

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Jana Matoušková

**Problematika neurotických a stresových poruch a možnosti
podpory v kontextu speciálněpedagogické andragogiky**

Olomouc 2018

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Zdeňky Kozákové, Ph.D. a použila jen prameny uvedené v seznamu bibliografických citací.

V Olomouci dne 14. března 2018

Jana Matoušková

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Zdeňce Kozákové, Ph. D. za odborné vedení při psaní této práce, zejména za ochotu, čas, cenné rady a průběžné konzultace, které pro mě byly velkým přínosem.

Děkuji své rodině a přátelům za podporu a trpělivost.

Obsah

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 Neurotické a stresové poruchy	9
1.1 Úzkost.....	9
1.1.1 Úzkost a strach	10
1.2 Stres.....	10
1.2.1 Definice stresu a jeho rozdělení.....	10
1.2.2 Stresory a zvládání stresových situací.....	11
1.2.3 Prevence stresu a jeho důsledky.....	12
2 Diagnostika neurotických a stresových poruch	13
2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize	13
2.1.1 Fobické úzkostné poruchy.....	13
2.1.2 Jiné úzkostné poruchy.....	14
2.1.3 Obsedantně-kompulzivní porucha.....	15
2.1.4 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení	16
2.1.5 Dissociativní (konverzní) poruchy	17
2.1.6 Somatoformní poruchy	17
2.1.7 Jiné neurotické poruchy	18
2.2 DSM-V Diagnostický a statistický manuál	19
2.2.1 Úzkostné poruchy.....	19
2.2.2 Obsedantně kompulzivní a související poruchy	19
2.2.3 Traumatické poruchy a disociativní poruchy	19
3 Panická porucha	20
3.1 Charakteristika panické poruchy.....	20
3.2 Příznaky panické poruchy.....	20
3.3 Panické ataky.....	21
3.4 Spouštěče panické ataky	22
3.5 Příčiny panické poruchy	22
3.6 Diagnostika panické poruchy	23
3.7 Léčba panické poruchy.....	24
3.7.1 Antidepresiva	24
3.7.2 Benzodiazepiny	24
3.7.3 Psychoterapie.....	25

4	Neurotické a stresové poruchy v kontextu speciální pedagogiky	26
4.1	Vymezení speciální pedagogiky a speciálněpedagogické andragogiky.....	26
4.1.1	Speciální pedagogika	26
4.1.2	Speciálněpedagogická andragogika	27
4.2	Meziresortní přístup v oblasti pomoci a péče osobám s duševním onemocněním.....	28
4.2.1	Ministerstvo zdravotnictví.....	28
4.2.2	Ministerstvo práce a sociálních věcí.....	28
4.2.3	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy	29
4.3	Sociální služby poskytované osobám s duševním onemocněním v Olomouckém kraji	29
	PRAKTICKÁ ČÁST	31
5	Metodologická východiska výzkumného šetření	32
5.1	Vymezení cíle výzkumného šetření	32
5.2	Formulace vstupních domněnek výzkumného šetření	33
5.3	Metody výzkumného šetření a konstrukce rozhovoru	33
5.4	Výzkumné oblasti	34
5.5	Charakteristika vybraného vzorku výzkumného šetření	35
5.6	Metoda analýzy dat výzkumného šetření	37
5.7	Časový harmonogram	38
6	Výsledky výzkumného šetření.....	39
6.1	Období zjištění diagnózy a počátku onemocnění	39
6.2	Období léčby a terapií	41
6.3	Období po 1 roce léčby	44
7	Diskuse výsledků výzkumného šetření	47
	Závěr.....	49
	Seznam bibliografických citací	51
	Seznam tabulek	54
	Seznam použitých zkratk	55
	Seznam příloh	56

Úvod

„Věř a víra tvá tě uzdraví“

Bible. Nový zákon, Marek, 5. kapitola

Stres, strach, úzkost, bolest, smutek. Pojmy, se kterými se v dnešní době bohužel setkáváme čím dál častěji. Úzkost, která primárně slouží jako obranná reakce, však může přejít v poruchu zdraví, která postihuje nemalé procento naší populace. Stane se tak, pokud není intenzita a doba trvání úzkosti přiměřená okolnostem a je dlouhodobá. Strach vede ke stresu, dlouhodobý stres často vede k úzkostem a depresím, úzkosti vedou ke strachu ze smrti. Tímto se uzavírá bludný kruh, který může vést ke vzniku neurotických a stresových poruch.

Bakalářská práce se bude skládat ze dvou částí – teoretické a praktické. Cílem teoretické části bakalářské práce bude sumarizování poznatků o problematice neurotických a stresových poruch, definování těchto onemocnění, rozdělení do příslušných skupin, charakterizování příznaků a důsledků prožívání daného onemocnění a popsání případného průběhu léčby a terapie. V druhé části bude největší důraz kladen na problematiku panických poruch, které jsou v dnešní době velmi časté a trpí jimi až 5% celé populace. Autorka tak vychází z dlouhodobého zájmu o problematiku neurotických a stresových poruch a z osobních zkušeností s osobami trpícími panickou poruchou. Osobní zkušenosti mohou být odrazovým můstkem ke tvorbě praktické části bakalářské práce. Teoretická část bakalářské práce pojednává v neposlední řadě o propojení speciálněpedagogické andragogiky a duševních onemocnění, specifikuje nutnost meziřesortního přístupu v oblasti pomoci a péče těmto osobám v kontextu ministerstev a popisuje sociální služby, které jsou určeny těmto jedincům na území Olomouckého kraje.

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce bude zjištění, jak jedinec trpící panickou poruchou prožívá své onemocnění a s ním spojené panické ataky, jakou situaci považuje za vznik a spouštěče onemocnění a jak u něj probíhala léčba a terapie. Dílčím cílem bude zjistit, jaký dopad mělo toto onemocnění na vztahy v rodině, v partnerském vztahu a na pracovišti, jak celou situaci prožívala rodina a kdo byl pro jedince v průběhu léčby a terapie největší oporou. V rámci tohoto dílčího cíle výzkumného šetření si budeme v neposlední řadě

klást za cíl poukázat na problematiku informovanosti veřejnosti o neurotických a stresových poruchách.

V úvodu práce je použit citát z Bible: „*Věř a víra tvá tě uzdraví*“. Pokud nemocný jedinec bude věřit v uzdravení, bude pro něj mnohem snazší překonat bolest a trápení, které sebou každé onemocnění nese, vycházíme tak z osobních zkušeností. Věříme, že předložená bakalářská práce bude průvodcem pro všechny, kteří se chtějí o neurotických a stresových poruchách dozvědět alespoň základní informace a že každému jedinci, který trpí jakoukoliv psychickou poruchou, bude tato bakalářská práce alespoň malým průvodcem a empirická část alespoň malou inspirací ke zvládnání svých těžkých chvil.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Neurotické a stresové poruchy

Neurotické a stresové poruchy jsou podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (dále jen MKN-10) skupiny poruch, které jsou vyvolány úzkostí a které vznikají převážně v běžných situacích a za okolností, které nejsou nebezpečné. Pokud se jedinci nepodaří vyhnout se těmto situacím, nastává strach a úzkost doprovázená pocity na omdlení či palpitací. Tyto příznaky mohou vést až k druhotnému strachu ze smrti nebo zešílení. Neurotické poruchy, jinak nazývané úzkostné poruchy, které byly v minulosti označovány jako neurózy, řadíme mezi častá duševní onemocnění (Kennerleyová, 1998, s.20).

