlivé téma a mluvit o něm (obzvláště s cizími lidmi) není pro úzkostné jedince snadné. Respondenti se tak během svého života několikrát dostali do svízelných situací s druhými lidmi, ať už při studiu nebo mimo něj.

V kontextu studia se jedna z respondentek pokoušela navázat spoluprací se **studijním oddělením**. Kvůli svým omezením způsobeným úzkostnými stavy chtěla získat informace ohledně možností individuálního plánu pro studenty se specifickými potřebami. Avšak narazila na něco jako nepochopení. S odmítnutím a neporozuměním se setkala i u **vyučujících a spolužáků**.

„Když už jsem někde chyběla řekněme z důvodu nemoci, nebo byly dny, kdy jsem ani nedokázala vstát z postele a nebyla jsem schopna tam ani dojet, nebo když jsem byla v té nemocnici – donesla jsem potom potvrzení od lékařů i z nemocnice a stejně někteří vyučující

to nechtěli respektovat ... nedělám to naschvál a že mě samotnou to rozčiluje – a oni to nedokázali respektovat, byť jsem to měla potvrzený.“ – Denisa

Nastínila jsem jí, že mám zdravotní problémy, které mě ovlivňují do této míry ve studiu, ale že chci studovat, že o něj mám zájem, ale že je to pro mě obtížné. Ptala jsem se, zda by se to dalo nějak řešit, nějaký speciální plán, něco ... Paní mi řekla, že buď budu chodit do školy normálně tak jako ostatní, nebo ať se odhlásím ze studia.“ – Denisa

Dotazované osoby se setkaly s tím, že nedostatečné porozumění problematice úzkosti nezřídka přicházelo i **ze strany blízkých lidí**. Odmítnutí či bagatelizace problémů dostává respondenty do ještě větší úzkosti. Úzkostní následně mají tendence se více uzavírat do sebe a emoce příliš neventilovat, což vede k dalším negativním stavům a myšlenkám.

„Taky mi ta úzkost dělá komplikace ve vztahu. Jako v partnerském vztahu... všechno je pak pro mě špatně, všechno se řeší rozvodem, podvodem, něčím tragickým...“ – Karolína

„Myslím si, že se to taky odráží na vztahu s mým přítelem, se kterým žiju. Opakuje se to v podstatě celý náš vztah, tak už na to nemá trpělivost. Je z toho nešťastný, neví, co si o tom má myslet...“ – Denisa

Značnou zátěž pro respondenty představovala **socializace**. Opět se u většiny z nich objevovaly **úzkostné myšlenky** zahrnující prožitky všeobecné nejistoty a pochybností o sobě. Jejich důsledkem je, že respondenti pak mají tendence se socializaci vyhýbat a celkově jim dělá problémy navazovat vztahy nebo se v interpersonální sféře prosazovat. Při stavech úzkosti pociťují **přítomnost cizích lidí** jako značně zatěžující.

„Třeba když mám někam zavolat, vyhýbám se tomu.“; „Nemůžu být celý den s lidmi, jsem pak úplně vyčerpaná.“ – Simona

„Jakýkoli kontakt se spolužáky je stresující. Tím, že nedokážu moc navazovat kontakt s ostatními, tak mi tohle způsobuje tu úzkost. Mám zakořeněné v hlavě, že mě všichni odsuzují, nebo mě nemají rádi, nebo že nechtějí být moji kamarádi a tak.“; „Skupinové projekty pro mě byly hrozně psychicky náročné stresově. Já jsem nikdy neměla takovou tu svou skupinku, se kterou bych mohla pracovat...“ – Kateřina

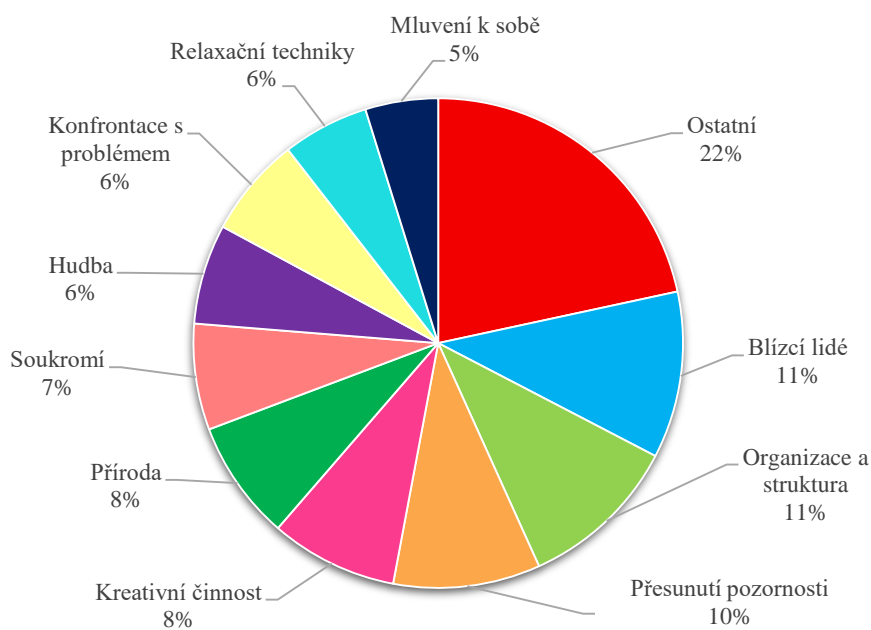
6.2.2 Copingové strategie

V rozhovorech respondentů se objevovalo velké množství copingových strategií, proto je i náš graf poměrně rozmanitý. Subkategorie, které byly uvedeny méně než desetkrát,

jsme se rozhodli sloučit do skupiny ostatní. Nalezené **subkategorie** si budeme charakterizovat níže – opět budou označeny tučně a podtržené a **jednotlivá témata** pouze tučně.

Graf č. 2: Zastoupení copingových strategií

ZASTOUPENÍ COPINGOVÝCH STRATEGIÍ



Všichni respondenti minimálně jedenkrát uvedli, že se v tíživých situacích rádi obrátí na **blízkou osobu**. To se může zdát paradoxní, protože socializace se jevila jako jedna z největších zátěží. Jejím obsahem ovšem bylo trávení času mezi neznámými lidmi či pobyt ve větším počtu lidí. Zcela odlišnou kvalitu nabízí vztah s blízkým člověkem, který je ve výsledku mezi respondenty nejčastěji volenou copingovou strategií.

„Dál mi pomáhá o tom mluvit, hodně. Když si vyberu nějakého kamaráda nebo kamarádku dobrou, co jim to řeknu, tak mi pomáhá to, že mě poslechnou a že to nezbagatelizují. A když tak mě nějak podpoří.“ – Simona

„S mým bráchou máme spolu hodně silný vztah a s ním většinou zapomenou na úplně všechno ostatní, a to mi vždycky dodá dobrou náladu a energii.“ – Denisa

Vztaženo ke škole, někteří respondenti uvedli, že se jim lépe **učí ve skupině** než o samotě. Pokud však ke společnému učení dochází, hraje zde roli **blízkost vztahu** mezi respondentem a danou sociální skupinou.

„Teď jsou ty týmové projekty úplně super a většinou si z toho ještě uděláme srandu a jsem fakt jako ráda. Stejně jako když se s kamarády občas učíme.“ – Kateřina

„Je fajn, když se to můžu učit s někým, s kým si rozumíme. Zasmějeme se u toho, jak máme už ty společný vtípky, někdy je to bizarní. Můžeme to prodiskutovat a tak. To mi pomáhá.“ – Veronika

I přesto, že vyhledání pomoci u blízké osoby je účinné a hojné, respondenti uvádí, že jim mnohdy naopak pomůže **být o samotě** a v klidném prostředí. Samota představuje **svobodu**, kdy se respondent nemusí ohlížet na potřeby jiných a může dělat cokoliv, co sám chce. Ovšem jsou i situace, kdy samota představuje přímo **únik** od ostatních lidí.

„Tam jsem pak v pokoji sama, kde vím, že po mě nebude nikdo nic chtít a nikdo mě nebude rušit a můžu tam být sama sebou, nemusím s nikým mluvit.“ – Martina

„Vždycky je pro mě důležité se mít možnost někam „schovat“ a utéct tak před cizími lidmi.“ – Veronika

Většina respondentů zmínila, že zvládání úzkosti je jednodušší, jestliže danému problému, který je momentálně zatěžuje, dají nějakou **formu a strukturu**. **Analýza situace** a utvoření systému vede k lepší orientaci – a ta člověku pomáhá se s nepříjemným problémem snáze, a hlavně rychleji, vypořádat. S analýzou situace souvisí také strategie, kdy respondent **promlouvá sám k sobě** a pomáhá si tak racionálním ujišťováním potvrzovat, že není v ohrožení. Úzkost často blokuje studenta v plnohodnotném soustředění a následkem nedostatečné pozornosti vzniká problém si dané učivo zapamatovat. **Zorganizování studijních materiálů** vede nejen k přehlednosti, která usnadňuje učení všeobecně, ale i k redukci úzkosti, která je u respondentů tolik zásadní.

