

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

KVALITA ŽIVOTA OSOB TRPÍCÍCH NEUROTICKÝMI PORUCHAMI SE
ZAMĚŘENÍM NA FOBICKÉ A JINÉ ANXIÓZNÍ PORUCHY

QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH NEUROSIS, PARTICULARLY FOCUSING ON PEOPLE
WITH SPECIFIC PHOBIC DISORDERS AND OTHER ANXIETY DISORDERS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Mgr. Bc. Linda Pospíšilová el Karibová**

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

Olomouc

2023

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Kvalita života osob trpících neurotickými poruchami se zaměřením na fobické a jiné anxiózní poruchy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za nadhled a věcnost při odborném vedení práce. Děkuji i mé rodině za velkou trpělivost, kterou se mnou při psaní práce měli. Díky směřuji i ke všem zařízením a jednotlivcům, kteří mi pomohli sehnat respondenty. A velké poděkování patří i samotným respondentům za jejich dobrovolnou účast, otevřenost a odvahu.

Obsah

Úvod	7
1 Úzkostné poruchy	9
1.1 Historie zájmu o úzkostné poruchy	9
1.2 Úzkostné poruchy	11
1.2.1 Panika	12
2 Vymezení fobických úzkostných a jiných úzkostných poruch	13
2.1 Přehled vybraných poruch včetně symptomů a dopadů na kvalitu života	14
2.2 Genetická podmíněnost.....	16
2.3 Faktory prostředí	17
2.4 Mediátorové hypotézy	19
2.5 Neuronální koreláty úzkosti	19
2.5.1 Učení strachu	20
2.5.2 „Síť strachu“	21
2.5.3 Neuronální koreláty u vybraných poruch	23
3 Kvalita života	26
3.1 Vybrané výzkumy kvality života	27
3.2 Oblasti života ovlivněné úzkostí.....	28
3.2.1 Zabezpečovací mechanismy	30
4 Možnosti léčby	37
4.1 Farmakoterapie	38
4.1.1 Fytoterapie	41
4.2 Psychoterapie	42
4.3 Další techniky	44
5 Výzkumný problém	47
5.1 Cíle práce.....	47
5.2 Výzkumné otázky	48
6 Popis zvoleného metodologického rámce a metod	49
6.1 Zvolený typ výzkumu a použité metody	49
6.2 Etické problémy a způsob jejich řešení.....	50
6.3 Způsob výběru výzkumného souboru a jeho zdůvodnění	51
6.4 Popis výzkumného souboru	52
6.5 Metoda tvorby dat	53
6.6 Metody zpracování a analýzy dat.....	54
6.7 Reflexe výzkumníka	55
7 Výsledky	57
7.1 Kazuistiky	57

7.2	Výzkumné okruhy.....	61
7.3	Oblasti života ovlivněné poruchou.....	63
7.4	Projevy poruchy s dopadem na kvalitu života	66
7.5	Zvládání poruchy	69
7.6	Vzorce chování ke zvládání poruchy.....	72
7.7	Zodpovězení výzkumných otázek.....	75
8	<i>Diskuse</i>	80
8.1	Limity výzkumu	83
9	<i>Závěry</i>	85
10	<i>Souhrn</i>	87
	<i>Seznam literatury</i>	91
	<i>Příloha č. 1 Informovaný souhlas</i>	103
	<i>Příloha č. 2 Leták fobie</i>	105
	<i>Příloha č. 3 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru</i>	106
	<i>Příloha č. 4 Ukázka rozhovoru</i>	107

Úvod

Práce se zaměří na kvalitu života osob trpících fobickými úzkostnými poruchami a jinými anxiózními poruchami. Součástí teoretické části bude jejich vymezení, práce popíše jejich projevy a nastíní dostupné možnosti jejich léčby, a to jak v oblasti farmakoterapie, tak v oblasti psychoterapie. Cílem bude seznámit se důkladně s projevy jednotlivých poruch včetně jejich fyziologického doprovodu a možných dopadů na kvalitu života jedince. Presentovány budou vybrané studie, které se vlivem těchto poruch na kvalitu života zabývají. Kvalita života je posuzována v tomto kontextu k posouzení vlivu poruchy na život jedince.

Fobické úzkostné poruchy a jiné anxiózní poruchy jsou jedny z nejčastějších psychiatrických diagnóz. Ukazuje se, že jejich počet zejména v posledních třech dekáдах významně roste a větší prevalence se týká zejména zemí s vyšším socioekonomickým statusem (Javaid et al., 2023). Mají tak velký dopad na mnoho oblastí života jedinců, ovlivňují fungování celých společností. Nárůst případů zároveň nabízí širokou škálu příležitostí pro neustálé bádání. Díky výzkumu vznikají nové pohledy na život těchto pacientů a umožňují uchopit poruchy v celé jejich šíři. Naším výzkumem chceme přispět k dalšímu článku náhledu na poruchy, přiblížit život těchto jedinců a poskytnout možný další materiál k terapeutickým intervencím.

Teoretická část

1 Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastěji se vyskytující skupinu psychiatrických poruch (Praško, 2005; Bandelow & Michaelis, 2022). Epidemiologické studie naznačují, že až třetina populace je během života těmito poruchami postižena (Bandelow & Michaelis, 2022). Častěji postihují ženy než muže (poměr se pohybuje mezi 1:4-1:8). Střední hodnota věku propuknutí těchto poruch se pohybuje kolem dvaceti let věku (American Psychiatric Association, 2015). Mají chronický průběh a s věkem (od 50ti let) dochází k přirozenému snížení prevalence v populaci s výjimkou generalizované úzkostné poruchy (Bandelow & Michaelis, 2022; Bandelow et al., 2017).

1.1 Historie zájmu o úzkostné poruchy

Praško (2005) uvádí, že první písemné popisy úzkosti a obavy ze smrtelnosti se vyskytovaly už v Sumerském eposu o Gilgamešovi ve 3 stol. před n.l. Řekové měli výraz pro melancholii, mánií nebo hysterii, ale výraz úzkosti se u nich nevyskytoval. I nyní není u nich výraz pro úzkost zcela jasný, označují jej *anesuchia* (neklidný, neuvolněný). V Řeckých bájích byla postava boha Phoba, který nepřátele obdařoval strachem, aby z boje utekli ještě před bojem. Známa je i postava Pana, boha pastvy, ošklivého trpaslíka, který děsil poutníky (Praško, 2005). U Římanů byl používán výraz *anxietas* (ustrašenosti), *angor* (škrčení, sevření, tlačení dohromady) (Praško, 2005). Analogicky tomuto výrazu bychom mohli použít dnešní anglický termín *stress* z latinského výrazu *stringere* (sevřít, utahovat).

Křesťanství spojuje úzkost s hříchem a neschopností vyrovnat se se zodpovědností (Berrios, Link, 1995, citováno v Praško, 2005). Ačkoli v lékařské literatuře jsou popisy úzkostných stavů zmiňovány, úzkost *anxiety* jako termín se objevuje v lékařské literatuře až v 1. polovině 18. století díky siru John Reilimu. Richard Blackmor v 18. století používal pro úzkostné stavy termín *vapour* a k jejich léčbě využíval opiáty (Praško, 2005).

Jeho současník William Battie rozlišuje šílenství (*madness*) a úzkostný stav (*anxiety*) a úzkost chápe spíše jako tělesné prožívání. Ve Francii jsou stavy úzkosti poprvé popsány Bossier de Sauvage. Ten termínem panofobie v roce 1752 popisuje stavy, které bychom mohli dnes

označit za generalizovanou úzkostnou poruchu. Popisuje je nočními běsy, nespavostí, strachem, třesem (Praško, 2005).

Nicméně obecně v 18. století byly mentálními poruchami jen vážné psychotické stavy a méně závažné psychické potíže byly označovány za nervové abnormality a převažuje radikální biologický determinismus (Praško, 2005).

V 19. století dochází k posunu ve vnímání úzkosti a příčiny jsou častěji spatřovány v sociálních a psychologických jevech. Fyzické a duševní příznaky jsou však posuzovány odděleně. Tělesné příznaky byly léčeny samy o sobě. Od 2. poloviny 19. stol. mají úzkostné stavy své místo v psychiatrii. W. Griesinger vnímá úzkostné stavy jako kontinuum tělesného a duševního, pocházejí z organické podstaty, ale mohou být spuštěny silným afektem (Praško, 2005). Westfall v roce 1872 popsal agorafobii strach z otevřených prostor, kostelů, divadel či mostů Dagonet v roce 1876 nazval několik typů úzkosti termínem *lypemánie* (Praško, 2005). Termíny *panofobie* a *lypemánie* anxious byly používány v Evropě od 2. poloviny 19. století pro popis, v Americe byl pro generalizovanou úzkostnou poruchu zaveden G.M. Beardem termín neurastenie (Praško, 2005).

S. Freud rozlišuje termín úzkostná neuróza a neurastenie a psychoneuróza. Úzkostnou neurózou a neurastenií chápal jako aktuální neurózy, do psychoneuróz řadil hysterii, fobickou neurózu a obsedantní neurózu (Praško, 2005). Nový pohled na poruchu chování jako naučený vzorec podmíněné reakce v návaznosti na základy položené I.P. Pavlovem přinesl B., F. Skinner. Neuróza je naučeným vzorcem chování a stejně jako bylo naučena, může být změnou chování odnaučena. Na rozdíl od Pavlovových experimentů je zde role subjektu aktivní. Při instrumentálním podmiňování je zpevnění (posílení) reakce vázáno na aktivní manipulování s instrumentem. Zpevnění reakce závisí tedy na uskutečnění reakce samotné a není-li reakce provedena, ke zpevnění nedojde (Kratochvíl, 1997). Na těchto základech pak staví i klinický psycholog Eyesenck a psychiatr Wolpe. Wolpe považuje neurotické chování za neadaptivní chování získané učením fyziologicky normálního organismu a Eyesenck symptomy neurózy za naučené vzorce neadaptivního chování (Kratochvíl, 1997). V některých případech se jedná o naučené neadaptivní chování, v jiných se může naopak jednat o chybění adaptivního chování (Praško, 2005).

Do 1. poloviny 20. století jsou popisované psychopatologické symptomy různorodé natolik, že tyto poruchy nebylo možno uspořádat do nozologických jednotek. Díky studiím Kleina a Finka, však ve druhé polovině 20. století dochází k obratu, uvádí Praško (2005). Předpokládali, že panická úzkost se liší od všeobecné úzkosti a anticipační úzkosti a tuto skutečnost prokázali ve svých pracích. Klein a Fink (1962) uvádí, že panické záchvaty po nasazení imipraminu mizí, ačkoli byla předtím léčba sedativy neúčinná, a naopak pacienti s úzkostnou poruchou bez panických záchvatů na tuto léčbu nereagují. Tyto výsledky přispěly k tomu, že v rámci DSM III se poprvé objevilo dnešní rozčlenění (Praško, 2005).

1.2 Úzkostné poruchy

V této práci se zaměřujeme na fobické úzkostné poruchy (F40) a jiné anxiózní poruchy (F41), které jsou zařazeny v MKN-10 do kategorie F40-F48 - Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Fobické úzkostné poruchy jsou skupinou poruch, kdy je úzkost vyvolána v určitých situacích, které nejsou běžně považovány za nebezpečné. Těmto situacím se dotýčná osoba vyhýbá, aby se vyhnula strachu spojenému s danou situací. V obávaných situacích se zájem osoby přesouvá na tělesné pocity spojené s úzkostným stavem jako je bušení, pocení, třes, pocity na omdlení a tyto stavy druhotně vyvolávají strach ze smrti, strach ze ztráty kontroly, strach ze zešílení. Často dochází k anticipační úzkosti spojené s pouhým pomyšlením na danou situaci. Výsledkem je vyhýbání se obávanému podnětu (MKN-10, 2021). Úzkostné poruchy zasahují tělesné funkce a jejich procesy, vnímání, myšlení i emoce. Snižují životní spokojenost a způsobují narušení běžného fungování (Orel et al., 2020)

Zatímco strach (fobie) je spojený s bezprostřední hrozbou, vždy se týká konkrétní situace nebo určitého objektu, úzkost anticipuje budoucí hrozbu, bez reálného nebezpečí (American Psychiatric Association, 2015; Orel et al., 2020). Strach vyvolává nabuzení, reakci boj nebo útěk, myšlenky na bezprostřední hrozbu a únikové chování. Úzkost připravuje na budoucí hrozbu, vyvolává tenzi a ostražitost a zabezpečovací nebo vyhýbavé chování (American Psychiatric Association, 2015). Zkušenost strachu a úzkosti, uvádí Praško (2005) je centrální lidskou zkušeností, má adaptivní funkci. Za specifickými fobiami například lze spatřovat původně účelné reakce sloužící k přežití jedince (Orel et al., 2020). Ovšem problém nastává,

objevují li se příliš často, příliš dlouho, příliš intenzivně. Míra příznaků tak může výrazně omezovat pracovní, rodinný život i prožívání volného času (Praško, 2005).

1.2.1 Panika

Specifickou strachovou reakcí jsou panické ataky. Objevují se samostatně nebo v rámci fobických či depresivních epizod či dalších mentálních poruch (American Psychiatric Association, 2015; Orel et al., 2020). Tyto ataky mohou sloužit jako vodítko závažnosti a průběhu poruch (American Psychiatric Association, 2015). Tedy čím častěji se panické ataky vyskytují, tím závažnější může být prognóza poruchy. Je možné, že se s nimi v životě setká až 16% osob (Praško, 2005).

Perrotta (2019) postuluje, že panika je abnormální nekontrolovatelnou reakcí na původně neutrální nebo mírně ohrožující situaci. Je vystupňovanou úzkostí, která kulminuje po zhruba deseti minutách intenzivního strachu. Ačkoli se délka trvání pohybuje v řádu sekund, či minut (vzácně maximálně 2 hodin), postižený může trvání paniky prožívat jako výrazně delší (Orel et al., 2020). Panika paralyzuje a projevuje se bušením srdce, třesem, pocením, pocitem dechové nedostatečnosti, bolestí na hrudi, pocity derealizace nebo depersonalizace, strachem ze ztráty kontroly či zešílení, mravenčením, brněním..

DSM-V rozlišuje očekávané a náhle vzniklé panické ataky. Očekávané se objevují ve specifických situacích. Perrotta (2019) rozlišuje obdobně panické ataky podle okolností vzniku (např.ve výtahu, v autě...), tedy na očekávané ve specifických situacích a náhle vzniklé, situačně nezávislé. Lze je dělit i na paniky situačně závislé (např.ve výtahu, v autě...) a paniky vzniklé v důsledky interních stimulů (např. zvýšený tep srdce, pocity tíhy na hrudi..). Intenzivní prožitky vedou jedince k vyhýbavému chování, kdy se vyhýbá situacím, okolnostem, kde by se panický záchvat mohl objevit.

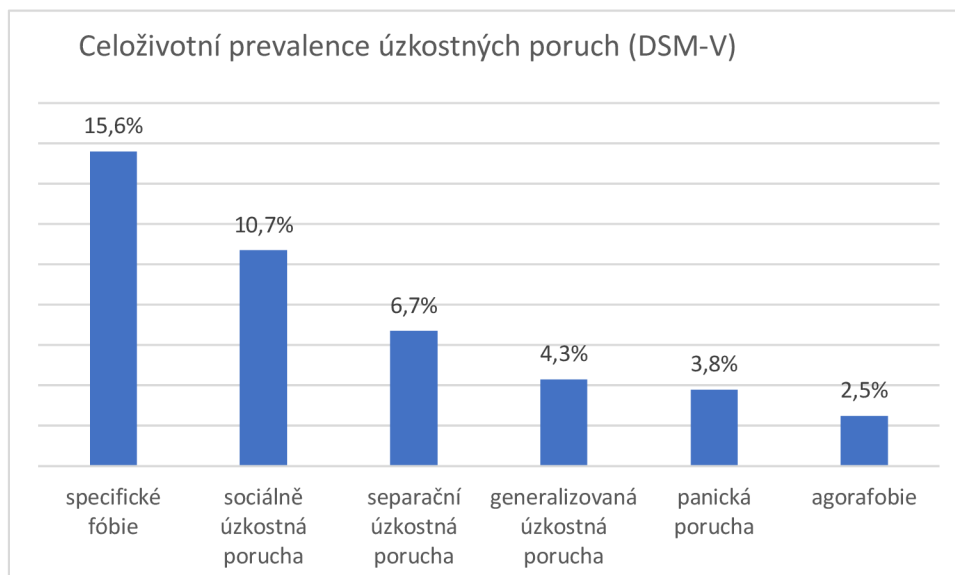
2 Vymezení fobických úzkostných a jiných úzkostných poruch

MKN-10 mezi fobické úzkostné poruchy (F40) řadí agorafobii (F40.0) sociální fobie (F40.1), specifické (izolované) fobie (F40.2), jiné anxiózně fobické poruchy (F40.8), anxiózně fobickou poruchu NS (F40.9).

Mezi jiné anxiózní poruchy (F41) MKN-10 řadí panickou poruchu (F41.0), generalizovanou úzkostnou poruchu (F41.1), smíšenou úzkostnou a depresivní poruchu (F41.2), jiné smíšené úzkostné poruchy (F41.3), jiné určené úzkostné poruchy (F41.8) a úzkostnou poruchu NS (F41.9).

DSM-V zařazuje do kategorie úzkostných poruch následující poruchy: separační úzkostnou poruchu, selektivní mutismus, specifické fobie, sociálně úzkostnou poruchu (sociální fobii), panickou poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu, agorafobii, látkově/léky indukovanou úzkost, úzkostnou poruchu v důsledku jiných zdravotních důvodů, jiné specifické úzkostné poruchy, nespecifikované úzkostné poruchy. Obrázek níže uvádí celoživotní prevalence jednotlivých poruch dle APA (2015).

Obrázek 1: Celoživotní prevalence úzkostných poruch



Zdroj: APA, 2015

2.1 Přehled vybraných poruch včetně symptomů a dopadů na kvalitu života

Agorafobie zahrnuje soubor fobií jako je strach z opuštění domova, strach z cestování, strach z otevřených prostranství, strach cestovat bez doprovodu vlakem, autobusem, letadle atd. typickým rysem této skupiny je vyhýbání se fobickým situacím. Úzkost je zde vyvolána jak přítomností fobického předmětu (například jízda výtahem), tak vzdálením se z místa bezpečí. Strach se váže na obavy z toho, co by se mohlo na daném místě či v dané situaci stát. Obavy se zvyšují, pokud není možno úniku (Praško, 2005). Pokud se fobickým situacím dotčení vyhýbají, tak někteří agorafobici úzkost neprožívají. MKN-10 rozlišuje agorafobii bez panické poruchy v anamnéze a panickou poruchu s agorafobií (MKN-10, 2021). Celoživotní prevalence byla odhadnuta na 2-3% populace (Praško, 2005).

Sociální fobie MKN-10 (2021) vymezuje jako fobii z hodnocení druhými lidmi. Může se objevovat v podobě strachu ze setkání s druhými lidmi, mluvením na veřejnosti, jedením na veřejnosti apod. Dotčený se může domnívat, že druzí vidí jeho potíže a podle toho jej hodnotí (Praško, 2005). Tento strach postižené vede k vyhýbání se sociálním kontaktům. Přítomny bývají pocity méněcennosti, obavy z kritiky. Častými sekundárními jevy jsou fyziologické projevy jako je červenání, třes rukou, pocení, nevolnosti, které vedou k dalšímu vyhýbání. Pacienty jsou tyto stavy mylně interpretovány jako primární příčina vyhýbání (MKN-10, 2021). Tato porucha se objevuje mezi 14-20 lety a celoživotní prevalence byla odhadnuta na 10-16% populace (Praško, 2005).

Specifické fobie se projevují strachem ze zvláštních situací jako je například strach ze zvířat, výšek, krve, bouřky, zubaře... Jsou vázány na konkrétní situace (strach z bouřky) nebo objekty (strach ze zvířat), které u dotčených mohou vyvolat panický záchvat. Mimo tyto situace obvykle postižený příznaky netrpí. Celoživotní prevalence byla odhadována na 12% (Praško, 2005).

Anxiózní porucha NS zahrnuje fobie NS a fobický stav NS

Jiné anxiózní poruchy jsou skupinou poruch, kde dominuje manifestní úzkost, jež není vázána na zvláštní situaci. Mohou se u nich objevit obsedantní, fobické či depresivní prvky, ale jsou sekundární.

Panická porucha je zařazena mezi jiné anxiózní poruchy. Je charakterizována náhlými stavy úzkosti, která není vázána na specifické situace. Dotyční trpí fyziologickými projevy spojenými s palpitací, bolestmi na hrudi, pocity dušení, závratěmi či pocity derealizace nebo depersonalizace. Sekundárně trpí tito pacienti strachem ze smrti, strachem ze zešílení či ztráty kontroly (MKN-10, 2021). Ataky trvají kolem 5-20 minut a následně může přetrvávat třes, ochabnutí, únava, letargie. Na ataku často navazuje strach z dalšího záchvatu a vyhýbání se místům, kde k záchvatu došlo (Praško, 2005). Podle závažnosti a rozsahu můžeme rozlišit panickou poruchu středně závažnou a těžkou. U středně závažné se objevují záchvaty paniky minimálně čtyřikrát za měsíc. U závažné dochází nejméně ke čtyřem záchvatům paniky za týden v obdobím delším než jeden měsíc (Orel et al., 2020). Propuknout může kdykoli, ale obvykle je to mezi 30-44 lety. U žen se vyskytuje dvakrát častěji než u mužů. Celoživotní prevalence byla odhadnuta na 1,5-3,5% (Praško, 2005).

Generalizovaná úzkostná porucha je další kategorií zařazenou mezi jiné anxiózní poruchy. Pacient trpí úzkostí, která nesouvisí se zevními okolnostmi. Přítomny bývají obavy, že on nebo jeho blízcí onemocní nebo se jim stane nehoda (MKN-10, 2021). Nadměrné zaobírání starostmi a obavami o sebe, rodinu, finance, budoucnost atd. vede ke zvýšenému napětí a vegetativním příznakům. Dotyční trpí bolestmi na hrudi, třesem, svalovým napětím, světlolachostí, pocením, tlakem v nadbříšku. (MKN-10, 2021). Tato porucha se vyskytuje 2x častěji u žen než u mužů. Celoživotní prevalence byla odhadnuta na 5-15% (Praško, 2005).

Směšená úzkostná a depresivní porucha zahrnuje příznaky úzkosti i deprese, kdy ani jeden z těchto nepřevažuje a žádný z příznaků není dominantní natolik, aby tvořil samostatnou diagnózu. Pokud jsou příznaky vyjádřeny zřetelně, pak jsou diagnostikovány samostatně (MKN-10, 2021).

Jiné smíšené úzkostné poruchy zahrnují příznaky úzkosti v kombinaci s příznaky jiných nemocí z F42-F48, přičemž žádný z příznaků není vyjádřen natolik, aby tvořil samostatnou diagnózu.

Jiné určené úzkostné poruchy zahrnují anxiózní hysterii.

Úzkostná porucha NS je úzkost NS. (MKN-10, 2021).

2.2 Genetická podmíněnost

Hosák, Šilhán, Hosáková (2013) uvádí, že dědičnost úzkostných poruch je v porovnání s ostatními psychiatrickými onemocněními dle studií jedna z nejnižších. U schizofrenie má dědičnost podíl 60-80%, u deprese a závislosti na návykových látkách 40-60%, u úzkostných poruch se pohybuje mezi 20-40%. Významnější roli hrají faktory prostředí, a to zejména psychotraumatizující, postulují autoři (Hosák et al., 2013).

Specificky pak u fobií, tvrdí autoři (Hosák et al., 2013) dle výsledků dosavadních studií má dědičnost 20-40% vlivu, významnější vliv pak má faktor prostředí. Specifický gen zodpovědný za vznik fobií, nebyl dle těchto autorů nalezen. Spekuluje se sice o významu některých genů jako je COMT, DAT a MAOA¹ které byly zkoumány v souvislosti s psychiatrickými onemocněními, COMT byl například zkoumán v souvislosti s psychotickými onemocněními (Hosák et al., 2013; Craddock et al., 2006; Rosa et al., 2004; Gothelf et al., 2006; Vaessen et al., 2018), MAOA v souvislosti s antisociálním chováním (Widom & Brzustowicz, 2006; Eme, 2013; Byrd & Manuck, 2014; Ficks & Waldman, 2014) a DAT například s posttraumatickou poruchou (Segman et al., 2002) nebo ADHD (Madras et al., 2005; Faraone & Khan, 2006). Nicméně kauzální souvislost mezi těmito geny a fobiemi nebyla prokázána. Problémem je i to, že fobie se jeví klinicky různorodé a jsou komorbidní s jinými duševními poruchami (Hosák et al., 2013).

Obdobně jako fobií je i u panické poruchy vliv dědičnosti nižší. Autoři (Hosák et al., 2013) dle studií odhadují kolem 30-40%. Panická porucha je obdobně jako fobie heterogenní a polygenní, doposud dle autorů bylo zkoumáno kolem 350 genů, mimo jiné COMT, MAOA, 5-HTT², ovšem ani zde nebyla prokázána kauzalita.

Sociální fobie je opět polygenně podmíněna, ovšem zde byly zjištěny dva možné geny, a to COMT a 5-HTT (Hosák et al., 2013). Nicméně doporučuje se při vyšetřování zohlednit i klinické a zobrazovací metody (Mathew & Ho, 2006).

¹ DAT: transporter dopaminu

MAOA: monoamine oxidase transporter typu A. Tento gen ovlivňuje produkci enzymů monoaminoxidáz A, které odbourávají neurotransmitery (serotonin, adrenalin, dopamin..) (Orel et al., 2020)

COMT: catechol-O-methyl transferase. Hraje důležitou roli při rozpadu neurotransmitterů (noradrenalin, dopamin, adrenalinu) (Faraone & Khan, 2006).

² 5-HTT: transporter serotoninu

Obecně ovšem spíše platí to, že dědičnou je spíše sklon k úzkostnosti než porucha jako taková (Gorman et al., 2000).

2.3 Faktory prostředí

Důležitým faktorem prostředí se jeví role vazby s primárními pečovateli. Má se za to, že jisté chování matky potažmo primárních pečovatelů může být protektivním činitelem rozvoje úzkosti, zatímco jiné může být považováno za rizikové. Tato vazba může být tak zdrojem jistoty a bezpečí odkud dítě začíná objevovat svět, ale může být i jednou z příčin rozvoje úzkosti. Vliv na pozdější rozvoj úzkosti může mít tak jak kvalita této vazby, tak její absence či ztráta. Vazba aktivuje v mozku dítěte struktury související s emocemi a empatií a ovlivňuje jejich funkci i stavbu (Koukolík, 2013).

Ainsworth ve svém tradičním experimentu s 12 ti měsíčními dětmi v neznámé situaci odlišuje vazbu jistou, nejistou vyhýbavou a nejistou ambivalentní (Ainsworth et al., 1978, citováno v Shamir-Essakov et al., 2005). Děti s jistou vazbou využívaly vazbu jako jistotu odkud objevovaly neznámé situace. Pokud se pečovatel vzdálil, tak ač byly při separaci stresovány, poměrně rychle se po jeho návratu uklidnily, a případně pokračovaly ve hře. Tato vazba byla charakterizována senzitivní interakcí matky a dítěte, kdy matka upřednostňuje potřeby dítěte před svými vlastními a reaguje na ně předvídatelným a pro dítě uklidňujícím způsobem. Důvěra dítěte v matku jako zdroj jistoty a podpory tak pro dítě vzrůstá (Ainsworth et al., 1978, citováno v Shamir-Essakov et al., 2005). Děti s nejistou vyhýbavou vazbou při separaci s primárním pečovatelem jevíly minimální známky stresu a po návratu pečovatele se mu vyhýbaly (Ainsworth et al., 1978, citováno v Shamir-Essakov et al., 2005). Tyto matky odmítaly fyzický kontakt, pokud děti projevovaly negativní emoce. Tyto děti tedy se zřejmě kontaktu po návratu matky vyhýbaly, aby se vyhnuly bolestným pocitům kvůli neschopnosti matky fyzický kontakt uspokojit (Shamir-Essakov et al., 2005).