Kennerleyová (1998, s. 20) popisuje neurotické a stresové poruchy jako kombinaci již zmíněných fyzických a psychických projevů, které nejsou vyvolány nebezpečím, které by bylo reálné. Teorie, která by hovořila striktně o tom, jak úzkost vzniká, neexistuje. Termín úzkost překládáme z anglického slova *anxiety* (těsný, úzký) a z hebrejského *cará* (úzkost, úžina).

Následující dvě podkapitoly dále přibližují problematiku stresu a úzkosti a charakterizují ji, protože právě stres a úzkost vždy doprovází nebo velmi úzce souvisí s každou neurotickou či stresovou poruchou. Diagnostika úzkostných poruch, která se řadí k jednomu z nejdůležitějších klinických i terapeutických hledisek, je popsána v samostatné kapitole.

1.1 Úzkost

Úzkost je normální reakce kladená na organismus, která má adaptivní funkci, nesmí však být natolik intenzivní a častá, aby překročila naši přínosnou mez. V tomto případě může docházet k již zmíněným neurotickým a stresovým poruchám (Ulč, 1999, s. 12).

Úzkost charakterizujeme jako jednu z nejčastějších potíží, se kterou se v životě setkáváme. Úzkost je emoce tlumící, která zeslabuje a blokuje aktivitu (Honzák, 1995, s. 7). Ulč (1999, s. 12) dodává, že úzkost je strach, kterého se člověk bojí, aniž by věděl, z čeho pochází, popisuje ji jako strach bez předmětu. Podle Hanzáka (1995, s. 10) je úzkost „*psychosomatický stav prožívaný většinou nepříjemně*“ a dodává, že úzkost patří do normální výbavy každého jedince. Vymětal (2007, s. 21) popisuje úzkost jako emoci, psychický stav a děj, který neustále doprovází náš duševní život.

1.1.1 Úzkost a strach

„Mezi úzkostí a strachem není přesná hranice a pojmenování těchto psychických stavů a dějů je věcí konvence, popř. jazykového cítění“ (Hanzák, 1995, s. 10). Strach je popisován jako určitá reakce na známou a konkrétní situaci či skutečnost, která v jedinci může vyvolat pocit ohrožení a funguje jako ochrana před vnějším světem (Riemann, 1999, s. 24). Úzkost i strach jsou emoce, které mají vrozený základ a jsou doprovázené specifickým výrazem v obličeji (Vymětal, 2007, s. 21).

Obě emoce jsou jednou z nekontrolovatelných a nepředvídatelných prožitků, které sebou nesou psychické, mimické a somatické projevy (Vymětal, 2007, s. 22). O těchto projevech hovoří i Hošek (1999, s. 13), který řadí mezi psychické projevy pocity tísně a ohrožení, únavu, podrážděnost, nekoncentraci, mezi mimické projevy řadí vyvalení očí, sucho v ústech, zčervenání či zblednutí a mezi somatické projevy například svalové napětí.

Strach bývá často mírnější podobou úzkosti, jedná se o strach z něčeho konkrétního, v extrémní podobě můžeme hovořit o fobiích. Strach jedinci snášejí zpravidla lépe než úzkost, která může představovat pocit bytostného ohrožení. Většina strachů, které prožíváme, bývá reálná a bývá často reakcí na skutečné nebezpečí (Vymětal, 2007, s. 29).

1.2 Stres

Stres nejčastěji prožíváme v situacích, kdy cítíme napětí nebo pocit strachu z očekávané situace. Právě stres je jednou ze základních složek všech neurotických a stresových poruch (Hošek, 1999, s.13). Následující podkapitoly pojednávají o definici a rozdělení stresu, stresorech a o velmi důležité prevenci proti stresu.

1.2.1 Definice stresu a jeho rozdělení

Na stres se můžeme dívat z více úhlů pohledu. Pojem stres použil poprvé endokrinolog Salye. Selye (1989, in Schreiber, 1992, s. 11) definuje stres jako: „*nespecifickou, tj. nastávající po nejrůznějších zátěžích stereotypně, fyziologickou reakci organismu na jakýkoliv nárok na*

organismus kladený“. Pokud bychom se na stres měli podívat z psychologického hlediska, pak ho, jak uvádí Vágnerová (2008, s. 50), můžeme chápat jako „stav nadměrného zatížení či ohrožení“. V podstatě by se jednalo o jakoukoliv situaci, ve které se cítíme nejistí a znepokojení.

Rozlišuje 2 druhy stresu, pozitivní a negativní stres. Praško (2007, s. 14) tyto dva jevy nazval eustres a distres. Podle něj je: „*Eustres spojen např. s překonáváním překážek, s příjemným očekáváním, se sledováním detektivky*“. V podstatě jde o situaci, ve které se cítíme bezpečně a bezpečně ji také dokážeme zvládnout. Na rozdíl od distresu, při kterém se naše jednání vymyká kontrole a kde věci přestáváme zvládat a ztrácíme určitou jistotu nad danou situací.

Stres rozlišujeme z pohledu fyzické, traumatické a sociální situace. Mezi psychické faktory můžeme zařadit situaci, kdy jsme v hlučném nebo v horkém prostředí a necítíme se tak komfortně. Mezi traumatické faktory řadíme například úmrtí blízké osoby. Partnerské vztahy, nevěru a problémy mezi kolegy v práci zařazujeme do sociálních faktorů stresu (Praško, 2007, s. 14). Stres je nedílnou součástí našeho života. Je důležitou složkou vedoucí k ochraně organismu před nežádoucími psychickými vlivy a zabraňuje psychickému poškození organismu (Aldwin, 2009, s. 13).

1.2.2 Stresory a zvládání stresových situací

Stresorem může být v podstatě jakákoliv situace zvenčí, díky které vzniká stresová reakce a stres. Ve svém životě se setkáme s mnoha stresory. Mezi příčiny psychického stresu řadíme například rozvod rodičů, problémy dítěte ve školském zařízení, tíživou finanční situaci, nevyhovující bydlení, nemoci či užívání návykových látek (Praško, 2003, s. 17).

Každý člověk se cíleně proti stresu nějakým způsobem brání. V odborné literatuře se tato „ochrana před stresem“ nazývá obranný mechanismus. Tyto obranné mechanismy mohou a nemusí být plně uvědomované. Mezi ty uvědomované řadí Vágnerová (2008, s. 56) například útok a únik. Únik popisuje jako určité prcháání před situací, ve které se daný jedinec necítí bezpečně a útok jako obranu před nepříznivou situací. Pod neuvědomovaným obranným mechanismem si můžeme představit například vytěsnění, což znamená, že člověk ze své hlavy

nějakým způsobem dostane zlé myšlenky a tím se od stresu osvobodí. Řadí sem také rezignaci, kdy člověk absolutně rezignuje na prožívaný stres.