„Když už ten moment přichází a cítím se, že nebudu úplně v pořádku, tak se snažím uklidňovat tím, že si říkám, že se přece nic neděje, všechno je v pořádku, kdyby se něco dělo, tak je tu spousta lidí, co by mi pomohlo, kdybych třeba omdlela a že každému je přeci někdy zle a nejsem jediný člověk na světě a spousta těch lidí to zná taky.“ – Denisa

„Udělám si rozpis toho, kdy se budu učit, jak se budu učit. Pomáhá mi ta organizace, když to vidím před sebou. Vidím to schéma, jak se to dá zvládnout. To mě uklidní, že už to není taková ta náhodná budoucnost, ale mám to nějak naplánované.“ – Kateřina

Přesunutí pozornosti od úzkostného stavu uvedli téměř všichni respondenti. Tato technika se obzvláště osvědčila u nečekaných nárazových stavů úzkosti a u záchvatů paniky. Volba aktivity, kterou se respondenti snaží rozptýlit, se odvíjí (kromě zjevných věcí jako osobních zájmů a preferencí) od intenzity pociťované úzkosti. Přesunutí pozornosti se prolíná s dalšími subkategoriemi, jako je například kreativní činnost, hudba, internet, pohyb, atd. Důležité je v tomto případě zjistit, jaký impulz primárně vede respondenta k této činnosti. Pokud si respondent zvolí činnost tzv. „jen proto, aby něco dělal“ – jedná se o prosté přesunutí pozornosti, protože konkrétní činnost může v zásadě zastoupit téměř jakákoliv jiná aktivita. Naopak o prosté přesunutí pozornosti se nejedná, pokud si respondent strategii zvolí na základě jiného uspokojení – např. hraje na hudební nástroj, protože mu to přináší potěšení, a to již samo o sobě redukuje úzkost. Nejedná se tedy jen o „volbu z nouze“. Samotné přesunutí pozornosti je poměrně vágní subkategorie, pod kterou si lze představit nekonečně mnoho činností.

„...třeba odkloním tu pozornost k něčemu jinému – že si třeba pustím nějaké video nebo hudbu. Snažím se to zatlačit nějak do pozadí.“ – Kateřina

Účinnou a pro spoustu respondentů velice příjemnou copingovou strategií je **kreativní činnost**. Dvě respondentky považovaly umělecké aktivity za nedílnou součást svého života. Popuštění fantazie a kreativity se nicméně osvědčilo i méně umělecky založeným respondentům. Tato subkategorie obsahuje obrovskou škálu činností. Respondentům pomáhaly aktivity jako **kreslení, hra na hudební nástroje, zpěv, psaní**, ale i například **tanec**, kde se uplatňuje nejen kreativní myšlení, ale také pohyb a práce s tělem. Možnost něco vytvořit respondentům nejen umožňuje **vybít ze sebe (negativní) energii** a uvolnit tak nahromaděnou úzkost, ale také **vytváří příjemný pocit z vlastního úspěchu nebo produktivity** a **dodává respondentům smysl**, který odstraňuje pocity nejistoty a ztracenosti ve světě.

„Kreativní tvorba, prostě něco vytvořit a být produktivní. Mám pak lepší pocit, že tím na sobě pracuju.“ – Karolína

„Taky si ráda zahraju na kytaru a zazpívám, protože tím ty pocity vypustím pomocí umění.“ – Veronika

Specifickou subkategorii tvoří **hudba**. Ta může mít **aktivní** podobu jako právě hra na hudební nástroje nebo zpěv, ale také sem patří i **pasivní poslech** hudby. Pro respondenty

se uklidňujícím elementem může stát melodie, která **vyjadřuje emoce**. Následně či nezávisle může mít melodie též **relaxační funkci**. Často opomíjenou (avšak pro respondenty nezřídka důležitou) součástí hudby jsou **texty písní**, které vyjadřují **porozumění** nebo jakkoliv jinak člověka emočně ovlivňují (vzpomínkami, nadějí atd.).

„...potom hodně poslouchám písničky. Já jsem věřící, takže nějaké chvály nebo takhle. Chvály ve smyslu jako křesťanské písničky. Je to taková naděje a nějaká útěcha.“ – Martina

„Pomáhá mi hodně poslech hudby. Takové té uklidňující – šumění moře a tak.“ – Simona

Poměrně zastoupenou subkategorií ve zvládacích strategiích byla **příroda**. Nejčastěji se objevovaly odpovědi, které vypovídaly o **trávení času v přírodě**, tj. například v lese nebo u vody. Prostředí přírody působí na respondenty uklidňujícím dojmem – zde často vnímají klid a pocit svobody. Kromě samotného uvolňujícího vlivu, příroda poskytuje i příjemné místo pro **studium**. Specificky se pak objevuje **kontakt se zvířaty**, ať už pozorováním živočichů ve volné přírodě, nebo interakcí s domácími mazlíčky.

„Sledovala jsem tam brouky a tu přírodu a najednou jsem měla ten nadhled nad to, že i když to nedám, tak ti broučci tady budou pořád, že ten svět neskončí. Že i kdybych měla stát nicovat v září, tak že se nepominu. Ten pocit, že to zvládnou. To bylo pro mě silnej moment.“ – Karolína

„Taky domácí mazlíčci, ti mě hodně uklidňují. To je velká část mě.“ – Kateřina

Pokud úzkost není příliš zahlcující a nevystoupá do stavu paniky, osvědčuje se některým respondentům **se s daným problémem konfrontovat**. Jak jsme si uvedli v teoretické části v koncepci copingu zaměřeného na emoce či na problém, pokud člověk stabilizuje své emoce na snesitelnou úroveň, má možnost dále volit strategie, které řeší jeho konkrétní problém. Respondenti si tak budují náhled na příčiny a důsledky své úzkosti. **Připuštění si vlastních limitů** a přizpůsobení problémové situace těmto limitům pomáhá v sebepoznání, což může podpořit pocity sebejistoty a důvěry ve vlastní osobu. Zvládnout nepříjemnou situaci respondenti zkusí i snahou o **vystoupení ze své komfortní zóny** – pokouší se „překonat“ a posouvat své hranice. **Opakované vystavování se nepříjemné situaci** může dále napomáhat snazšímu zvládnání problematkové situace. V kontextu studia

má úzkost tendence odtahovat člověka od povinností. Zahlcující emoce často vedou k prokrastinaci – kvůli ní však úzkost ještě více narůstá, obzvláště s blížícím se termínem dané povinnosti. Konfrontace s úzkostí v její snesitelnější fázi tak pomáhá úzkost redukovat komplexně.

„...bylo hodně zaměřené na vlastní sebereflexi. To mi pomáhalo – nějak si to uvědomit, zamyslet se nad sebou, nad svými silnými a slabými stránkami.“ – Martina

„Občas se snažím ten problém odignorovat a donutit se do věci, co kterých se mi nechce. Skrz tohle někdy přijdu na to, že to vlastně není tak strašné. Nejhorší je se k tomu někdy dokopat, a když v té činnosti pokračuji, tak je to pak už snesitelnější.“ – Jan

Všichni respondenti aktivně docházejí na terapii. Převážně tam se mj. naučili několik **relaxačních technik**, které jim pomáhají v krizových stavech. Jedná se hlavně o techniky, které pracují s **dechem** – dýchání bývá obecně u úzkostných pacientů problematické. Populární způsob relaxace je také tzv. **mindfulness** – několik respondentů užívá k uklidnění i tuto techniku. Ke stabilizaci a ukotvení pomáhá **vnímání fyzické opory** – tzn. možnost posadit se, opřít se a uvědomovat si kontakt pevné plochy s vlastním tělem.

„...moje psycholožka mne naučila dýchací metodu. Takže vlastně si uvědomím, že jsem na zemi, mám za sebou něco, kde se můžu opřít a prostě dýchám a vydechuju.“ – Karolína

6.2.3 Pozitivní vliv úzkosti na studium

V našem výzkumu nás mimo jiné zajímalo, zda může mít respondentova úzkost nějaký pozitivní dopad na jeho život, obzvláště na jeho studium. **Subkategorie** jsou označeny opět tučně a podtrženě.

Ačkoliv úzkost obvykle komplikuje plnění studijních povinností, nicméně v jejím důsledku respondenti studium **nepodceňují**. Úkoly plní dopředu, nebo se na ně alespoň připravují. Díky dostatečné přípravě je pro ně snadnější stihnout se naučit důkladněji, popřípadě podat lepší výkon.

„...pomohlo mi to třeba v tom, že jsem si našla doučování a že se na to i vnitřně dopředu připravuju... Nenechávám to být, ta úzkost by mi nedovolila to nechat být na poslední chvíli.“ – Simona

„Přiměju se to udělat, protože dalo by se říct, že mám strach z toho, co se stane, když to neodevzdám.“ – Jan

Někteří respondenti se snaží komplikace, jež jim přináší úzkostné stavy, vnímat jako **výzvu**, která je motivuje se zdokonalovat.