Děti s nejistou ambivalentní vazbou nebyly schopny vazbu využít ani jako bezpečnou základnu pro objevování. Usilovaly o kontakt s primárním pečovatelem ještě před separací. Po návratu matky projevovaly ambivalentní emoce. Sice vykazovaly chování vyžadující blízkost, ale zároveň projevovaly vztek a vzdor. Matky z této skupiny byly z celé skupiny nejméně schopné

dítě uklidnit a byly nepředvídatelné v dostupnosti pro dítě (Ainsworth et al., 1978 citováno v Shamir-Essakov et al., 2005). Solomon a Main (1986) později definovali ještě čtvrtý typ vazby nejistou dezorganizovanou, kdy děti vykazovaly neobvyklé či problematické chování jako například stereotypní pohyby, ztuhnutí, obavy a pečovatelé vykazovali neschopnost jakkoli adekvátně ve stresující situaci reagovat. Tito většinou děsili dítě nebo sami sebe a často byli sami obětí nějakého dřívějšího traumatu (Main & Hesse, 1990). Paradoxně tak dostávali dítě do situace, kdy zdrojem obav je pečovatel, který by měl zároveň plnit roli bezpečné základny (Liotti, 1992).

Některé studie ukazují, že přerušení rané vazby s rodičem může mít později vliv na rozvoj panické úzkosti (Gorman et al., 2000). Ukazuje se, že traumatické události během dětství či v dospělosti zvyšují pravděpodobnost vzniku panických poruch (Gorman et al., 2000; Bandelow et al., 2002). Bandelow et al. (2002) například retrospektivním interview 124 osob zjistili, že frekvence výskytu událostí jako je smrt otce, rozvod rodičů, nemoci v dětství, alkoholismus rodičů, násilí v rodině, sexuální obtěžování, porodní trauma je signifikantně vyšší u pacientů s panickými poruchami než u kontrolní skupiny.

Tweed et al. ve své studii zkoumali souvislost mezi smrtí matky nebo otce v raném věku nebo odloučením rodičů/rozvod a vznikem agorafobie s nebo bez panických úzkostí, fobií, sociální fobií, panickou poruchou, generalizovanou úzkostnou poruchou a obsedantně kompulzivní poruchou. Výsledky potvrdily například, že u těch dětí, kterým matka zemřela před desátým rokem měly 7x vyšší pravděpodobnost rozvinutí agorafobie s panickými záchvaty, Ti dospělí, jejichž rodiče byli odloučeni/rozvedeni před jejich desátými narozeninami, měli zhruba 4x vyšší pravděpodobnost, že onemocní agorafobií s panickými záchvaty než ti, kteří zkušenost s odloučením/rozvodem rodičů před desátým rokem neměli (Tweed et. al., 1989, citováno v Gorman et al., 2000). Na základě těchto zjištění Gorman et al. (2000) dovozuje, že významnost rizikovosti separace v raném věku od významných druhých při vzniku panické poruchy mohou potvrdovat i klinická zjištění těchto pacientů. Ukazuje se totiž, že tyto osoby jsou přecitlivělé na vnímanou, očekávanou nebo aktuálně prožívanou separaci. Naopak jsou li v přítomnosti druhých, kterým důvěřují, panické záchvaty se u nich vyskytují méně často.

Carter et al. (1995) testoval rozvoj záchvatu paniky u osob s panickými záchvaty po inhalaci 5% oxidu uhličitého. Inhalace oxidu uhličitého totiž může vyvolat pocity dechové

nedostatečnosti a vyvolat záchvat paniky. Porovnával mezi sebou dvě skupiny, u jedné test proběhl bez přítomnosti osoby blízké a ve druhém případě s přítomností osoby blízké. Výsledky ukázaly, že bez přítomnosti osoby blízké pacienti zaznamenali významně vyšší počet katastrofických myšlenek, tělesné symptomy než pacienti v přítomnosti osoby blízké.

2.4 Mediátorové hypotézy

Mediátorové hypotézy hledají příčiny vzniku duševních chorob v dysfunkcích mediátorových systémů podílejících se na modulaci okruhu strachu. Má se za to, že u těchto poruch jsou dysfunkčními serotonergní, dopaminergní a noradrenergní systém a někdy dochází k poklesu hladiny kyseliny gamaaminomáselné, mediátoru s tlumivým účinkem na mozek (Šilhán et al., 2014; Orel et al., 2020). Za vzájemnou dysregulaci serotonergního a noradrenergního systému jsou podle těchto hypotéz spatřovány příčiny úzkostných poruch.

V souvislosti se zkoumáním role serotoninu při vzniku symptomů paniky například Maron a Shlik (2006) popisují dvě protichůdné hypotézy. Hypotéza „nadbytku“ panické stavy vysvětluje zvýšenou hladinou serotoninu nebo hypersensitivitou postsynaptických serotoninových receptorů. Hypotéza deficitu předpokládá, že serotonin naopak inhibuje chování spojené s panikou, na druhou stranu jeho deficit může panické stavy spustit.

Duální teorie pak hovoří o rozdílné roli serotoninu při úzkosti a panice. Serotonin zde má dvojí roli, inhibiční a facilitující. Teorie předpokládá, že serotonin inhibuje chování spojené s blížící se hrozbou (útěk, útok, zmrznutí). Takovým chováním je i chování spojené s panikou. Naopak chování spojené s potenciální hrozbou, vyhýbavé chování spojené s úzkostí facilituje (Guilherme, & Zangrossi, 2010; Šilhán et al., 2014).

2.5 Neuronální koreláty úzkosti

Díky moderním zobrazovacím jako je funkční magnetická resonance (fMRI), pozitronová emisní terapie (PET) či spektrální tomografie (SPECT) je možno odhalovat neuronální koreláty strachu a úzkosti. Neuronální koreláty se zkoumají často pomocí klasického Pavlova

podmiňování (Koukolík, 2012). V těchto případech je původně neutrální stimul spojen s averzivní událostí a vyvolá tak strach.

2.5.1 Učení strachu

Učení strachu podmiňováním je takovým učením, kdy vzniká reakce strachu na původně neutrální podnět. Má se za to, že učení strachu je adaptivním mechanismem vedoucím k rychlému rozpoznání nových hrozeb a aktivaci příslušné behaviorální odpovědi k obraně jedince. Nicméně asociace neškodného podnětu s hrozbou může vést k patologické behaviorální odpovědi. U jedinců s predispozicemi k úzkostným poruchám tyto asociace vznikají rychleji než u kontrolní skupiny (Goodwin, 2022).

Koukolík (2012) popisuje, že podmiňování strachu je dáno vytvořením asociace zrakové reprezentace podmíněného podnětu se somatosenzorickou reprezentací nepodmíněného podnětu. Oba tyto podněty konvergují v laterálním jádru amygdaly, která zároveň dostává informace z hippocampu, přední insuly a přední cingulární kůry. Tyto oblasti jsou zdrojem sekundární reprezentace podmíněného i nepodmíněného podnětu, obsahují informace o kontextu učení a vnitřním prostředí organismu. U učení strachu pozorováním je zraková reprezentace podmíněného strachu asociována se sledováním vystresovaného individua (nepodmíněný podnět). Stejně jako u předchozího případu i zde konvergují oba podněty v laterálním jádru amygdaly. Koukolík (2012) postuluje, že sílu nepodmíněného podnětu ovlivňuje aktivita mediální prefrontální kůry, která souvisí s mentálním stavem druhého jedince a kortikální reprezentací empatické bolesti přední cingulární kůrou a přední insulou.

Zatímco podmiňování strachu i učení strachu pozorováním je dáváno do souvislosti s aktivací amygdaly, učení strachu instruováním tento korelát nemá (Koukolík, 2012). Zde je vizuální reprezentace podmíněného strachu modifikována abstraktní reprezentací strachu a zdrojem není v tomto případě amygdala. Zde je reprezentace spojena s aktivitou paměťového systému hippocampu.

2.5.2 „Síť strachu“

Neuronální koreláty strachu a úzkosti jsou odhalovány skrze učení strachu podmiňováním, jak uvádíme výše. K obdobným účelům sloužily i studie indukující strach farmakologicky nebo studie zkoumající vliv emočních stimulů na aktivitu jednotlivých oblastí v mozku (Shin & Liberzon, 2010). Má se za to, že klíčový vliv v neuroanatomii strachu a úzkosti hraje *amygdala*³, dále pak *insula*⁴ a *přední cingulární kůra*⁵ (Sehlmeyer et al., 2009; Koukolík, 2012; Holzschnieder & Mulert, 2011). Zdá se, že tyto struktury hrají významnou roli při vzniku úzkostných poruch a i jejich dalším udržování (Holzschnieder & Mulert, 2011). Někdy se tento okruh nazývá „síť strachu“.

Gorman at al. (2000) do něho řadí *prefrontální kůru, insulu, thalamus, amygdalu a projekční dráhy amygdaly do mozkového kmene a hypotalamu*. Předpokládá, že u panické poruchy bude aktivována stejná síť jako u podmiňování strachu. Panikogenem pak je nazýván nikoli jeden gen, ale tento celý systém, který je zodpovědný za panickou reakci. Do amygdaly přichází informace přímo z mozkového kmene a thalamu, do kterého se dostávají informace přímo ze smyslových orgánů. Tyto přímé spoje umožní rychlou reakci na potenciačně nebezpečné podněty. Zároveň sem ústí aferentní nervová vlákna z vyšších kortikálních oblastí, která zpracovávají a vyhodnocují tyto podněty ze smyslových orgánů. Neurokognitivní deficit vyšších kortikálních oblastí ve vyhodnocování a zpracování těchto informací může vést ke špatnému vyhodnocení informací ze smyslových orgánů příp. tělesných orgánů. Výsledkem pak může být nevhodná aktivace „sítě strachu“ skrze nadměrnou aktivaci amygdaly.

Původně Gorman stavěl svůj předpoklad vzniku panické úzkosti na abnormní autonomní kontrole na úrovni mozkového kmene, kdy autonomní reakce i endokrinní reakce budou u panické poruchy vždy stejné. Tento svůj předpoklad však v roce 2000 upravuje a uvádí, že abnormní aktivita mozkového kmene je důsledkem aktivity centrálního jádra amygdaly,

³ Amygdalu tvoří skupina jader, které se nachází v mediální temporální laloku. Hraje důležitou roli u strachu a procesech spojených s emocemi jako je například podmiňování strachu (Holzschnieder & Mulert, 2011)

⁴ Insula je součástí mozkové kůry v hloubi sulcus lateralis. Hraje důležitou roli při zpracování emocí, vnitřním prožívání a monitoringu vnitřních procesů (Holzschnieder & Mulert, 2011; Shin & Liberzon, 2010) Vykazovala vyšší aktivitu u averzivních stimulů, smutku, u stimulů spojených s odporem (Shin & Liberzon, 2010)

⁵ Cingulární kůra tvoří součást prefrontální kůry a podílí se na učení strachu a vyhýbavému chování (Holzschnieder & Mulert, 2011). dělí na 4 části: přední agranulární kortex (ACC), střední dysgranulární přechodný kortex (MCC), zadní granulární kortex (PCC), retrosplenální kortex (RSC) (Bartoš & Němcová, 2016). Přední cingulární kůru (ACC) lze dělit na dorzální část a rostrální část

kteřá stimuluje aktivitu určitých oblastí mozku kmene. Přerušení specifických projekcí jádra amygdaly do mozku kmene ovlivňuje specificky autonomní odpověď. Navíc, doplňuje zajímavé zjištění, jsou-li poškozeny spoje mezi amygdalou a vyššími kortikálními oblastmi u zvířat, reakce autonomního nervového systému jsou pozorovatelné, ale nedochází k únikovému chování nebo „zmrznutí“ (Gorman et al., 2000).

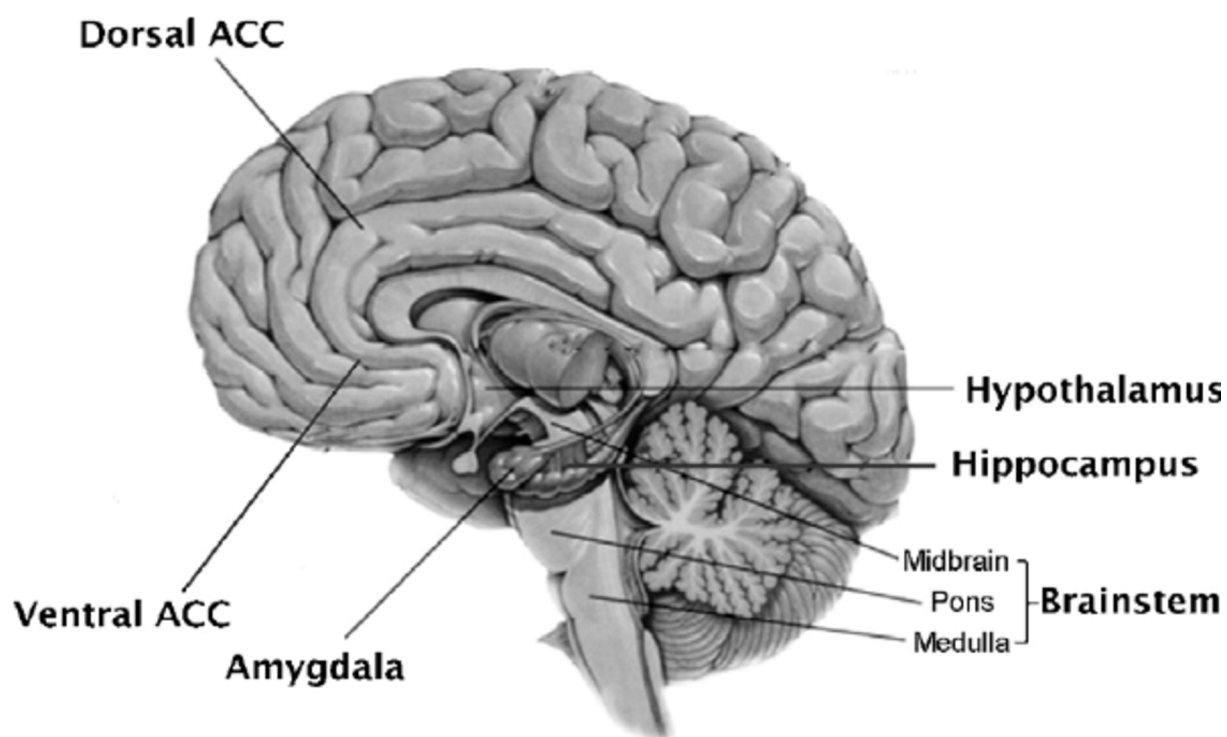
Metaanalytická studie kolektivu autorů Sehlmejerové et al. (2009) analyzující 46 prací využívajících PET nebo fMRI k výzkumu funkční neuroanatomie podmiňovaného strachu strachu došla k závěru, že klíčovými uzly „sítě strachu“ jsou *amygdala, přední cingulární kůra* a *kůra insuly*. Aktivace všech těchto oblastí však ve všech pracích nebyla uváděna a někdy byly uvedeny i další oblasti aktivity jako například *hipokampus, striatum, senzorycké oblasti* nebo *talamus* (Sehlmejer et al., 2009).

Například Duval et al. (2015) jako klíčové oblasti okruhu strachu uvádějí *talamus, amygdalu, dorzální přední cingulární kůru (dACC)*⁶, *hypotalamus, hipokampus* a *mediální prefrontální kůru (mPFC)*⁷ a model fungování popisují takto. Talamus integruje senzorycké informace z primární senzorycké kůry a vysílá výstupy do amygdaly. Ta společně s dorzální přední cingulární kůrou (dACC) zpracovává averzivní podněty a výstupy zasílá do hypotalamu, bazálních ganglií a mozku kmene, což se projeví specifickým obranným chováním. Hipokampus dekoduje informaci spojenou s ohrožením v kontextu situace. Může tak hrát roli při vymizení strachové reakce. Může totiž snížit aktivitu amygdaly, je-li kontext bezpečný. Mediální prefrontální kůra (mPFC) strachovou reakci reguluje tím, že na základě komplexní informace z hipokampu a talamu, vysílá výstup do amygdaly a dochází k modulaci chování spojeného se strachem.

⁶ Aktivuje se při emočních podnětech a averzivních chutích (Shin & Liberzon, 2010)

⁷ Zpracovává emoční podněty (Koukolík, 2013). K vyhasnutí resp. přečtení podmíněné reakce je potřeba m.j. plasticitu mPFC. U neadekvátních strachových reakcí je mPFC hypoaktivní (Šilhán et al., 2014)

Obrázek 2: Kortikální a subkortikální oblasti uplatňující se při regulaci



Zdroj: (Lewis & Todd, 2007)

2.5.3 Neuronální koreláty u vybraných poruch

Kolektiv autorů Duval et al. (2015) shrnuje poznatky zobrazovacích metod PET, fMRE, MRE, DTI (difusion tensor imaging) z let 2010-2014 z výzkumu funkčních a strukturálních změn oblastí mozku u vybraných úzkostných poruch dle klasifikace DSM-V, konkrétně panické poruchy, generalizované úzkostné poruchy, specifických fobií, sociální fobie, PTSD. Hledají zde specifickou neurální síť pro úzkostné poruchy a kladou si otázku, zda je tato síť stejná jako u strachu, a zda je aktivována obdobně u všech těchto poruch. Předpokládají, že u panické poruchy a specifické fobie bude neurální reakce založena spíše na strachu a bude aktivována *amygdala, insula, dorzální část přední cingulární kůry (dACC)*, zatímco u PTSD, generalizované úzkostné poruchy a sociální fobie bude reakce více spojena s úzkostí a kognicí a budou zde deficitní struktury spojené s emoční regulací jako jsou *mediální prefrontální kůra (mPFC)*⁸, *rostrální přední cingulární kůra (rACC)*⁹.

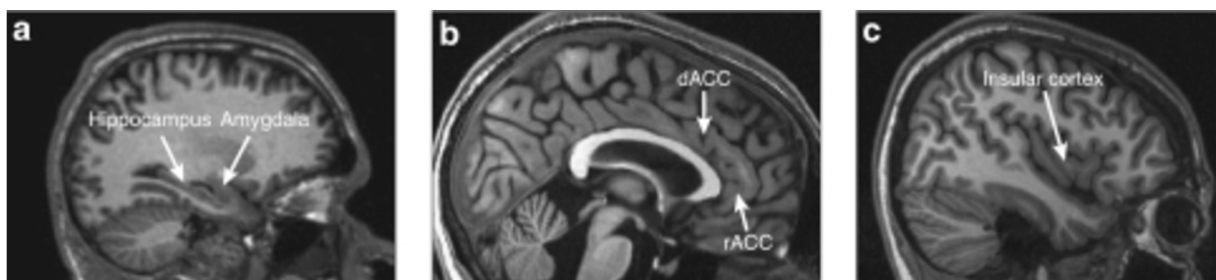
⁸ Zpracovává emoční podněty (Koukolík, 2013)

⁹ Aktivuje se při řešení kognitivních úkolů (Shin & Liberzon, 2010)

Některé zjištěné oblasti, konstatují autoři, se překrývají u strachové i úzkostné sítě (Duval et al., 2015; Tovote et al., 2015). U úzkosti i strachu jsou aktivovány obdobně amygdala, talamus a dorzální přední cingulární kůra, mediální prefrontální kůra a hipokampus. U neurčité hrozby je aktivována insula, která hraje roli při ostražitosti, monitoringu vnitřních procesů. Zatímco u strachu/konkrétní hrozby je aktivováno centrální jádro amygdaly, protrahovaný strach resp. úzkost je spojena s aktivací jádrového lůžka *stria terminalis (bed nucleus stria terminalis)*¹⁰. (Šilhán et al., 2014; Duval et al., 2015). Hipokampus, amygdala a mediální prefrontální kůra posílají výstupy do jádrového lůžka *stria terminalis* a vzniká specifické chování spojené s úzkostí. U úzkosti, konstatují tamtéž, jsou ještě zapojeny oblasti související s regulací emocí a pozorností. K těmto patří m.j.rostrální přední cingulární kůra a dorzální část přední cingulární kůry (Duval et al., 2015).

U vybraných studií popisují autoři funkční i strukturální změny v oblastech mozku osob s těmito poruchami. Talamus integrující sensorické informace byl dle autorů více aktivován u osob s PTSD, a při specifických fobiích. Aktivace byla přímo úměrná úzkostnosti těchto skupin. Napříč všemi poruchami, konstatují autoři, vykazovala hyperaktivitu oblast amygdaly a oblast insuly (méně významné u panické poruchy). Aktivita dorzální části přední cingulární kůry byla vyšší u specifických fobií, sociálních fobií a PTSD. Ventrální část striata vykazovalo nižší aktivitu u osob se sociální fobií. Dochází zároveň i ke strukturálním změnám, a to ke změnám objemu i hustoty, nicméně tyto závěry nebyly ve studiích jednoznačné (Duval et al., 2015).

Obrázek 3: Oblasti aktivované při úzkostných poruchách



Zdroj: (Shin& Liberzon,2010)

¹⁰ Součástí tzv.rozšířené amygdaly (Šilhán et al., 2014)

Hipokampus vykazoval hyperaktivitu u specifických fobií, panické poruchy a PTSD, u ostatních nebyla jeho role významně prokázána. U panické poruchy, sociální poruchy, generalizované úzkostné poruchy a PTSD došlo navíc ke snížení jeho objemu i hustoty. Výsledky aktivace mediálního prefrontálního kortexu byly spíše nejednoznačné. Dle některých zjištění došlo u PTSD a generalizované úzkostné poruchy k hypoaktivaci dle jiných naopak u PTSD i generalizované úzkostné poruchy k hyperaktivaci mediálního prefrontálního kortexu. Dorzolaterální prefrontální kůra¹¹ byla významněji aktivnější u osob trpících specifickými fobiemi. Rostrální přední cingulární kůra byla méně aktivována u sociálních fobií, generalizované úzkostné poruchy a u PTSD.

Důležitým se jeví dle shrnutí autorů i propojení jednotlivých oblastí. Z těchto studií vyplývá, že konektivita mezi oblastmi zodpovědnými za modulaci emocí (mediální prefrontální kortex, rostrální přední cingulární kůra) a zpracování emocí (amygdala, insula) je významně horší u sociálních fobií, generalizované úzkostné poruchy a u PTSD (Duval et al., 2015).

¹¹ Zpracovává kognitivní podněty (Koukolík, 2013)

3 Kvalita života

V literatuře je možno nalézt různorodé definice kvality života. Vaďurová & Muhlpackr (2005) postulují, že kategorie kvality života je mnohorozměrný dynamický koncept, který je kulturně podmíněn a nelze jej teoreticky jasně uchopit, protože leží na subjektivním základu. Studium kvality života se prolíná různými obory a dle jejich předmětu jsou i směřovány oblasti zájmu a uzpůsobeny nástroje měření.

WHO definuje kvalitu života jako to, jak jedinec vnímá svoji životní situaci ve vztahu ke kultuře a systému hodnot, kde žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, normám a starostem (WHO, n.d.).

Podle Calmana (1984) je kvalita života složitým a složitě měřitelným konceptem. Měla by měřit rozdíl nebo absenci mezi očekáváním a nadějemi jedince a jeho zkušeností v daném časovém období. Může být popsána pouze jedincem samým a zahrnuje řadu aspektů.

Dragomirecká & Škoda (1997, citováno ve Vaďurová & Muhlpackr, 2005) chápe kvalitu života jako soulad mezi jedincem a prostředím, a to naplněním specifických potřeb, očekávání nebo využitím svých individuálních schopností při interakci s tímto prostředím.

Na kvalitu života je možno se ptát deskriptivně, tedy popisně nebo preskriptivně. Tedy v tomto případě je směřován dotaz k tomu, jaké by to mělo být, jaký je cíl, žádoucí stav (Křivohlavý, 2004).

Vaďurová & Muhlpackr (2005) uvádí, že ji lze vymezit například pomocí jiných pojmů, výčtem, typickým znakem nebo vztahem mezi těmito znaky. Jako příklad vymezení pomocí jiného pojmu uvádějí definici Nagpala. Ten považuje kvalitu života za komplexní ukazatel, který kombinuje měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění vnímané jedincem nebo skupinou. Do stejné kategorie řadí Vaďurová & Muhlpackr (2005) například i dotazník SQUALA uchopující kvalitu života jako vnímání spokojenosti/nespokojenosti jedince s definovanými oblastmi během celého jeho života s tím, že dotazník posuzuje i to, jak jsou jednotlivé oblasti pro jedince důležité. Do stejné skupiny

řadí definici Cambella a Converse, kteří kvalitu života vymezují jako subjektivně pociťované zdraví.

Jako příklad definice kvality života vyjadřující vztah mezi charakteristikami uvádí Dickensovu definici, která využívá Maslowovu pyramidu potřeb k měření velikosti nepoměru mezi naplněnými a nenaplněnými potřebami a přáními.

Dále rozlišují definice zaměřené na typický znak, kam například zařazují definici K. Skantze, který definuje kvalitu života subjektivním hodnocení vlastní životní situace.

Další možností je definice výčtem, kde jsou vyjmenovány jednotlivé dimenze kvality života. Příkladem může být například definice Bludena, který kvalitu života vymezuje pomocí míry spokojenosti v oblasti fyzické pohody, materiální pohody, kognitivní pohody a sociální pohody.

Definice kvality života jako měřitelné veličiny se zaměřují na ty oblasti, které lze objektivně měřit. Zde jako příklad popisují Naessův koncept, který jako objektivně měřitelné oblasti definuje vysokou aktivitu, dobré mezilidské vztahy a dobrou náladu jako základní nastavení.

Do definic kvality života zdůrazňující určitou oblast řadí Vaďurová & Muhlpačr (2005) například obecné definice jako je schopnost seberealizace či komplexní definice zaměřující se na konkrétní aspekty kvality života. Jako příklad zde uvádí naplnění osobních cílů nebo definici kvality, která hodnotí pocit spokojenosti v oblastech, které jsou pro jedince důležité.

3.1 Vybrané výzkumy kvality života

Výzkumy naznačují, že kvalita života osob s úzkostnými poruchami je chudší než kvalita těch, kteří poruchou netrpí. Poruchy způsobují, že tyto osoby žijí v úzkosti a ta staví limity. Život v úzkosti brání například zkoušení nových věcí, riskování, otevření se novým možnostem či naplnění svého vlastního potenciálu. Někdy je tento způsob život přirovnán k lapení do klece (Recovery ways, 2018).

Tomuto typu poruch se poměrně dlouho nedostávalo pozornosti, a to zřejmě z těch důvodů, že nemají organické ukotvení. Kvalita života tak může být významným komplexním

ukazatelem, kde se tato porucha projevuje a ovlivňuje život jedince. Zároveň data o kvalitě života mohou sloužit k hodnocení léčby poruch (Mendlowicz & Stein, 2000). Data o kvalitě života jsou ve studiích sebrána skrze polostrukturované interview, díře pacientů nebo sebehodnotící dotazníky (Mendlowicz & Stein, 2000; Olatunji et al., 2010). Studie Rapaport et al. (2005) měří například souvislost kvality života osob trpících depresí a úzkostnými poruchami. Inventář kvality života autorů McAlinden, Oei (2006) měří u 217 účastníků, kteří prošli KBT terapií kvalitu života s úzkostnými poruchami a depresí. K testování využívá mimo jiné Zungovu sebehodnotící škálu depresivity či Beckův inventář úzkosti. Populační studie autorů Cramer et al. (2005) zkoumá pomocí polostrukturovaných rozhovorů kvalitu života více než 2000 respondentů ve věku 18-65 let trpících úzkostnými poruchami. Efektem KBT na kvalitu života osob s agorafobií v kombinaci s panickou úzkostí a generalizovanou úzkostnou poruchou zkoumá pomocí sebehodnotících dotazníků a klinických rozhovorů studie kolektivu autorů Primiano et al. (2014). Efektem KBT terapie na kvalitu života u osob trpících úzkostnou poruchou se zabývá metaanalýza kolektivu autorů Hofmanna et al. (2014). Snižováním kvality života v důsledku zabezpečovacích mechanismů se zabývá například práce autorů Kirk et al. (2019).