Způsoby, díky kterým se dokážeme vyrovnat se zátěžovou situací, nazýváme coping strategie. Jedná se o vědomou složku, díky které zvládáme zátěžové situace (Vágnerová, 2008, s. 57).

1.2.3 Prevence stresu a jeho důsledky

Každý člověk by se měl snažit stresu předcházet. Jak mu předcházet, shrnul Schreiber (1992, s. 11), který tvrdí, že je důležité pravidelně jíst, dostatečně dlouhou dobu spát, pravidelně cvičit, nekouřit a nekonzumovat alkohol. Praško (2007, s. 26) dodává, že abychom se vyvarovali stresu, je nutné, abychom byli asertivní. Asertivního člověka definuje jako osobu, která *„přebírá plnou odpovědnost za svoje chování“* a *„umí přistoupit na kompromisy, umí naslouchat a když udělá chybu, přizná ji“*. Nutným předpokladem k prevenci stresu je také relaxace a nácvik klidného dýchání.

Proces prožívání stresu není krátkodobá záležitost. Dalo by se říci, že každá psychická zátěž na organismus kladená má také určitý dopad na naši psychickou i fyzickou stránku. Mezi důsledky prožívání stresu Herman (2008, s. 13) řadí deprese, úzkosti a neurotické a stresové poruchy. Při dlouhodobém prožívání stresu může dojít až k chronickému stresu, agresivitě či apatii.

2 Diagnostika neurotických a stresových poruch

Neurotické a stresové poruchy mohou být klasifikovány ve dvou klasifikačních systémech. V Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi (dále MKN-10) a v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (dále DSM-V). V bakalářské práci jsou využity pouze kapitoly těchto klasifikačních systémů, které se týkají neurotických a stresových poruch a které jsou v těchto systémech popsány odlišně. V rámci každé kapitoly klasifikačního systému MKN-10 jsou vypsány i podkapitoly, respektive onemocnění, které do dané skupiny patří. Z každé podkapitoly je vybráno jedno onemocnění nebo jedna skupina onemocnění, které je nejdůležitější, nejznámější či nejčastější a to je popsáno za pomoci odborné literatury podrobněji. Pro přehlednost a zajímavost je zde uvedena i klasifikace DSM-V, která sebou nese patrné odlišnosti v jednotlivých kapitolách. Popis a charakteristiku nemocí má však téměř bez rozdílu.

2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

V rámci MKN-10 spadají neurotické a stresové poruchy do kategorie F40-F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Podle MKN-10 *„byly tyto tři typy poruch spojeny do jedné velké skupiny vzhledem ke své historické souvislosti s pojmem neurózy a k souvislosti, kterou má značná část těchto poruch s psychologickými příčinami“*. Neurotické a stresové poruchy představují stav vnitřní tísně, který je na rozdíl od strachu reakcí na nedefinovatelné nebezpečí. Mnoho poruch, které spadají podle MKN-10 do neurotických a stresových poruch, se vyskytují komorbidně. Tato skupina poruch je dále rozdělena do 7 kategorií, které jsou níže popsány konkrétněji.

2.1.1 Fobické úzkostné poruchy

Do této skupiny F40 řadíme agorafobii, sociální fobii, specifické (izolované fobie), jinou fobickou úzkostnou poruchu a fobickou úzkostnou poruchu nespecifikovanou.

MKN-10 hovoří o **agorafobii** jako o souboru fobií, které zahrnují nadměrný a nerealistický strach z opuštění domova, strach z veřejných prostranství, velkých obchodních center či cestování. Agorafobici se přirozeně snaží vyhnout se těmto nepříjemným situacím, což je velmi omezuje v jejich životě (Praško, 1998, s. 10). Velmi typicky se agorafobie projevuje panikou, která bývá vázána na určité místo či situaci. Mezi typická agorafobická místa řadíme dopravní prostředky a velké společenské místnosti. Agorafobici se snaží vyhnout stresové situaci, což mnohdy bývá kontraproduktivní, protože díky prchání ze situace dále podřívají svou vlastní sebedůvěru. Mezi agorafobii Honzák (2005, s. 79) řadí i školní fobii, která může podněcovat strach z veřejného projevu.

Příčin agorafobie může být spousta a je velmi složité je vymezit. Mezi časté příčiny mohou být zařazovány vrozené faktory, vývoj a výchova v dětství, důležitou roli hraje osobnost každého jedince a životní události, kterými si daný jedinec musel projít (Praško, 2005, s. 257).

Agorafobie bývá velmi často komorbidní s jinou psychickou poruchou a postihuje až 84% pacientů, nejčastěji se však agorafobie pojí s panickou poruchou, dále se vyskytuje komorbidně s depresivní poruchou, prostou fobií, sociální fobií či obsedantně-kompulzivní poruchou. Agorafobici mají vysoké riziko sebevraždy, zejména pokud se agorafobie pojí s depresivní poruchou (Praško, 2005, s. 263).

Základním cílem léčby agorafobie je zejména odstranění vyhýbavého chování a snížení úzkostí v situaci, které se klient obává. Důležitou roli hraje také zabránění vzniku situační úzkosti. Pro dosažení těchto cílů v psychoterapii je důležitý zejména dobrý terapeutický vztah, který hraje klíčovou roli v každém terapeutickém sezení (Praško, 1998, s. 10).

2.1.2 Jiné úzkostné poruchy

Mezi jiné úzkostné poruchy F41 řadíme podle MKN-10 panickou poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu, smíšenou úzkostně depresivní poruchu, jiné smíšené úzkostné poruchy, jiné specifikované úzkostné poruchy a úzkostnou poruchu nespecifikovanou. Panická porucha je jednou z velmi často se vyskytujících neurotických poruch, o problematice tohoto onemocnění pojednává samostatná kapitola této bakalářské práce.

Generalizovaná úzkostná porucha je podle MKN-10 definována jako stav dlouhotrvající úzkosti, který není spjat s žádnou zvláštní zevní okolností a neobjevuje se

v závislosti s ní. Mezi příznaky generalizované úzkostné poruchy Ulč (1999, s. 53) řadí stesky na vnitřní nervozitu, vegetativní podráždění, třes, svalové napětí, pocení, bolest a točení hlavy.

Osoby trpící tímto onemocněním sami sebe charakterizují jako bojácné, plaché, málo průbojné a lekavé. Tyto jedince snadno poznáme podle jejich palpitace, červenání nebo naopak blednutí a pocení studených rukou, velmi často slyšíme jejich neustálé obavy zaměřené na jejich zdraví, které mohou hraničit až s hypochondrií. Generalizovaná úzkostná porucha je proto často charakterizována jako chronická ustaranost (Honzák, 2005, s. 87). Cohen (2002, s. 174) k těmto projevům přidává ještě motorické napětí, které spatřuje zejména v neklidném až nervózním chování a neschopnosti relaxovat.