„Brala jsem to stěhování za studiem jako výzvu asi. Možná jsem se na to i těšila, že nějak začnu žít samostatně, i když to bylo těžké.“ – Martina

„Ale na konec mě to motivovalo se do toho spolku přidat, abych poznal nové lidi. Nějak se tak sociálně otužovat, získávat zkušenosti ... takový trénink.“ – Jan

Kvůli potížím s úzkostí se respondenti začali více zaměřovat na sebe a snaží se porozumět vlastním pocitům a potřebám. Tento jev lze vnímat jak určitý a jim vlastní způsob **sebepoznání**. Díky sebepoznání někteří respondenti dokázali sami sebe více přijímat a tím si i **sebe více vážit**.

„Někdo by si mohl říct, že bych měla být smutná z toho, že něco takového mám, ale když se nad tím člověk zamyslí, tak já jsem vlastně ráda. Protože právě na sobě můžu pracovat a myslím si, že spousta lidí má psychický problémy a nic s tím nedělají. Protože to nikdy nezajde do takový meze ... ale tím, že já jsem měla fakt velký problémy a musela jsem, tak mě to jakoby nakoplo a pracuju na sobě.“ – Karolína

„Celkově jsem se naučila být vnímavější sama k sobě.“ – Linda

6.3 Odpovědi na výzkumné otázky

V této podkapitole bychom chtěli odpovědět na výzkumné otázky, které jsme si předtím stanovili.

Jaké faktory jsou pro studenty vysokých škol s úzkostnými poruchami nejvíc zátěžové?

Za největší zátěž studenti pokládají skutečnost, že studijní obor je svou povahou velmi obtížný už sám o sobě. Studium obsahuje velké množství materiálu, který se musí studenti naučit, což vyvolává strach, že si dané učivo nezapamatují a u zkoušky selžou. Vlastní učení zabírá spoustu času, a to pro úzkostné studenty také představuje zátěž. Úzkost je mj. posilována i ze strany některých vyučujících, kteří mnohdy studenty v krátkém časovém období zahltní značným množstvím požadavků, které se v tu danou chvíli zdají

nesplnitelné. Úzkostní studenti mají tendenci více si uvědomovat vlastní odpovědnost za nastalé situace ve studiu a možná ztráta jistot a ochranných křídel vyučujících, která se často objevovala na střední škole, u studentů stres posiluje.

Zátěž pro úzkostné studenty představují rovněž pochyby o vlastní osobě. Úzkostné stavy narušují vztah k sobě i k druhým lidem. Většina respondentů měla tendence se porovnávat s okolím. Přetrvávající obavy, co si budou myslet ostatní, často potlačují jejich vlastní potřeby. Strach ze selhání a z nedostatečného výkonu jsou tak častým zátěžovým faktorem v životech studentů.

V kontextu studia měli respondenti velmi vysoké nároky na svůj výkon a často se tím pádem setkávali se zklamáním ze sebe, pokud výkon nevyhodnotili jako dostatečně dobrý, ač objektivně dostačující byl. Být stoprocentní, působit vždy dobře a zavděčit se každému je pro většinu lidí vyčerpávající. Strach z „nedokonalosti“ patří tedy také mezi zatěžující faktory, které komplikují respondentům studium.

Problém představuje též neporozumění od okolí, jak ze strany vyučujících a spolužáků, tak ze strany rodiny a blízkých osob. Respondenti tedy nezřídka váhají, jak moc si mohou dovolit se s problémy svěřit, aby nedocházelo ke zbytečným konfliktům či předsudkům.

Následně může docházet k problémům v socializaci, které se respondenti, na základě přehnaných obav, mají tendenci vyhýbat. Při úzkostných stavech přítomnost cizích lidí (nebo lidí, k nimž nemají studenti blízký vztah) prožívání úzkosti studentů zhoršuje. S touto situací je snadné se setkat ve školním prostředí, tudíž je tento faktor také ve studiu zatěžující.

Jaké jsou jejich strategie ke zvládnání této zátěže?

Jednou z významných zvládacích strategií, které studenti VŠ využívají k redukci úzkosti, se ukázala blízkost jim důvěrné osoby. Při studiu někteří respondenti preferují také společnou přípravu ve skupině – nicméně i zde je důležité, aby jednotliví členové skupiny měli k respondentovi blízký vztah.

Zcela opačnou formou nápomocnou ke zvládnání zátěže je samota, resp. uchýlení se k tomu být sám. A to obzvláště proto, že nabízí studentům svobodu a psychický komfort. Zásadní je rozlišovat, zda tímto způsobem student opravdu relaxuje – v takovém případě by

se jednalo o pozitivní strategii, anebo zda se tím vyhýbá socializaci – což už by se dalo považovat za strategii negativní.

Dalším způsobem, který pomáhá studentům snáze operovat s úzkostnými stavy je nastavení systému, jako je například organizace studijních materiálů. Neboť chaos představuje zmatek, který způsobuje, že se dané učivo zdá nezvladatelné. Strukturovanost umožňuje respondentům se v situacích zátěže lépe orientovat, a tím jim též dovoluje v nich rychleji, efektivněji a racionálněji reagovat. K racionalizaci situace respondenti mj. využívají i promlouvání sami k sobě.

V zátěžových situacích se studenti snaží přesunout pozornost na jinou činnost a rozptýlit tak sužující myšlenky. Uvedené je také jednou ze zvládacích strategií, která se objevovala v našem výzkumu. Tato kategorie v sobě zahrnuje dva prvky – jednak možnost jakéhokoli odklonění pozornosti jiným směrem a jednak možnost redukovat úzkost formou konkrétního náhradního uspokojení.

Účinnou a pozitivně vnímanou copingovou strategií se ukazuje i kreativní činnost, do které spadá široká škála různých aktivit (zpěv, hra na hudební nástroj, tanec, psaní, kresba...). Pomocí kreativity respondenti vybíjejí nahromaděnou negativní energii a často jsou na sebe pyšní, že vytvořili něco hezkého a že k úzkosti nepřístupovali pasivně.

Specifickou zvládací kategorii potom tvoří hudba, která může mít aktivní podobu (jako hra na hudební nástroj, skládání...) a spadá tedy do strategie kreativní činnosti, ale také pasivní podobu (jako je poslech). Hudba studentům pomáhá relaxovat, stimulovat a uvolnit emoce a najít porozumění pro jejich trápení prostřednictvím textů jednotlivých skladeb.

Jako častá a funkční copingová strategie se ukazuje též kontakt s přírodou. Trávení času v přírodě představuje rozptýlení, uvolnění, někdy i přeskládání vlastních hodnot. Některým respondentům se dokonce v přírodě lépe učí. Přítomnost zvířat a možnost s nimi interagovat respondenti považují za příjemný způsob jak si ulevit od stresu.

Připouštění si vlastních limitů, ale zároveň snaha o opuštění své komfortní zóny se jeví jako náročný, ale další funkční způsob zvládnání zátěže. K volbě této strategie respondent přistupuje obvykle až v okamžiku, kdy již dokázal stabilizovat své emoce. V některých případech se jeví jako účinné se systematicky vystavovat nepříjemným situacím, které respondenta otužují.

V neposlední řadě studentům pomáhají různorodé relaxační techniky. Vzhledem k projevům většiny úzkostných poruch se respondenti orientují hlavně na dýchání. Pro některé z nich je důležitá i schopnost se zpomalit či zastavit a vnímat přítomnost – této technice se říká mindfulness. Uvědomění si vlastního těla a fyzické opory – jako například kontakt nohama se zemí apod. – je pro respondenty rovněž způsob, jak podpořit dosahování klidu.

Může být úzkostná porucha pro studujícího jedince v něčem i nápomocná?

Odpovídáme si, že může. Úzkostná porucha studentům např. pomáhá nepodceňovat svoje povinnosti. Obvykle se na zkoušky připravují s předstihem, pracují kvalitněji a důkladněji nebo méně zapomínají na termíny plnění úkolů a podobně.

Někteří studenti vnímají svoji úzkostnou poruchu jako výzvu, která je posiluje k tomu, aby překonávali jednotlivé překážky – mimo jiné i ve studiu. Naplňování a překonávání výzev dodává respondentům dobrý pocit z vlastní osoby.

Většina respondentů tvrdí, že bez své úzkostné poruchy by nezapočali cestu k sebepoznání. Tento proces jim pomáhá se lépe orientovat v sobě, objevovat svoje preference a naslouchat svým potřebám – to se mimo jiné odráží i ve volbě studijního oboru či následné volbě zaměstnání, v širším a abstraktnějším kontextu pak v objevování smyslu svého života.

Skutečnost, že úzkostnými poruchami trpí menšina společnosti, může dodávat respondentům pocit výjimečnosti a individuality. To je samo o sobě spjato se sebepoznáním a sebezpřijímáním, ale také budováním sebeúcty či zdravé sebelásky – tedy kvalitami, které jsou důležité pro dobré a vyspělé fungování jedince.

7 DISKUZE

V diskuzi se budeme věnovat interpretaci výsledků našeho výzkumu, které porovnáme s jinými výzkumy prováděnými na podobná témata. Dále zhodnotíme přínosy naší práce a její limity.