3.2 Oblasti života ovlivněné úzkostí

Úzkost ovlivňuje řadu oblastí života. Poruchy mají vliv na tělesné funkce a jejich procesy, vnímání, myšlení i emoce. Míra příznaků těchto poruch může významně ovlivňovat pracovní, rodinný život i prožívání volného času (Praško, 2005; Wilmer et al., 2021).

Metaanalýza Olatunji et al. (2010) dle klíčových slov na PsychINFO a PubMed uvádí tyto kategorie, které úzkostné poruchy ovlivňují: fyzické zdraví, mentální zdraví, fungování na poli pracovním nebo studijním, sociální fungování, rodinné fungování a finanční soběstačnost.

Autoři Nechita, Nechita a Motorga (2018) se pokusili nahlédnout fenomén úzkosti z mnoha různých úhlu pohledu a zjistit, jakých možných oblastí se úzkost dotýká. Za tímto účelem revidovali relevantní literaturu na PubMed a Web of Science. Na základě 1800 výsledků a 93 studií ve vymezeném období (leden-březen 2018) došli například k následujícím zjištěním. Nalézají mimo jiné souvislost úzkosti a fyziologického či psychologického fungování a

souvislost úzkosti s těmito oblastmi: rodina, náboženství, sociální život, chování, kultura, dětství, těhotenství. Níže uvádíme některá zjištění z vybraných oblastí.

Z fyziologického pohledu úzkost koreluje například s pomalejší zdravotní rekonvalescencí (Eisner et al., 2010), ovlivňuje spolu s depresemi průběh diabetu (McDade-Montez & Watson, 2011). Bakterie ve střevě mohou aktivovat neuronální dráhy a centrální nervový systém a ovlivňovat tak hladinu úzkosti (Foster & Neufeld, 2013). Rodičky s vyšším skóre úzkosti podstupovaly častěji císařské řezy (Rahmat et al., 2013; Reck et al., 2013) a úzkost měla vliv i na porodní délku dítěte, nikoli však váhu (Broekman et al., 2014).

Z psychologického pohledu, autoři uvádí například souvislost mezi pociťovanou úzkostí a optimistickou či pesimistickou orientací (Warning, 2011) či vliv úzkosti na usuzování, řešení nových problémů, pracovní paměť, využití znalosti k nalezení řešení (Williams & Prince, 2017).

Úzkost negativně ovlivňuje m.j. proces čtení (Calvo & Carreiras, 1993), snižuje motivaci (Yajima & Arai, 1996), ovlivňuje reakční čas (Liao et al. 2010). V sociální oblasti jedna ze studií uvádí, že jedinci se sociální úzkostí usilují o blízkost druhých, aby se vyhnuli negativnímu hodnocení. (Alden et al., 2001). Při mluvení na veřejnosti dle jedné ze studií jedinci se sociální úzkostí vykazovali lepší schopnost rychleji rozeznat emoce vzteku a strachu (Mullins & Duke, 2004)

U chování studie autorů Ham et al. (2006) ukazuje, že úzkost negativně ovlivňuje výkon s tím, že ti nejlepší vykazovali nižší míru úzkosti. Vliv má i na kvalitu spánku (Miró et al. 2006) nebo vnímání bolesti (James & Hardardottir, 2002). V chování hraje důležitou roli i tzv. zabezpečovací chování, jemuž se věnuje další kapitola.

Z oblasti rodiny autoři vybírají studie zabývající se například souvislostí mezi úzkostí a absencí otce. Jedinci vyrůstající bez otcovské figury dosahovali vyšší skóre v inventáři úzkosti (STAI) a nižší sebehodnocení (Rosenberg Self Esteem Scale) (Luo et al., 2012). Jiná studie poukazuje na silnou souvislost mezi stylem attachmentu a sociální úzkostí. Prokazuje zde korelace mezi nejistou vazbou a sociální úzkostí (Notzon et al., 2016). Dále zmiňují souvislost mezi depresivitou a úzkostností rodičů a úzkostností dospívajících (Fjermestad et al., 2017).

Jinou perspektivou na souvislost mezi kvalitou života a úzkostnými poruchami hledí metaanalýza kolektivu autorů Wilmer et al. z roku 2021. Ti se zaměřili na literaturu za poslední

3 roky zabývající se korelátory úzkostných poruch v kvalitě života. Jinými slovy zjišťovali, jaké faktory u úzkostných poruch mají vliv na kvalitu života. Ve své práci bez ohledu na rozdíly mezi jednotlivými poruchami našli čtyři kategorie: subjektivně vnímaný stres, funkční oslabení, klinické faktory, behaviorální odpověď.

Do kategorie subjektivně vnímaného stresu zařadili závažnost symptomů, citlivost k úzkosti (strach ze somatických příznaků úzkosti), tolerance stresu, pozitivní a negativní afekt. Závažnost symptomů, vyšší citlivost k úzkosti, nižší tolerance stresu a negativní afektivita byly spojeny s nižší kvalitou života. Naopak pozitivní afektivita hodnocenou kvalitu zvyšovala.

Do kategorie funkční oslabení zařadili životní oblasti jako je sociální, profesní oblast a oblast fyzického zdraví s tím, že úzkost má na tyto oblasti života negativní vliv.

Do kategorie klinické faktory zařadili biopsychosociální faktory (např. genetické údaje případně věk), komorbiditu s jinými onemocněními (nejčastěji další úzkostná porucha, deprese), odpověď na léčbu a délku remise. Autoři konstatují, že biopsychosociální faktory jako je vyšší věk či genetická predispozice měly vliv na nižší kvalitu života, nicméně výsledky u věku nebyly jednoznačné. Průkazný vliv na nižší kvalitu života měla komorbidita s jinými onemocněními, nejčastěji jinou úzkostnou poruchou a depresí. Odpověď na léčbu logicky kvalitu života zvyšovala. Remise delší než dva roky po léčbě rovněž kvalitu zvyšovala.

Do kategorie behaviorální odpověď autoři zařadili zneužívání návykových látek, dysfunkční regulace emocí a maladaptivní zvládnání jako je vyhýbavé/zabezpečovací chování. Všechny tyto složky byly spojeny s nižší kvalitou života.

3.2.1 Zabezpečovací mechanismy

Vyhýbavé/zabezpečovací chování doprovází řadu těchto poruch. Toto chování významně ovlivňuje fungování dotčených osob v různých oblastech života a zároveň má vliv i na průběh poruch. Rachman (1984) u pacientů s agorafobií naznačil, že úzkost souvisí s vnímaným zabezpečením v dané situaci. Agorafobii chápe v kontextu rovnováhy mezi nebezpečím a zabezpečovacími signály. Salkovskis (1991) tento předpoklad rozvinul a zavedl koncepci zabezpečovacích mechanismů (*“safety seeking behaviour”*). Tyto mechanismy, uvádí (1991),

jsou logické reakce na obávané podněty. Takové chování píše tamtéž, může být chování vyhýbavé nebo únikové. Jedná se o prevenci, která má zabránit uskutečnění obávané hrozby jako je například ponížení, smrt či nemoc. Ovšem právě využívání těchto mechanismů může být klíčovým v udržování úzkostných poruch, uvedl Salkovskis (1991). Dovojuje, že zabezpečovací chování je zřejmě spojeno s mylně vnímaným pocitem kontroly a bezpečí, protože se osoba v dané situaci mylně domnívá, že svým chováním může obávané nebezpečí zvrátit (Salkovskis, 1991). Zřejmě tak existuje spojitost mezi katastrofickými myšlenkami a zabezpečovacím chováním (Salkovskis et al., 1996). Salkovskis et al. (1996) se u panických poruch pokusil zabezpečovací chování rozdělit do tří forem. Rozlišuje

- a. *vyhýbavé chování*, které nastává ještě před vypuknutím hrozby, má zabránit tomu, aby hrozba vůbec nastala
- b. *chování únikové*, které nastane při objevení hrozby, kdy úzkost roste
- c. „*mírnější vyhnutí*“, které má být prevencí nebo minimalizováním hrozby v momentě, kdy jí je jedinec vystaven.

U sociální fobie někdy bývá rozděleno zabezpečovací chování na dva subtypy: *vyhýbavé chování* a *řízení dojmu*. Vyhýbavé chování je zaměřeno zejména na vyhýbání se sociální interakci. Řízení dojmu je zaměřeno na takové chování, které vyvolá dobrý dojem při interakcích (Plasencia et al., 2011).

Zabezpečovací mechanismus je tedy chováním vyskytujícím se u úzkostných poruch s cílem napomoci jedinci během pociťovaných příznaků nebo zabránit vzniku pociťovaných obávaných příznaků. Zabezpečovací mechanismy jsou charakterizovány jako okamžitá aktivita vyvinutá s cílem zabránit, uniknout nebo minimalizovat následky úzkosti včetně snížení stresu z úzkosti samotné (Blakey & Abramowitz, 2016). Možná by se daly přirovnat k jakýmsi obranným mechanismům. Jejich vymezení je však s ohledem na různorodé koncepty a metodologické rozdíly studií nejasné (Helbig-Lang & Petermann, 2010; Helbig-Lang et al., 2014). Nicméně jasným zůstává, že tyto mechanismy mají výrazný vliv na kvalitu života jedinců trpících úzkostnými poruchami a kvalitu života mohou dále snižovat.

Helbig-Lang et al. (2014) postulují, že ačkoli projevy zabezpečovacích mechanismů mohou být různorodé, jejich funkce je jednoznačná. Tyto mechanismy jsou spojeny s obávanými podněty a jejich použití je s ohledem na poruchu logické. Jejich cílem je umožnit jedinci situaci zabránit

(prevence), situaci opustit (únik) nebo snížit obavy (snížit stres). Například muž, který se obává nákazy, používá v hromadných prostředcích preventivně rukavice (prevence), po zakašlení dítěte prostředek opouští na nejbližší zastávce (únik) nebo hledí v přeplněném prostředku z okna, aby si snížil napětí (Mendeley et al., 2016).

Na rozdíl od copingových strategií zvládnání jsou však zabezpečovací mechanismy považovány za mechanismy, které naopak úzkostné poruchy nadále udržují v chodu (Helbig-Lang & Petermann, 2010; Helbig-Lang et al., 2014). Zatímco copingové strategie jsou flexibilními strategiemi zvládnání obávaných situací, zabezpečovací chování je rigidní a umožňuje se obávanému podnětu vyhnout (Hoffman & Chu, 2019). Využití zabezpečovacího chování nebezpečnost podnětu potvrzuje. To, že jedinec tyto mechanismy využívá, znamená, že je situace nebo kontext nebezpečný. Lze je chápat jako maladaptivní behaviorální odpověď na úzkost, která je negativně zpevňována (Helbig-Lang et al., 2014). Pokud obávaná situace nenastane, může být výsledek mylně přisuzován právě zabezpečovacímu chování, čímž jeho využití dále posiluje (Gústavsson, et al., 2021).

Meyer et al. (2019) se zaměřili na zabezpečovací mechanismy u pacientů se sociální úzkostí a panickými záchvaty (254 participantů). Výsledky path analýzy poukázaly na to, že do vztahu mezi kvalitou života těchto jedinců a jejich symptomy vstupuje právě používání zabezpečovacích mechanismů. Jako zabezpečovací mechanismy chování je dle autorů chápáno i takové chování jako je mentální příprava na obávanou sociální situaci, redukce napětí bráničním dýcháním, chování zaměřené na ujišťování. Všechna tato chování potvrzují nebezpečnost obávané situace/podnětu a dále ho udržují.

Na druhé straně však některé práce hovoří o tom, že rozumné využívání zabezpečovacích mechanismů může naopak podpořit zvládnutí situace, zvýšit pocit kontroly v obávané situaci a zvýšit sebeúčinnost. Využití zabezpečovacích mechanismů tak může učinit expozici akceptovatelnější (Levy & Radomsky, 2016). Zabezpečovací mechanismy v této situaci mohou snižovat obavy z expozice, zvyšovat toleranci stresu během expozice (Blakey & Abramowitz, 2016).

3.2.1.1 Konkrétní příklady zabezpečovacího chování

Praško & Prašková (2008) ve své knize věnované specifickým fobiím uvádějí tyto příklady zabezpečovacího chování. U fobie ze zvířat konkrétně ze psů se dotyčný vyhýbá parkům, vyhýbá se slovu pes a monitoruje okolí. Při strachu být sám jedinec všude vyžaduje doprovod, používá signální zařízení, mobilní telefon, aby si podporu mohl přivolat. Při strachu z létání se vyhýbají létání nebo používají uklidňující léky či alkohol při letu. Při strachu z hluku se vyhýbají hlučným místům, používají ucpávky do uší. Při strachu z uzavřených prostor dotyční sedí například blízko východu, nezamykají se na toaletě, otevírají okna atd. Tyto formy zabezpečovacího chování lze považovat za celkem jasné příklady využití prostředků k vyhnutí se fobickému předmětu.

Příkladem únikového chování může být únik jedince ze situací, které v něm vyvolávají úzkost. Takovým příkladem může být například únik z uzavřeného prostoru u agorafobií, ustrnutí při zkoušce nebo odchod z veřejného vystoupení u sociální fobie.

Pak jsou zde ovšem i subtilnější zabezpečovací vzorce. Plasencia et al. (2011) mezi takovéto příklady uvádí u sociálních fobií například pečlivou přípravu na sociální interakce (přehrávání toho, co řeknou a co říkají během interakce, písemná příprava), sebemonitoring (pečlivé monitorování a cenzurování svého chování a řeči), předstírání zájmu a souhlasu (neautentické přikyvování, usmívání). V obdobném duchu SBQ (*Safety Behavior Questionnaire*) dotazník využívaný u sociální fobie uvádí tyto příklady: přehrávání vět v duchu před vyslovením nahlas, nošení oblečení, na kterém nebude vidět známky pocení, používání make upu pro zakrytí červenaní se, vyhýbání se mluvení o sobě, mluvení méně, vyhýbání se očnímu kontaktu, nenápadnost.

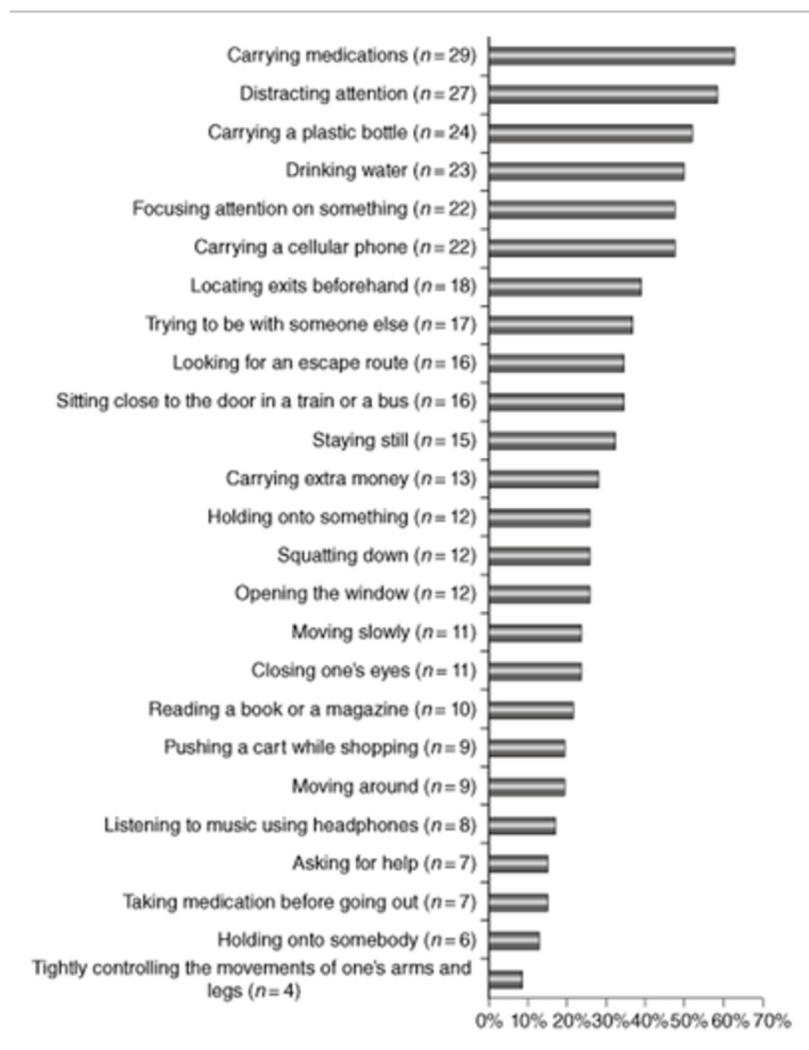
Na základě zkušenosti s pacienty s panickou poruchou s nebo bez agorafobie v programu KBT terapie se Funayama et al. (2013) pokusili sestavit seznam nejčastěji využívaných zabezpečovacích forem chování. Tento seznam zahrnoval následující chování:

1. nikdy nevychází ven bez medikace ačkoli ji bere jen zřídka
2. rozptyluje pozornost,
3. nosí s sebou láhev

4. pije vodu
5. zaměřuje pozornost
6. vždy má mobilní telefon
7. hledá únikové cesty
8. vyhledává společnost druhých
9. ve vlaku/jízdní soupravě se vždy zdržuje blízko dveří
10. nehýbe se
11. bere se sebou peníze pro případ potřeby
12. přidržuje se něčeho
13. sedá si do dřepu
14. otevírá okno
15. hýbe se pomalu
16. zavírá oči
17. čte si knihu nebo časopis
18. při nákupu tlačí vozík
19. popochází
20. poslouchá hudbu
21. žádá o pomoc
22. bere si léky než opustí domov
23. spoléhá se na druhého
24. úzkostlivě kontroluje pohyby rukou a nohou.

Níže je uveden seznam těchto chování a frekvence jejich výskytu

Obrázek 4: Frekvence zabezpečovacího chování



Zdroj: (Funayama et al., 2013)

Do seznamu jiné formy zabezpečovacího chování pak uvedli Funayama et al. (2013) další méně časté formy zabezpečovacího chování. Mezi tyto formy patřilo například tiché zpívání, nošení ubrousků a kapesníků, nošení karty zdravotní pojišťovny pro případ potřeby, pití alkoholu, vyhnutí se pití alkoholu, překřížení nohou, kouření, nošení vícero oblečení, vyhledání cesty zpět a zjišťování jízdního řádu dopředu, rychlá chůze. Níže uvedená tabulka uvádí statisticky významné korelace mezi panickými symptomy a konkrétní formou zabezpečovacího chování tak, jak ho zjistili autoři této studie.

Obrázek 5: Zabezpečovací chování signifikantně spojené se panickými symptomy

Panic symptom	Safety behavior	OR (95%CI)
Palpitation	–	–
Sweating	Moving slowly	0.2 (0.0–0.9)
Trembling	Carrying medications	5.3 (1.4–20.5)
Shortness of breath	–	–
Choking feeling	Distracting attention	0.3 (0.0–1.0)
Chest pain or discomfort	Staying still	4.4 (1.1–16.9)
Nausea	Squatting down	9.2 (1.7–48.9)
	Staying still	8.4 (1.9–36.6)
	Moving slowly	7.6 (1.4–40.8)
Dizziness	Distracting attention	5.2 (1.3–20.8)
	Carrying medications	4.3 (1.1–16.5)
	Drinking water	5.1 (1.1–22.2)
	Carrying a plastic bottle	5.8 (1.3–25.4)
Derealization	Squatting down	4.2 (1.0–16.9)
	Distracting attention	4.7 (1.2–17.9)

Zdroj: (Funayama et al., 2013)

Panický symptom pocení je spojen s pomalou chůzí, třes s nošením medikace s sebou, pocit knedlíku v krku s pokusem o rozptýlení pozornosti, bolest na hrudi, pocity stísněnosti se setrváním v nehybnosti, pocity nevolnosti s dřepnutím si, nehybností, pomalým pohybem, závratě s rozptýlením pozornosti, nošením medikace, pitím vody, nošením láhve, pocity derealizace s dřepnutím si a rozptýlením pozornosti.

Z výše uvedených konkrétních případů je zřejmé, že tyto formy chování zasahují významně do života jedinců a významně ovlivňují kvalitu jejich života. Jedná se o neadaptivní rigidní formy zvládnutí stresu, které narušují každodennost a zužují bytí jedince.

4 Možnosti léčby

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastěji se vyskytujícími psychiatrické onemocnění. Jsou spojeny s řadou omezení v běžném životě, přesto jsou často v primární péči přehlíženy. Podle reprezentativní studie ze 6ti evropských zemí ESEMeD (*The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) se 25,9% respondentů alespoň jednou za život setkalo s mentální poruchou a 11,5% v posledních 12ti měsících. Z toho vyhledalo zdravotnickou pomoc pouze 30,8 % pacientů s poruchami nálady a 20,6% s úzkostnými poruchami. 20,7% uvedlo, že se jim žádné pomoci nedostalo (Alonso & Lépine, 2007).

Ne zřídka se pacientům dostává péče až když trpí znatelným stresem/pocitem znatelné nepohody nebo pokud trpí komplikacemi spojenými s onemocněním jako je například zneužívání návykových látek, sebevražedná ideace či sekundární deprese (Smolders et al., 2009; Bandelow et al., 2017).

Na druhé straně pacienti nemusí primární péči vždy vyhledat. Jak uvádí výše uvedená studie ESEMeD (Alonso & Lépine, 2007) pouze 20,6% osob trpících úzkostnými poruchami lékařskou pomoc vyhledalo. Bandelow et al. (2017) uvádí, že frekvence návštěvy primární péče se může lišit i dle typu poruchy. Například osoby s panickou poruchou vyhledaly primární péči častěji než osoby trpící specifickými poruchami. U panické poruchy péči vyhledaly z obavy, že trpí závažnými somatickými potížemi jako infarkt myokardu apod. U specifických fobií považovaly svůj strach za běžný nebo se domnívaly, že si s fobií poradí samy.

Pokud jsou příznaky poruchy pouze mírné či přechodné nemusí být pacienti léčeni vůbec. Léčba obvykle probíhá ambulantně. Důvodem pro hospitalizaci jsou sebevražedné sklony, nereagování na standartní léčbu nebo komorbidita s jinými onemocněními jako je deprese, poruchy osobnosti či zneužívání návykových látek.

Léčba by měla zahrnovat „**psychoedukaci**“, kde jsou postiženým poskytnuty informace o poruše, její možné etiologii a možnostech léčby, **psychoterapii, farmakoterapii**, případně další individuální léčbu dle historie a individuálních potřeb pacienta, postuluje Bandelow et al., (2017).

4.1 Farmakoterapie

Podle některých biochemických teorií může mít úzkost souvislost s deregulací serotoninergního a noradrenergního systému (Ohaeri, 2006; Orel et al., 2020). V těch se má za to, že úzkost může pramenit z hyperaktivity noradrenergního a hypoaktivity serotoninergního systému (Šilhán et al., 2014).

Jako léky první volby při léčbě úzkostných poruch jsou využívány léky ze skupiny *SSRI* (*selective serotonin reuptake inhibitors*), *SNRI* (*serotonin/noradrenalin reuptake inhibitors*) (Ohaeri, 2006; Bandelow et al., 2017).

Léky ze skupiny SSRI jsou řazeny mezi léky třetí generace antidepresiv. Zvyšují koncentraci serotoninu v synaptických štěrbinách tím, že inhibují jeho zpětné vychytávání (Orel et al., 2020). Mezi zástupce patří například citalopram, escitalopram, fluoxetin, paroxetin, sertralin.

Léky ze skupiny SNRI patří mezi zatím nejnovější léky čtvrté generace antidepresiv. Tyto léky působí na dva mediátorové systémy, serotoninergní a noradrenergní a zvyšují jejich koncentraci v synaptických štěrbinách. Mají anxiolytický i analgetický účinek (Orel et al., 2020). Zástupci této skupiny jsou například venlafaxin, duloxetin.

Nástup anxiolytického efektu obvykle přichází po dvou až čtyřech týdnech. V mezidobí může dojít naopak ke zhoršení symptomů (Bandelow et al., 2017)

Tricyklická antidepresiva jsou léky první generace antidepresiv. Působí na více mediátorových systémů, především na serotoninergní a noradrenergní a zvyšují jejich koncentrace v synaptických štěrbinách. Mají však řadu vedlejších účinků a v současné době se od jejich užívání spíše ustupuje (Orel et al., 2020). Mezi zástupce patří například imipramin, clomipramin.

Inhibitory monoaminoxidáz jsou antidepresiva, která blokují účinky enzymů zodpovědných za odbourávání neurotransmitterů jako je serotonin, noradrenalin, dopamin. Opět tak zvyšují jejich koncentraci. MAO první generace inhibují neselektivně, nevratně a mají řadu nežádoucích účinků (Orel et al., 2020). Mezi zástupce patří například tranylcypromin.

Druhá generace blokuje selektivně. Bývají označovány také jako RIMA (reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy) a mezi zástupce patří například moklobemid (Orel et al., 2020).

Benzodiazepinová anxiolytika jsou okamžitě účinná anxiolytika. Obvykle působí anxiolyticky, sedativně i hypnoticky (Orel et al., 2020). Jejich užívání se doporučuje pouze na přechodné období, protože mohou vyvolat závislost. U úzkostných poruch se například užívají na dobu přechodnou, než nastoupí účinnost antidepresiv. Ve výjimečných případech je lze podat při panickém záchvatu (lorazepam) nicméně doporučuje se spíše pacienta edukovat než medikovat (Bandelow et al., 2017). Mezi zástupce s rychlým nástupem účinku řadíme alprazolam, diazepam, se středním nástupem účinku clonazepam, oxazepam (Orel et al., 2020).

Z nebenzodiazepinových anxiolytik se využívá k léčbě generalizované úzkosti například buspiron, ačkoli výsledky účinnosti nejsou jednoznačné (Bandelow et al., 2017).

U farmakoterapie figuruje i pregabalin ze skupiny antiepileptik. Pregabalin působí na $\alpha_2\text{-}\delta$ podjednotku napěťově řízeného kanálu pro vápník.¹² Má anxiolytický a analgetický efekt. Má rychlejší nástup než SSRI a SNRI antidepresiva (zhruba 1 týden). Využívá se při nespavosti, u generalizované úzkostné poruchy a panické poruchy. Vzniká u něho však riziko závislosti (Bandelow et al., 2017).

Jako off label léčiva se využívají k léčbě generalizované úzkostné poruchy například antidepresivum agomelatin, který je indikován pro léčbu deprese, či quetiapin ze skupiny atypických antipsychotik, který je indikován k léčbě schizofrenie (Bandelow et al., 2017).

Mimo jiné přehled specifických psychofarmak užívaných u vybraných poruch popisuje podrobně níže uvedený obrázek č.6.

¹² Elektrický impuls v presynaptické části otevře napěťově řízené kanály pro vápník. Vápník proudí do buňky (proudí z míst s větší koncentrací mimo buňku do míst s menší koncentrací vápníku dle koncentračního gradientu). Vápenaté ionty depolarizují plazmatickou membránu, spouštějí řadu procesů v buňce a mají vliv i na přesun váčků s transmitterem do synaptické štěrbin. Tam se následně váček uvolňuje a přenašeč putuje k postsynaptické membráně, kde reaguje s příslušnými receptory (Orel et al., 2020).