Generalizovaná úzkostná porucha je relativně časté onemocnění a trpí jí 2x více ženy. Začátek nemoci bývá kolem 25. roku života, může se ovšem objevit naprosto kdykoliv. Často se objevuje u osob nezaměstnaných a u žen v domácnosti. Problémem v léčbě může být fakt, že generalizovaná úzkostná porucha sebou nese celou řadu tělesných příznaků a tak pacient odmítne věřit, že se může jednat o poruchu psychickou (Praško, 2005, s. 68 – 73).

Léčba probíhá nejčastěji jako kombinace psychofarmak, zejména benzodiazepinů z důvodu jejich sedativních účinků, a psychoterapie. V rámci psychoterapie se jeví nejefektivněji kognitivně-behaviorální terapie (Smolík, 2002, s. 267).

2.1.3 Obsedantně-kompulzivní porucha

Do této skupiny neurotických a stresových poruch F42 patří převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace, převážně nutkavé akty, smíšené obsedantní myšlení a jednání, jiné obsedantně-kompulzivní poruchy a obsedantně-kompulzivní porucha nespecifikovaná.

MKN-10 hovoří o **obsedantně-kompulzivní poruše** (dále jen OCD) jako o stavu, kdy se opakují vtíravé myšlenky a nutkavé činy. Obsedantní myšlenky jsou zejména představy, které stále dokola vstupují do mysli jedince ve stále stejné formě. Smolík (2002, s. 269) popisuje obsedantní myšlenky jako nápady a impulzy, které se vracejí do mysli jedince a stereotypně se opakují. Bývají zatěžující a jedinec se jim snaží čelit, ačkoliv neúspěšně. Jedinci trpícími OCD většinou vědí, že je jejich chování nesmyslné a bez účinku, čím více se ale snaží čelit těmto situacím, tím více se zvětšuje úzkost, která bývá téměř pravidlem (Ulč, 1999, s. 59).

V rámci etiologie a patogeneze hraje velmi významnou roli biologický předpoklad. Začátek OCD bývá obvykle v období dospívání, ale začít může i v dětství. Velkým problémem diagnózy je fakt, že se velmi obtížně rozlišuje od ostatních neurotických poruch, často bývá zaměňována s panickou poruchou, sociální fobií či duševní poruchou vyvolanou užitím psychoaktivních látek (Smolík, 2002, s. 273). Pacienti trpící OCD bývají v průběhu onemocnění velmi vyčerpaní a jejich odpor potlačit obsese slábne, což může být jeden z důvodů, proč se u těchto jedinců často objevuje deprese (Honzák, 2005, s. 98).

Léčba OCD probíhá nejčastěji za pomoci medikamentů (Ulč, 1999, s. 60). V rámci psychoterapie je nedílnou součástí podpora rodiny a důležitou roli hraje také kognitivně behaviorální terapie, zejména pak expozice a zastavení myšlenek (Cohen, 2000, s. 131).

2.1.4 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

V souvislosti se stresem v rámci této skupiny onemocnění F43 hovoříme o akutní reakci na stres, posttraumatické stresové poruše, poruchách přizpůsobení, jiných reakcích na závažný stres a o reakcích na závažný stres nespecifikovaných. Problematika zabývající se stresem, stresory, reakcí na stres a adaptačními mechanismy je specifikována konkrétněji v kapitole 1.2.

Posttraumatická stresová porucha (dále jen PTSP) je podle MKN-10 charakterizovaná jako „*opožděná nebo protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci mimořádně ohrožující nebo katastrofické obavy*“, která je schopna způsobit téměř u každého pronikavou tíseň. Mezi tyto situace můžeme zařadit povodně, havárie, znásilnění či mučení. Prevalence závisí na populačním vzorku. U rizikových skupin, což mohou být oběti kriminálních činů a váleční veteráni, Smolík (2002, s. 278) uvádí rozmezí 3-58%, v běžné populaci 0,5-1%.

Mezi typické projevy patří epizody, kvůli kterým si jedinec znovuprožívá traumata v podobě živých vzpomínek, snů a obrazů, které jsou doprovázeny intenzivními emocemi. Mezi základní okruhy symptomů tohoto onemocnění řadíme necitlivost, emoční otupění, negativní myšlenky a poruchy spánku (Vymětal, 2007, s. 74). Porucha se může objevit buď hned po prožitém traumatu, tedy akutně, nebo probíhat chronicky několik měsíců. Při neléčení může přejít až do chronické deprese nebo jiných úzkostných poruch. PTSP je velmi závažný stav, který vyžaduje odbornou systematickou léčbu (Honzák, 2005, s. 97). Při správné léčbě

může dojít k úplnému uzdravení, zejména za pomoci psychoterapie s kombinací užívání psychofarmak (Smolík, 2002, s. 278).

2.1.5 Dissociativní (konverzní) poruchy

Mezi dissociativní poruchy F44 jsou zařazeny dissociativní amnézie, dissociativní fugy, dissociativní stupoty, trans a stavy posedlosti, dissociativní poruchy motoriky, dissociativní křeče, dissociativní poruchy citlivosti a senzorické poruchy, smíšené dissociativní poruchy, jiné dissociativní poruchy a dissociativní poruchy nespecifikované.

MKN-10 hovoří o konverzních poruchách jako o skupině poruch, která je doprovázená částečnou nebo úplnou ztrátou normální integrace, která vzniká „*mezi vzpomínkami na minulost, uvědomění si vlastní identity a bezprostředních pocitů, a ovládání tělesných pohybů*“. Obecná diagnostická kritéria hovoří o tom, že nesmí být přítomna jiná somatická porucha, která by mohla vysvětlovat charakteristické příznaky konverzní poruchy, somatické poruchy být ale přítomny mohou. Pro přesnou diagnózu konverzní poruchy je nezbytné, aby byly narušeny funkce, které bývají normálně integrovány, mezi ně řadíme paměť, vědomí, vnímání okolí a identitu (Smolík, 2002, s. 282).

Základním typem je **disociační amnézie**, kde hraje důležitou roli ztráta paměti na významné nedávné události. Ztráta paměti v tomto případě není způsobena organicky a zároveň se nedá vysvětlit jako obyčejná únava nebo zapomnětlivost. Amnézie bývá často zaměřena na traumatické události. Výskyt tohoto onemocnění byl častější dříve, v období válek a katastrof. Začátek i konec onemocnění bývá náhlý a souvisí s nečekanou životní událostí a může skončit úplným uzdravením. Léčba spočívá v psychoterapii a hypnóze (Smolík, 2002, s. 284).

2.1.6 Somatoformní poruchy

Do této skupiny neurotických a stresových poruch F45 MKN-10 zařadila somatizační poruchy, nediferencované somatické poruchy, hypochondrické poruchy, somatoformní vegetativní dysfunkce, přetrvávající somatoformní bolestivé poruchy, jinou somatoformní poruchu a somatoformní poruchu nespecifikovanou. Jedná se o skupinu onemocnění, která

představuje opakované stížnosti pacienta na tělesné symptomy, které mohou být doprovázeny častým vyžadováním lékařského vyšetření a které i přes negativní nálezy nemají fyzickou podstatu. Bývá zpravidla omezena na určité části těla (Smolík, 2002).