Cílem této bakalářské diplomové práce bylo zjistit, co studenti vysokých škol s diagnostikovanými úzkostnými poruchami během studia považují za nejvíce zátěžové a také detekovat způsoby, které jim pomáhají prožívání zátěže redukovat či určité typy zátěže lépe zvládnout. Dále nás zajímalo, jaký může mít úzkostná porucha vliv na studium a zda může být i v něčem přínosná.

Náš výzkumný soubor studentů hodnotí jako největší stresový faktor náročnost studia. Tento pojem zahrnuje několik témat jako například – učení se velkých kvant informací, časovou náročnost přípravy, vysoké požadavky od vyučujících či značný důraz studentů na vlastní zodpovědnost. Výzkum zaměřující se na zdroje stresu ve vztahu k „locus of control“ u vysokoškolských studentů z roku 1994 prezentuje podobné výsledky – studenti uvádí jako nejvíce stresující úsilí, které musí vynaložit pro dobré výsledky, učení se na zkoušky, naučení se velkému množství informací, splnění spousty požadavků pro úspěšné zakončení předmětů, atp. (Abouserie, 1994). Výsledky stejného výzkumu korespondují i s naším třetím nejzastoupenějším zátěžovým faktorem – vysokými nároky na sebe. Tento zátěžový faktor se ve výzkumu z roku 1994 objevuje na pátém místě.

Úzkostní jedinci často trpí nízkým sebevědomím a obvykle se vyhýbají tomu, aby na sebe poutali pozornost druhých lidí (Honzák et al., 2005). Uvedený teoretický poznatek nasedá i na výsledky našeho výzkumu, kdy byla socializace vnímána jako jeden ze stresujících faktorů. Výzkum stigmatizace psychických poruch (konkrétně na schizofrenii, depresi a úzkostných poruchách) mimo jiné srovnává předsudkovost vůči duševním poruchám z let 1998, 2003 a 2008. Ačkoliv obecné negativní vnímání mentálních poruch a předsudky vůči psychicky nemocným mají tendence všeobecně klesat – včetně problémů v komunikaci s nemocnými, narůstá procento lidí, kteří vnímají mezi sebou a úzkostným jedincem zásadní rozdíly (Wood, Birtel, Alsawy, Pyle, & Morrison, 2014). Nehledě na skutečnost, že toto uvědomění je ve výsledku dobré, úzkostní lidé často u zdravých

nenacházejí pro své potíže pochopení. Také v našem výzkumu jsme zjistili, že neporozumění od okolí a strach ze socializace úzkostní studenti hodnotí jako zátěžové.

Domníváme se, že všech pět nejzastoupenějších zátěžových faktorů – tj. náročnost studia, pochybnosti o sobě, vysoké nároky na sebe, neporozumění od okolí a socializace – které jsme našli, má v případě příběhů našich respondentů mezi sebou spojitost. Úzkostní jedinci na sebe kladou vysoké nároky, protože se bojí selhání. Strach ze selhání je mj. právě podporován úzkostnou poruchou. Pro dosažení subjektivního úspěchu musí tedy úzkostní jedinci vynaložit velké úsilí. A to je důvod, proč u sebe mohou studium vnímat jako mnohem náročnější než jak vnímají, že je náročné pro jiné studenty. Jelikož není v lidských silách být ve všem stoprocentní, úzkostní studenti se logicky konfrontují se svými neúspěchy (tj. své relativně dobré výsledky hodnotí jako nedostatečné). Takové „neúspěchy“ podporují pochybnosti o sobě – o svých schopnostech a vlastnostech. Absence sebedůvěry vyvolává strach z hodnocení a nepřijetí druhými osobami, a proto je pro úzkostné jedince zatěžující i socializace s dalšími lidmi (myšleno neblízkými lidmi).

Lazarus (1993) rozděluje zaměření copingových strategií na problém a na emoce. Copingová strategie zaměřená na problém je strategie, která se snaží samotný problém způsobující zátěž eliminovat. Kdežto copingová strategie zaměřená na emoce se snaží redukovat příliv nepříjemných pocitů – jedinec ji volí tehdy, 1) když není problém řešitelný, nebo 2) pokud řešitelný je, ale jeho aktuální prožívání mu to nedovoluje – tehdy strategie zaměřená na emoce slouží jako první volba před volbou strategie zaměřené na problém, aby díky ní mohla být paralyzující emoce pod kontrolou (Nolen-Hoeksema et al., 2012). O patologické úzkosti můžeme říct, že má dlouhotrvající, či intenzivní zahlcující podobu (Praško & Prašková, 2007). Naši respondenti, jakožto pacienti s diagnózou úzkostné poruchy, volili v souvislosti se studiem spíše strategie, jež se zaměřovaly na zvládnání emocí. Uvedené zjištění je v souladu s literárními zdroji. Ve výzkumu copingových strategií u studentů medicíny v Malajsii, kteří považovali své studium za mírně až středně stresující, byly jako statisticky významné následující strategie: emoční opora, možnost ventilu, popření, sebeobviňování a přesunutí pozornosti (Al-Dubai, Al-Naggar, Alshagga, & Rampal, 2011). Náš výzkum také prokázal emoční oporu u blízkých osob jako nejčastěji využívanou strategii zvládnání stresu. Přesunutí pozornosti (jako copingová strategie) se v této práci objevilo již na třetím místě. Kreativní činnost, hudbu a kontakt s přírodou bychom mohli považovat jako analogie subkategorie emočního ventilu z malajského výzkumu.

Z celkově 21 nalezených copingových strategií se mezi respondenty ukázalo 10 jako často využívaných (tedy téměř polovina) – tj. opora od blízkých lidí, organizace a struktura, přesunutí pozornosti, kreativní činnost, kontakt s přírodou, soukromí, hudba, konfrontace s problémem, relaxační techniky a mluvení k sobě. Z těchto dat můžeme vyvodit, že možnosti, jak zredukovat stres, jsou opravdu velmi různorodé. Myslíme si, že rozmanitost odpovědí byla ovlivněna dvěma vnějšími faktory.

Zprvė všichni respondenti se s úzkostnou poruchou potýkají již delší dobu. A skutečnost, že jim byla úzkostná porucha přímo diagnostikována a psychologickými prostředky léčena, vedla pravděpodobně k tomu, že většina z nich vyzkoušela velké množství způsobů, jak se úzkosti zbavit.

Zadruhé můžeme usuzovat, že samotná úzkost a potřeba podat dostatečný výkon, nutí respondenty vymýšlet širokou škálu odpovědí i v interview – „aby náhodou na něco nezapomněli“ a jejich odpovědi byly dostatečně dobré. A tím se může popsaná copingová rozmanitost rozšiřovat. Nežádoucímú faktoru možné nervozity jsme se snažili předejít tak, že jsme se pokusili respondentům poskytnout známé a příjemné prostředí a také jsme před samotným výzkumným rozhovorem s respondenty mluvili na jiná odlehčenější témata.

Interpretační fenomenologická analýza, kterou jsme si zvolili jako metodu analýzy dat, nám umožnila prozkoumat jednotlivé zkušenosti respondentů a propojit naše dosavadní zjištění. Nevýhodou tohoto přístupu je, že získané informace nemůžeme zobecnit na celou populaci. Vzhledem k úzkému zaměření naší studie a tedy i výzkumného souboru, si však myslíme, že volba této metody byla na místě. Hlubší proniknutí do uvedené tematiky nám umožňuje informovat širší populaci o daném problému.

Pozitivně hodnotíme i skutečnost, že se nám podařilo víceméně dodržet podobné podmínky pro provedení rozhovoru u všech respondentů, a tak redukovat nepatřičnosti, které by mohly zkreslit zjištěná fakta. Během rozhovorů jsme nebyli nikým rušeni a obě strany – jak výzkumník, tak respondenti – měly vždy dostatek soukromí, a nebyly vystaveny časovému tlaku.

Přestože se úzkostné poruchy objevují v podobném poměru jak u mužů, tak u žen, nepovedlo se nám náš výzkumný soubor dostatečně genderově vyvážit. Proto by naše data mohla být tímto faktem částečně ovlivněna. Větší zastoupení žen v našem výzkumném souboru si vysvětlujeme tím, že na základě genderových stereotypů jsou muži méně ochotni sdílet svoje osobní problémy, a proto se výzkumu chtěl účastnit pouze jeden muž.

Oceňujeme, že respondenti se výzkumu účastnili rádi. Toto téma vnímají jako důležité a do budoucna by přivítali, kdyby byla této problematice věnována větší pozornost. Doufáme, že tato práce může být podnětem pro rozšíření dosavadního zájmu o mladé lidi trpící úzkostnými poruchami, a to nejen v kontextu studijního života.

Zátěžové faktory, které jsme zjistili, mohou být zajímavým přínosem pro školství obecně. Nejen univerzity, ale i jednotliví vyučující by následně mohli přizpůsobit své formy studijních požadavků, budou-li chtít svým studentům redukovat prožívání úzkosti při plnění školních povinností.

Copingové strategie, jež byly v našem výzkumu nalezeny, mohou posloužit jako doporučení pro studenty a jiné osoby s diagnózou úzkostné poruchy, jak naložit se stresem, který je v dnešní době častým fenoménem.