Obrázek 6: Základní charakteristiky jednotlivých úzkostných a fobických poruch

Porucha	Typické příznaky	Hlavní obava	Epidemiologie	Průběh	Psychofarmaka	Psychoterapie
Panická porucha	Náhlé nečekané záchvaty paniky s intenzivními vegetativními příznaky.	zemřu zkolabuji mám infarkt zešílím ztratím kontrolu	Celoživotní prevalence 1,5–3,5 % Roční prevalence 0,5–2,3 %	Vlnovitý, bez léčby zpravidla chronický. Sekundárně agorafobie, deprese	Clomipramin Imipramin SSRI, Moclobemid Tranylcypromin Alprazolam Clonazepam	edukace kontrola dechu interoceptivní expozice změna katastrofické interpretace relaxace řešení problémů
Generalizovaná úzkostná porucha	Alespoň 6 měsíců trvá výrazné napětí, fluktuující úzkost, strach a obavy z každodenních událostí a problémů. Příznaky vegetativního podráždění	starosti o zdraví svoje i rodiny, o práci, finance, zvládnání každodenních záležitostí	Celoživotní prevalence 5–15% Roční prevalence 2–4%	Vlnovitý a bez léčby zpravidla chronický	Alprazolam Clonazepam a další BZD Amitriptylin, Dosulepin, Clomipramin SSRI Buspiron, Venlafaxin	edukace relaxace změna katastrofických interpretací řešení problémů asertivita plánování času
Smišená úzkostně depresivní porucha	Jsou přítomny příznaky úzkosti a deprese, ale žádný typ příznaků není vyjádřen do té míry, aby opravňoval ke stažení samostatné diagnózy kterékoli z obou poruch.	nic nezvládnou nikdo o mne nestojí věci dopadnou špatně	Aktuální prevalence v primární péči 4,1 %	Chronický nebo periodický, častá invalidizace	SSRI Moclobemid Venlafaxin	edukace plánování aktivit změna katastrofických scénářů návčik komunikace
Agorafobie	Strach z cestování, opuštění domova, davu nebo veřejných prostranství. Při expozici vegetativní příznaky. Systematické vyhýbání se těmito situacím.	zkolabuji tam nikdo mi nepomůže nevyrzím tělesné příznaky pomoc bude daleko	Celoživotní prevalence 4–6% Roční prevalence 1,5–3%	Bez léčby zpravidla chronický, méně často vlnovitý s remisemi	Clomipramin Imipramin SSRI, Moclobemid Tranylcypromin Alprazolam Clonazepam	edukace změna katastrofické interpretace expozice in vivo řešení problémů
Sociální fobie	Strach z pátravých pohledů druhých, ze ztrapnění a zesměšnění. Vegetativní příznaky při expozici. Vyhýbání se sociálním situacím	bude to trapné budou se mi třást ruce, budu se červenat apod znemožním se nevyrzím příznaky	Celoživotní prevalence 10–16 % Roční prevalence 1,5–3%	Bez léčby chronický s mírným kolísáním. Sekundárně deprese a častá závislost na alkoholu.	Moclobemid SSRI Clonazepam	edukace změna katastrofické interpretace návčik komunikace expozice in vivo
Specifické fobie	Jde o iracionální strach např. z pavouků, psů, výšky, bouřky, tmy, pohledu na krev. Vyhýbání se těmito situacím.	to nedokážu vydržet to bych zemřela strachy	Celoživotní prevalence 12 % Roční prevalence 4–7%	Bez léčby chronický, některé, které začaly v dětství, spontánně odezní v dospělosti		edukace expozice in vivo

Zdroj: (Praško & Prašková, 2008)

Aktuálnější přehled pak popisuje u vybraných poruch (panické poruchy/agorafobie, generalizované úzkostné poruchy sociální fobie) níže uvedený obrázek č.7.

Obrázek 7: Přehled medikace u panické poruchy/agorafobie, generalizované úzkostné poruchy a sociálně úzkostné poruchy

Medications						
	Drug	Efficacy shown in RCTs for			Daily dose	Adverse effects
		PDA	GAD	SAD		
SSRIs	Citalopram ¹	x		x	20–40 mg	Jitteriness, nausea, restlessness, headache, fatigue, increased or decreased appetite, weight gain, weight loss, tremor, sweating, QT _c prolongation, sexual dysfunction, diarrhea, constipation, and other side effects
	Escitalopram ²	x	x	x	10–20 mg	
	Fluoxetine	x				
	Fluvoxamine	x		x		
	Paroxetine	x	x	x	20–50 mg	
	Sertraline	x	x	x	50–150 mg	
SNRIs	Duloxetine		x		60–120 mg	Jitteriness, nausea, restlessness, headache, fatigue, increased or decreased appetite, weight gain, weight loss, tremor, sweating, sexual dysfunction, diarrhea, constipation, urination problems, and other side effects
	Venlafaxine	x	x	x	75–225 mg	
Tricyclic antidepressant	Clomipramine	x			75–250 mg	Anticholinergic effects, somnolence, dizziness, cardiovascular side effects, weight gain, nausea, headache, sexual dysfunction, and other side effects
Calcium modulator	Pregabalin		x	x	150–600 mg	Dizziness, somnolence, dry mouth, edema, blurred vision, weight gain, constipation, euphoric mood, balance disorder, increased appetite, difficulty with concentration/attention, withdrawal symptoms after abrupt discontinuation, and other side effects
Azapirone	Buspirone		x		15–60 mg	Dizziness, nausea, headache, nervousness, light-headedness, excitement, insomnia, and other side effects
RIMA	Moclobemide			x	300–600 mg	Restlessness, insomnia, dry mouth, headache, dizziness, gastrointestinal symptoms, nausea, and other side effects

PDA, panic disorder/agoraphobia; GAD, generalized anxiety disorder; SAD, social anxiety disorder (also known as social phobia); RIMA, reversible monoamine oxidase A inhibitor; RCT, randomized controlled study; SNRI, selective serotonin norepinephrine reuptake inhibitors; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitors.

¹Do not exceed recommended dose (possible QT_c interval prolongation). Maximal dose with diminished hepatic function, 30 mg/d; for older patients, 20 mg/d.

²Do not exceed recommended dose (possible QT_c interval prolongation). Maximal dose for persons over age 65, 10 mg/d.

Zdroj: (Bandelow et al., 2017)

4.1.1 Fytoterapie

K léčbě poruch bývá někdy využívána i fytoterapie, tedy léčba pomocí léčivých rostlin. Ke zklidnění se například doporučuje kozlík lékařský, mučenka pletní, meduňka lékařská, magnolie lékařská, levandule lékařská, chmel otáčivý.

Bandelow et al. (2017) uvádí vybrané studie, které zkoumaly účinky Kava kava¹³, valeriánských kapek¹⁴, třezalky tečkované či Silexanu¹⁵. Dvojitě zaslepená studie (placebo, Silexan, paroxetin) autorů (Kasper et al., 2014) prokázala významně antidepresivní efekt a zvýšení kvality života osob s generalizovanou úzkostnou poruchou, kterým byl podáván Silexan. Obdobné výsledky měla i kontrolovaná studie (Kasper et al., 2015) zkoumající vliv Silexanu na osoby trpící poruchami spánku a neklidem v důsledku úzkosti. I zde se prokázal uklidňující a anxiolytický efekt Silexanu.

U Valeriánských kapek, extraktu z třezalky, uvádí Bandelow et al. (2017), účinek u vybraných kontrolovaných studií nebyl prokázán. U Kava kava byly výsledky spíše nekonzistentní. Například dvojitě zaslepená studie (placebo, venlafaxin, Kava kava) kolektivu autorů Connor et al. (2006) významný účinek Kava kava u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou neprokázala. Naopak studie (placebo, Kava kava) autorů Sarris et al. (2013) u pacientů s generalizovanou úzkostí prokázala významný vliv Kava kava na snížení úzkosti. Dvojitě zaslepená studie kolektivu autorů Jacobs et al. (2005) zkoumala účinnost Kava kava na redukci úzkosti a valeriánské kapky v souvislosti se zlepšením spánku. Výsledky účinnost nepotrdily.

Navíc u fytoterapie je potřeba vzít v potaz skutečnost, že rostliny obsahují směs mnoha účinných látek s léčebnými, ale i toxickými účinky, jejichž koncentrace vlivem různých podmínek kolísá. Účinky obdobných rostlin tak nemusí být zdaleka stejné (Orel et al., 2020).

4.2 Psychoterapie

Dle řady kontrolovaných studií se jeví u úzkostných poruch jako nejúčinnější forma terapie kognitivně behaviorální (KBT) (APA, 2015; Bandelow et al. (2017). Zlepšila fungování i kvalitu života stížených osob. To potvrzují i autoři metaanalytické studie (Olatunji et al., 2010). K obdobným závěrům došel i kolektiv autorů Hofmann et al. (2014), kteří se zaměřili na výsledky 106 metaanalýz zabývajících se léčbou KBT u mentálních poruch.

¹³ Pepřovník opojný

¹⁴ Extrakt z kozlíku lékařského

¹⁵ Esenciální olej získaný destilací z levandule

Kognitivně behaviorální terapie staví na výzkumu i klinické praxi. Pro účely této práce uvádíme pouze shrnutí základních prvků tak, jak je uvádí APA (2017), samotná terapie je však mnohem komplexnější.

Psychické problémy jsou zčásti způsobeny chybnými nebo dysfunkčními způsoby myšlení.

Psychické problémy jsou zčásti způsobeny naučenými vzorci dysfunkčního chování.

Když se osoby trpící psychickými problémy naučí tyto problémy zvládat efektivněji, zmírní se symptomy alepší se jejich fungování v životě.

KBT tak působí na změny nevhodných myšlenkových vzorců. Vyhledává například dysfunkční způsoby myšlení, které psychické problémy způsobují a nahrazuje je realističtějšími vzorci. Učí lépe porozumět motivaci a chování druhých. Pomáhá zlepšovat důvěru ve vlastní schopnosti.

KBT působí i na dysfunkční chování, a to například takto. Místo vyhýbání se obávaným podnětům, učí těmto podnětům čelit. Využívá hraní rolí k přípravě na potenciálně problematické interakce s druhými. Staví i na technikách zklidňujících mysl a relaxačních technikách ke zklidnění tělesné symptomatiky (American Psychological Association, 2017).

Kolektiv autorů Olatunji et al. (2010) popisují, jakým způsobem probíhá léčba KBT u vybraných fobických úzkostných poruch takto:

U panické poruchy obvykle probíhá edukace o tom, jak vzniká a probíhá panická reakce. Terapie se zaměřuje se na kognitivní techniky terapie s cílem dekatastrofizovat symptomy paniky a jejich následky. Součástí terapie je i expozice tělesným příznakům spojeným s panikou (interoceptivní expozice) a expozice situacím, jimž se dotýční vyhýbají. Někdy se využívají i techniky k redukci napětí jako například brániční dýchání nebo progresivní svalová relaxaci. Obdobný postup uvádí i Praško (2005) v přehledu na obrázku č.6.

U specifických fobií se KBT zaměřuje převážně na expozice fobickým podnětům. Expozice probíhá in vivo či v imaginaci. Obdobné kroky k léčbě specifických fobií uvádí i Praško (2005) v přehledu na obrázku č.6. V současné době dochází i k využití virtuální reality (Olatunji et al., 2010). Ta nabízí terapeutickou příležitost, jak uchopit některé obávané situace. Může být vhodným nástrojem například při nácviku strachu z létání, strachu z hmyzu, strachu z bouřky,

strachu z řízení v tunelu. Mohou tak připravit jedince na situace, kterých se obává v realitě, ale jen těžko si nácvik může realizovat s terapeutem ve skutečné situaci.

U sociální fobie KBT klade důraz na kognitivní restrukturalizaci¹⁶ a expozici in vivo obávaným situacím. Pacienti zde identifikují svá přesvědčení o svých sociálních kompetencích a testují pravděpodobnost s jakou tato přesvědčení budou mít skutečně negativní důsledky, budou negativně hodnoceni okolím. In vivo expozice jim poskytují příležitost konfrontovat se se situacemi, kterým se vyhýbají či kterých se obávají, a i příležitost trénovat si sociální kompetence. Často se zde KBT praktikuje skupinově (Olatunji et al., 2010).

Generalizovaná úzkostná porucha, postulují Olatunji et al. (2010) je jednou z nejobtížněji léčitelných poruch. Vyznačuje se totiž řadou měnících se nespecifických obav, jež aplikaci konkrétních postupů komplikují. Praško (2005) u terapie této poruchy v přehledu na obrázku č.6 v terapii zařazuje edukaci, relaxaci, řešení problémů, změnu katastrofických scénářů, nácvik asertivity či plánování času.

4.3 Další techniky

Mezi další techniky, které jsou využívány u úzkostných poruch, patří fyzická aktivita. Fyzická aktivita, postuluje Orel et al. (2020), zlepšuje prokrvení a celkově příznivě ovlivňuje tělesnou kondici i psychickou činnost. Mimo jiné optimalizuje mediátorové systémy jako jsou dopaminový či serotoninový.

U úzkostných poruch však vliv není zcela jednoznačný. Vlivem pravidelné aerobní aktivity (běhání) na pacienty s panickou úzkostí se zabývala například kontrolovaná studie (placebo, clomipramin, běhání) kolektivu autorů Broocks et al. (1998). Výsledky sice prokázaly zlepšení jak u pacientů, kteří běhali, tak u těch užívajících clomipramin. Ovšem efekt clomipraminu se ukázal jako rychlejší a účinnější. Kolektiv autorů Bartley et al. (2013) provedli metanalytickou studii vlivu aerobních aktivit na léčbu úzkostných poruch. V metaanalýze došli k závěru, že tyto aktivity signifikantní vliv při léčbě úzkostných poruch nemají. Shodně Bandelow et al. (2017)

¹⁶ Změna myšlenkových vzorců

v návaznosti na výsledky metaanalýzy signifikantní vliv fyzických aktivit na léčbu úzkostných poruch nepotvrdili a doporučují proto tyto aktivity zařadit pouze jako doplňkové.

Mezi další doplňkové techniky využívané při léčbě patří například autogenní trénink, hypnóza, biofeedback či akupunktura.

Výzkumná část

5 Výzkumný problém

Klíčovým tématem této práce je kvalita života osob s fobickými a jinými anxiózními poruchami. Jak uvádíme v teoretické části práce, výzkumy naznačují, že kvalita života těchto osob může být kvůli poruchám významně omezena. Tím, že tyto poruchy nemají organické ukotvení, může být kvalita života významným komplexním ukazatelem, kde se tato porucha projevuje a ovlivňuje život jedince. V teoretické části popisujeme, jakým způsobem lze na kvalitu života nahlížet, a podrobně uvádíme i oblasti, které tyto poruchy dle zjištění zasahují. V našem výzkumu nás zajímá, jak naši respondenti vnímají limity vystavěné poruchou a jaký to má dopad na jejich fungování v různých oblastech života. Chceme zjistit, které životní oblasti jsou poruchami omezeny a jaké aspekty úzkostných poruch k tomu přispívají. Zajímá nás tedy i to, které konkrétní projevy poruch je limitují.

Dále chceme prozkoumat, které konkrétní strategie ke zvládnutí využívají. Co našim respondentům pomáhá překonávat limity definované jejich poruchami a jaké to má následky. Popis mechanismů zvládnutí může být pro ně příležitostí k posílení adaptivních strategií, ovšem zároveň i možností k odhalení zabezpečovacích mechanismů, které klienti u tohoto typu poruch často využívají.

V našem výzkumu klademe důraz na individuální prožitky jednotlivců, nestavíme na komplexním popisu zkoumaného fenoménu ani nemáme ambice výsledky zobecňovat. Popisujeme a mapujeme zde tuto problematiku z pohledu vybraných jedinců s cílem detailněji přiblížit, jakým způsobem nahlízejí na poruchu oni sami. Z tohoto důvodu jsme zvolili kvalitativní přístup ke zvolené problematice.

5.1 Cíle práce

Cílem výzkumu bude popsat zkušenosti osob s fobickými a jinými anxiózními poruchami.

Zmapovat oblasti, kde je tato porucha omezuje, a specifikovat její možný dopad na kvalitu života.

Popsat, jaké konkrétní mechanismy zvládání u těchto poruch využívají.

Prozkoumat možnou souvislost mezi specifickými strategiemi zvládání a jednotlivými poruchami.

5.2 Výzkumné otázky

V návaznosti na výzkumné cíle byly vytyčeny následující výzkumné otázky.

Ve kterých oblastech života vnímají respondenti omezení způsobené poruchou?

Které projevy poruchy u respondentů mají dopad na kvalitu života?

Jakým způsobem jsou úzkostné stavy zvládány?

Jaké vzorce chování jsou ke zvládání s ohledem na poruchu respondenty využívány?

6 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

V další části se věnujeme popisu zvoleného metodologického rámce a metodám, které jsme ve výzkumu použili. Zvolenou problematiku nahlížíme detailně popsánymi prožitky několika respondentů, a tomu odpovídá i zvolený typ výzkumu a použité metody.

-

6.1 Zvolený typ výzkumu a použité metody

„Kvalitativní přístup je přístupem, který k popisu, analýze a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností fenoménů naší vnitřní či vnější zkušenosti využívá kvalitativních metod“ (Miovský, 2009, 17). Jak uvádíme v předchozí kapitole, naším cílem bylo hlouběji porozumět tomu, jak vnímají kvalitu života osoby trpící fobickými a jinými anxiózními poruchami, a právě z tohoto důvodu jsme zvolili tento přístup. Navíc kvalitativní přístup umožňuje poměrně velkou flexibilitu při realizaci, což považujeme za jeho velkou přednost.

Zvoleným typem výzkumu byla případové studie, kdy jsme vybranou problematiku popisovali, analyzovali a interpretovali na základě několika případů. Za pomoci stanovených otázek jsme cílili na respondentovy vlastní jedinečné autentické prožitky. Zajímali nás jak prožitky, tak mentální fenomény jako jsou například myšlenky respondenta, asociace či vzpomínky vázané na poruchu.

Pokoušeli jsme se je aktivně a do hloubky uchopit tak, jak nám je tlumočil respondent sám. Šlo nám o to pochopit, jaký smysl svému prožívání dává. Z tohoto důvodu jsme zvolili k analýze dat interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA). Tuto metodu v *Psychologii a zdraví* v roce 1996 uvedl David Smith. IPA se zprvu využívala hlavně v psychologii zdraví, později se stala metodou používanou v oblastí psychologie jako je například klinická psychologie, poradenská psychologie, školní psychologie (Alase, (2017). IPA, vysvětlují Pietkiewicz & Smith (2014) staví na fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu. Z hlediska fenomenologie nahlíží na prožitky jednotlivce z jeho vlastní perspektivy. Ptá se na to, jakým způsobem jedinec vnímá

tyto prožitky a jak tyto prožitky interpretuje. Z pohledu hermeneutiky se někdy hovoří o dvojité hermeneutice či dvojité interpretaci. Za prvé zde jednotlivec interpretuje svůj svět a za druhé se výzkumník tento způsob, jakým svět interpretuje, pokouší uchopit (Smith & Osborne, 2008, citováno v Pietkiewicz & Smith, 2014).

Jinými slovy výzkumník využívající IPA se pokouší porozumět pohledu participantů na jejich vlastní prožitky a zároveň si klade kritické otázky. Ptá se například na to, co tím respondent míní, zda bylo zde sděleno něco, co nebylo zamýšleno, neděje li se něco dalšího, čehož je si jedinec méně vědom..., postulují Pietkiewicz & Smith (2014).

6.2 Etické problémy a způsob jejich řešení

Etická úskalí jsme v našem výzkumu řešili informovaným souhlasem. Všichni účastníci výzkumu tento informovaný souhlas podepsali. Vyhotovili jsme vždy 2 kopie (1 účastník, 1 výzkumník). V informovaném souhlasu jsme účastníky seznámili s podmínkami účasti v projektu, dostali informaci o výzkumném projektu, průběhu rozhovoru a stručně byli obeznámeni i s postupem zpracování dat s tím, že rozhovory budou nahrávány a následně přepsány. Účast na výzkumu byla dobrovolná a účastníci měli možnost kdykoli z výzkumu odstoupit, případně neudělit souhlas s využitím získaných dat.

Respondenti psychiatrické nemocnice podepsali informovaný souhlas vypracovaný pro příslušné zařízení. V tomto případě navíc realizaci předcházelo schválení etickou komisí, která byla podrobně seznámena s projektem včetně výzkumných otázek. Vzor tohoto dokumentu přikládáme přílohou.

Všichni účastníci dostali kontaktní email v případě, že by měli zájem o zaslání hotové práce. Získaná data byla anonymizována, veškeré údaje, které by mohly vést k identifikaci účastníka byly odstraněny. Rozhovory byly očíslovány a jména respondentů u kazuistik byla změněna.

Za věnovaný čas byla účastníkům nabídnuta finanční odměna ve výši 200 Kč. Přijali ji 4 respondenti ze 7. Tato odměna ovšem nebyla pro ně hlavní motivací k účasti ve výzkumu.

Předpokládáme, že účastníci nebyli oklamáni, nebyla jim způsobena újma a bylo s nimi zacházeno s důstojností a respektem.

Nejsme si vědomi žádného střetu zájmu v provedeném výzkumu.

6.3 Způsob výběru výzkumného souboru a jeho zdůvodnění

Cílovou skupinou byly osoby, kterým byla dle MKN-10 diagnostikována fobická úzkostná porucha nebo jiná úzkostná porucha. U těchto osob je tato porucha diagnostikována jako hlavní diagnóza. Komorbidita v rámci téma F40-41 s dalším fobickými či jinými anxiózními poruchami byla možná a nebyla důvodem k vyloučení ze vzorku. Úzkostná symptomatika jako sekundární projev somatického či jiného onemocnění mimo tuto kategorii byla důvodem k vyloučení ze vzorku (deprese, závislosti, OCD, PTSD, psychotické poruchy, poruchy příjmu potravy, somatoformní poruchy...). Věková hranice ani doba onemocnění nebyly pro účely našeho výzkumu podstatné a nebyly proto diskriminačním kritériem.

Výběr probíhal nepravděpodobnostní metodou samovýběru. Osloveny byly osoby, kterým byla diagnostikována dle MKN-10 fobická úzkostná porucha nebo jiná úzkostná porucha. K získání tohoto výzkumného souboru byla oslovena zařízení, která mají tyto osoby v péči, například Národní ústav duševního zdraví, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychosomatická klinika a dále pak individuální terapeuti s žádostí o zprostředkování kontaktu s těmito osobami. Zároveň byly osloveny i svépomocné skupiny. Oslovení probíhalo skrze sociální sítě, emailem a telefonicky. Pro oslovené instituce byl připraven průvodní dopis se stručnými informacemi o výzkumu a jeho cílech a pro cílovou skupinu byl připraven leták s žádostí o účast, kde byly další informace o výzkumu, kontakt na výzkumnici a datum, dokdy je možné se do výzkumu přihlásit. Pro psychiatrickou nemocnici byl pak připraven detailnější popis výzkumu, který byl zaslán k vyjádření etické komisi a primářům příslušných oddělení. Po souhlasném stanovisku etické komise a primáře vybraného oddělení byly lékařem vtipovány vhodné osoby, které oslovili s žádostí o účast ve výzkumu.

6.4 Popis výzkumného souboru

Účastníky výzkumu byly osoby, které trpěly fobickou nebo jinou anxiózní poruchou. Jak již bylo uvedeno ve způsobu výběru výzkumného souboru, věková hranice ani doba onemocnění nebyly pro účely našeho výzkumu diskriminačním kritériem. V našem výzkumu jsme provedli rozhovory s 9 respondenty. U dvou účastníků se během rozhovorů ukázalo, že trpí i další poruchou, v obou případech hraniční poruchou osobnosti. Tato porucha by však mohla zkreslit výsledky našeho výzkumu, a proto jsme je z výzkumu vyřadili. Celkem jsme tak pracovali s vytvořenými daty od 7 respondentů.

2 naši respondenti byli aktuálně hospitalizováni a zbylých 5 se léčilo ambulantně (psychiatrie, psychoterapie). Nejmladšímu z našich účastníků bylo 18 let, nejstaršímu 45. Průměrný věk našich respondentů činil 32,5 let. Soubor tvořilo pět žen a dva muži. Přehled základních informací o respondentech včetně poruchy, kterou trpí, uvádí níže uvedená tabulka 1. Jména respondentů byla pro účely našeho výzkumu změněna.

Tabulka 1: Základní informace o respondentech

Jméno	Věk	Vzdělání	Porucha
Klára	18	Základní	generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha
Sylva	45	Vysokoškolské	agorafobie
Pavla	43	Vysokoškolské	panická porucha/generalizovaná úzkostná porucha
Romana	45	Vysokoškolské	panická porucha
Jan	35	Středoškolské	sociální fóbie
Karolína	24	Vyučen	panická porucha
Matěj	18	Základní	smíšená úzkostně depresivní porucha

6.5 Metoda tvorby dat

Data byla vytvořena na základě polostrukturovaných rozhovorů. Jedná se o jednu z nejčastěji využívaných klinických metod. Polostrukturované rozhovory probíhaly s každým účastníkem zvlášť a vycházely z jádra otázek, kde byl stanoven minimální okruh otevřených otázek, které byly předmětem dotazování. V našem výzkumu jsme vytvořili k polostrukturovanému rozhovoru 10 otázek. Pevné pořadí otázek nebylo závazné a bylo uzpůsobeno průběhu dotazování. Při dotazování jsme využívali tzv. *inquiry*, kdy jsme po respondentovi žádali doplnění k jeho odpovědím, abychom si například ověřili, že jsme odpovědi správně pochopili. Cílem doplňkových otázek bylo detailně a do hloubky popsat zvolenou problematiku tak, jak ji vnímá respondent. Součástí rozhovorů bylo i pozorování. Miovský (2009) pozorování považuje za nedílnou součást kvalitního interview (Miovský, 2009). Využili jsme zde jak pozorování respondentů (extrospekci), tak pozorování vlastní osoby (introspekci). Pozorování nám umožnilo sledovat, jakým způsobem otázky na respondenta působí, jak probíhá neverbální komunikace. Pozorování bylo i důležitou oporou při sebereflexi výzkumníka.

Místo k rozhovorům bylo zvoleno po telefonické nebo emailové komunikaci se zájemci. Se čtyřmi osobami proběhlo interview v kavárně, s jedním v kanceláři, s jedním on line z důvodu nemoci a se třemi osobami v areálu psychiatrické nemocnice¹⁷.

Na úvod byli účastníci seznámeni s výzkumem, podmínkami účasti a byl jim předám informovaný souhlas k podpisu (2 kopie). Všichni účastníci dostali prostor pro objasnění a případné dotazy k výzkumu. Bylo jim v souladu s informovaným souhlasem i ústně sděleno, že výzkum je anonymní a mají možnost kdykoli z výzkumu odstoupit, případně neudělit souhlas s využitím získaných dat.

Dále byli informováni o přibližném počtu otázek s tím, že nemusí odpovídat na všechny otázky, pokud by jim to mohlo způsobit újmu. Tuto možnost nikdo z účastníků nevyužil a všichni tedy odpověděli na všechny otázky. Poté bylo s jejich souhlasem spuštěno nahrávání.

¹⁷ 2 osoby byly z důvodu další diagnózy vyloučeny z výzkumu (kavárna, psychiatrická nemocnice)

V našem výzkumu jsme provedli rozhovory s 9 respondenty. U dvou účastníků se během rozhovorů ukázalo, že trpí i další poruchou (hraniční poruchou osobnosti). Tato porucha by však mohla zkreslit výsledky našeho výzkumu, a proto jsme je z výzkumu vyřadili. Celkem jsme tak pracovali s vytvořenými daty od 7 respondentů.

Nejdelší rozhovor trval 61 minut, nejkratší 32 minut. Po ukončení rozhovoru byla participantům nabídnuta dohodnutá finanční odměna, poděkovali jsme za účast, ujistili jsme se, že jsme jim nezpůsobili újmu a popřáli jsme jim hodně sil do budoucna.

6.6 Metody zpracování a analýzy dat

Data vytvořená z polostrukturovaných interview, která byla nahrána na audiozáznam, jsme přepsali do textového dokumentu. Přepis jsme zkontrolovali opakovaným poslechem původní nahrávky. Následně jsme přistoupili k tzv. redukci prvního řádu. Cílem redukce prvního řádu uvádí Miovský (2009) je přepsat záznam do plynulejší a přehlednější podoby a usnadnit tak analýzu dat. Tímto způsobem došlo k odstranění zvuků či slov, které neměly pro účely našeho výzkumu informační hodnotu a tvořily například jen slovní vatu. Odstranili jsme i údaje, které by mohly vést k identifikaci účastníků.