Mezi somatoformní poruchy řadíme mimo jiné **hypochondrickou poruchu**, která spočívá v neustálých stížnostech na bolest, přehnanou péčí o svoje zdraví a obav pacienta z toho, že má jednu nebo více tělesných onemocnění. I normální tělesný stav vidí osoba trpící hypochondrickou poruchou jako chorobu, zveličuje ji a připisuje ji fatální charakter (Honzák, 2005, s. 98). Příčina hypochondrické poruchy může být spatřována zejména v psychogenní rovině, kdy je jedinec ovlivňován sníženým prahem bolestivosti a může být nesprávně zaměňována s depresemi. Léčba probíhá za pomoci farmakologie, kde důležitou roli hrají anxiolytika a antidepresiva. Nedílnou součástí léčby je psychoterapie, zejména behaviorální terapie a hypnóza (Smolík, 2002, s. 298).

2.1.7 Jiné neurotické poruchy

Poslední skupinu neurotických a stresových poruch tvoří jiné neurotické poruchy F48, kam zařazujeme neurastenii, depersonalizační a derealizační syndromy, jiné nespecifikované neurotické poruchy a neurotické poruchy nespecifikované.

Neurastenie je podle MKN-10 rozdělena na dva typy. První typ je zaměřen na obtíže, které jsou dané zvýšenou unavitelností po duševním úsilí, druhý typ se soustřeďuje na tělesné slabosti a vyčerpání po minimální námaze, při které je přítomna i svalová bolest. Neurastenie bývá často chybně zaměňována s depresivní poruchou nebo chronickým únavovým syndromem. Diagnostická kritéria poukazují zejména na přítomnost trvalých stížností na pocit vyčerpání při provádění běžných domácích úkonů a neustálou únavu po minimální námaze (Smolík, 2002, s. 304).

2.2 DSM-V Diagnostický a statistický manuál

V DSM-V tato onemocnění spojeny do jedné velké kapitoly nejsou. Každá skupina poruch je zde popsána zvlášť, ačkoliv podobně. V rámci této práce pouze vypisujeme podkapitoly jednotlivých kategorií z důvodu přehlednosti a případnému srovnání s MKN-10.

2.2.1 Úzkostné poruchy

Do této skupiny úzkostných poruch řadíme separační úzkostnou poruchu, selektivní mutismus, specifické fobie, sociální úzkostné poruchy, panickou poruchu, agarofobie, generalizovanou úzkostnou poruchu, úzkostnou poruchu vyvolanou užíváním látek či léků, jinou nespecifikovanou úzkostnou poruchu a nespecifikovanou úzkostnou poruchu.

2.2.2 Obsedantně kompulzivní a související poruchy

V kontextu obsedantně kompulzivních a souvisejících poruch hovoříme o sedmi podkategoriích, dysmorfofobii, shromažďovací poruše, trichotilománii, exkoriaci (poruše narušování kůže), obsedantně-kompulzivní a souvisejících poruch způsobené jiným somatickým onemocněním, o jiné specifikované obsedantně-kompulzivní poruše a o nespecifikované obsedantně kompulzivní a související poruše.

2.2.3 Traumatické poruchy a disociativní poruchy

Traumatické poruchy dělí DSM-V do 7 podkapitol, kterými jsou reaktivní poruchy přichylnosti, desinhibované poruchy přichylnosti, posttraumatické stresové poruchy, akutní stresové poruchy, poruchy přizpůsobení, jiná a nespecifikovaná traumatická porucha spojená se stresem. Disociativní poruchy jsou rozděleny na disociativní poruchy identity, disociativní amnézie, depersonalizační poruchy, jinou specifikovanou disociativní poruchu, jinou specifikovanou disociativní poruchu a nespecifikovanou disociativní poruchu.

3 Panická porucha

„Panická porucha je charakterizována náhlými epizodami intenzivního strachu až hrůzy, které se objevují bez zjevné příčiny“ (Praško, 1997, s. 11). Problematika tohoto onemocnění je podrobněji popsána v následujících podkapitolách.

3.1 Charakteristika panické poruchy

Panická porucha je podle MKN-10 zařazena do kategorie neurotických, stresových a somatoformních poruch F40-F48 a spadá do podkategorie Jiné anxiózní poruchy F41.0. Jiné anxiózní poruchy jsou charakterizovány jako onemocnění, při kterém není úzkost vázána na nějakou speciální situaci. Základní projevy jsou především recidivující ataky silné úzkosti, které nebývají zacíleny na nějakou speciální situaci, jsou proto pro jedince nepředvídatelné.

Termín panika se může vázat ke jménu boha Pana. Řecká mytologie hovoří o malém bohu v šaškovských botách. Jeho zajímavý smysl pro humor se objevoval při styku s jinými lidmi. Jednoho dne šel kolem jeho jeskyně poutník, Pan na něj vyskočil s jeho pronikavým hlasitým a děsivým výkřikem. Ten strach, který poutník prožíval, se díky bohu Panovi začal nazývat panikou (Raboch, Pavlovský, 2003, s. 127).

Tato epizodická záchvatovitá úzkost je označována za královnu úzkostných poruch a vyskytuje se ve všech věkových kategoriích, přičemž větší výskyt je patrný u žen. V 40% všech příznaků má tendenci k chronickému průběhu (Honzák, 2005, s. 101). Celoživotní výskyt panické poruchy je dán v rozmezí od 1,5 do 3,5 %, z toho až polovina jedinců trpí současně agorafobií (Smolík, 2002, s. 264).

3.2 Příznaky panické poruchy

Panická porucha je charakterizována zejména denními, ale i nočními nepříjemnými stavy, které nazýváme panické ataky. Panické ataky „*spočívají ve spontánním nástupu a seskupení 13 poměrně přesně definovaných příznaků*“ (Ulč, 1999, s. 72). Mezi tyto příznaky řadíme pocity strachu, zrychlenou srdeční činnost, pocení, chvění rukou, zrychlené dýchání,

pocity na zvracení, závratě, bolest a sevření na hrudníku, návaly horka nebo chladu. V myšlenkách jedince, který právě prožívá panickou ataku, se objevuje strach ze smrti a z nemožnosti utéct. Na proběhlou panickou ataku často navazuje strach z dalších atak (Praško, 2005, s. 121).

3.3 Panické ataky

Panická ataka je panický záchvat, který je charakteristickým znakem panické poruchy. Jednotlivé ataky trvají zpravidla několik minut a po odeznění může přetrvávat třes a vyčerpání, ataka má velmi náhlý začátek a rychlý nárůst strachu (Praško, 2005, s. 121). K definování panické poruchy existuje pravidlo 4 atak v průběhu 4 týdnů s nejméně 4 výše popsanými příznaky (Ulč, 1999, s. 72).