8 ZÁVĚR

Tato bakalářská diplomová práce se věnuje tématu copingových strategií u vysokoškolských studentů, kteří mají diagnostikovanou jakoukoliv úzkostnou poruchu dle MKN-10. Na základě analýzy námi získaných dat můžeme stanovit několik závěrů.

Pro úzkostné studenty je zátěží samotná náročnost jimi studovaných oborů. Pod tím si můžeme představit velké množství studijních materiálů k zapamatování, časovou náročnost přípravy na zkoušky, plnění průběžných úkolů, složité a někdy až zahlcující požadavky některých vyučujících. Vysoká škola (ve srovnání s ostatními předchozími studii) vyžaduje od studentů mnohem vyšší podíl vlastní odpovědnosti, což u osob trpících úzkostnou poruchou zvyšuje prožívání stresu.

Úzkostní studenti o sobě značně pochybují. Mají tendence se porovnávat s druhými lidmi a vyžadují od sebe velice dobrý výkon, kterého je často těžké dosáhnout. Na základě nízké sebedůvěry mají úzkostné osoby obavy, co si budou myslet ostatní, a to vytváří tendence vyhýbat se druhým lidem a tím pádem u nich vznikají potíže v socializaci. U některých jedinců je kontakt se spolužáky nebo učiteli zdrojem podporujícím úzkostné prožívání. Přitom sociální kontakt je podmínkou zdravého každodenního života, studium nevyjímaje.

Zjistili jsme, že strategií, které respondenti využívají k redukci úzkosti, je velké množství. Soudíme, že je to proto, že respondenti mají se svojí poruchou již dlouhodobou zkušenost, a proto vyzkoušeli mnoho způsobů, jak si od úzkosti pomoci. Nejvíce využívanou copingovou strategií je kontakt s blízkým člověkem – v něm studenti obvykle hledají emoční oporu a dodání pocitu bezpečí prostřednictvím důvěrné osoby. Někteří respondenti si zároveň rádi dopřejí soukromí, kdy se nemusí ohlížet na ostatní a dovolí si být více sami sebou. Při studiu úzkostným studentům pomáhá tvorba systému a organizace studijních materiálů. Struktura jim umožňuje snazší orientaci a rychlejší reakci v zátěžové situaci.

Ve stresových momentech se respondenti také snaží přesunout pozornost k jiné aktivitě. Může se jednat o prosté přesunutí pozornosti, kdy se jeví jakákoliv jiná aktivita jako vhodná pro odklonění od úzkosti. Rovněž je možno hovořit o náhradním uspokojení, kdy jim konkrétní činnost pomáhá ulevit od úzkosti. Nejvíce nápomocnými aktivitami jsou činnosti, kde respondenti mohou uplatnit svou kreativitu např. zpěv, hra na hudební nástroj,

kreslení nebo tanec. Hudba je vnímána obecně jako příjemné rozptýlení. Na jedné straně v respondentech vzbuzuje pocit klidu, pokud se jedná o poslech relaxační hudby. Z druhé strany skýtá možnost tzv. „se vybít“ a tak ulevit nahromaděné energii. Někteří respondenti nacházejí v textech písní porozumění pro jejich trápení, a pak se ve svých problémech necítí tolik opuštěni. Úzkostné studenty mj. rozptýlí a přinese úlevu také trávení času v přírodě a kontakt se zvířaty. Zvířata, především domácí mazlíčci, jsou dobrou cestou k potřebné socializaci.

Respondenti se shodují, že účinnými prostředky ve zvládnání úzkosti jsou relaxační techniky. Většina z nich se jim naučila díky psychoterapii. Jedná se především o techniky, které pracují s dýcháním. Tyto techniky mohou během studia dobře uplatnit v konkrétních situacích – např. před zkouškou, ve třídě apod. Využití je snadné a poměrně rychlé, obzvláště pokud se tyto techniky pravidelně trénují.

Když se respondentům podaří stabilizovat svou úzkost, jako strategii, která se orientuje na problém, volí přímou konfrontaci. Díky ní posléze pociťují hrdost a radost z toho, že zátěž dokázali překonat.

Ačkoliv je úzkostná porucha komplikací v životě respondentů, ukázalo se, že může do studia vnést přínos. Díky své úzkostné disponovanosti studenti nepodceňují zadávané úkoly a věnují jim dostatek času a důsledněji se připravují. Odvedená práce je potom kvalitnější, než kdyby daný úkol nepovažovali za stresující – a tudíž méně významný. Úzkostná porucha, která se objevila v životě studentů jako překážka, jim umožnila započít cestu sebepoznání a díky ní si někteří respondenti připadají výjimeční a dokáží si sami sebe více vážit.

Závěrem můžeme říct, že úzkostná porucha představuje určitou „brzdu“ v cestě za vzděláním. Nicméně pro studenty, kteří i přes ni setrvávají na své studijní cestě, může představovat životní výzvu a způsob poznávání vlastního já. Tento aspekt většina z nich hodnotí jako cennou zkušenost. Všem respondentům tímto přeji úspěšné zdolávání dalších životních milníků včetně studia.

9 SOUHRN

Tato bakalářská diplomová práce se zabývá tématem copingových strategií u studentů vysokých škol s diagnostikovanými úzkostnými poruchami. Vzhledem k narůstajícímu počtu vysokoškolských studentů a mladých lidí s diagnózou úzkostných poruch nám tato témata přišla zajímavá a aktuální, a proto jsme se je rozhodli propojit.

V teoretické části práce jsme se zabývali třemi klíčovými tématy – zátěžovými faktory, úzkostnými poruchami a copingovými strategiemi. Opírali jsme se jak o českou literaturu, tak o výzkumy ze zahraničí.

Zpočátku jsme se věnovali zátěžovým faktorům. Stres jsme definovali jako různě dlouhá časová období, které jsou provázeny těžko zvladatelnými či ohrožujícími podněty a také změnami, které výrazně narušují psychickou i fyzickou rovnováhu člověka (Paulík, 2017). Studium vysoké školy představuje pro většinu mladých lidí zásadní změnu a počátek nové životní etapy. Tato životní etapa představuje spoustu pozitivních a příjemných změn, nicméně i příjemné změny mohou být pro člověka zatěžující (Míček, 1986). Čerstvě nastupující student se tak musí potýkat s řadou nových situací – musí zvládnout samostatně projít množství literárních zdrojů, zvládnout se naučit obsažnému materiálu, nečíslně se stěhuje do jiného města vzdáleného od rodiny, zažívá zcela odlišný denní režim, mnohem více zodpovídá sám za sebe a může prožívat i pocity osamělosti, jelikož univerzita nabízí anonymnější prostředí než např. střední nebo základní škola (Urbanovská, 2010). Nesmíme zapomenout, že kromě stresorů přicházejících ze strany studia, každý člověk prožívá v běžném životě další zátěže, včetně těch typických pro jeho věkové období. Novým fenoménem ve vývojové psychologii je tzv. „vynořující se dospělost“ (angl. emerging adulthood). Jedná se o nově zavedenou vývojovou fázi, která se vkládá mezi období adolescence a období mladé dospělosti (Arnett, 2000). Vynořující se dospělí se pohybují ve věkové kategorii 18-25 let (někdy se horní hranice posouvá až na 29. rok) (Arnett & Schwab, 2012). Toto vývojové období je stále poněkud neprozkoumané, protože vzniklo pod vlivem změn tradiční společnosti. Vynořující se dospělí již mají za sebou nějaké životní zkušenosti, obzvláště v sociální oblasti, a proto již nespádají do kategorie adolescentů. Zároveň nemůžeme tuto skupinu lidí nazývat ani mladými dospělými, jelikož obvykle bývají stále nějakým způsobem závislí na rodičích – primárně finančně. Stres, který přináší toto věkové

období, se projevuje právě jako rozpolcenost („feeling in between“) a vnitřní nejistota o tom, „kdo vlastně jsem“ (Arnett, 2014). Ačkoliv je toto období plné vzrušujících experimentů, pro mnohé lidi představuje nemalou zátěž (Arnett & Schwab, 2012). Je důležité podotknout, že odolnost vůči stresu je také ovlivněna osobnostním zráním. Vývoj osobnosti nemusí vždy probíhat harmonicky. A proto může docházet k tomu, že v určitých směrech mohou být jednotlivci relativně vyspělí, zatímco odolnost vůči stresu může zůstat nízká. Osobnost by dle dosavadních zdrojů měla být dotvořena počátkem formální dospělosti (Blatný a kol., 2010). Vzhledem k posouvání této hranice směrem nahoru (na základě nové vývojové etapy) se však osobnost dotváří později, a proto je generace dnešních dvacátníků poměrně křehká a zátěží více ohrožena.