K analýze dat jsme přistupovali metodou interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Ta má několik fází. Nultá fáze je fází reflexe výzkumníka, kdy si výzkumník klade otázky ke své motivaci, prožitkům, emocím či vztahu k tématu. Této reflexi věnujeme samostatnou kapitolu. První fáze je fází čtení a opakovaného čtení, opakovaným poslechem nahrávky, čtením nahlas, vybavováním si rozhovoru či atmosféry s ním spojenou. Cílem této fáze je získání zaujetí pro případ a prožitek světa očima respondenta (Masarykova universita v Brně, 2023). Jak postulují Pietkiewicz & Smith (2014) každé přečtení a poslech může pro nás znamenat nový vhled do problematiky. Abychom tedy získali hlubší vhled do problematiky a nahlíželi na respondentovo prožívání z více stran, záznamy jsme studovali několikrát.

V druhé fázi IPA se pak tvoří počáteční poznámky a komentáře. Cílem je zachytit cokoli, co může mít vzhledem k tématu význam. Poznámky mohou být deskriptivní, zaměřené na obsah sděleného, strukturu, myšlenky, prožitky respondenta, lingvistické, týkající se využívání jazyka respondentem nebo konceptuální, zaměřené na interpretace výzkumníka. V této fázi dochází

k prvotnímu kódování textu (Masarykova universita v Brně, 2023). Původní záznamy jsme opatřovali komentáři, které nás během čtení a poslechu napadaly. Jednalo se o komentáře k našim pozorováním, prožitkům, reflexím, myšlenkám, tyto komentáře jsme zaznamenali do textu, zároveň jsme přistoupili k prvotnímu kódování.

V další fázi dochází k rozvíjení vyjevujících se témat. Zde jsme pracovali s komentáři, poznámkami a prvotními kódy. Cílem bylo vytvořit z nich vhodná témata, která interpretujeme (Masarykova universita v Brně, 2023).

Dále jsme pak hledali souvislosti mezi vzniklými tématy a snažili jsme se je propojovat, slučovat či vytvářet témata nadřazená. Témata, které nesouvisela s výzkumnými otázkami, jsme vyloučili a ponechali jsme témata, která se z pohledu respondentova prožitku jevila jako relevantní. Tato témata jsme seskupili do tematických trsů.

Obdobně jsme postupovali i u dalších rozhovorů. Vzešlá témata jsme se pokusili propojit. Výsledkem propojení je tabulka č. 2, kterou uvádíme níže. Tam jsou uvedena výsledná témata a podtémata. K těmto postupům jsme využívali program ATLAS.ti.

6.7 Reflexe výzkumníka

Tím, že se jedná o jedny z nejčastěji se vyskytujících poruch, považuji toto téma stále za aktuální. Na tomto poli se potýkáme se nedostatkem odborné pomoci a tito jednotlivci se často ztrácejí na čekacích listinách. I z těchto důvodů bych se této problematice chtěla věnovat profesně.

Založila jsem proto neziskovou organizaci Panic, z.s., která je zatím jen prázdnou schránkou, ale do budoucna bych ji chtěla zaktivnit a orientovat se na péči o tento typ poruch. K tomu v současné době kromě studia psychologie směřuji i výcvikem KBT, který se jeví jako nejefektivnější terapeutická podpora u tohoto typu poruch.

Při formulaci výzkumných otázek a při kladení otázek v polostrukturovaných rozhovorech s respondenty jsem tak možná mohla být i tímto výcvikem ovlivněna.

Při uskutečňování rozhovorů se mě osobní příběhy respondentů často velmi hluboce dotýkaly a i dlouho po ukončení jsem se k nim vracela. V některých případech jsem se i těžce bránila dojetí. Překvapilo mě, s jakou otevřeností v některých případech respondenti o svém životě s poruchou hovoří, a tento čas s nimi strávený považuji za velmi cenný a užitečný i pro moji další práci.

7 Výsledky

Prezentaci výsledků v našem výzkumu zahajujeme popisem jednotlivých kazuistik respondentů. Získáváme tím tak širší kontext pro další práci s daty.

7.1 Kazuistiky

Klára, 18 let

Klára trpí generalizovanou úzkostnou poruchou a panickou poruchou. Obdobnou poruchou trpí i její matka. K psychiatrovi chodí od 13ti let, medikaci užívá od 15ti let. Některé symptomy u sebe pozorovala už jako malá, od 7mi let, ale většinou se je snažila potlačovat. Vyhýbala se emocím a několik let vůbec nebrečela. Během období Covidu a online výuky poruchy propukly naplno a Klára zažívala jedno z nejhorších období ve svém životě. Úzkost paralyzovala veškeré její aktivity. Vyhýbala se on line výuce, úkolům a povinnostem, protože jí zúskostňovaly. Jednou se nechala hospitalizovat po záchvatu paniky, který u ní propukl po náročném dnu (škola, brigáda, 2 sklenky alkoholu). Hospitalizace i přístup personálu byl pro ni děsivý.

Je přesvědčená, že nejvíce jí pomohla medikace, ačkoli připouští, že ji musí častěji měnit, protože léky u ní po nějaké době přestávají fungovat. O terapii, respektive poradenství sice uvažuje, ale považuje to za dlouhodobou záležitost, kterou si v současné době nemůže dovolit. Pravděpodobnost, že by se vyléčila vnímá jako velmi malou, takže předpokládá, že na tom bude muset pracovat celý život.

Pavla 43

Pavla trpí panickou poruchou a generalizovanou úzkostnou poruchou. Porucha u ní propukla ve 25 letech, poté, co si vzala extázi a zakouřila zřejmě marihuanu. Začala se obávat různých situací, například, že uvízne ve výtahu a udusí se, že na ní něco spadne... Začala se vyhýbat tunelům a i dalším situacím, které považovala za nebezpečné. Zužovaly ji různé katastrofické

myšlenky. Napadalo ji, že zešílí a obávala se dalších záchvatů paniky. Léčit se začala zhruba po roce, kdy si uvědomila, že se jedná o poruchu. Do té doby si myslela, že se „zbláznila“. Matka trpěla obdobnými potížemi (tetanickými křečemi).

Začala docházet k psychiatrovi a brát antidepresiva, která jí pomohla. Za čas léky vysadila a porucha se zhruba po 2 letech vrátila. Tentokrát ji trápila hlavně nespavost. Nemohla fungovat v práci ani doma, a to prožívala hůře než záchvaty paniky. Myšlenky na nespavost jí bránily ve spánku a točila se tak v bludném kruhu. Opět začala antidepresiva užívat. Ovšem nepovažuje léky za samospasitelné a domnívá se, že život s poruchou je zejména o práci na sobě. Vyzkoušela KBT terapii, která jí dle jejích slov hodně pomohla. Některé techniky se snaží využívat v běžném životě. Snaží se žít tady a teď a soustředit se tak na přítomné.

Sylva, 45 let

Sylva trpí agorafobií. Ta u ní propukla ve 22 letech po jednorázovém zážitku s pervitinem. Skončila na jednotce intenzivní péče, což považuje za jeden ze svých nejhorších zážitků. Od té doby se u ní začaly projevovat úzkosti. Několikrát si zavolala RZ a prošla bez nálezu několika interními vyšetřeními. Postupně vystřídala několik psychiatrů a psychologů, terapie, hypnózy, holotropní dýchání. Jediné, co jí dle jejích slov pomohlo byla KBT terapie. Nicméně zhruba po roce úzkosti opět propukly a Sylva se začala uzavírat ve svém domě. Docházela sice do školy, později do práce, fungovala, nicméně za cenu mnoha záchvatů paniky, které ji paralyzovaly. Postupem času se začala vyhýbat cestování, nakupování, jízdě autem, metrem... a ven vycházela jen za doprovodu blízkých osob. Vyhýbala se samotě, vždy musela mít u sebe mobilní telefon a pití. V nejhorší fázi dostávala záchvaty paniky i doma. Začala trpět nespavostí, nebyla schopna fungovat doma ani v práci, a proto svolila pro medikaci antidepresivy. Po roce antidepresiva vysadila. Symptomy pociťuje a vnímá jistá omezení, avšak snaží se na sobě sama pracovat a zvládat poruchu bez medikace.

Romana 45 let

Romana trpí panickou poruchou. První záchvat paniky zažila ve 22 letech, když byla v jedné evropské metropoli. Klepala se, měla černo před očima, cítila, že to nemá pod kontrolu, měla velký strach, protože si to vůbec neuměla vysvětlit a říkala si, že tohle fakt nedá. Další záchvat

měla zhruba za rok po tomto zážitku. Ještě si vybavuje, že obdobný stav měla předtím jednou, když si zahulila trávu.

Romana je jedináček, maminku hodnotí jako neempatickou, která neměla kapacitu se jí věnovat, starala se o umírající rodiče... Rodiče se stále hádali. Když jí bylo 19, otec spáchal sebevraždu. Rozhodla se to moc neprožívat, protože by to nedala a nějak dál fungovala.

Měla mnoho vztahů, ale od smrti otce nikdy neměla jen jednoho partnera, měla paralelní vztahy.... Měla potíže vztahy ukončovat a jít do jednoho vztahu na 100%, protože se obávala toho, že zešlíví...

Ve 22 letech začaly záchvaty paniky. Od té doby se i léčí. Nejdříve brala 14 let antidepressiva, po 10 ti letech začala zkoušet i různé psychoterapie během svého pobytu v cizině. Původně k psychologické a terapeutické pomoci byla spíše skeptická jako její matka. Otcí totiž psycholog nepomohl, jeho potíže bagatelizoval a on zanedlouho potom spáchal sebevraždu. Když léky vysadila opět začaly panické záchvaty, pak začala docházet na terapii a 8 let byla bez medikace. Pak se objevily potíže se spánkem, spala třeba jen 4 hodiny týdně. Vrátila se do rodné země, skončila v práci, prošla třítydenním stacionářem a začala opět brát antidepressiva a antipsychotika na spánek. Nyní pracuje na částečný úvazek, chodí na terapie a snaží se využívat některé techniky ze stacionáře jako například progresivní svalovou relaxaci. Připouští, že může být práce s její poruchou celoživotní.

Jan 35 let

Janovi byla diagnostikována sociální fobie. Příznaky se zřejmě objevily už v dětství, nicméně, tím, že neznal jiný způsob fungování, tak své fungování nevnímal jako poruchové. Vybavuje si to zpětně například při nástupu do první třídy. Zhoršilo se to, když mu bylo 10 let (4.třída) a zažíval ve škole šikanu. I po změně školy šikana pokračovala na jiné škole. V 6.třídě pak většina, která mu ubližovala, odešla, nicméně svými potížemi trpěl i nadále. Takto fungoval prakticky celou základní a pak i střední školu. Vyhýbal se různým aktivitám, které u něj vyvolávaly úzkost. O přestávkách chodil ven, aby se vyhnul konfrontaci se spolužáky, nejezdil na školní výlety a hledal si výmluvy, aby si vyhnul různým kolektivním aktivitám, „snažil se tvářit, že tam není“. Čím byl starší, tím byly jeho problémy horší.

Na střední škole si už uvědomoval, že to, co prožívá není úplně v pořádku, nicméně to považoval spíše za projev slabosti a své potíže se snažil skrývat. Když se mu třásly ruce nebo klepaly nohy, tak to schovával. Když hrozilo ztrapnění v nějaké situaci, tak se tomu vyhnul. Báł se, že udělá nějakou chybu, použije nevhodné slovo před ostatními, nebude vědět nějaké základní věci. Vyhýbal se věcem, kde to hrozilo, ale i těm, ve kterých byl dobrý, protože by se tak ukázalo, že v tom zas tak dobrým není. Vyhýbal se i dalším příležitostem, aby se to nepotvrdilo. Měl problémy jak ve škole, doma i později při hledání práce. Postupně se izoloval a hledal náhradní uspokojení ve virtuálním světě, hraním her. Tam si připadal kompetentní. Pomoc vyhledal, když ho začala tížit samota. Prošel KBT terapií a gestalt terapií. Nejvíce mu dle jeho slov pomohla svépomocná skupina. Tam se dostával do skutečných interakcí, oproti terapiím, kde, domnívá se, jde pouze o trénink v umělém prostředí. Jan aktivně vyhledává situace, kterým se vyhýbal a praktikuje paradoxní intenci.

Karolína 24 let

Karolíně byla diagnostikována panická porucha. Narodila se předčasně a dle jejích slov prožila dětství ve strachu a úzkosti. Měla pedantského otce, který držel ji i její sestru doma, aby je ochránil před vnějším světem. V 8 letech jí pouštěl porno.

Na školu se musela hodně připravovat a patřila mezi tzv.integrované žáky. Zřejmě z těchto důvodů v 8 letech zažívala šikanu ve škole. Následně u ní porucha propuká naplno. S potížemi se bojí svěřit, spíše se uzavírá v sobě. Doma má těžce nemocnou sestru a pedantského otce...Navštěvuje pedagogicko psychologickou poradnu, kde to poprvé řeší s psychologem. Po dvou letech, kdy se potíže dále prohlubují, začíná chodit na pravidelná sezení, vystřídá několik psychologů a „přehazují si ji, jak horkou bramboru.“

Má potíže se sociálním kontaktem, fyzickým kontaktem, „lidským dotekem“, v intimním životě, při navazování nových kontaktů. Neustále kontroluje svůj osobní prostor a jakmile ho někdo naruší, dostává se do tenze. Vyhýbá se místům, kde je více lidí, jako jsou kulturní akce, vyhýbá se i parkům, centru, obchodním centrům a všem místům, kde by nezvládala kontrolovat ty lidi a neměla přehled o tom, jestli se něco podezřelého neděje vůči její osobě. Metrem jezdí, ale musí mít přehled o tom, jestli není v ohrožení. Trpí pocity méněcennosti a občas se sebepoškozuje. Uleví jí to od tenze a zároveň se potrestá za to, jaká je.

Dochází na terapie a aktivně se snaží jít do situací, kterých se obává. Oslovuje neznámé lidi, testuje svůj osobní prostor, snaží se vyjadřovat, co cítí. Ale stále trpí strachem z nepochopení, osamělosti. Přiznává, že lidi potřebuje, ale zároveň cítí potřebu je od sebe odehnat, aby nezasáhli její osobní prostor.

Matěj 18 let

Matěj trpí smíšenou úzkostně depresivní symptomatikou. Jeho rodiče se rozvedli, žil s matkou a o víkendech otce navštěvoval. Otec byl alkoholik. Když bylo Matějovi 9 let, stal se svědkem toho, jak otec svoji přítelkyni zbil. Událost se mu vracela snech. Začal mít strach z dospělých mužů, strach z prostorů, kde je hodně lidí. Když se do těch prostor dostal, začal se potit, bouchalo mu srdce, bylo mu na zvracení.

Začal mít „černé myšlenky“, myšlenky na sebevraždu a nakonec byl hospitalizován. Pak se to zmírnilo, začal navštěvovat pravidelně psychiatra, ale kolem 14ti-15ti let se jeho stav opět zhoršuje. Vybavuje si situaci, kdy se ocitl na nějakém koncertě, měl pocit, že na něj všichni koukají, dostal panický záchvat. Složil se na zem, něco blábolil, pak se odtud nějak dostal. Měl potřebu jít někam, kde nejsou lidi, pak chodil sám a přemýšlel. Když se dostal domu, byl úplně vyřízený a nemohl usnout. Ten pocit byl pro něj strašný. Od té doby se místům, kde je hodně lidí, vyhýbá. Když se necítí dobře, nikam nechodí, aby ho podobný pocit zase nepotkal. Ještě horší než fyziologické projevy úzkosti, jsou pro něj myšlenky, které se mu honí v hlavě. Představuje si nejhůřší možné scénáře, a to ho od jakýchkoli aktivit odrazuje. Bere medikaci a pomáhá mu pobyt v přírodě bez lidí a přemýšlení. Dechové techniky mu moc nepomáhají. Když je mu nejhůř, kombinuje hudbu, přemýšlení a procházky do přírody bez lidí.

7.2 Výzkumné okruhy

Níže uvedená tabulka prezentujeme vytvořená témata a jejich jednotlivá podtémata, která jsme z našich analýz vytvořili. Třetí sloupec pak obsahuje frekvence výskytu těchto témat u jednotlivých respondentů.

Tabulka 2: Přehled kategorií a subkategorií

hlavní téma	podtéma	počet respondentů, kteří mají s tématem zkušenost	
Oblasti života ovlivněné poruchou	klíčová událost	7	
	pervazivnost dopadu poruchy	7	
	sociální fungování: uzavřenost a pohyb od lidí	5	
	sociální fungování: partnerství	4	
	fungování ve škole a práci	4	
	fyzilogické projevy	7	
	negativní myšlenky a katastrofické scénáře	5	
Projevy poruchy s dopadem na kvalitu života	pocity méněcennosti a vědomí odlišnosti	4	
	pocity bezmoci	4	
	nízké sebevědomí	4	
	derealizace/depersonalizace	2	
	medikace	6	
	vyhledávání sociální opory	5	
	terapie	4	
Zvládání poruchy	uvolnění emocí	3	
	pozitivní ladění	2	
	dechové a relaxační techniky	3	
	další aktivity: svépomocné skupiny, externalizace, zaměření na přítomnost	3	
	Vzorce chování ke zvládání poruchy	vyhýbavé chování	6
		zabezpečovací chování	6
		konfrontace	4
odpojení/potlačení emocí		3	

7.3 Oblasti života ovlivněné poruchou

V našem výzkumu jsme toto téma rozdělili na 5 podtémat: **klíčová událost, všeprostupující úzkost, sociální fungování: uzavřenost a pohyb od lidí, sociální fungování: partnerské vztahy, fungování ve škole a práci**

Všech 7 respondentů v našem výzkumu hovořilo o tom, že propuknutí poruchy předcházela nějaká **klíčová událost**. Tuto událost si obvykle velmi jasně vybavovali a tuto událost lze označit za jakýsi předěl mezi jejich životem před poruchou a životem, který prožívali po této klíčové události.

Klára popisuje, že dobu propuknutí poruchy v době COVIDU takto: *„Vlastně v 15 jsem vybuchla na konci 9. třídy. A stalo se z toho to, že jsem vlastně měla pro mě nejhorší období mého života. S tím, že jsem, když jsme měli tu online výuku na základce, tak já jsem vlastně vůbec se nemohla podívat ani na mobil...“*

Pavla si vybavuje klíčovou událost takto: *„...bylo to po požití ne těsně, ale potom nějakou dobu po požití extáze a ještě na tu extázi jsem si zahulila, nevím ani, co to bylo..smích...asi tráva.“*

Sylva popisuje událost vedoucí k propuknutí poruchy těmito slovy: *„...hodně jsem pařila, a pak jsem si dala pervitin. Skončila jsem na JIP, přikurtovaná, chtěla jsem utýct a sundávala si přístroje, blblo mi tam prý EKG, to se prý po drogách občas stává.“*

Romana vzpomíná na objevení poruchy při svém pobytu v zahraničí takto: *„...to si myslím, že bylo, když mi bylo asi 22 a byla jsem v a vím, že jsem jako se cejtila v jeden moment jo prostě, že na mě šla nějaká panická ataka, úplně jsem se klepala a taky černo před očima. Ted' takovej ten strach, že jo z toho, co se to vlastně děje, neumíš si to nějak vysvětlit, popsat nemáš to pod kontrolou a to přešlo.“*

Jan vztahuje propuknutí poruchy k šikaně ve škole *„Určitě se to zhoršilo. ...jako u té základky, hodně to souvisí s tím kolektivem a šikanou. to bylo ve 4. třídě...“*

Za šikanou ve škole vidí propuknutí poruchy i Karolína. *„...no já jsem chodila na školu na základku a vlastně byla jsem tam šikanovaná, a tak mi to vlastně jako začlo.“*

Matěj si vybavuje první symptomy poruchy po této události: ...*„můj otec, s kterým jako máma byla rozvedená, ale jezdil jsem k němu na víkendy, tak on byl alkoholik. A zbil vlastně přede mnou prostě svojí přítelkyni, takže od té doby jako jsem měl, že mě to budilo ze spánku, začal jsem mít strach z dospělých chlapů, no potom se to už překrylo potom už se to přehnal na ty právě nálady a později na ty deprese a ten strach z otevřených prostorů, strach prostě z nebo ne z otevřených prostorů, ale strach tam, kde je hodně lidí...“.*

Ačkoli se nejedná v našem výzkumu o pervazivní vývojovou poruchu, název tématu **Pervazivnost poruchy** jsme zvolili, protože nejvýstižněji charakterizoval vliv poruchy na život tak, jak jej vnímali naši respondenti. Všech 7 respondentů prožívá vliv jejich poruchy na život jako pervazivní, všechny oblasti prostupující.

Klára například vnímá omezení poruchou *„úplně všude, ve všech oblastech života“*

Sylva to popisuje takto: *„Mám pocit, že ve všech, v práci, v rodině, mezi přáteli, když mám volno, při sportu, na různých akcích, prostě všude.“*

Romana pervazivnost popisuje těmito slovy: *„..... vlastně je to blbý, že mě zasahuje do jako do podstaty mého života....jako vzalo mi to strašně moc, jako fakt jako strašně moc“.*

Jan obdobně líčí svoji zkušenost takto: *„Jako asi víceméně všechny, jo těžko říct nějakou oblast, ve kterých by to nepostihlo. Porucha, líčí: „mi vzala mnoho let života v tom smyslu, že to buď jako že to musím dohánět teď, a nebo v tom, že ty roky byly takový spíš jenom o tom nějak jako přežít jo.“*

Matěj to popsal jako *„omezení žití celkového.“* Popisuje: *„Porucha mi vzala asi rok života. Ten poslední rok teďka byl asi pro mě nejtěžší, kdy už jsem byl spíš takovej, že jsem jenom existoval, že jsem jedl prášky a nevěděl jsem, co bude dál.“*

Zvlášť jsme v tématu **Oblasti života ovlivněné poruchou** vyčlenili dopady poruchy na **oblast sociálního fungování a fungování v práci a škole**. V **oblasti sociálního fungování** jsme identifikovali 2 podtémata: **uzavřenost a pohyb od lidí a partnerské vztahy**.

Podtéma **uzavřenost a pohyb od lidí** bylo v našem výzkumu společným tématem pro 5 respondentů. Sylva jej popisuje takto:

„Postupem času se stále více uzavírám a nemám chuť dělat nic. Vyhýbám se čím dál více věcem, mám pocit. Dřív jsem byla spíš extrovertní, chodila jsem ven, na různé akce, cestovala jsem, nebavily mě stereotypy. Po tom, co mám agorafobii, jsem se začala uzavírat. Mám méně přátel, nikam nechodím...“

Jan nám popsal samotu, kterou kvůli poruše trpěl takto: *„Tak tohle tohle to bylo nejhorší, jakože jsem neměl žádné kamarády, blízký lidi, s kým trávit čas, partnerskej vztah nic takovýho. Jakože čím jsem byl starší, tak z toho byl větší problém“.*

Klára popisuje období, kdy porucha propukala tak, že se uzavřela vůči lidem a s nikým nic neřešila. Tvrdí: *„moje sociální baterka je o dost menší než ostatních lidí...“*, považuje za důležité *..odpočinout si od lidí, vypnout se a s nikým nekomunikovat...“*

Obdobně Matěj své strachy a úzkosti řeší pohybem od lidí. *„.....já to řeším, že jdu od lidí, prostě jdu sám nejraději třeba jdu se projít třeba do lesa, kde je klid a přemejšlím, srovnávám si myšlenky“.*

Karolína se vidí jako hodně uzavřená, dlouho se bála své problémy řešit s někým dalším. Vysvětluje: *„.....nechodili jsme nikam, byli jsme doma zavřený, nás spíš otec se trošku snažil jako uchránit před tím světem a zároveň já jsem pak do něj nemohla pořádně vstupovat“.* Karolína je citlivá na narušení osobního prostoru, nechodí nikam, kde je hodně lidí, bojí se davů a má problém s lidmi vůbec komunikovat.

Matěj popisuje: *„.....nebyl jsem schopnej vstát z postele, bál jsem se chodit ven, protože jsem nebyl schopnej být s tolika lidma v kontaktu.“*

Oblast **partnerské vztahy** vnímají jako poruchou omezenou 4 naši respondenti. Sylva není schopna ze vztahu odejít, udržuje paralelní vztahy, má strach z opuštění. *„.... nebyla jsem nikdy schopná vlastně odejít ze vztahu, ve kterým jsem byla nespokojená, aniž bych tam měla nějaký prostě paralelní vztahy, náhrady a tak dále jo“*

Karolína nemůže navázat žádný vztah, bojí se komunikovat s novými lidmi a pociťuje nenávist k mužům. *„.....už kvůli tomu, jakej byl můj otec nebo vlastně dá se říci jaký trauma jsem s ním měla a celkově ta nenávist k mužům, kterou já mám, kterou já pociťuju, jak říkám je to problém i potom v partnerství, takže to je taky věc, která mě hodně ovlivňuje, že prostě vím, že můj život*

partnerskej asi nikdy jako nebude prostě moci být. Jak říkám to seznamování a tak je pro mě hodně náročný a snažím se právě v životě jako s tím bojovat“

Matěj přičítá ztrátu přítelkyně poruše a zdůvodňuje to takto: „.... že jsem prostě nebral větší ohledy na ni, protože já jsem prostě byl jako psychicky úplně v háji.“

Dalším podtématem je oblast **fungování v práci a ve škole**. Toto téma vzešlé z naší analýzy popsali 4 naši respondenti. Klára například to, jak toto omezení prožívá popsala těmito slovy: „Ve škole je to hodně složitý samozřejmě, protože prostě studenti mají nějaký nátlak na sebe a ten já nezvládám tak dobře jako ostatní lidi, protože mám prostě úzkosti a nezvládám to moc a dřív se zhroutím než ostatní lidi, mám větší nervy a tak“

Jan vnímání svých omezení přiblížil těmito slovy: „Jak fungování v té škole, jak prostě v sociálně, tak i jako to studijní. K tomu jako omezuje, jsem radši nešel na gympl, i když bych na to rozhodně měl. A i prostě celkově ten prospěch to omezovalo. Pak ale daleko víc, když jsem byl pak na vejšce, tak schopnost nějak studovat tu vejšku a tu jsem nedostudoval. A pak při hledání práce, to se hodně projevovalo“.

Romana nám popsala svoji zkušenost s fungováním v práci takto: „....spala jsme třeba 4 hodiny tejdně,to jsem pak musela odjet z X, rok jsem nepracovala...“. Nyní pracuje jen na částečný úvazek.

7.4 Projevy poruchy s dopadem na kvalitu života

Téma **Projevy poruchy s dopadem na kvalitu života** zahrnuje 6 podtémat: **fyziologické projevy, negativní myšlenky a katastrofické scénáře, pocity méněcennosti a vědomí odlišnosti, pocity bezmoci, nízké sebevědomí, derealizace/depersonalizace.**

Podtéma **fyziologické projevy** spojovalo všech 7 respondentů.

Klára například popsala své prožitky. „třeba když jsem psala přijímačky na tu střední školou, tak se mi celou dobu klepaly ruce tak, že mi propiska ťukala o stůl. A přitom jsem měla jako normálně prášky, medikaci v tu dobu....“

„...žaludeční neuróza je poměrně častá, takže si člověk docela často nepřipadá úplně komfortně, protože je mu prostě špatně.“

Pavla popisuje: *„při atakách se mi klepaly zuby, byla mi zima, furt jsem seděla na záchodě na velký....*

Sylva nám svá omezení fyziologickými příznaky vylíčila takto: *„Vždycky mi začne bušit srdce, vnímám všechny ty negativní věci, jako že mám rozmazaný vidění, blbě se mi vyjadřuje, nemůžu dýchat, bolí mě břicho, brnění mě ruce, chce se mi zvracet...*

Matěje omezuje toto: *„...že mám staženej hrudník, jak se klepu jak mě bouchá rychle srdce, jak se potím, to je pro mě nejhorší, to je strašný, takže to mě nejvíc vadí..“*

Romana nám popsala, že se při záchvatu klepe, má černo před očima a cítí, že to nemá pod kontrolou.