Osoby, které prodělaly panickou ataku poprvé, se mohou domnívat, že dostaly srdeční infarkt a nechají se odvézt na pohotovost. Po několika vyšetřeních a zjištěních, že jsou bez závažných somatických obtíží, jsou zpravidla propuštěni z nemocnice domů. Panické ataky se ale opakují a jedinci jsou znovu nuceni navštívit pohotovost a jsou znovu podrobeni potřebnými vyšetřeními. Opět je somatický nález v normálu a jsou propuštěni domů. Pacient může být zdravotnickým personálem dokonce označován za hypochondra nebo hysterika. Možným řešením je včasná návštěva psychologa a psychiatra (Praško, 2005, s. 122). Negativní lékařské nálezy při vyšetřeních na pohotovosti pacienta ještě více znejistí a nevěří jim, protože ještě před chvílí měl jedinec pocit, že umírá. Může se u něj objevit dokonce anticipační úzkost, která je popisována jako strach ze strachu a vyhýbavé chování vedoucí až k agorafobii (Honzák, 2005, s. 102).

„V patofyziologii panické ataky se uplatňují pravděpodobně dysregulace v serotoninergním a noradrenergním systému“ (Honzák, 2005, s. 101). Ovšem jiní významní lékaři mluví o panické poruše jako o vegetativní dysfunkci, nikoli o psychické poruše. Důvodem může být významná narušenost autonomní regulace, například palpitace a dušnost. Mechanismus působení panické poruchy není známý. Kognitivně-behaviorální teorie považuje panické ataky jako vyvrcholení konfliktu mezi odezvou organismu a špatně zpracovanými zážitky, nastává katastrofické zpracování těchto zážitků, při kterých jedinec vidí bolest hlavy či píchání u srdce jako silně patologický jev (Ulč, 1999, s. 74).

3.4 Spouštěče panické ataky

Panika může být vyvolána širokou škálou podnětů. Podněty mohou mít vnější i vnitřní charakter. Mezi vnější podněty zařazujeme situace, ve kterých se jedinec necítil dobře už dříve a zažíval v ní paniku, například metro nebo fronta v obchodě. Mezi vnitřní podněty řadíme skupinu myšlenek, představ nebo emocí. Pokud jsou tyto podněty vnímány negativně a jako hrozba, může dojít ke stavu napjatosti a obav vedoucích až k vegetativním příznakům stresových situací. Pokud jsou tyto stavy vyvolány úzkostí, stav napjatosti se zvyšuje a tím se zvyšuje i intenzita vegetativních příznaků stresové reakce a tělesných příznaků. V tomto případě hovoříme o bludném kruhu úzkosti. Někdy ovšem přichází panický záchvat náhle, bez jakékoliv předchozí úzkosti (Praško, 1997, s. 25).

3.5 Příčiny panické poruchy

Příčiny panické poruchy jsou individuální a vážou se ke každému jedinci odlišně. Přestože víme o tomto onemocnění mnoho informací, určení jasné příčiny může být nejednoznačné. Na toto onemocnění se u daných jedinců podílí v různé míře řada faktorů. Vrozené faktory mají velký vliv na celý proces prožívání, tedy i úzkosti, přestože se panická porucha pravděpodobně neděje přímo, úzce souvisí s dispozicemi reagovat úzkostně na případnou zátěž. Biochemickým faktorem tohoto onemocnění je porucha přenosu serotoninu v mozku, která je přítomná u všech úzkostných poruch. K postupnému zvyšování dostupnosti serotoninu v mozku se podávají antidepresiva.

Významný vliv na všechny úzkostné poruchy má výchova a podmínky vývoje v dětství, které se vážou zejména na potřebu bezpečí. Negativní roli může hrát předčasné oddělení dítěte od matky, zneužívání, rozvod či úmrtí v rodině. Mezi prvky výchovy, které sebou mohou nést příčiny úzkostných stavů, řadíme zejména perfekcionistický, přehnaně pečující a úzkostný výchovný styl. V tomto ohledu hraje významnou roli stres, který bývá často důležitou okolností vedoucí k rozvoji panické poruchy. První panické ataky se nejčastěji objevují právě v období nejvíce prožívaného stresu.

V neposlední řadě je důležité zmínit prožití negativní životní události, která bývá jednou z prvotních příčin rozvoje panické poruchy. Tyto životní události jsou velmi individuální.

Můžeme sem zařadit například ztrátu partnera, odchod dospělých dětí od rodičů a ztrátu zaměstnání. Tyto negativní životní události mohou vést k rozvoji úzkosti, kterou jedinci často řeší užíváním léků, drog a alkoholu. A právě léky, například antiastmatika a léky k léčbě vysokého krevního tlaku, dále drogy, například LSD, extáze, marihuana, pervitin či alkohol, řadíme mezi další časté příčiny vzniku panické poruchy (Praško, 2014, s. 31-36).

3.6 Diagnostika panické poruchy

V současné době jsou neurotické a stresové poruchy kategorizovány samostatně v mezinárodních diagnostických klasifikacích. Problematika klasifikačních systémů je specifikovaná ve 2. kapitole této práce.

MKN-10 revize zařadila panickou poruchu mezi neurotické, stresové a somatoformní poruchy a dělí ji na středně těžkou a těžkou. Rozdíl je spatřován zejména v počtu atak za určitou dobu. V případě středně těžké panické poruchy hovoříme o dostavení se 4 atak v průběhu 4 týdnů. Při stanovení diagnózy těžké panické poruchy se ataky dostavují 4x za týden v průběhu jednoho měsíce. DSM-V hovoří taktéž o základních kritériích pro diagnostiku panické poruchy, mezi něž patří opakované neočekávané ataky, přítomnost úzkosti a významné změny v chování jedince.

Velmi důležité je diferencovat panickou poruchu od jiných poruch, například schizofrenie, generalizované úzkostné poruchy a depresivní poruchy. Důležité je také vyloučení tělesných příznaků a intoxikace. Správná diagnóza je velmi důležitá a u panické poruchy obzvláště, protože panika sama o sobě nemusí nutně znamenat panickou poruchu. Nejčastěji bývá panická porucha komorbidní s agorafobií, kterou trpí 60% jedinců, u 30% jedinců se objevuje panická porucha s depresivní poruchou (Praško, 1997, s. 26). Důvodem může být prožitek negativní stresové události, která měla charakter ztráty či separace před samotným propuknutím panické poruchy (Vymětal, 2007, s. 71).

3.7 Léčba panické poruchy

Panická porucha se řadí mezi velmi dobře léčitelné úzkostné poruchy. Existují dva způsoby léčby, které se při tomto onemocnění využívají. Jedná se o léčbu za pomoci psychofarmak a léčbu za pomoci psychoterapie, převážně kognitivně-behaviorální terapie (Praško, 1998, s. 30).