Dále popisujeme problematiku úzkostných poruch. Úzkost jsme definovali jako nepříjemné emoční napětí bez příčiny (Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra, 2018). Představili jsme si, jak úzkostné poruchy klasifikuje Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN-10 používaná hlavně na území Evropy včetně ČR a představili jsme také klasifikaci DSM-5 využívanou především na území Spojených států amerických. Dále jsme stručně charakterizovali jednotlivé úzkostné poruchy (dle MKN-10) v kategoriích: fobické úzkostné poruchy, jiné anxiózní poruchy, obsedantně nutkavá porucha a zmínili jsme se i o reakcích na těžký stres a poruchách přizpůsobení. Poslední dvě zmíněné poruchy jsme nezahrnuli primárně pod kategorii úzkostných poruch, jelikož v těchto případech úzkost nemusí být jejich dominantním projevem a také proto, že prožívání úzkosti předcházela již nějaká specifická traumatická událost (Kryl, 2002). V kapitole o úzkostných poruchách jsme se věnovali také jejich léčbě. Dvěma hlavními proudy v léčbě úzkostných poruch jsou farmakologický přístup a psychoterapie. Úzkostné poruchy se z farmakologického hlediska léčí primárně dlouhodobým užíváním antidepresiv a krátkodobým či nepravidelným užíváním anxiolytik (Orel, 2016). V oblasti psychoterapie je možné vybírat z pestré nabídky aktuálně uznávaných psychoterapeutických směrů takové přístupy, které v sobě zahrnují možnosti práce s úzkostnými poruchami. V zásadě můžeme z obecného pohledu rozdělit psychoterapeutické přístupy na symptomatický a kauzální. Symptomatická léčba, jako například KBT, se orientuje na odstranění symptomů úzkosti. Kauzální léčba, např. PCA, se orientuje více na klienta jako na celek a snaží se o nalezení příčin, které úzkost vyvolávají (Kratochvíl, 2002).

Na konci teoretické části práce jsme se věnovali tématu copingových strategií. Copingové strategie jsou obvykle vědomé procesy, které pomáhají jedinci při adaptaci na

nadlimitní zátěž (Urbanovská, 2010). Lazarus rozdělil coping na dvě skupiny podle toho, jakým směrem působí. První je coping zaměřený na problém. Tuto strategii jedinec volí, když se ocitne ve stresové situaci a pokouší se odstranit přímou příčinu, která ji způsobuje. Druhý způsob zvládání se nazývá coping zaměřený na emoce. Ten se snaží o kontrolu a stabilizaci zahlcujících emocí, které vyvolávají v člověku úzkost (Paulík, 2017). Dále jsme si vymezili základní rozdíly mezi copingovými strategiemi a obrannými mechanismy, které se na první pohled mohou zdát jako synonyma. Nakonec jsme se věnovali jednotlivým strategiím zvládání stresu, které se zaměřují dle dělení Kennerleyové (1998) buď na kontrolu úzkostných myšlenek (kam můžeme zařadit např. přesunutí pozornosti, kreativní činnost nebo kontakt s přírodou) nebo na kontrolu tělesných příznaků (kam patří zpravidla relaxace, dechová cvičení apod.). V závěru kapitoly jsme zmínili dotazník SVF-78, který slouží jako kvantitativní metoda zjišťování výběru copingových strategií. Tato metoda je standardizována i na českou populaci a obsahuje 78 výroků rozdělených do 13 subtestů (Švancara, 2003).

Empirická část této práce představuje výzkum, který jsme prováděli. Naším cílem bylo popsat jednotlivé copingové strategie, které si vysokoškolští studenti s úzkostnými poruchami volí a zároveň popsat faktory, které se jim jeví jako stresové. Rovněž nás zajímalo, zda může být úzkostná porucha pro studenty v něčem přínosná. V souladu s naším výzkumným cílem byly zformulovány tři výzkumné otázky:

1. Jaké faktory jsou pro studenty vysokých škol s úzkostnými poruchami nejvíc zátěžové?
2. Jaké jsou jejich strategie ke zvládání této zátěže?
3. Může být úzkostná porucha pro studujícího jedince v něčem i nápomocná?

Náš výzkum proběhl na principu kvalitativního přístupu. Konkrétně jsme si jako typ výzkumu zvolili případovou studii. V dnešní době je případová studie nejčastěji voleným typem výzkumu v oblasti klinické psychologie (Baštecká et al., 2003), z níž naše práce primárně čerpala.

Data jsme sbírali pomocí polostrukturovaných interviewů. Výhodou této metody je, že obsahuje určitý systém, který skýtá dobrou orientaci v problému podobně jako strukturované rozhovory, ale zároveň umožňuje určitou flexibilitu, jako nestrukturované rozhovory (Miovský, 2006). Po provedení pilotní studie jsme upravili námi stanovené otázky do finální podoby a započali jsme hlavní výzkum. Každé interview bylo po podepsání

informovaného souhlasu respondentem nahráváno na diktafon a následně přepsáno do textové podoby.

Nasbíraná data jsme analyzovali v programu Atlas.ti 8 metodou interpretační fenomenologické analýzy – IPA. IPA umožňuje těsný kontakt s respondenty a analyzuje hloubkově jejich příběhy a osobní zkušenosti (Plachý, 2018). Tato metoda se nám vzhledem k úzkému zaměření práce zdála vhodná. Náš výzkumný soubor se skládal z 8 studentů vysokých škol, kteří splňovali následující kritéria: věk 18-29 let, dokončení minimálně prvního ročníku studia na VŠ, diagnózu jakékoliv úzkostné poruchy, probíhající psychoterapeutickou péčí, prezenční formu studia (aktuálně studující, s přerušným či dokončeným studiem – maximálně do jednoho roku v době poskytnutí rozhovoru). Našeho výzkumu se účastnily převážně ženy, ale mezi respondenty byl i jeden muž.

Všichni respondenti se shodovali, že největším stresovým faktorem je náročnost samotného studia. V respondentech často vyvolávají úzkost vysoké nároky, které na sebe oni sami kladou. Zátěžovým faktorem, jenž za nimi následuje, jsou pochybnosti o vlastních schopnostech. Respondenti se nezdálo setkávají s nepochopením od okolí, což pro ně také představuje zátěž. Stresovým faktorem dále byl i sociální kontakt, který je součástí fungování studentů ve školním prostředí.

Výběr strategií zvládnutí stresu byl v odpovědích respondentů poměrně rozmanitý. Usuzujeme, že je tomu tak z toho důvodu, že respondenti mají se svojí úzkostnou poruchou již dlouhodobou zkušenost, a proto vyzkoušeli více technik, jak si od úzkosti ulevit. K nejčastěji využívaným způsobům zvládnutí patří vyhledání emoční opory u blízkého člověka. Psychický komfort někteří respondenti nalézají i v soukromí. Organizace studijních materiálů pomáhá většině respondentů zredukovat úzkost, protože si tímto způsobem utváří systém, v němž se jim orientuje lépe než v chaosu. V zátěžových chvílích se respondenti snaží přesunout pozornost k jiné aktivitě. V některých případech nezáleží na tom, jakou aktivitu si zvolí, často se však respondentům vyplatí volit si aktivity, které je nejen rozptýlí, ale i potěší. K takovýmto činnostem patří především kreativní tvorba, hudba a kontakt s přírodou. Studenti často tíhnou k využití rozmanitých relaxačních technik, které se naučili primárně na psychoterapii. Tato cvičení jsou zaměřena především na dýchání a jejich výhodou je, že je možné je praktikovat téměř kdekoliv. Pokud respondenti dokáží stabilizovat své emoce, volí strategii přímé konfrontace s problémem a často se tak cítí dobře, pokud dané úskalí překonají.

Úzkostná porucha obvykle respondentům jejich studium komplikuje a ve spoustě ohledech je brzdí. Nicméně i přes tuto skutečnost jsme našli oblasti, kde jim může být prospěšná. Díky své disponovanosti studenti nepodceňují své povinnosti a snaží se připravovat na zátěž předem – jak například prací na konkrétním úkolu, tak i vnitřně psychicky. Úzkostná porucha pro některé respondenty představuje výzvu, která je motivuje překonávat úskalí přinášená životem, včetně samotného studia. Respondenti rovněž pomocí svých potíží věnují více času sobě a snaží se porozumět vlastnímu já a vlastním potřebám. Tato cesta sebepoznání mnohdy podporuje sebepřijetí a utváření pozitivního vztahu k sobě samému. Individualita, kterou tak respondenti poznávají, je utvrzuje v jejich výjimečnosti a jedinečnosti.

Tato bakalářská práce může sloužit jako podnět k dalším výzkumům na dané téma nebo také jako doporučení pro vysokoškolské studenty zažívající podobné obtíže. Doufáme, že touto bakalářskou prací pomůžeme části populace lépe rozumět jak prožitkům mladých vysokoškoláků, tak širěji nahlížet na problematiku úzkostných poruch u studujících.