Pavla, Sylva a Romana nám popsaly své potíže se spánkem. Jejich citace uvádíme níže.

„...špatný spánek. Nespavost to je celkem zásadní, protože to potom nemůžeš fungovat, když nespíš, že jo. Takže to to je jako asi to nejvíc co mi vadilo, je ta nespavost.“

„Nejhorší asi bylo, když jsem nemohla spát. V noci jsem nemohla spát nebo jsem se každý den budila kolem 2:30...spala jsem třeba jen několik hodin nebo vůbec..nejhorší to bylo v cizím prostředí“

„...nespala jsem, fakt jsem spala třeba 4 hodiny tejdně, prostě hrozně málo jako masakr. To jsem pak musela i odjet z....“

Negativní myšlenky a katastrofické scénáře jsou dalším podtématem tématu **Projevy poruchy s dopadem na kvalitu života**. Tomuto tématu přisuzuje význam 5 respondentů.

Uvádíme k tomu úryvek z Klářina rozhovoru: *„jako hodně velká součást vůbec tý úzkostný poruchy, je že prostě člověk furt jako na něco myslí a furt se něčím jako, i takovýma naprostými banalitama.....*

Pavla nám své **negativní myšlenky** přiblížila takto: „...vlastně těch myšlenek, kterých jsem se nedokázala zbavit“ „...zacyklovala jsme se.....„soustředila jsem se na to, aby ta hlava přestala ...aby tam přestaly jít ty myšlenky, ze kterých teda jako jsem nemohla spát“.

Jan si v hlavě přehrával katastrofické scénáře a stále se obával, co přijde. „...A pak, že jsem v hlavě si furt přehrával ty situace, takže ta anticipační úzkost z toho, co přijde, jak se na to připravit a furt se ty scénáře odehrávaly v hlavě“

Matěj nám popsal, jak vnímá **negativní myšlenky a katastrofické scénáře** on: „...protože já vždycky čekám od všeho to nejhorší... představuju si různý scénáře a vlastně mě to odradí.“ „Když mám strach v podstatě, tak se mi začne v hlavě promítat jakýkoliv scénář a mám z toho strach. Takže to může být jakákoliv situace jo, například, že jdu po ulici a mám strach. Prostě, chytne mě ta úzkost a z toho mám strach a najednou se mi začnou v hlavě honit scénáře, různý, co by se mohlo stát, například. ...Potom ještě se tam střídají ty myšlenky, jak jsem říkal, ten strach a úzkost, takže ono, když se to spojí dohromady, tak je to strašně věcí, takže to mi nejmíc vadí“.

Pocity méněcennosti a vědomí odlišnosti se jako společné podtéma vyskytovalo u 4 respondentů. Níže citujeme vybrané výroky respondentů z tohoto podtématu.

Klára nám popisuje tyto své prožitky: „Mně prostě vadí to, že nezvládám věci jako normální člověk... dřív se zhroutím než ostatní lidi, mám větší nervy...“.

Pavla nám popsala, že kvůli poruše už nemohla žít jako normální člověk.

Karolína se vyjadřuje následovně: „...porucha mi určitě vzala i nějakou jako naději, že bych mohla někdy patřit k těm normálním lidem“

Matěj své pocity shrnuje takto: „ ...stačí fakt věci, nad kterými by normální člověk jenom mávnul rukou, ale mě to okamžitě položí a hned už je to zpátky..“

Podtéma **pocity bezmoci** našlo zastoupení u 4 respondentů. Klára popisuje své pocity jako „beznaděj ve spoustě částí života“.

Pavla popisuje své pocity bezmoci takto: „..... mně přišlo, že se nedá nic dělat, no že bych si šla zaběhat nebo něco, to jsem neměla na to sílu, protože většinou, když mi bylo takhle blbě,

tak já jsem ani skoro nejedla, takže jako abych si šla zaběhat nebo něco, co by možná i pomohlo, ale to prostě na to jsem neměla vůbec sílu.“

Sylva nám popsala, že jí na poruše vadí ten pocit bezmoci, to, že s tím nemůže nic udělat... „*Při panice nebo úzkostech jsem často tak ochromená, že nemůžu dělat nic...“*

Do podtématu **nízké sebevědomí** jsme zařadili 4 respondenty. Vybrané citace k tomuto tématu uvádíme zde. Janovi na poruše nejvíce vadilo právě nízké sebevědomí. „*Měl jsem neustále strach z toho, že udělám nějakou chybu, že něco prostě řeknu blbě, a to byly úplně takový jako ty naprosto triviální věci...“* Říkal si, že mu nic nejde a když mu něco šlo, tak se obával, že se přijde na to, že mu to vlastně nejde. Obdobně o tom uvažuje i Karolína, která si poruchu spojuje se ztrátou sebevědomí.

Matěj nám svoji zkušenost popsal těmito slovy: „*...protože když zjistili, že něco něčím trpím, tak mě všichni začali ponižovat a začali mi říkat, jak, co mám dělat, protože mě měli za slabýho člověka.“*

Pocity derealizace a depersonalizace popsali dva naši respondenti. Sylva popsala, „*Fungovala jsem jako robot, připadala jsme si, že jsem jako za igelitem“*. Matěj nám popsal, že ztratil poslední rok života tak, že jel na autopilota, nic neřešil, byl úplně na dně.

7.5 Zvládání poruchy

Do tématu **zvládání poruchy** bylo zahrnuto 7 podtémat: **medikace, vyhledávání sociální opory, terapie, uvolnění emocí, pozitivní ladění, dechové a relaxační techniky, další aktivity (svěpomocné skupiny, externalizace, zaměření na přítomnost)**

Medikace jako způsob zvládání života s poruchou bylo tématem pro 6 našich respondentů.

Například Klára nám ke zvládání úzkosti řekla toto: „*No nejlepší jsou prášky bych řekla, i když spousta lidí prostě na nich nechce být závislých....momentálně nejsem vůbec schopná žít bez svých prášků“*

Pavla nám svoji zkušenost sdělila těmito slovy. „...na ty paniky vyloženě, to mě z toho dostaly ty léky....bez toho si to nedovedu představit..... podle mě je to důležité, aby se to nějak jako restartovalo, aby člověk vůbec měl sílu jako na sobě pracovat.“

Romana se několikrát snažila medikaci vysadit, ale po nějaké době se jí opět vrátily panické záchvaty nebo nespavost, takže se k medikaci vrátila.

Podtéma **vyhledávání sociální opory** v našem výzkumu pojilo 5 respondentů.

Klára k tomu, co jí pomáhá, když se cítí špatně uvedla toto: „...nebejt sama nebo aspoň si jako najít nějakých pár lidí, který to chápou a může se jim člověk jako svěřit nebo jim to vlastně nějak objasnit tu situaci“.

Podobně Pavla popisuje, že když jí bylo nejhůř, tak vyhledávala lidi, nechtěla být sama. Dělal jí dobře, když se třeba šla s někým projít.

Toto nám potvrdila i Sylva, která nám popsala, že se bojí samoty, protože kdyby zkolabovala, tak by jí nikdo nepomohl. Když měla záchvaty paniky, volala známým.

V obdobném duchu o tom uvažuje i Romana, když ji přepadne záchvat paniky. „...tak samozřejmě pomůže, když tam někdo u toho je, no to je jako ideál,, je to určitě lepší než když jsem sama.“

Karolína nám uvedla toto: „...já zároveň k sobě strašně moc potřebuju lidi“. *Potřebuji si popovídat s lidmi o tom, jak se cítím, to je jeden z mých největších léků bych řekla.“*

Podtéma **terapie** sdíleli 4 naši respondenti.

Jan má zkušenost s KBT a gestalt terapií.

Pavle, která má zkušenost s KBT, terapie „hodně pomohla“. Sylva nám k tomuto tématu popsala: „Jediný, co zabralo byl 6ti týdenní KBT léčba na XXX. Pak to bylo nějaký čas (asi rok) dobrý....“.

Romana nám svůj vztah k terapii popisuje takto: „...našla jsme si cestu k tý psychoterapii. No a měla jsem super terapeuta a jako odešla jsem z těch antidepresiv. Nebrala jsem je 8 let.“

Uvolnění emocí jako podtéma tématu **zvládnání poruchy** zmínili 3 respondenti.

Kláře pomáhá, když jej jí zle, vybrečet se. „*Pro mě jako hodně dobrá věc je prostě se vybrečet a jako to je takový to, když prostě už se člověk nemůže zastavit, tak prostě jako je dobrý se vybrečet*“. Jako na katarzi nahlíží i na panický záchvat a popisuje to takto: „*Když mám panickou ataku, tak ony jsou krátký, takže ono to přestane.....že se prostě ta mysl vyčistí. Jako kdybys vyplachoval odpad, že je to prostě, že ta úzkost se všechna vypláchne...*“

Karolíně a Matějovi emoce uvolňuje hudba. Matěj nám svůj prožitek přiblížil touto citací: „*.... ale když mám tu depresi takhle, nedokážu poslouchat na to veselou, smutná s tím se aspoň nějak ztotožním, ta mi pomáhá.*

Pavle a Kláře pomáhá ke zvládnutí poruchy **pozitivní ladění**. To je dalším podtématem tématu **zvládnání poruchy**.

Klára se snaží „*koukat se na pozitivní věci a poslouchat pozitivní věci.*“ Pavla, když nemohla spát, snažila se naladit na nějaké hezké věci...co v ní nebudou vyvolávat jakoukoli úzkost..

Téma relaxace a dechové techniky spojovalo 3 respondenty.

Progresivní svalovou relaxaci zmiňuje Pavla a Romana. Pavla popisuje: „*.....taková relaxace na chvíli, abys cítila jako rozdíl mezi napětím a uvolněním, a to je velmi dobré praktikovat, protože ono pak když to děláš delší dobu, tak to tělo opravdu na povel se dokáže uvolnit tohle bylo skvělý.*“ Romana o progresivní svalové relaxaci hovoří takto: „*Mně dělá dobře takový to, že mačkáš raz dva tři čtyři pět... co nejvíc ..jako že ty svaly, že prostě jak se dostanu nějak zpátky do toho těla a soustředím se prostě jenom na to, no prostě vrátit se zpátky do toho těla a tak nějak jako tu myšlenku se snažit jako nerozvést...*

Stejně tak pomáhají i **dechové techniky** či odpočinek, který například Matěj popsal těmito slovy: „*...někdy to chvíli trvá, takže jako to není hned, ale musím například si prostě jít lehnout a prospat se jo potom a potom už je to třeba lepší.*

Naopak 2 naši respondenti popsali, že jim dechové techniky nepomohly.

Další aktivity byly celkem tématem 3 respondentů. Do toho podtématu spadaly svépomocné skupiny, externalizace, zaměření se na přítomnost.

Jan nám ke své zkušenosti se **svépomocnou skupinou** uvedl toto: „...proti jakýmkoliv jiným službám, terapii a tak dále, který jsou jako fajn, ale jsou vlastně umělý, řeší ty těžší situace v nějakém bezpečném prostředí, ale vlastně to nenahrazuje, zatímco tady v tý, člověk zažívá to skutečný... .., ale více to bylo o tom, že tam prostě byla ta parta lidí, do který jsem zapadnul a před ktorejma jsem nemusel skrejvat to, jakej jsem nebo s čím mám problémy...“

Do **externalizace** jsme zahrnuli psaní, techniku, kterou Pavla pospala výstižně takto: „Mně pomáhalo jako psaní hodně jako dostat to ze sebe před sebe. K technice **zaměření se na přítomnost** nám popsala toto: „...jsem se snažila být tady a teď... Takže soustředit se na to, co vidím, co slyším a často třeba si to i říkat, aby mi ty myšlenky nešly samy, kam se jim zachce..“

7.6 Vzorce chování ke zvládání poruchy

Téma **vzorce chování ke zvládání** zahrnuje 4 podkategorie: **vyhýbavé chování, zabezpečovací chování, konfrontace, odpojení/potlačení emocí.**

Vyhýbavé chování spojovalo 6 našich respondentů.

Klára trpící generalizovanou úzkostnou poruchou a panickou poruchou nám například vyhýbavé chování demonstrovala tímto příkladem. „Když jsme měli tu online výuku na základce, tak já jsem vlastně vůbec se nemohla podívat ani na mobil...“

Pavla, která má generalizovanou úzkostnou poruchou a panickou poruchou popisuje: „ ...bála jsem se těch ataků dalších, takže jsem se vyhýbala různým situacím“. Nejezdila tak například výtahem, vyhýbala se tunelům...

Sylva s agorafobií při našem rozhovoru uvádí, že se situacím, kterých se bojí vyhýbá nebo si hledá výmluvy, proč do nich nejít.

Podobně to má i Matěj se smíšenou úzkostně depresivní poruchou, ten se vyhýbá prostorům, kde je hodně lidí od chvíle, kdy zažil záchvat paniky na koncertě, nechce to zažít znovu.

Jan se sociální fobií nám své vyhýbavé chování popsal těmito slovy: „...*No vždycky když byla nějaká situace, ve který to hrozilo, což byly zejména nějaký školní výlety nebo tak, tak jsem se prostě snažil nějak se jako vyhnout*“ nebo popisuje: „...*o přestávkách ve škole jsem se tvářil, že tam nejsem...často jsem prostě jenom jako vyšel ven, někde tam jako byl mimo, a pak jsem přišel na tu hodinu...*“ Vyhýbal se ale i příležitostem, věcem, které mu šly, ve kterých byl dobrý, obával se totiž, že se ukáže, že není dost dobrý: „...*pokud mi něco šlo, tak jsem se strašně bál toho, že o to přijdu v tom smyslu jakože právě, že se ukáže, že na to nemám.*“ Unikal před tím do herního světa. „*To byl takovej ten příjemnej svět, kde jsem nějak dokázal dobře fungovat.*“

Karolína s panickou poruchou nám popsala své obavy ze setkávání s lidmi: „...*vyhýbám se, nechodím na žádný akce, nechodím na místa, který bych třeba ráda navštívila kde je prostě víc lidí, nechodím ani pořádně do parků, do centra nechodím, protože prostě mám strach, bojím se lidí a jak říkám mám problémy i navazovat nějaký přátelskej vztah.*“

Téma **zabezpečovací chování** jsme našli u 6ti našich respondentů.

Typický vzorec **zabezpečovacího chování** nám popsala Sylva: „...*když už tam musím jít, mám sebou vždy mobil, musí být nabitý, když někam jedu, mám sebou pití, někdy jídlo, jezdím s někým známým, dětmi, partnerem a snažím se vyhnout samotě*“...*nebo se najím, třeba kousek něčeho sladkýho mi na čas pomůže, i když nemám vůbec chuť cokoli konzumovat*“.

Romana své stavy někdy připisuje „podcukrovanosti“, pomáhá jí i například, že se může něčeho napít nebo být poblíž lékárny.

Pavla nám popsala řízení pozornosti, kdy se snažila například udržet pozornost při řízení zaměřením pozornosti na to, co vidí a co slyší, aby jí tam neskákaly další myšlenky.

Jan si v hlavě přehrával různé situace, aby se na ně připravil.

Za řízení dojmu bychom možná mohli označit chování, která nám popsala Klára: „*Třeba já se ráda maluju a hezky se oblíkám nebo prostě oblíkám se tak, jak se mi to líbí, abych se cejtila líp.... prostě se necítím moc dobře, když prostě nevypadám moc dobře...*“

Karolína má potřebu zabezpečovat se kontrolou toho, jak se chovají lidi kolem ní a zda se neděje něco podezřelého vůči její osobě. Popsala nám, že se cítí stále v nebezpečí, a proto

potřebuje mít neustále kontrolu. To nám demonstrovala na příkladu s obchodním centrem: „...v obchodáku, když je někde hodně lidí, tak to už jako problém je. To už nezvládám kontrolovat ty lidi a prostě se dostanu do nějaký tenze.“

Podtématem **konfrontace** máme na mysli takové chování, které vede ke konfrontaci s omezeními způsobenými poruchou. Takovou zkušenost s námi sdíleli 4 naši respondenti.

Například zkušenost Karolíny je takováto: „...při té úzkosti nic jiného dělat nemůžu, že musím jít prostě proti těm věcem..“

Ve stejném duchu nám k tomu Sylva sdělila toto: „...uvědomuju si, že musím jít do situací, kterých se bojím, abych samu sebe naučila, že nejsou nebezpečný...tak to tedy nějak zkouším...“

Jan se s námi podělil o svoji zkušenost: „ ...takže jsem naopak jako vzal jakoukoli chvíli, kdy jsem si mohl někam přijít, i když jsem se tam cítil hrozně a něco udělat. No a pak mi docela pomohla paradoxní intence, které jsem aplikoval. To jsem zkoušel třeba nějak aplikovat jako na mluvení před ostatníma...“

Odpojení/potlačení emocí jsme identifikovali jako společné téma pro 3 naše respondenty.

Jan nám popsal, že to, co zažíval začal skrývat a čím více to skrýval, tím horší to bylo.

Klára uvedla, že to v sobě nějak dusila a své fungování před propuknutím poruchy popsal takto: „...třeba 3 roky jsem prostě vůbec nebrečela, protože jsem si myslela, že je to jako špatně.“

Romana nám odpojení popsal na svém prožitku po sebevraždě otce: „...jak jsem nebrečela, když se to stalo, protože já jsem asi intuitivně věděla, že nemám oporu v nikom jo, protože prostě jako jedináček, máma vlastně neemoční.., tak prostě jsem si říkala ,ty vado, když já tady to začnu nějak prožívat, tak prostě to nedám“.

7.7 Zodpovězení výzkumných otázek

V našem výzkumu jsme si kladli 4 výzkumné otázky. Tuto kapitolu věnujeme jejich zodpovězení.

Ve kterých oblastech života vnímají respondenti omezení způsobené poruchou?

Všech 7 respondentů označilo svoji poruchu za omezující ve všech oblastech fungování. **Pervazivnost poruchy** je pro ně trvalým handicapem ke každodennímu fungování. Zasahuje do podstaty jejich bytí a poruchu spojují se ztrátou svobody, ztrátou těch let života, kdy u nich propukla. Předělem mezi obdobím před a po propuknutí poruchy byla u všech tzv. **klíčová událost**, tou byla šikana (2), drogová zkušenost (2), pandemie COVID (1), vystavení násilí (1), pobyt v zahraničí (1).

Ačkoli naši respondenti popisovali vliv poruch na všechny životní oblasti, v našem výzkum jsme vyčlenili zvláště **oblast sociálního fungování** a **oblast fungování ve škole a práci**, které se výpovědích respondentů objevovaly nejčastěji.

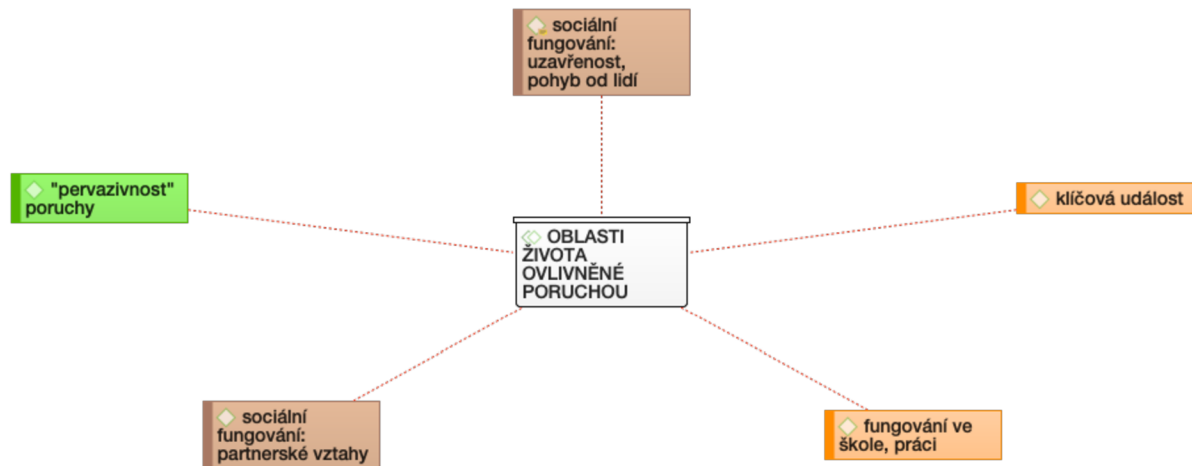
Sociální fungování jsme rozčlenili na kategorii spojenou s uzavíráním se v sociální oblasti obecně a nazvali jsme ji **uzavřenost a pohyb od lidí** a specifickou kategorii jsme věnovali **partnerským vztahům**. 5 respondentů vnímá omezení v sociální oblasti a uzavírá se vůči lidem do samoty, která se však někdy stává i zdrojem jejich pozdějších frustrací. Vnímají to, že se vlivem poruchy stále více uzavírají do samoty a zároveň touto samotou někdy trpí, nemají s kým trávit čas, sdílet problémy. Přítomnost lidí je stresuje, mají potřebu je od sebe odehnat, cítí potřebu si od nich odpočinout,

4 naši respondenti nám vylíčili svá omezení v partnerské oblasti. V této oblasti se objevil strach z opuštění spojený s neschopností ze vztahu odejít. V jiných případech pak respondenti popisovali neschopnost udržet si partnerské vztahy nebo vůbec vztahy navázat. Popisovali zahlcení svými problémy a neschopnost věnovat se partnerovi. Popisovali také strach z narušení osobního prostoru či samotu, která jim příležitosti sebrala.

Omezení **fungování ve škole a práci** nám popsali 4 respondenti. Popsali nám neschopnost ve škole fungovat. Měli potíže do školy docházet, plnit nároky ve škole, být v kolektivu či

pokračovat ve studiu. V práci popsali potíže už při hledání práce a dále pak ve fungování jako takovém. Někdy je fyziologické potíže ovlivnily natolik, že nebyli schopni v práci pokračovat.

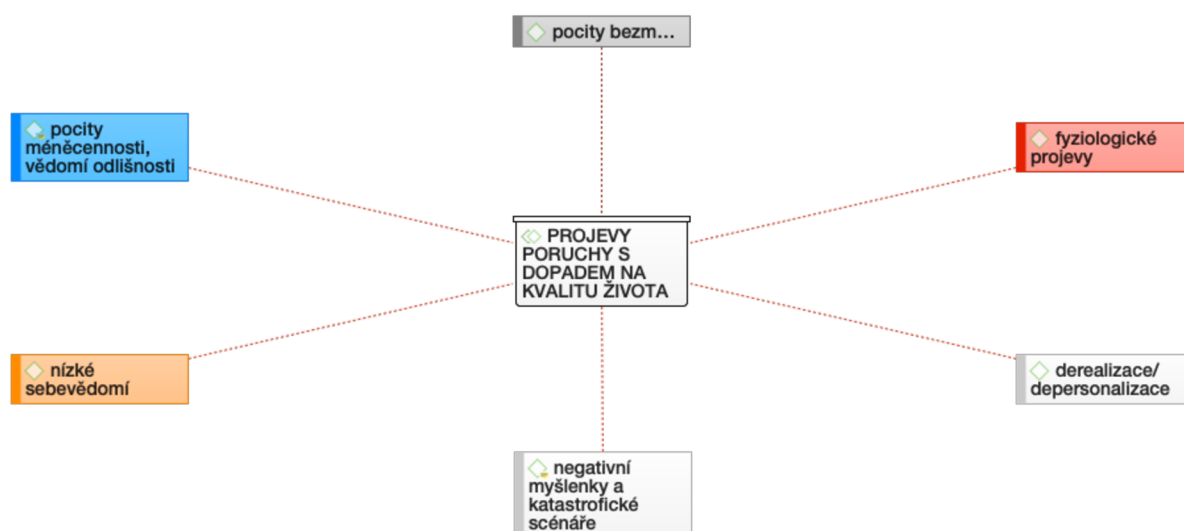
Obrázek 8: Oblasti života ovlivněné poruchou



Které projevy poruchy u respondentů mají dopad na kvalitu života?

Zde jsme vyčlenili několik projevů, které se u respondentů jeví jako nevýznamnější. Všichni respondenti popsali **fyziologické projevy** jako je například třes, bušení srdce, pocení, nevolnost, nespavost. **Negativní myšlenky a katastrofické scénáře** se vyjevily v našem výzkumu u 5 respondentů. Myšlenky byly pro ně intruzivní a významně tak zasahovaly do jejich fungování. Katastrofické scénáře pak naše respondenty odrazovaly od dalších aktivit. 4 respondenti pak spojovalo téma **pocity méněcennosti a vědomí odlišnosti**. Vnímali se jako odlišní od ostatních lidí a měli pocit, že nedokáží fungovat jako normální lidé. **Pocity bezmoci** se vyjevily u 4 respondentů, ochromovaly je v aktivitě a braly jim naději v jejich životech. **Nízké sebevědomí** identifikované 4 respondenty bylo dalším projevem poruchy, který omezoval významně jejich fungování a zasahoval do každodenních aktivit. **Pocity derealizace a depersonalizace** popsali svými prožitky 2 respondenti.

Obrázek 9: Projevy poruch s dopadem na kvalitu života

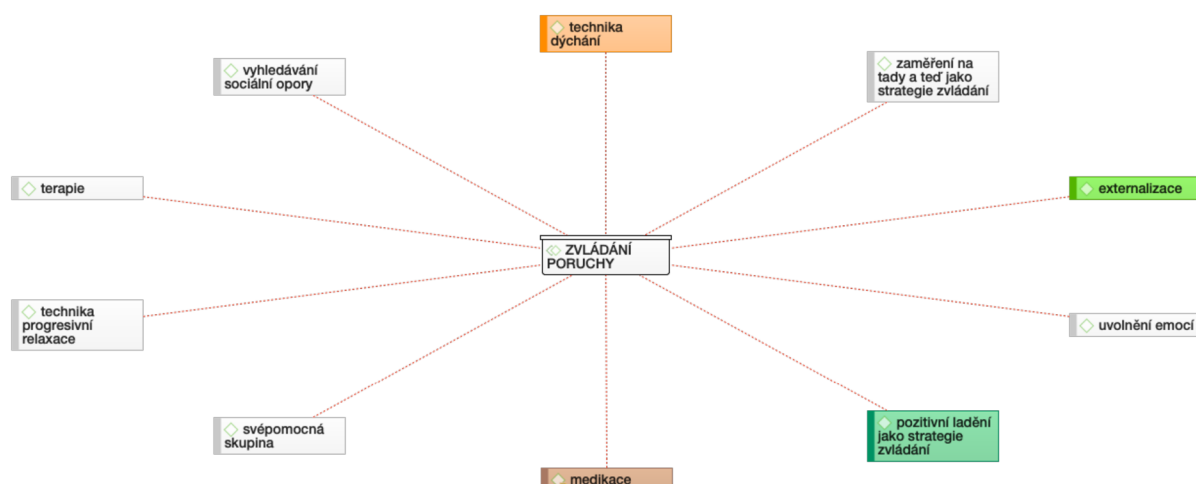


Jakým způsobem jsou úzkostné stavy zvládnány?

6 respondentů zde uvedlo, že poruchu zvládají s podporou medikace. Jednalo se o medikaci antidepresivy na zvládnání úzkostných stavů, antipsychotiky na zvládnání nespavosti a anxiolytiky na zvládnání akutních stavů úzkosti a panik. Terapii zmínili 4 respondenti. Jednalo se o KBT terapii, gestalt terapii a dynamickou terapii. 5 respondentů ke zvládnání vyhledávalo sociální oporu. Vyhledávalo lidi, aby nezůstali sami se svými potížemi, aby jim někdo pomohl....vyhledávali lidi, se kterými mohli sdílet své potíže.

Ke zvládnání našim respondentům pomáhalo i zaměřit se na pozitivní věci (2 respondenti), uvolnit emoce (3 respondenti), relaxovat či pracovat s dechem (3 respondenti). Ke zvládnání dále zmiňovali svépomocnou skupinu, díky které mohli sdílet své potíže a trénovat reálné situace (1 respondent). Další technikou byla externalizace. Vypsáním se z toho, jak se cítí umožnilo naší respondentce zvládat úzkostné stavy. Další podporou bylo zaměření se na přítomnost. Zaměřením se na tady a teď, na popis aktuálně viděného, cítěného naší respondentce pomáhalo zvládat akutní úzkost.