3.7.1 Antidepresiva

Léčba za pomoci psychofarmak, zejména pak antidepresiv, je velmi účinná. Důvodem úspěšnosti léčby je snižování hladiny napětí, které vede ke snížení výskytu panických záchvatů a k vytvoření rovnováhy na neuronech v mozku, kde je nedostatek serotoninu. Antidepresiva tyto chybějící látky sice nedodají, ale svým působením zamezují zpětnému vychytávání serotoninu do neuronů a zvyšují je v místech, kde je potřeba. Efekt antidepresiv není okamžitý, trvá 3-6 týdnů (Praško, 2014, s. 48).

Mezi nejúčinnější antidepresiva, která se k léčbě využívají, řadíme selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) a tricyklická antidepresiva (Smolík, 2002, s. 265). SSRI a SNRI velmi účinně snižují výskyt panických atak, u některých jedinců může docházet až k remisi. Velké pozitivum je spatřováno zejména v účinnosti, minimu vedlejších účinků a v neposlední řadě také v tom, že na ně nevzniká závislost. Tricyklická antidepresiva jsou také velmi účinné léky snižující výskyt panických záchvatů s podobným ale delším nástupem účinku v rozmezí 6-12 týdnů, nesou sebou ale řadu vedlejších účinků (Praško, 2014, s. 49).

3.7.2 Benzodiazepiny

Další skupinou léků, které jsou také velice účinné na léčbu panické poruchy, jsou benzodiazepiny. Tyto léky mají relativně rychlý efekt, který se objevuje po 2 týdnech užívání, nebývají však doporučovány užívat dlouhodobě, protože na nich může vzniknout závislost a při vysazení může hrozit abstinční syndrom (Ulč, 1999, s. 37).

Velmi často dochází ke kombinaci již zmíněných antidepresiv a benzodiazepinů, které napomáhají při blokaci záchvatů úzkosti. Benzodiazepiny se postupně vysazují po 3-6 týdnech, kdy začínají působit antidepresiva. Dlouhodobá léčba je velmi důležitá, protože redukuje procento zhoršení (Praško, 2014, s. 50).

3.7.3 Psychoterapie

„Psychoterapie je léčebná činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání“ (Vybíral, 2010, s. 30). Psychoterapie hraje velmi důležitou roli při léčbě všech úzkostných poruch a bývá často kombinována s farmakoterapií. Tento přístup je však velmi účinný i bez podávání léků. Učí jedince, jak zacházet s příznaky vedoucí k panickým záchvatům a trénuje dovednosti, které mohou bránit k rozvoji dalších záchvatů (Praško, 2014, s. 50). Psychoterapie využívá psychoterapeutických prostředků specializovaným odborníkem. Právě vztah psychoterapeuta a klienta je velmi důležitý. Psychoterapeut používá ke své práci zejména metody zaměřené na emoce, chování, vztahy, zdraví a myšlení (Plante, 1999, s. 6).

Problematika psychoterapie je velmi obsáhlá a sotva by stačila na celou tuto práci, proto je zde popsáno jen několik nejdůležitějších způsobů práce psychoterapie, které se při léčbě panické poruchy využívají. Příkladem jsou psychodynamicky orientované psychoterapie, které nebývají zaměřeny na snížení úzkosti, ale na vybudování osobnosti, která dokáže dané úzkosti vzdorovat a naučí jedince, jak úzkost snášet a překonat ji (Praško, 1998, s. 33). Dalším typem je skupinová psychoterapie, která se snaží předcházet situacím, které mohou způsobovat panické záchvaty. Skupinová terapie probíhá ve skupině o 8 až 12 osob nejčastěji 1,5 – 2 hodiny za přítomnosti dvou psychoterapeutů. Psychoterapeuti se snaží o to, aby si jedinci uvědomili, jak úzce souvisí jejich chování s jejich problémy (Praško, 1998, s. 33).

Kognitivně-behaviorální terapie je zaměřena přímo na odstranění panických záchvatů a nese v sobě způsoby psychoedukace, expozice, kontroly dechu a relaxace. Cílem psychoedukace je porozumění projevům úzkosti a paniky (Praško, 1997, 43). Naopak expozice znamená vystavení se situaci, která v nás vyvolává úzkost, často bývá nazývána jako zbraň proti strachu (Praško, 2014, s. 58).

4 Neurotické a stresové poruchy v kontextu speciální pedagogiky

Problematika neurotických a stresových poruch se velkou částí promítá nejen do oblasti medicínské, tedy psychiatrie, ale svým působením zasahuje také do oblasti speciální pedagogiky.

4.1 Vymezení speciální pedagogiky a speciálněpedagogické andragogiky

Speciální pedagogiku definujeme jako disciplínu, která se primárně orientuje na člověka s určitým typem znevýhodnění, přičemž hlavním cílem je dosažení co nejvyšší možné míry integrace v sociální, pracovní a společenské oblasti. Důraz této práce je přitom kladen na co nejvyšší možnou míru samostatnosti a soběstačnosti daného jedince (Slowík, 2007, s. 15).

Speciální pedagogika je oborem velice významným a rozvinutým, orientuje se zejména na vzdělávání, výchovu a rozvoj jedinců, jejichž začlenění do společnosti vyžaduje speciální přístup a péči. Je to obor, který je zaměřen komplexně na celou osobnost jedince s postižením či znevýhodněním. Speciální pedagogika je obor interdisciplinární, spolupracuje například s pedagogikou, psychologii (zejména vývojovou, sociální a patopsychologií), medicínou (například somatologií a psychiatrií), dále může spolupracovat s fyziologií, neurobiologií, sociologií, filozofií, právem a etikou (Fischer, 2014, s. 13-19).

4.1.1 Speciální pedagogika

Speciální pedagogika se člení podle svého zaměření, nejčastěji se setkáváme s dělením podle tzv. „pedií“. Hovoříme o logopedii, psychopedii, tyflopediti, somatopedii, surdopedii a etopedii. Psychopedie je součástí speciální pedagogiky a zaměřuje se na klienty nejen s mentálním postižením, ale také s poruchami duševními, mezi něž řadíme mimo jiné i neurotické a stresové poruchy. K tomuto nejzažitéjšímu rozdělení se postupem času, v období změny paradigmatu speciální pedagogiky, přikláníme k chronologickému aspektu péče v podobě rané péče a speciálněpedagogické andragogiky. V rámci dělení speciální pedagogiky

můžeme dále hovořit o speciální pedagogice zabývající se problematikou vícečetných postižení a o speciální pedagogice dětí a žáků se specifickými vývojovými poruchami učení a chování (Valenta, 2014, s. 7-9). V kontextu tohoto interdisciplinárního oboru hovoříme také o komprehenzivní speciální pedagogice, která se primárně zabývá jevy, které se jakýmkoliv způsobem odchylojí od hlavního proudu dění ve společnosti (Jesenský, 2000, s. 13).