LITERATURA

1. Abouserie, R. (1994). Sources and Levels of Stress in Relation to Locus of Control and Self Esteem in University Students. *Educational Psychology*, 14(3), 323–330. doi:10.1080/0144341940140306
2. Al-Dubai, S. A. R., Al-Naggar, R. A., Alshagga, M. A., & Rampal, K. G. (2011). Stress and coping strategies of students in a medical faculty in Malaysia. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 18(3), 57 Získáno 13. března 2020 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3216229/>
3. Americká psychiatrická společnost. (2018). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5)*. Získáno 17. února 2020 z <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
4. Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469-480. doi: 10.1037/0003-066X.55.5.469
5. Arnett, J. J. & Schwab, J. (2012). *The Clark University poll of emerging adults: Thriving, struggling, and hopeful*. Worcester, MA: Clark University.
6. Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood*. New York: Oxford University Press
7. Auger, L. (1998). *Strach, obavy a jejich překonávání*. Praha: Portál
8. Baldwin, D.S. & Hirschfeld, R. M. A. (2005). *Fast Facts: Depression* (2. vyd.). Health Press: Oxford, UK
9. Baštecká, B. et al. (2003). *Klinická psychologie*. Praha: Portál
10. Blatný, M. a kol. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada
11. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada
12. Cohen, R. M. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál
13. Daniš, P. (2016). *Děti venku v přírodě: ohrožený druh?* Praha: Ministerstvo životního prostředí ČR
14. Feuerstein, G. (2012). *The Yoga Tradition: Its History, Literature, Philosophy and Practice*. Prescott, Ariz: Hohm Press.
15. Grossman, F. G. (1981). Creativity as a means of coping with anxiety. *The Arts in Psychotherapy*, 8(3-4), 185–192. doi:10.1016/0197-4556(81)90030-7
16. Hartl, P. & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál
17. Honzák, R. (1995). *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf
18. Honzák, R. et al. (2005). *Úzkostný pacient*. Praha: Galén.

19. Kamarádová, D. & Praško, J. (2012). Kognitivně-behaviorální terapie panické poruchy ve skupině. *Psychiatr. Praxi*, 13(4), 174-181. Získáno 22. února 2020 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/08.pdf>
20. Kebza, V. & Komárek, L. (2003). *Pohyb a relaxace*. Erasmus.
21. Kennerleyová, H. (1998). *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál
22. Knappe, S., Sasagawa, S., & Creswell, C. (2015). Developmental Epidemiology of Social Anxiety and Social Phobia in Adolescents. *Social Anxiety and Phobia in Adolescents*, 39–70. doi:10.1007/978-3-319-16703-9_3
23. Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál
24. Kryl, M. (2002). Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 1(1), 31-34. Získáno 22. února 2020 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/01/08.pdf>
25. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada
26. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (3. vyd.). Praha: Portál.
27. Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1–22. doi:10.1146/annurev.ps.44.020193.000245
28. Li, A. W. & Goldsmith, C. A. W. (2012). The effects of yoga on anxiety and stress. *Alternative Medicine Review*, 17(1), 21-35. Získáno 11. února 2020 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22502620>
29. Liebowitz, M. R. (1993). Mixed anxiety and depression: should it be included in DSM-5? *The Journal of clinical psychiatry*, 54(5), 4-7. Získáno 2. února 2020 z <https://psycnet.apa.org/record/1993-45393-001>
30. Míček, L. (1980). *Autoregulační a sociální aspekty duševního zdraví*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství
31. Míček, L. (1986). *Duševní hygiena* (2. vyd.). Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
32. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
33. Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., & Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda* (3. vyd.). Praha: Portál.
34. Nutt, D. J. & Ballenger, J. C. (2002). Benzodiazepines. *Anxiety disorders*. 313-338. doi:10.1002/9780470986844
35. Olaya, B., Moneta, M. V., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Haro, J. M. (2018). Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age. *Results*

- from a population-based study. *Journal of Affective Disorders* (online), 241, 627-633. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.069.
36. Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2. vyd.). Praha: Grada
37. Park, B. J., Tsunetsugu, Y., Kasetani, T., Kagawa, T., & Miyazaki, Y. (2009). The physiological effects of Shinrin-yoku (taking in the forest atmosphere or forest bathing): evidence from field experiments in 24 forests across Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 15(1), 18–26. doi:10.1007/s12199-009-0086-9
38. Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2. vyd.). Praha: Grada
39. Pavlovský, P. (2010). *Soudní psychiatrie pro právníky*. Praha: Univerzita Karlova
40. Plachý, J. (2018). *Interpretační fenomenologická analýza*. Získáno 17. 2. 2020 z https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/393863/mod_folder/content/0/Plach%C3%BD_Interpretativn%C3%AD%20fenomenologick%C3%A1%20anal%C3%BDza.docx?forcedownload=1
41. Praško, J., Ondráčková, I., & Šípek, J. (1997). *Panická porucha a jak ji postupně překonávat*. Praha: Psychiatrické centrum
42. Praško, J., Pašková, B., Prašková, H., Šlepecký, M., & Záleský, R. (2003a). *Obsedantně kompulzivní porucha a jak se jí bránit: příručka pro klienta a jeho rodinu*. Praha: Portál.
43. Praško, J., Herman, E., Hovorka, J., Pašková, B., & Prašková, H. (2003b). *Směšená úzkostně-depresivní porucha*. Praha: Lundbeck
44. Praško, J. (2004). Úzkostné poruchy. *Interní medicína pro praxi*, 7(10), 500-503. Získáno 10. prosince 2019 z <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/10/07.pdf>
45. Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál
46. Praško, J. & Prašková, H. (2007). *Psychoterapie úzkostných poruch*. Získáno 3. října 2019 z <http://uhsl.wz.cz/elearning/pstuzkostpor.pdf>
47. Praško, J., Prašková, H., Vašková, K., & Vyskočilová, J. (2012). *Panická porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén
48. Praško, J., Grambal, A., Šlepecký, M., & Vyskočilová, J. (2019). *Obsedantně kompulzivní porucha*. Praha: Grada
49. Racková, S. & Janů, L. (2006). Farmakoterapie úzkostných poruch. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 106-109. Získáno 13. února 2020 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/03/01.pdf>

50. Riggs, S. A. & Han, G. (2009). Predictors of Anxiety and Depression in Emerging Adulthood. *Journal of Adult Development*, 16(1), 39–52. doi:10.1007/s10804-009-9051-5
51. Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-Centered Framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science. Formulations of the Person and the Social Context* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw Hill. Získáno 3. března 2020 z databáze Academia
52. Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. doi:10.1002/jclp.20237
53. Shiloh, S., Sorek, G., & Terkel, J. (2003). Reduction of state-anxiety by petting animals in a controlled laboratory experiment. *Anxiety, Stress & Coping*, 16(4), 387–395. doi:10.1080/1061580031000091582
54. Schultz, J. H. (1969). *Autogenní trénink: Sebeovládáním ke zdraví. Návod ke cvičení soustředěného uvolnění* (12. vyd.). Praha: Státní zdravotnické nakladatelství
55. Spijker, J., Batelaan, N., de Graaf, R., & Cuijpers, P. (2010). Who is MADD? Mixed anxiety depressive disorder in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 180-183. doi:10.1016/j.jad.2009.06.008
56. Šulc, J. (23. dubna 2011). *Anxiolytika*. Získáno 10. února 2020 z <http://asylum-larp.cz/skutecnost/psychofarmaka/anxiolytika/>
57. Švancara, J. (2003). *Strategie zvládnání stresu - SVF 78*. Praha: Testcentrum.
58. Ulč, I., Berger, J., Cimický, J., Faltus, F., Kukumberg, P., Raboch, J., & Vinař, O. (1999). *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada
59. Urbanovská, E. (2010). *Škola, stres a adolescenti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
60. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2019). *Mezinárodní klasifikace nemocí*. Získáno 17. února 2020 z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat-klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci>
61. Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M., & Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 604–608. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.012
62. World Health Organization. (2004). *Prevalence for Selected Causes in WHO Regions*. Získáno 7. října 2019 z http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/PREV6%202004.xls

63. Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra. (2018). *Úzkost z úzkostných stavů*. Získáno 8. listopadu 2019 z <https://www.zzmv.cz/uzkost-z-uzkostnych-stavu>
64. Zeman, V. & Míček, L. (1997). *Učitel a stres* (2. vyd.). Opava: Nakladatelství Vademecum

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Copingové strategie u studentů vysokých škol s diagnostikovanými úzkostnými poruchami

Autor práce: Iva Šporcrová

Vedoucí práce: Mgr. Alexandra Škrobánková

Počet stran a znaků: 89, 161 642

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 64

Abstrakt (800-1200 znaků)

Bakalářská práce se věnuje copingovým strategiím u studentů vysokých škol s diagnostikovanými úzkostnými poruchami. Teoretická část obsahuje tři klíčová témata – zátěžové faktory, úzkostné poruchy a copingové strategie. Následuje empirická část práce, která představuje výzkum prováděný na 8 respondentech pomocí polostrukturovaných interview. Výběr respondentů byl proveden záměrným výběrem přes instituci – konkrétně přes ambulanci klinického psychologa. Rozhovory se věnovaly prožívání zátěže především v kontextu studia a strategiím, jak tuto zátěž zvládat. Cílem výzkumu bylo zmapovat zátěžové faktory, kterým jsou úzkostní vysokoškoláci vystavováni, popsat způsoby, které si volí k jejich zvládnutí a prozkoumat, zda může být úzkostná porucha při studiu v něčem přínosná. K analýze dat byl použit kvalitativní přístup, konkrétní metodou byla interpretační fenomenologická analýza. Výsledky umožňují vidět, co úzkostní studenti hodnotí jako zátěž, jakými způsoby si od ní pomáhají a v jakých oblastech může být úzkostná porucha výhodou.