Obrázek 10: Zvládání poruchy



Jaké vzorce chování jsou ke zvládání s ohledem na poruchu respondenty využívány?

Tyto vzorce jsme označili jako **vyhýbavé chování**, **zabezpečovací chování**, **konfrontace**, **odpojení/potlačení emocí**. 6 našich respondentům využívalo v souvislosti s poruchou **vyhýbavé chování**. Pokud měli čelit obávané situaci, konfrontaci se vyhnuli. Vyhýbali se obávaným situacím, například situacím, odkud by nebylo možné se dostat, kde hrozilo ztracení nebo situacím, kde zažili například záchvat paniky.

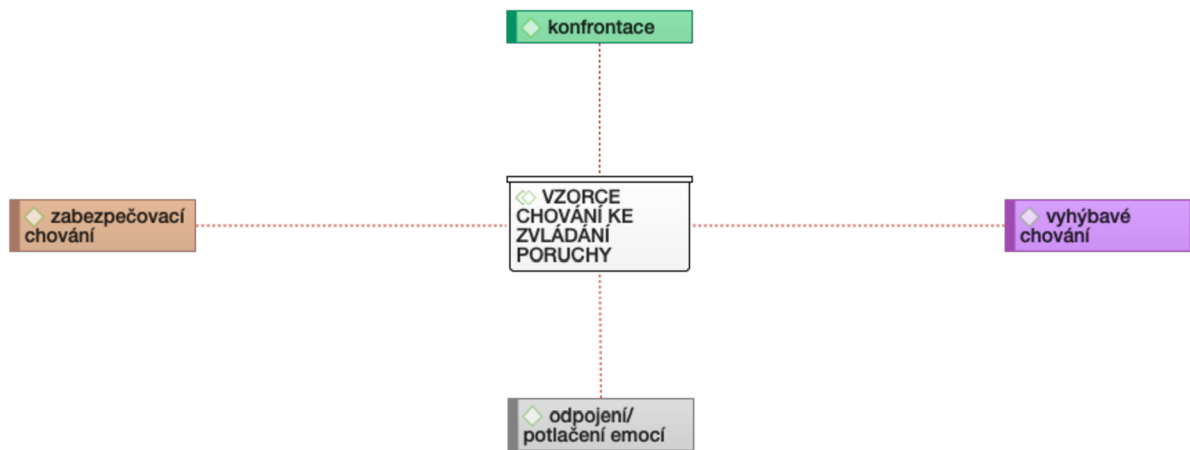
Zabezpečovací chování bylo tématem objevujícím se u 6 respondentů. Tito respondenti se zabezpečovali v obávaných situacích. Nosili s sebou například mobilní telefon, pití, sladkosti pro případ pomoci, ujišťovali se o svém zdravotním stavu u lékařů, zaměřovali pozornost, zdržovali se v blízkosti jiných osob nebo naopak kontrolovali lidi v okolí, jestli je neohrožují a hlídali si osobní prostor.

Když se jim třásl například ruce, tak se zabezpečovali léky. Když měli závratě, tak se například napili vody. Když je obtěžovali intruzivní myšlenky, tak se snažili od nich odvést pozornost, zaměřením se na to, co vidí a slyší.

4 respondenty pojilo téma **konfrontace**. Uvědomovali si nutnost obávaným situacím aktivně čelit. Vědomě vyhledávali obávané situace, čelili svým obavám.

3 respondenti popsali **odpojení/potlačení emocí**, kdy nic necítili, emoce v sobě „dusili“, potlačovali nebo je skrývali před okolím.

Obrázek 11: Vzorce chování ke zvládnání poruchy



8 Diskuse

Má se za to, že kvalita osob s fobickými a jinými anxiózními poruchami je nižší než kvalita života těch, kteří poruchou netrpí.

V teoretické části se proto zamýšlíme nad konceptem kvality života, jeho mnohorozměrností a zmiňujeme některé její definice. Kvalita života je dle vybraných definic například tím, jak jedinec vnímá svoji životní situaci ve vztahu ke kultuře, systému, hodnot, svým cílům, očekáváním (WHO, nedat.), rozdíl mezi očekáváním a nadějemi a zkušeností (Calman, 1984) či soulad mezi jedincem a prostředím, naplněním specifických potřeb, očekávání nebo využitím svých individuálních schopností při interakci s tímto prostředím (Dragomirecká & Škoda (1997, citováno v Vaďurová & Muhlpachr, 2005).

I v našem výzkumu jsme ke kvalitě života přistoupili mnohorozměrně a ptali jsme se na to, jak je jedincem ve vztahu k poruše vnímána. Využili jsme proto metodu IPA a nechali jsme na respondentovi, aby nám popsal životní omezení tak, jak je vnímá on sám.

V našem výzkumu všichni respondenti pociťují vliv poruchy na všechny oblasti života a vnímají poruchu jako všeprostupující celým jejich fungováním. Zřetelně rozlišují období před propuknutím poruchy a obdobím s poruchou, které často vnímají jako dysfunkční, paralyzující, omezující svobodu, příležitosti a život jako takový. Dle zjištění ze studií, které citujeme v teoretické části, má úzkost vliv na psychologické fungování. Uvádíme zde například souvislost mezi pociťovanou úzkostí a optimistickou či pesimistickou orientací (Warning, 2011), vlivem úzkosti na usuzování, řešení nových problémů, pracovní paměť, využití znalosti k nalezení řešení (Williams & Prince, 2017). V našem výzkumu tak tedy úzkost může stát právě za tímto generalizujícím pohledem na omezení kvality života.

Specificky pak vyčleňujeme omezení vnímané našimi respondenty v sociální oblasti a v oblasti fungování ve škole a práci. Sociální oblast vnímali naši respondenti jako narušenou svojí uzavřeností a tendencí vzdalovat se od lidí. Omezení v těchto oblastech potvrdily i studie, které citujeme v teoretické části naší práce jako jsou například metaanalýzy autorů Olatunji, Cisler & Tolin (2010), kolektivu autorů Wilmer, Anderson & Reynolds z roku (2021) či práce autorů Nechita, Nechita a Motorga (2018).

Narušení sociální vazby můžeme nahlížet i optikou Ainsworth a její definicí nejisté vyhýbavé vazby. Matky u této vazby odmítaly fyzický kontakt, pokud děti projevovaly negativní emoce.

Děti s nejistou vyhýbavou vazbou při separaci s primárním pečovatelem jevíly minimální známky stresu a po návratu pečovatele se mu vyhýbaly (Ainsworth et al., 1978, citováno v Shamir-Essakov, Ungerer&Rapee, 2005). Obdobně naši respondenti při známkách stresu projevovali tendence pohybu od lidí. Přítomnost lidí je stresovala, měli potřebu je od sebe odehnat a cítili potřebu si od nich odpočinout. Tuto souvislost s nejistou vyhýbavou vazbou bychom však dále museli podložit i podrobnější anamnézou našich respondentů.

Jako omezující vnímali naši respondenti i **fungování ve škole a práci**. Popsali nám neschopnost ve škole fungovat. Měli potíže do školy docházet, plnit nároky ve škole, být v kolektivu či pokračovat ve studiu. V práci popsali potíže už při hledání práce a dále pak ve fungování v práci jako takové. I tato naše zjištění podpořily výzkumy, které jsme uvedli v teoretické části. Těmito je například již výše zmiňovaná metaanalýza autorů Olatunji, Cisler& Tolin (2010), práce autorů Nechita, Nechita a Motorga (2018) či Williams& Prince, (2017). Ham et al. (2006) ve své studii potvrzuje, že úzkost negativně ovlivňuje výkon. Calvo& Carreiras, (1993), uvádí, že negativně ovlivňuje m.j. proces čtení, snižuje motivaci (Yajima & Arai, 1996), ovlivňuje reakční čas (Liao et al. 2010).

V další části nás pak zajímalo, které projevy poruchy mají na jejich život dopad. Společným tématem byly **fyziologické projevy** jako třes, bušení srdce, pocení, nevolnost, nespavost, **negativní myšlenky a katastrofické scénáře, pocity méněcennosti a vědomí odlišnosti, pocity bezmoci, nízké sebevědomí, pocity derealizace/depersonalizace**.

Metaanalýza kolektivu autorů Wilmer, Anderson& Reynolds z roku 2021, kterou citujeme v teoretické části vymezila 4 kategorie projevů, které měly na kvalitu života významný vliv. *subjektivně vnímaný stres, funkční oslabení, klinické faktory, behaviorální odpověď*.

Kategorie subjektivně vnímaného stresu jako je závažnost symptomů, vyšší citlivost k úzkosti (strach ze somatických příznaků úzkosti), nižší tolerance stresu a negativní afektivita byly spojeny s nižší kvalitou života. Naopak pozitivní afektivita hodnocenou kvalitu zvyšovala. Do kategorie subjektivně vnímaného stresu bychom mohly zařadit i ty projevy jakou jsou

fyziologické projevy, negativní myšlenky a katastrofické scénáře, pocity méněcennosti a vědomí odlišnosti, pocity bezmoci a nízké sebevědomí, které uváděli naši respondenti .

Pocity derealizace/depersonalizace naši respondenti popisují jako pocity za igelitem či jízdou na autopilota. Tyto jsou součástí těchto poruch a zmiňujeme je i v teoretické části v souvislosti s panikou.

Poruchu naši respondenti zvládají pomocí **medikace, terapie, sociální opory, pozitivního ladění, uvolnění emocí, dechových a relaxačních technik a další aktivit (svépomocné skupiny, externalizace, zaměření na přítomnost).** **Medikace, terapie a dechové a relaxační techniky** jsou v zásadě v souladu se zjištěními, které uvádíme v teoretické části. **Sociální opora, pozitivní ladění či uvolnění emocí** jsou pak samostatnými tématy. **Vyhledávání sociální opory** může být však diskutabilní, protože v teoretické části citujeme práci Funayama et al. (2013), který toto chování považuje za zabezpečovací chování a v některých případech se naši respondenti přítomností druhých osob skutečně zabezpečovali.

Ke zvládnutí jsme v našem výzkumu identifikovali tyto vzorce chování: **vyhýbavé chování, zabezpečovací chování, konfrontace, odpojení/potlačení emocí.**

Vyhýbavé a zabezpečovací chování v teoretické části definujeme jako formy maladaptivního chování často využívané u tohoto typu poruch. Blakey a Abramovitz (2016) je definovali, jak zde uvádíme, jako okamžitou aktivitu, která má za cíl zabránit, uniknout nebo snížit následky úzkosti včetně stresu z úzkosti. Vyhýbavé chování bylo pro naše respondenty prevencí před obávanou hrozbou jako je například ztracení, smrt či zešílení. Salkovskis (1991), jak uvádíme v teoretické části o takovémto chování tvrdí, že je mylně spojeno s pocitem kontroly a bezpečí, kdy se daný jedinec domnívá, že nebezpečí takovýmto chováním zvrátí. Využívání těchto mechanismů však k udržování úzkostných poruch naopak může přispět.

Funayama et al. (2013) se ve své práci mimo jiné zabývá souvislostí mezi fyziologickými příznaky úzkosti a typem zabezpečovacího chování. U našich respondentů jsme ve shodě s jeho zjištěními objevili 3 případy. Při třesu rukou se zabezpečovali léky, když měli závratě, tak se například napili vody, když je obtěžovali intruzivní myšlenky, tak se snažili od nich odvést pozornost, zaměřením na to, co vidí a slyší. V ostatních případech byly závěry spíše

nejednoznačné a symptomy nebylo možno vztáhnout k jednomu typu zabezpečovacího mechanismu.

Konfrontací jsme pak označili chování, kdy se naši respondenti pokoušeli obávanému naopak čelit. Uvědomovali si nutnost postavit se obávaným hrozbám a naučit se v těchto situacích fungovat. Tuto kategorii bychom mohli nazvat expozicí, jejíž podstatu v kostce shrnujeme v teoretické části. Expoziční terapii zde popisujeme jako součást KBT, kdy podstatu tvoří vystavení jedince obávaným hrozbám. V terapii se jedinec vystavuje tělesným příznakům spojeným s úzkostí či se exponuje situacím, kterým se vyhýbá.

Odpojení/potlačení emocí jsme definovali jako další vzorec chování využívaný v našem výzkumu. Naši respondenti hovořili o odpojení od emocí nebo jejich vědomém potlačování. Tento mechanismus však není příliš typickým mechanismem u tohoto typu poruch. V teoretické části se o něm ani nezmiňujeme, přesto mu zde naši respondenti přisoudili poměrně velký význam. Je proto možné, že je spojen s nějakým traumatickým zážitkem, kterému všichni čelili.

Tento mechanismus můžeme s jistou dávkou fantazie připodobnit i k mechanismu ustrnutí, jako reakci na stresovou událost.

8.1 Limity výzkumu

V našem výzkumu se zaměřujeme na osoby s fobickými a jinými anxiózními poruchami. Tato kategorie je poměrně široká a mohla způsobit, že soubor není homogenní tak, jak bychom si pro tento typ výzkumu představovali. Řešením pro příští práce by bylo spíše zúžení kategorie například pouze na jednu kategorii.

V souvislosti s homogenitou úskalí vnímáme i ve výběru vzorku populace jako takovém. Při výběru nebyla věková hranice ani doba onemocnění diskriminačním kritériem a náš vzorek tak tvořily jak osoby v remisi, tak osoby v akutní fázi onemocnění. Řešením pro příští práce by bylo výběr vzorku lépe specifikovat a zaměřit se například jen na osoby hospitalizované pro toto onemocnění.

Dalším omezením se mohla jevit komorbidita s dalšími onemocněními. Úzkostné poruchy jsou jedny z nejčastěji se vyskytujících poruch, ovšem zároveň jsou často komorbidní s dalšími onemocněními. Toto může způsobit zkreslení výsledků. V našem výzkumu jsme narazili ve dvou případech na komorbiditu s hraniční poruchou a tyto respondenty jsme proto z výzkumu vyloučili. Komorbiditu generalizované úzkostné poruchy s panickou poruchou ve dvou případech jsme v našem výzkumu ponechali.

9 Závěry

Tato magisterská diplomová práce se zaměřuje na kvalitu života osob s fobickými a jinými anxiózními poruchami.

Výzkum jsme prováděli kvalitativně a položili jsme si tyto výzkumné otázky:

- Ve kterých oblastech života vnímají respondenti omezení způsobené poruchou?
- Které projevy poruchy u respondentů mají dopad na kvalitu života?
- Jakým způsobem jsou úzkostné stavy zvládány?
- Jaké vzorce chování jsou ke zvládnutí s ohledem na poruchu respondenty využívány?

Všichni naši respondenti považují poruchu za pervazivní, zasahující do všech oblastí jejich životů. Poruše předcházela ve všech případech klíčová událost, po které nemoc propukla. Jednalo se o drogovou zkušenost, šikanu ve škole, pobyt v zahraničí, pandemii Covid, násilí v rodině. Tato událost zřetelně oddělovala kvalitu života před a po této události. Nejednalo se o kauzální souvislost, ale spíše předěl mezi vnímanou poruchou a zdravím.

Specificky vnímané omezení pak identifikovali v sociální oblasti a v oblasti fungování v práci a ve škole. V sociální oblasti se omezení manifestovala uzavíráním se, pohybem od lidí a problémy v partnerských vztazích. Respondenti měli tendenci uzavírat se se svými potížemi a vyhledávat samotu. Ve školní a pracovní oblasti pak docházelo k významnému omezení fungování. Limity se projevily potížemi školu navštěvovat, plnit její nároky nebo pokračovat ve studiu. V práci se limity projevily například už při hledání práce i v práci samotné, kde jim například symptomy poruchy bránily ve výkonu.

Ukázalo se, že naše respondenty na poruše omezují zejména fyziologické projevy, negativní myšlenky a katastrofické scénáře, pocity méněcennosti, vědomí odlišnosti, pocity bezmoci, nízké sebevědomí, pocity derealizace/depersonalizace.

Úzkostné stavy respondenti zvládají pomocí medikace, a to antidepresivy, antipsychotiky a anxiolytiky. Podporou ve zvládnutí je jim i terapie. V našem případě KBT, gestalt terapie a dynamická terapie.

Další oporu spatřovali ve vyhledávání sociální opory, které využívali, aby nebyli sami a mohli své problémy sdílet. Sociální oporu využívali však i proto, aby jim lidé v případě potřeby pomohli.

Ke zvládnání našim respondentům pomáhalo i pozitivní ladění, kdy se zaměřovali na pozitivní věci, aby se cítili lépe. Některým pomáhalo také uvolnit emoce, vybrečet se nebo uvolnit emoce pomocí hudby. Pro zvládnání byly oporou i dechové a relaxační techniky. V našem případě jim byla nápomocna progresivní svalová relaxace. Přínos dechových technik se naopak u dvou respondentů neprokázal. Podpůrnými aktivitami byly i jejich další aktivity jako jsou svépomocné skupiny, které využívali k nácviku reálných situací i ke sdílení, dále pak techniky externalizace, kdy se pokoušeli se z úzkosti vypsát či techniky zaměření se na přítomnost, kdy usilovali o snížení úzkosti odkloněním myšlenek a zaměřením se na základní smysly.

Jako opakující se vzorce chování jsme u našich respondentů našli tyto formy: vyhýbavé chování, zabezpečovací chování, konfrontaci, odpojení/potlačení emocí. Zabezpečovací a vyhýbavé chování jsme identifikovali jako maladaptivní chování, které se podílí na udržování poruchy. V našem výzkumu se jednalo o chování vázané na prevenci vzniku nebo vyhnutí se hrozbě. Naši respondenti se tak těmto situacím vyhýbali nebo využívali zabezpečování. Vyhýbali se například místům, odkud není úniku, lidem situacím, kde dříve došlo k panickému záchvatu. U zabezpečení například měli u sebe medikaci, pití, telefon, blízké osoby, aby došlo ke snížení úzkosti a situaci zvládli.

Dalším tématem bylo i odpojení/potlačení emocí, který naši respondenti v souvislosti s poruchou popsali. Hovořili o vypnutí, skrývání emocí či potlačení pláče.

Adaptivní strategii zvládnání mohlo být v našem výzkumu téma konfrontace. Konfrontaci jedinci vědomě využívali k tomu, aby se s poruchou vypořádali. Konfrontovali se se situacemi, kterých se obávali, chodili jim naproti a někdy je dokonce aktivně vyhledávali.

10 Souhrn

Teoretickou část naší práce zahajujeme krátkým historickým vhladem do problematiky úzkostných poruch. První písemné popisy úzkosti a obavy ze smrtelnosti se vyskytovaly už v Sumerském eposu o Gilgamešovi ve 3. stol. před n.l. Nicméně úzkost jako termín se v lékařské literatuře objevuje až v 1. polovině 18. století. Fyzické a duševní příznaky jsou však až do poloviny 19. století posuzovány odděleně (Praško, 2005). Až do poloviny 20. století panuje názor, že popisované symptomy jsou natolik různorodé, že je nelze zařadit do nozologických jednotek. Ve druhé polovině 20. století však dochází k obratu a díky studiím Kleina a Finka se dnešní členění poprvé objevilo v rámci DSM III (Praško, 2005). V další části se pak věnujeme úzkostné symptomatologii, popisu hlavních projevů úzkostných stavů. V krátkosti zde shrnujeme rozdíl mezi úzkostí a strachem a jednu kapitolu této části věnujeme specifické strachové reakci panické atace.

Kapitola číslo 2 popisuje fobické úzkostné poruchy (F40) a jiné anxiózní poruchy (F41), tak jak jsou uvedeny v rámci MKN 10. Uvádíme zde vybrané projevy poruch včetně dopadů, jaké na život jedince mohou mít a odhadované celoživotní prevalence. Další oddíly této kapitoly se týkají etiologie poruch. Zde popisujeme vliv dědičnosti, prostředí a mediátorové hypotézy.

V souvislosti s těmito poruchami bylo zkoumáno více genů, nicméně specifický gen zodpovědný za vznik fobií nebyl nalezen, jedná se spíše o polygenní vlivy (Hosák et al., 2013).

Důležitým, při vzniku těchto poruch se jeví faktor prostředí. Některé studie ukazují, že přerušování rané vazby s rodičem může mít později vliv na rozvoj panické úzkosti (Gorman et al., 2000). Traumatické události během dětství či v dospělosti mohou zvyšovat pravděpodobnost vzniku panických poruch (Gorman et al., 2000; Bandelow et al., 2002).

Mediátorové hypotézy spatřují příčiny duševních chorob v dysfunkci mediátorových systémů. U námi vybraných poruch se jedná o dysfunkci serotoninergní, dopaminergní a noradrenergního systému (Šilhán et al., 2014; Orel et al., 2020).

Další část věnujeme neuronálním korelátům úzkosti. Popisujeme zde, jakým způsobem probíhá učení strachu, jaké struktury jsou během toho zapojeny a zmiňujeme Gormanovu síť strachu. Má se za to, že klíčový vliv v neuroanatomii strachu a úzkosti hraje *amygdala*, dále

pak *insula* a *přední cingulární kůra* (Sehmeyer et al., 2009; Koukolík, 2012; Holzschneider & Mulert, 2011). V poslední podkapitole kapitoly č.2 se ptáme, zda lze nalézt specifické neuronální koreláty těchto poruch. Ačkoli dochází k funkčním i strukturálním změnám, závěry nebyly ve studiích jednoznačné (Duval et al., 2015).

V kapitole číslo 3 uvádíme vybrané pohledy na kvalitu života a možnosti jejího měření. V další části se pak zaměřujeme na vybrané výzkumy kvality života u osob s úzkostnými poruchami. Uvádíme zde oblasti, které jsou úzkostí ovlivněny. Metaanalýza Olatunji et al. (2010) například nalézá tyto kategorie: fyzické zdraví, mentální zdraví, fungování na poli pracovním nebo studijním, sociální fungování, rodinné fungování a finanční soběstačnost

Zvláštní kapitolu věnujeme zabezpečovacím mechanismům. Ty jsou často doprovodnou složkou těchto poruch a ovlivňují významně chování jejich nositelů. Popisujeme zde typy zabezpečovacího chování a konkrétní příklady. V závěru pak citujeme studii Funayama et al. (2013), kteří hledají souvislost mezi konkrétními symptomy poruch a formami zabezpečovacího chování.

Poslední kapitola teoretické části popisuje současné možnosti léčby zahrnující farmakoterapii, psychoterapii a další techniky (například fyzické aktivity, autogenní trénink).

Ve výzkumu jsme se zaměřili na osoby s fobickými úzkostnými poruchami a jinými anxiózními poruchami. Naším cílem bylo zmapovat oblasti, kde je tato porucha omezuje, specifikovat její možný dopad na kvalitu života, popsat konkrétní mechanismy zvládnání a prozkoumat možnou souvislost mezi specifickými strategiemi zvládnání a jednotlivými poruchami. Na tyto cíle navázaly tyto výzkumné otázky:

Ve kterých oblastech života vnímají respondenti omezení způsobené poruchou?

Které projevy poruchy u respondentů mají dopad na kvalitu života?

Jakým způsobem jsou úzkostné stavy zvládnány?

Jaké vzorce chování jsou ke zvládnání s ohledem na poruchu respondenty využívány?

Pro náš záměr jsme zvolili kvalitativní přístup, zvoleným typem výzkumu byla případové studie. Vybrané téma jsme popisovali, analyzovali a interpretovali na základě několika případů a

pokoušeli jsme se tak do hloubky prozkoumat prožitky jednotlivých respondentů. K analýze dat jsme využili IPA (interpretativní fenomenologickou analýzu) s cílem porozumět tomu, jak prožívají život s poruchou vybraní respondenti a jak tyto prožitky interpretují.

Cílovou skupinou byly osoby, který byla diagnostikována fobická nebo jiná anxiózní porucha. Doba vzniku ani věk nebyly pro účely našeho výzkumu rozhodující. Komorbidita s jinými poruchami v rámci kategorie F40-F41 byla možná. Úzkostná symptomatika jako sekundární projev somatického či jiného onemocnění mimo tuto kategorii byla důvodem k vyloučení ze vzorku. Respondenti byli vybráni nepraviděpodobnostní metodou samovýběru. Soubor byl sestaven celkem ze 7 respondentů (5 žen, 2 muži). Data byla vytvořena na základě polostrukturovaných rozhovorů.

Výstupy jsme uvedli podrobnými kazuistikami našich respondentů. Tímto jsme získali širší vhlad do zvolené problematiky. Z výzkumu vzešla tato témata: **Oblasti života ovlivněné poruchou, projevy poruchy s dopadem na kvalitu života, zvládání poruchy, vzorce chování ke zvládání poruchy.**

Životu s poruchou u většiny předcházela klíčová událost, která byla jakýmsi předělem mezi životem před poruchou a po ní. Dopad poruchy na svůj život naši respondenti vnímali jako všeprostupující. Specificky zmiňovali sociální fungování, kde pociťovali, že se uzavírají a projevují tendence „pohybovat se od lidí“. V partnerských vztazích popisovali potíže při navazování vztahu, jeho udržení nebo potíže partnera vůbec opustit. Zasaženou oblastí bylo i jejich fungování na poli práce a školy.

Jako projevy poruchy s dopadem na kvalitu života respondenti zmiňovali fyziologické projevy, negativní myšlenky a katastrofické scénáře, pocity méněcennosti a vědomí odlišnosti, pocity bezmoci, nízké sebevědomí, derealizace/depersonalizace.

Poruchy respondenti zvládali pomocí medikace, vyhledávání sociální opory, terapie, uvolnění emocí, pozitivního ladění, dechových a relaxačních technik a dalších aktivit (svépomocné skupiny, externalizace, zaměření na přítomnost).

Při hledání vzorců chování, které respondenti využívali jsme našli tato témata: chování zabezpečovací, vyhýbavé chování, konfrontaci a tendenci k odpojení/potlačení emocí.

V souladu s teoretickými závěry využívali respondenti trpící tímto typem poruch některé maladaptivní formy zvládnání jako například tendence vyhnout se obávaným situacím. Vyhýbali se tak například místům, odkud nebylo úniku, kde nebyla možná kontrola či například situacím, kde hrozilo ztrapnění. Pokud se do obávaných situací dostali, tak vykazovali tendence úzkost snížit například tím, že sebou nosili mobilní telefon, pití, sladkost, pohybovali se v blízkosti lékárny, kontrolovali osoby v okolí nebo si připravovali možné situace v „hlavě“ ...

Ve třech případech jsme našli shodu se studií Funayama et al. (2013) v typu zabezpečovacího chování u specifických symptomů poruch. Stejně jako u citovaných autorů se při třesu respondenti zabezpečovali léky, při závratích se zabezpečovali pitím a při intruzivních myšlenkách snižovali úzkost snahou o řízení pozornosti.

Jako odpojení/potlačení emocí jsme identifikovali u respondentů takové prožitky, které je vedly k vyhnutí se emočnímu prožitku. Emoce skrývali a „dusili je v sobě.“

Na druhou stranu jsme do tohoto tématu zahrnuli i adaptivní chování, které jsme označili jako konfrontace. Respondenti vnímali nutnost konfrontovat se s obávanými podněty. Obávaným situacím se vystavovali a aktivně je v některých případech vyhledávali ačkoli při nich pociťovali diskomfort.

.

Seznam literatury

- Alase, A. (2017). The interpretative phenomenological analysis (IPA): A guide to a good qualitative research approach. *International Journal of Education and Literacy Studies*, 5(2), 9-19. <http://dx.doi.org/10.7575/aiac.ijels.v.5n.2p.9>
- Alden, L. E., Mellings, T. & Ryder, A. G. (2001). Social anxiety, social phobia, and the self. *Multiple perspectives*. 304–320.
- Alonso, J. & Lépine, J. P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(Suppl 2), 3-9.
- American Psychiatric Association. (2015). *Anxiety disorders: DSM-5® selections*. American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for treatment of Posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Získáno 13. března 2023 z <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- Bandelow, B. & Michaelis, S. (2022). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*. 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Bandelow, B. Michaelis, S. & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93-107. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
- Bandelow, B., Späth, C., Tichauer, G. Á., Broocks, A., Hajak, G. & Rüther, E. (2002). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 43(4), 269-278.
- Bartley, C. A., Hay, M. & Bloch, M. H. (2013). Meta-analysis: aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 45, 34-39. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2013.04.016>

Bartoš, R. & Němcová, V. (2016). Gliomy limbického a paralimbického systému, technika a výsledky resekcí. *Česká a slovenská neurologie* 112(2): 131–147.