Klíčová slova: copingové strategie, úzkostné poruchy, úzkost, vysoká škola, stres, studenti

ABSTRACT OF THESIS

Title: Coping strategies of university students diagnosed with anxiety disorders

Author: Iva Šporcová

Supervisor: Mgr. Alexandra Škrobánková

Number of pages and characters: 89, 161 642

Number of appendices: 4

Number of references: 64

Abstract (800-1200 characters)

This thesis focuses on coping strategies of university students diagnosed with anxiety disorders. The theoretical background consists of three key topics – causes of stress, anxiety disorders and coping strategies. The following part is the empirical part which contains our research based on semi-structured interviews with 8 respondents. The selection of respondents was made by deliberate choice through institution – specifically through clinical psychologist's office. The interviews were focused on experiencing stress especially in the context of studying and the students' coping strategies. The aim of the research was to map the causes of stress that anxious students are exposed to, describe the coping strategies that students mostly choose and find out if an anxiety disorder may be also beneficial in their studies. A qualitative approach was used to analyze the data with specific method called interpretative phenomenological analysis. The results show what the anxious university students perceive as factors of stress, what strategies they use to cope with it and where their anxiety disorder may be an advantage for them.

Key words: coping strategies, anxiety disorders, anxiety, university, stress, students

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Informovaný souhlas
2. Seznam otázek interview
3. Ukázka přepisu interview a kódování
4. Ukázka přepisu interview a kódování v programu Atlas.ti 8

Příloha 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci bakalářské práce

Název práce: Copingové strategie u studentů vysokých škol s diagnostikovanými úzkostnými poruchami

Autor práce: Iva Šporcrová

Vedoucí práce: Mgr. Alexandra Škrobánková

Termín realizace:

Místo realizace:

Vážená paní / vážený pane,

jmenuji se Iva Šporcrová a studuji obor psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci své bakalářské práce pracuji na výzkumu, který se zabývá problematikou úzkosti u studentů vysokých škol a způsoby, jakým s ní pracují. Sběr dat probíhá formou rozhovoru, který je nahráván diktafonem a nadále je provedena transkripce do textové podoby.

Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte prosím podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Copingové strategie u studentů vysokých škol s diagnostikovanými úzkostnými poruchami“.

Rovněž prohlašuji, že se výzkumu účastním dobrovolně.

Souhlasím s tím, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu budou anonymně zpracovány, použity pouze pro interpretaci výsledků v rámci bakalářské práce a že výsledky výzkumu v ní mohou být anonymně publikovány.

Beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli dobrovolně vystoupit.

Děkuji Vám za spolupráci. S pozdravem Iva Šporcrová.

Dne

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha 2: Seznam otázek interview

1. Jaké se na Vás úzkost projevuje?
Jaké pocity u toho vnímáte a co Vás během toho napadá?
2. Změnila se Vaše úzkost v průběhu od prvních známek příznaků do dnešního dne?
Jak se změnila?
3. Jaké používáte strategie ke zvládnání úzkosti?
4. Jak podle Vás úzkost ovlivňuje Vaše studium?
Ovlivňuje Vás to i v jiných životních oblastech než ve studiu?
Jsou projevy, které souvisí pouze se školou? A přitom se nevyskytují nikde jinde.
Jaké?
5. Projevovala se u Vás úzkost již před studiem vysoké školy?
6. Jak pracujete s úzkostí při studiu?
7. Jak se připravujete na zkoušky?
Objevuje se v tomto období něco specifického ve Vašem prožívání?
Jak takový stav vypadá?
Jak s takovými situacemi potom nakládáte?
8. Jak plníte povinnosti během semestru?
Objevuje se v tomto období něco specifického ve Vašem prožívání?
Jak takový stav vypadá?
Jak s takovými situacemi potom nakládáte?
9. Máte jiné povinnosti v rámci školy navíc?
Jaké?
Jaký na Vás mají vliv?
10. Jakým způsobem si dodáváte energii / odpočíváte?

Příloha 3: Ukázka přepisu interview a kódování

Text rozhovoru	Kategorie	Subkategorie
<p>Objevuje se něco specifického v tvém prožívání během zkouškového?</p> <p>Hodně ten perfekcionismus. Snaha být stoprocentní, to není vždycky v mém životě, to je zaměřené hlavně na ty zkoušky. Taky přestávám jíst, protože jsem nervózní. Když jsem nervózní, tak nejím, takže když mám jedno větší jídlo za den, tak jsem spokojená. Přeraďím si úplně priority a první prioritou je to učení. Během zkouškového se ty úzkosti definitivně zvyšují. Je to velká tenze, ztuhlost těla. Je to ale spíš taky ve vlnách. Když mi to jde, tak je to lepší, když na to nemyslím, tak je to lepší, když jsem zaměstnaná něčím jiným. Když se na to zase soustředím, tak to zase přijde. Ale někdy můžu dělat i úplně něco jiného a stejně to přijde samo.</p>	<p>Projevy úzkosti</p> <p>Zátěžové faktory</p> <p>Copingové strategie</p>	<p>Fyzický projev</p> <p>Zkoušky</p> <p>Přesunutí pozornosti</p>
<p>Jak pracuješ s úzkostí při studiu?</p> <p>Pomáhá mi se vybrečet, dostat to ze sebe ven ty emoce všechny. Jít si zaběhat nebo se projít. Jít na čerstvý vzduch. Popřemýšlet si nad tím, zase si to zracionalizovat a urovnat si to. Jo toto. Ještě uvažuji. Taky potřebuju být sama nějakou část dne. Tím si prostě načerpám energii. Nemůžu být celý den s lidmi. To jsem pak hodně vyčerpaná.</p>	<p>Copingové strategie</p> <p>Zátěžové faktory</p>	<p>Pláč</p> <p>Pohyb</p> <p>Příroda</p> <p>Konfrontace</p> <p>Soukromí</p> <p>Socializace</p>
<p>Jak tehdy vypadaly tyto stavy před studiem vysoké školy?</p>		

<p>No byla to výzva. Na jednu stranu jsem to brala, ale už si to úplně přesně nepamatuju, že bych to snášela nějak špatně. To si nemyslím. Spíš jsem to na jednu stranu brala jako výzvu asi. Možná jsem se na to i těšila, že nějak začnu žít samostatně. Ale určitě to bylo asi i těžké. Byly tam nějaké výkyvy trošku, určitě byl nějaký strach ze zkoušek, ale že bych zažívala nějaké deprese, to si teď úplně nevybavuju. Že by to nějak hodně kolísalo, to ne. Ale už je to delší dobu no.</p>	<p>Pozitivní vliv úzkosti</p> <p>Zátěžové faktory</p>	<p>Výzva</p> <p>Zkoušky</p>
---	---	-----------------------------

Příloha 4: Ukázka přepisu interview a kódování v programu Atlas.ti 8

<p>To ne. Já fakt se chci úplně blbě zavděčit každému. A chci, aby mě měl každý rád. Je pro mě strašně nepříjemná situace být v nějaký hádce. V partnerský mi to absolutně nevadí a hádky třeba i sama vyvolám. Ale v jiným vztahu je mi to strašně proti srstí. Teď jsem si uvědomila, že to jsou možná zase ty dva póly - že v tom vztahu mi to nevadí, ale v jiných vztazích je mi to nepříjemný. prostě chci být zase jako ta milá, hodná, ta, která se vším pomůže a nemá prostě s nikým žádný problém.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Strach z konfliktu ◇ Vysoké nároky na sebe ◇ Zátěžové faktory
<p>žádné emoce nešly ven, a to bylo hrozné utrpení. Někdy pomáhá i hudba, ale taky záleží, co byl spouštěč. Některá témata se v hudbě objevují a připomínají mi tu bolest, tak je to pak ještě horší. Ale když je to třeba úzkost bez příčiny, tak hudba pomáhá hodně. Ať už tím, že si pustím nějaké rokec a vybiju to ze sebe, nebo že mám pocit, že mi v těch textech někdo rozumí. Taky si ráda zahraju na kytaru a zazpívám, protože tím ty pocity vypustím pomocí umění. S tím souvisí i kreslení, taky je to pro mě způsob, jakým to vypustit ven. Dříve jsem i psávala, ale jsem v tom trochu perfekcionista a vždycky jsem pak měla pocit, že ta povídka je trapná a příšerná a byla jsem spíš ještě víc naštvaná, že je to blbost a teď už to radši moc nedělám. Se seriály je to podobné – ráda si třeba pustím Simpsonovi nebo něco vtipného, co trochu zlehčí situaci, abych nemyslela na to, co se zrovna děje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Copingové strategie ◇ Hudba ◇ Copingové strategie ◇ Hudba ◇ Kreativní činnost ◇ Copingové strategie ◇ Internet a multimédia