Blakey, S. M. & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical Psychology Review*, 49, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.002>

Broekman, B. F., Chan, Y. H., Chong, Y. S., Kwek, K., Sung, S. C., Haley, C. L., ... & GUSTO Research Group. (2014). The influence of anxiety and depressive symptoms during pregnancy on birth size. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 28(2), 116-126. <https://doi.org/10.1111/ppe.12096>

Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., ... & Rüther, E. (1998). Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 603-609. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.603>

Byrd, A. L. & Manuck, S. B. (2014). MAOA, childhood maltreatment, and antisocial behavior: meta-analysis of a gene-environment interaction. *Biological psychiatry*, 75(1), 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.05.004>

Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *Journal of medical ethics*, 10(3), 124-127.

Calvo, M. G. & Carreiras, M. (1993). Selective influence of test anxiety on reading processes. *British Journal of Psychology*, 84(3), 375-388. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1993.tb02489.x>

Carter, M. M., Hollon, S. D., Carson, R. & Shelton, R. C. (1995). Effects of a safe person on induced distress following a biological challenge in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 105. doi: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.1.156>

- Connor, K. M., Payne, V. & Davidson, J. R. (2006). Kava in generalized anxiety disorder: three placebo-controlled trials. *International clinical psychopharmacology*, 21(5), 249-253. <https://doi.org/10.1097/00004850-200609000-00001>
- Craddock, N., Owen, M. J., & O'Donovan, M. C. (2006). The catechol-O-methyl transferase (COMT) gene as a candidate for psychiatric phenotypes: evidence and lessons. *Molecular psychiatry*, 11(5), 446-458. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001808>
- Cramer, V., Torgersen, S. & Kringlen, E. (2005). Quality of life and anxiety disorders: a population study. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(3), 196-202. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000154836.22687.13>
- Duval, E. R., Javanbakht, A. & Liberzon, I. (2015). Neural circuits in anxiety and stress disorders: a focused review. *Therapeutics and clinical risk management*, 115-126. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S48528>
- Eisner, M. D., Blanc, P. D., Yelin, E. H., Katz, P. P., Sanchez, G., Iribarren, C. & Omachi, T. A. (2010). Influence of anxiety on health outcomes in COPD. *Thorax*, 65(3), 229-234. <http://dx.doi.org/10.1136/thx.2009.126201>
- Eme, R. (2013). MAOA and male antisocial behavior: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 18(3), 395-398. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.02.001>
- Faraone, S. V. & Khan, S. A. (2006). Candidate gene studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 13.
- Ficks, C. A. & Waldman, I. D. (2014). Candidate genes for aggression and antisocial behavior: a meta-analysis of association studies of the 5HTTLPR and MAOA-uVNTR. *Behavior genetics*, 44(5), 427-444. <https://doi.org/10.1007/s10519-014-9661-y>
- Fjermestad, K. W., Nilsen, W., Johannessen, T. D. & Karevold, E. B. (2017). Mothers' and fathers' internalizing symptoms influence parental ratings of adolescent anxiety symptoms. *Journal of Family Psychology*, 31(7), 939-944. <https://doi.org/10.1037/fam0000322>

Foster, J. A. & Neufeld, K. A. M. (2013). Gut–brain axis: how the microbiome influences anxiety and depression. *Trends in neurosciences*, 36(5), 305-312.

<https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.01.005>

Funayama, T., Furukawa, T. A., Nakano, Y., Noda, Y., Ogawa, S., Watanabe, N., ... & Noguchi, Y. (2013). In-situation safety behaviors among patients with panic disorder: Descriptive and correlational study. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 67(5), 332-339.

<https://doi.org/10.1111/pcn.12061>

Guilherme Graeff, F., & Zangrossi Jr, H. (2010). The dual role of serotonin in defense and the mode of action of antidepressants on generalized anxiety and panic disorders. *Central Nervous System Agents in Medicinal Chemistry (Formerly Current Medicinal Chemistry-Central Nervous System Agents)*, 10(3), 207-217.

Goodwin, G. M. (2022). The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3) 249-260.

<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/ggoodwin>

Gothelf, D., Eliez, S., Thompson, T., Hinard, C., Penniman, L., Feinstein, C., ... & Reiss, A. L. (2005). COMT genotype predicts longitudinal cognitive decline and psychosis in 22q11. 2 deletion syndrome. *Nature neuroscience*, 8(11), 1500-1502.

Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M. & Coplan, J. D. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 493-505.

Gústavsson, S. M., Salkovskis, P. M. & Sigurðsson, J. F. (2021). Cognitive analysis of specific threat beliefs and safety-seeking behaviours in generalised anxiety disorder: revisiting the cognitive theory of anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(5), 526-539.

<https://doi.org/10.1017/S135246582100014X>

Ham, B. J., Lee, Y. M., Kim, M. K., Lee, J., Ahn, D. S., Choi, M. J., ... & Lee, M. S. (2006). Personality, dopamine receptor D4 exon III polymorphisms, and academic achievement in medical students. *Neuropsychobiology*, 53(4), 203-209.

<https://doi.org/10.1159/000094729>

Helbig-Lang, S. & Petermann, F. (2010). Tolerate or eliminate? A systematic review on the effects of safety behavior across anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(3), 218-233. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01213.x>

Helbig-Lang, S., Richter, J., Lang, T., Gerlach, A. L., Fehm, L., Alpers, G. W., ... & Wittchen, H. U. (2014). The role of safety behaviors in exposure-based treatment for panic disorder and agoraphobia: Associations to symptom severity, treatment course, and outcome. *Journal of anxiety disorders*, 28(8), 836-844. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.010>

Hofmann, S. G., Wu, J. Q. & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(3), 375. <https://doi.org/10.1037/a0035491>

Hoffman, L. J. & Chu, B. C. (2019). When is seeking safety functional? Taking a pragmatic approach to distinguishing coping from safety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 176-185. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.11.002>

Holzschneider, K. & Mulert, C. (2011). Neuroimaging in anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(4), 453. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/kholzschneider>

Hosák, M. L., Šilhán, M. P., & Hosáková, M. J. (2013). Genetika úzkostných poruch. *Psychiatr. prax*, 14(1), 23-25.

Jacobs, B. P., Bent, S., Tice, J. A., Blackwell, T. & Cummings, S. R. (2005). An internet-based randomized, placebo-controlled trial of kava and valerian for anxiety and insomnia. *Medicine*, 84(4), 197-207. doi: 10.1097/01.md.0000172299.72364.95

James, J. E. & Hardardottir, D. (2002). Influence of attention focus and trait anxiety on tolerance of acute pain. *British journal of health psychology*, 7(2), 149-162. <https://doi.org/10.1348/135910702169411>

Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J., Stip, E., Samad, M. A., & Ahababi, A. A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00315-3>

Kasper, S., Gastpar, M., Müller, W. E., Volz, H. P., Möller, H. J., Schläfke, S., & Dienel, A. (2014). Lavender oil preparation Silexan is effective in generalized anxiety disorder—a randomized, double-blind comparison to placebo and paroxetine. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *17*(6), 859-869. <https://doi.org/10.1017/S1461145714000017>

Kasper, S., Anghelescu, I. & Dienel, A. (2015). Efficacy of orally administered Silexan in patients with anxiety-related restlessness and disturbed sleep—A randomized, placebo-controlled trial. *European neuropsychopharmacology*, *25*(11), 1960-1967. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.07.024>

Kirk, A., Meyer, J. M., Whisman, M. A., Deacon, B. J., & Arch, J. J. (2019). Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach. *Journal of anxiety disorders*, *64*, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.03.002>

Klein, D. F. & Fink, M. (1962). Psychiatric reaction patterns to imipramine. *American Journal of Psychiatry*, *119*(5), 432-438. <https://doi.org/10.1176/ajp.119.5.432>

Koukolík, F. (2012). *Lidský mozek*. Praha: Galén.

Koukolík, F. (2013). Funkční neuroanatomie rodičovství. *General Practitioner/Praktický Lekar*, *93*(5).

Kratochvíl, S. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

Křívohlavý, J. (2004). Kvalita života-vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. In J. Křívohlavý et al., Kvalita života [sborník odborných příspěvků] (s.9-20). Kongresový sál hotelu Aurora v Třeboni.

Levy, H. C. & Radomsky, A. S. (2016). It's the who not the when: An investigation of safety behavior fading in exposure to contamination. *Journal of anxiety disorders*, *39*, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.006>

Lewis, M. D. & Todd, R. M. (2007). The self-regulating brain: Cortical-subcortical feedback and the development of intelligent action. *Cognitive Development*, *22*(4), 406-430. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2007.08.004>

Liao, W., Chen, H., Feng, Y., Mantini, D., Gentili, C., Pan, Z., ... & Zhang, W. (2010). Selective aberrant functional connectivity of resting state networks in social anxiety disorder. *Neuroimage*, 52(4), 1549-1558.

<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.05.01>

Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4), 196-204.

Luo, J., Wang, L. G. & Gao, W. B. (2012). The influence of the absence of fathers and the timing of separation on anxiety and self-esteem of adolescents: A cross-sectional survey. *Child: care, health and development*, 38(5), 723-731.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01304.x>

Madras, B. K., Miller, G. M. & Fischman, A. J. (2005). The dopamine transporter and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1397-1409.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.011>

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. 161–182.

Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. *Affective development in infancy*, 95–124.

Maron, E., & Shlik, J. (2006). Serotonin function in panic disorder: important, but why?. *Neuropsychopharmacology*, 31(1), 1-11. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300880>

Masarykova universita v Brně (2023). *Interpretativní fenomenologická analýza*. Získáno 11.6. 2023 z

https://is.muni.cz/el/fss/jaro2022/SPRn4484/123807903/interpretativni_fenomenologicka_analyza-strucne.pdf

Mathew, S. J. & Ho, S. (2006). Etiology and neurobiology of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(12), 9-13.

McAlinden, N. M. & Oei, T. P. (2006). Validation of the Quality of Life Inventory for patients with anxiety and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 307-314.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.09.003>

McDade-Montez, E. A. & Watson, D. (2011). Examining the potential influence of diabetes on depression and anxiety symptoms via multiple sample confirmatory factor analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(3), 341-351. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9298-5>

Mendlowicz, M. V. & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.

Miró, E., Martínez, P., & Arriaza, R. (2006). Influence of subjective sleep quantity and quality on anxiety and depressed mood state. *Salud Mental*, 29(2), 30-37.

Mullins, D. T. & Duke, M. P. (2004). Effects of social anxiety on nonverbal accuracy and response time I: Facial expressions. *Journal of nonverbal behavior*, 28(1), 3-33.

<https://doi.org/10.1023/B:JONB.0000017865.24656.98>

Nechita, D., Nechita, F. & Motorga, R. (2018). A review of the influence the anxiety exerts on human life. *Rom J Morphol Embryol*, 59(4), 1045-1051.

Notzon, S., Domschke, K., Holitschke, K., Ziegler, C., Arolt, V., Pauli, P., ... & Zwanzger, P. (2016). Attachment style and oxytocin receptor gene variation interact in influencing social anxiety. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 17(1), 76-83.

<https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1091502>

Ohaeri, J. U. (2006). The management of anxiety and depressive disorders: a review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4(2), 103-118.

<https://doi.org/10.1007/s11469-006-9016-x>

Olatunji, B. O., Cisler, J. M. & Tolin, D. F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical psychology review*, 30(6), 642-654. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.008>

Olatunji, B. O., Cisler, J. M. & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 557-577. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.002>

Orel, M. et al. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.

Perrotta, G. (2019). Panic disorder: definitions, contexts, neural correlates and clinical strategies. *Current Trends in Clinical & Medical Sciences*, 1(2), 1-10.

Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological journal*, 20(1), 7-14.

Plasencia, M. L., Alden, L. E. & Taylor, C. T. (2011). Differential effects of safety behaviour subtypes in social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 49(10), 665-675. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.005>

Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál

Praško, J. & Prašková, H. (2008). *Specifické fobie*. Praha: Portál

Primiano, S., Marchand, A., Gosselin, P., Langlois, F., Bouchard, S., Bélanger, C., ... & Dupuis, G. (2014). The effect of a combined versus a conventional cognitive-behavioral therapy on quality of life for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder: preliminary results. *Behavior Modification*, 38(1), 3-24. <https://doi.org/10.1177/0145445513504430>

Rahmat, A., Saputra, L., Pramatirta, A. Y., Sabarudin, U., Krisnadi, S. R., Susanto, H. & Effendi, J. S. (2018). Postpartum Anxiety Factors Involved in Subjects Undergoing Cesarean Section as Analyzed by Zung Self Rating Anxiety Scale. *Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science*, 1(1), 17-23. <http://dx.doi.org/10.24198/obgynia.v1n1.59>

Rachman, S. (1984). Agoraphobia—a safety-signal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 22(1), 59-70. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(84\)90033-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(84)90033-0)

Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171-1178. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1171>

Recovery ways (2018, 16.března). *7 ways Anxiety can affect your life*. Získáno 29.ledna 2023 z <https://www.recoveryways.com/rehab-blog/7-ways-anxiety-can-affect-your-life/>

Reck, C., Zimmer, K., Dubber, S., Zipser, B., Schlehe, B. & Gawlik, S. (2013). The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Archives of women's mental health*, 16(5), 363-369. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0344-0>

Rosa, A., Peralta, V., Cuesta, M. J., Zarzuela, A., Serrano, F., Martínez-Larrea, A. & Fañanás, L. (2004). New evidence of association between COMT gene and prefrontal neurocognitive function in healthy individuals from sibling pairs discordant for psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 161(6). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.6.1110>

Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 6-19. doi:10.1017/S0141347300011472

Salkovskis, P. M., Clark, D. M. & Gelder, M. G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour research and therapy*, 34(5-6), 453-458. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00083-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00083-6)

Sarris, J., Stough, C., Bousman, C. A., Wahid, Z. T., Murray, G., Teschke, R., ... & Schweitzer, I. (2013). Kava in the treatment of generalized anxiety disorder: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Journal of clinical psychopharmacology*, 33(5), 643-648. doi 10.1097/JCP.0b013e318291be67

Sehlmeyer, C., Schöning, S., Zwitterlood, P., Pfeleiderer, B., Kircher, T., Arolt, V. & Konrad, C. (2009). Human fear conditioning and extinction in neuroimaging: a systematic review. *PloS one*, 4(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005865>

Segman, R. H., Cooper-Kazaz, R., Macciardi, F., Goltser, T., Halfon, Y., Dobroborski, T. & Shalev, A. Y. (2002). Association between the dopamine transporter gene and

posttraumatic stress disorder. *Molecular psychiatry*, 7(8), 903-907.

<https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001085>

Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A., & Rapee, R. M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (2), 131-143. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-1822-2>

Shin, L. M. & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169-191.

<http://dx.doi.org/10.1038/npp.2009.83>

Smolders, M., Laurant, M., Verhaak, P., Prins, M., Van Marwijk, H., Penninx, B., ... & Grol, R. (2009). Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. *General Hospital Psychiatry*, 31(5), 460-469. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.05.011>

Šilhán, P., Hýža, M., Kamarádová, D., Látalová, K., & Praško, J. (2014). Neurologické hypotézy u panické poruchy. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 77(3), 314-319.

Tovote, P., Fadok, J. P. & Lüthi, A. (2015). Neuronal circuits for fear and anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(6), 317-331. <https://doi.org/10.1038/nrn3945>

Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2021). *Mezinárodní klasifikace nemocí (10.revize)*. Získáno 3.března 2023 z <https://MKN-10.uzis.cz/>

Vaňurová, H., Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života, teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova Univerzita, pedagogická fakulta.

Vaessen, T. S. J., De Jong, L., Schäfer, A. T., Damen, T., Uittenboogaard, A., Krolinski, P., ... & Drukker, M. (2018). The interaction between cannabis use and the Val158Met polymorphism of the COMT gene in psychosis: A transdiagnostic meta-analysis. *PLoS One*, 13(2), 1110-1112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192658>

Warning, L. M. (2011). Are You Positive?: The Influence of Life Orientation on the Anxiety Levels of Nursing Students. *Holistic Nursing Practice*, 25(5), 254-257.
<https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e31822a02c7>

Widom, C. S.& Brzustowicz, L. M. (2006). MAOA and the “cycle of violence:” childhood abuse and neglect, MAOA genotype, and risk for violent and antisocial behavior. *Biological psychiatry*, 60(7), 684-689. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.039>

Williams, A. M.& Prince, P. (2017). How does anxiety influence fluid reasoning?. *Applied Neuropsychology: Child*, 6(3), 248-254. <https://doi.org/10.1080/21622965.2017.1317493>

Wilmer, M. T., Anderson, K.& Reynolds, M. (2021). Correlates of Quality of Life in Anxiety Disorders: Review of Recent Research. *Current Psychiatry Reports*, 23(11), 1-9.
<https://doi.org/10.1007/s11920-021-01290-4>

World health organization (n.d.). WHOQOL: *Measuring Quality of Life*. Získáno 19.dubna 2023 z <https://www.who.int/tools/whoqol>

Yajima, H., & Arai, K. (1996). The influence of motivational structure in a classroom of junior high school students on perceived ability in school subjects, self-regulated learning strategies, and achievement anxiety. *Japanese Journal of Educational Psychology*, 44(3), 332-339.

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů a dalšími obecně závaznými právními předpisy (*jakož jsou zejména Helsinská deklarace, přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013); [Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování](#) (zejména ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.) a [Úmluva o lidských právech a biomedicíně](#) č. 96/2001, jsou-li aplikovatelné*), Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu Linda Pospíšilová el Karibová (řešitel) na Univerzita Palackého Olomouc, katedra psychologie v rámci diplomové práce s názvem Kvalita života osob trpících neurotickými poruchami se zaměřením na fobické úzkostné poruchy a jiné anxiózní poruchy, PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. Výzkum bude prováděn v PN Bohnice. Projekt bude probíhat v období 5/2023-7/2023.

Cílem projektu je popis kvality života osob trpících fobickými a jinými anxiózními poruchami a popis mechanismů zvládnání

Vaše účast bude spočívat v uskutečnění rozhovoru s tazatelem, kde budete odpovídat na 10 otevřených otázek s cílem zjistit, ve kterých oblastech vás porucha omezuje, jaké symptomy vás omezují a jakým způsobem poruchu zvládáte. Nebudou použity žádné invazivní metody.

Rozhovor proběhne jednorázově, bude trvat přibližně 40 minut a nebude nutné opakování. Rozhovory budou nahrávány a následně přepsány. Původní nahrávka bude smazána.

Účast na výzkumu bude dobrovolná a účastník výzkumu bude moci kdykoli z výzkumu odstoupit, případně neudělit souhlas s využitím získaných dat.

Bezpečnost bude zajištěna přítomností řešitele diplomové práce.

Projektu se nemůžete účastnit při akutním infekčním onemocnění, onemocnění či omezení pohybového aparátu, rekonvalescenci po operaci, úrazu, onemocnění. Posouzení zdravotní způsobilosti pro účast provede Váš ošetřující lékař v rámci PN Bohnice.

Přínosem pro Vás bude možnost zmapovat oblasti, kde vás porucha omezuje a případně odhalit mechanismy, které vám pomáhají poruchu zvládat.

Vaše účast v projektu je dobrovolná a bude finančně ohodnocena částkou 200 Kč.

Získaná data budou shromažďována a zpracovávána v souladu s pravidly vymezenými nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů. Budou získávány následující osobní údaje: pohlaví, věk a přepis rozhovoru, které budou bezpečně uchovány na heslem zajištěném soukromém počítači řešitele, v této podobě budou uchovány do úspěšného obhájení diplomové práce, potom budou neodkladně smazány. Přístup k nim bude mít mimo řešitele také vedoucí diplomové práce. Vaše osobní údaje nebudou předávány k dalšímu

zpracování jinou osobou. Veškerá osobní data budou ihned anonymizována, místo jména budou použity číslice, identifikace dat s Vaší osobou nebude možná. Získaná data budou zpracovávána, bezpečně uchována a publikována v anonymní podobě v diplomové práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na Univerzitě Palackého v Olomouci. Během výzkumu nebudou pořizovány žádné fotografie ani videa.

S celkovými výsledky a závěry výzkumného projektu se můžete na vyžádání seznámit prostřednictvím e-mailové adresy: linda.pospisilovaelkaribova02@upol.cz.

V maximální možné míře bude zajištěno, aby získaná data nebyla zneužita.

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu, že se u mne neobjevují žádné kontraindikace, které by nedovolily mou účast v projektu, že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, a to písemně Etické komisi Univerzity Palackého v Olomouci, která bude následně informovat předkladatele projektu. Dále potvrzuji, že mi byl předán jeden originál vyhotovení tohoto informovaného souhlasu.

Místo, datum

Jméno a příjmení účastníka

Podpis:

Jméno a příjmení předkladatele a hlavního řešitele projektu:

Podpis:

Trpíte sociální fobií, agorafobií, fobickou úzkostnou poruchou, jinou anxiózně fobickou poruchou, generalizovanou úzkostnou poruchou, specifickou fobií, panickou úzkostí či jinou úzkostnou poruchou?

Jste ochotni o svých fobiích anonymně hovořit?

Na katedře psychologie Univerzity Palackého píšou závěrečnou diplomovou práci o kvalitě života osob s úzkostnými poruchami a hledám respondenty, kteří by byli ochotni mi věnovat zhruba 40 minut k rozhovoru o svých fobiích. Rozhovor bude probíhat osobně či online a bude anonymní. Výstupy budou použity výhradně pro tuto práci.

V případě zájmu mě prosím kontaktujte nejlépe do 31.5. 2023

na emailu: linda.pospisilovaelkaribova02@upol.cz

nebo na telefonu: 739436199

děkuji

Linda Pospíšilová

studentka psychologie

Příloha č. 3 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Pohlaví respondenta

Věk

Vzdělání

Jakou poruchou trpíte?

Vybavíte si, kdy se porucha objevila?

Jak dlouho se léčíte?

Ve kterých oblastech života Vás porucha omezuje?

Co Vám porucha vzala?

Které projevy poruchy mají dopad na Vaši kvalitu života?

Co Vás konkrétně na poruše omezuje? Jaké symptomy vás nejvíce omezují?

Jakým způsobem úzkostné stavy zvládáte?

Jaké vzorce chování ke zvládnání s ohledem na poruchu využíváte?

Máte nějaké rituály, které vám pomáhají?

Příloha č. 4 Ukázka rozhovoru

Ve kterých oblastech života tě porucha omezuje? jestli třeba o tom chceš víc mluvit.

A vlastně bych řekla, že asi ve všech oblastech života. Protože je to taková věc, která prostě člověka doprovází celý život a úplně furt. Ve školství nebo jako ve škole je to hodně složitý samozřejmě, protože prostě studenti jsou nějak, mají nějaký nátlak na sebe a ten já nezvládám tak dobře jako ostatní lidi, protože mám prostě úzkosti a nezvládám to moc a dřív se zhrouťím než ostatní lidi, mám větší nervy a tak. Je to jako ve všech oblastech života, kde je nějaký problém se to vlastně jako to jestli to tak jde to jako ve všech oblastech života, kde je nějaký problém se to vlastně jako to jestli to jde o to, že se mi špatně uvaří špagety nebo že přijdu někam pozdě nebo že se ten den zrovna nepovedl dobře. Já se vlastně stresuju jako úplně z každé věci, která jde špatně. A potom tam jsou ještě s tou mojí poruchou jsou tam ještě ty vlastně jako ona má takový ty příznaky tak já mám vlastně k tomu ještě deprese a mám sklony jako k paranoie a taky mám tu tu panickou poruchu. Takže prostě můžu dostávat panický ataky, to se stává prostě když jsem jako zahnaná do kouta, tak místo toho, aby mě to nějak motivovalo, tak prostě se vypnu úplně. A třeba se stává často, že se prostě zbytečně bojím věcí, který vlastně vůbec nedávají smysl. Že třeba odejdu z domova a mám hrozný nutkání se tam vrátet jenom kvůli tomu, že si myslím, že jsem nechala zaplout žehličku nebo že jsem nezavřela psa nebo že jsem nezamkla dveře. A je to vlastně až do takový míry, kdy vlastně na to myslím potom celý den a když přijdu domů, tak si jako oddechnu, když se to nestalo. Takže to jako já bych řekla, že omezující je to úplně všude.

A tu hlavní diagnózu, co máš je generalizovaná úzkostná porucha? Hm, jo. taky První jsem měla panickou poruchu no a potom se to vlastně potom mě diagnostikovali s generalizovanou úzkostnou.

A jak to máš dlouho? K psychiatrovi chodím od 13, prášky beru 3 roky jako pravidelně. No jako já to mám vrozený už od malička, protože mám rodinnou historii, takže ono je to třeba od 7 let.

Který projevy poruchy mají dopad na kvalitu života? Co konkrétně tě na poruše omezuje, co ti tam vadí? Stoprocentně ten stres, kterej je hrozně, kterej je větší než u normálních lidí. Třeba když jsem psala přijímačky na tu střední školou, tak se mi celou dobu klepaly ruce tak, že mi že mi propiska ťukala o stůl. A přitom jsem měla jako normálně prášky, medikaci v tu dobu. Ne pravidelnou, ale jenom když to bylo špatný a měla jsem jich v sobě víc než jako víc než normálně a stejně mě to neuklidnilo. Taky je třeba problém to, že prostě žaludeční neuróza je poměrně častá, takže si člověk docela často nepřipadá úplně komfortně, protože je mu prostě špatně. A taky momentálně nejsem vůbec schopná žít bez svých prášků, což taky není úplně ideální by se dalo říct. Protože je mi prostě,

když si ho nevezmu, strašně špatně, potím se, bolí mě hlava celý den. Ale je to prostě, že už, že prostě už ten stres bere jako strašně moc energie z mého těla. Taky mám problém, že jsem strašně vyčerpaná mentálně z úplně obyčejnejch věcí, jenom s konverzací s lidma. A vlastně potom už jsem z toho vyčerpaná i fyzicky, takže často prostě jsem tak unavená, že nejsem schopná věci stíhat, protože prostě dřív si musím odpočinout, a potom stíhat. Nebo mám třeba jako problémy s normálníma denníma povinnostma, jako je třeba uklízet si pokoj. Občas je to tak špatný, že prostě nejdu ven nebo stávalo se mi třeba o prázdninách, že jsem třeba měsíc nešla ven a chodila jsem ven jenom v noci. Taky, že prostě se vám občas nechce jíst jako jídlo vůbec, že to jako ono záleží, jak špatný to někdo má, ale vážně se to občas může vyklubat do takový prostě věci, že se člověk vysloveně bojí světa a že je prostě zavřenej doma, nechce nic jíst, nic ho nebaví a vlastně celou dobu se nejspíš kouká na seriály nebo čte knížky, aby vlastně utekl od té reality. Jakože ono to občas může bejt jako vážně náročný na nějaký management. Třeba zase, když se vrátím k té škole, tak je třeba problém, jak je absence do nějakých%, tak prostě u mě je jasný, že budu chybět víc než ostatní lidi, protože občas prostě nejsem schopná jít do té školy. A to v tom i když mám prostě tunu papírů od doktora, tak ono to není furt tak přijímaný, jak bych chtěla, aby to bylo. Mně prostě vadí to, že nezvládám věci jako normální člověk a že vím, že bych mohla bejt lepší bez té nemoci. Protože třeba bych nemusela mít takový to, že si sednu k testu, a najednou všechno zapomenu kvůli tomu, že jsem strašně vynervovaná. Nebo, že se rozbřečím kvůli tomu, že něco nevím, že je to takový jako, že to omezuje člověka prostě úplně na té obyčejný jako lidský bázi