4.1.2 Speciálněpedagogická andragogika

Speciálněpedagogická andragogika je obor poměrně mladý, který se postupem času stal rozvíjejícím oborem speciální pedagogiky, jehož hlavním úkolem zůstává edukace, diagnostika, kompenzace, rehabilitace, integrace, socializace a vedení dospělých osob a osob seniorského věku, které jsou znevýhodněny v pracovní, sociální či společenské oblasti z důvodu jejich postižení nebo znevýhodnění a které vyžadují podporu vedoucí ke společenskému uplatnění a postavení. O trendu speciálněpedagogické andragogiky vypovídá také zavedení nového studijního oboru. Prvním pracovištěm, které začalo speciálněpedagogickou andragogiku aplikovat jako samostatný obor, byla Katedra speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci na počátku 21. století (Valenta, 2014, s. 171-174).

Vedle speciálněpedagogické andragogiky stojí andragogika, což je obor zabývající se výchovou dospělých a péčí o dospělé. Pojem speciálněpedagogická andragogika můžeme chápat jako přiřazení pojmu „speciální“ k pojmu „andragogika“, jednalo by se tedy o rozšíření tohoto oboru. Obsahově však speciálněpedagogickou andragogiku takto posuzovat nemůžeme (Beneš, 2003, s. 13).

4.2 Meziresortní přístup v oblasti pomoci a péče osobám s duševním onemocněním

V předchozích kapitolách je definováno, kdo je osoba s duševním onemocněním a do jakých kategorií lze duševní onemocnění dělit. Tato podkapitola bude hovořit zejména o možnosti působení pracovníků v kontextu meziresortního přístupu.

4.2.1 Ministerstvo zdravotnictví

Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, Akční plán č. 3 hovoří o nutnosti meziresortního přístupu, který je nezbytný při práci s osobami trpícími duševním onemocněním. Tito jedinci hledají pomoc nejčastěji v oblasti zdravotnictví, kde působí psychologové a psychiatři. Vedle práce psychologa a psychiatra se jedinec ovšem může setkávat i s dalšími pracovníky, kteří jedinci pomáhají na nelehké cestě k jeho uzdravení. Mohou jimi být například speciální pedagogové, speciálněpedagogičtí andragogové, sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách.

V kontextu Ministerstva zdravotnictví, v oblasti zdravotnické péče o osoby s duševním onemocněním hovoříme o Centrech duševního zdraví, Akutních odděleních lůžkové psychiatrické péče v nemocnicích a o běžně rozšířených psychiatrických ambulancích. Opomenuty nesmí zůstat ani oddělení následné a dlouhodobé péče, které bývají zpravidla zřizovány při psychiatrických nemocnicích (Dostupné z: <<http://mzcr.cz>>, 2017).

4.2.2 Ministerstvo práce a sociálních věcí

Pomoc a psychiatrická péče je stále více rozvíjena na půdě resortu zdravotnictví, přesahuje však velkou mírou do procesu pomoci a péče v resortu Ministerstva práce a sociálních věcí, který vychází ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V kontextu problematiky duševních onemocnění tento zákon hovoří zejména o posuzování stupně závislosti, posuzování příspěvků na péči, je-li třeba, spravuje evidenci těchto osob na úřadech práce, hovoří o podpoře při zaměstnávání a v neposlední řadě pojednává o sociálních službách pro osoby s duševním onemocněním.

4.2.3 Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Pokud hovoříme o problematice duševního onemocnění v kontextu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, vycházíme zejména ze zákona č. 561/2004 Sb. školský zákon a příslušných vyhlášek, které upravují oblasti znevýhodnění dětí s úzkostnými, afektivními a schizofrenními poruchami v oblasti vzdělávání. Tyto dokumenty definují podpůrná opatření, individuální vzdělávací plány, problematiku povinné školní docházky a další oblasti nezbytné ke vzdělávání těchto dětí.

Vedle zmíněných ministerstev se práce s osobami s duševním onemocněním pochopitelně promítá také do Ministerstva kultury, Ministerstva financí či Ministerstva pro místní rozvoj. Zde je patrný meziresortní přístup, který je nezbytná při práci s těmito typy klientů.

4.3 Sociální služby poskytované osobám s duševním onemocněním v Olomouckém kraji

Vedle služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních existují i služby, které svým působením spadají do Ministerstva práce a sociálních věcí. V tomto případě hovoříme o sociálních službách. Cílem všech sociálních služeb zaměřujících se ve své působnosti na osoby s duševním onemocněním, případně na osoby trpícími neurotickými a stresovými poruchami, je zvýšení povědomí široké veřejnosti o konkrétním onemocnění.

Mezi organizace, které svým působením pomáhají zvyšovat kvalitu života osobám s duševním onemocněním v Olomouckém kraji řadíme například Darmoděj z.ú., Duševní zdraví o.p.s., ESTER z.s., Dům sv. Vincence či Bezbariérovou tréninkovou kavárnu spadající pod Charitu Olomouc. Zařízení, které by fungovalo primárně pro osoby trpícími neurotickými a stresovými poruchami v Olomouckém kraji zatím žádné neexistuje (Dostupné z: <<http://iregistr.mpsv.cz/>>, 2017).

Darmoděj z.ú je organizací zaměřující se svým působením mimo jiné i na osoby s duševním onemocněním. Projekt vytvořen na podporu jedinců s duševním onemocněním je zaměřen zejména na stabilizaci zdraví klienta s duševním onemocněním, zlepšení sociálních

dovedností, posílení pozitivních návyků a nacvičování běžných návyků nezbytných pro samostatný život. Cílem projektu je zejména rozšíření povědomí o duševním onemocnění formou výukových a metodických materiálů. Vedení zařízení klade důraz zejména na deinstitucionalizaci klientů formou poskytování sociálních služeb v Centrech služeb pro osoby s duševním onemocněním. V tomto typu zařízení spolupracuje tým psychologů, sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách a jiných pracovníků podílejících se na zkvalitnění života jedince (Dostupné z: <<http://www.darmodej.cz>>, 2017).

Další službou, která pomáhá osobám s duševním onemocněním, je Bezbariérová tréninková kavárna na Wurmově ulici, která nabízí nácvik profesních dovedností osobám s duševním onemocněním. Cílem služby je znovu začlenění jedinců do běžného života, přičemž důraz je primárně kladen na osvojení či obnovení si sociálních a pracovních dovedností nezbytných pro běžný život (Dostupné z: <<http://www.olomouc.charita.cz/>>, 2017).

Mezi další organizace můžeme zařadit Ester z.s. v Javorníku u Jeseníku, která poskytuje osobám s duševním onemocněním sociální službu pobytovou formou v Terapeutické komunitě, doplňkovou službu formou pracovní rehabilitace a terénní službu jedincům žijícím ve vlastním nebo chráněném bydlení (Dostupné z: <https://givt.cz/ester-z-s>>, 2017).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodologická východiska výzkumného šetření

Po první, teoretické části zabývající se problematikou neurotických a stresových poruch následuje druhá část, která se zabývá samotným výzkumným šetřením. Stres a úzkost hraje velmi významnou roli ve všech neurotických a stresových poruchách a to zejména při onemocnění zvané **Panická porucha**. Panická porucha dominuje v této části práce z důvodu osobních zkušeností nejvíce.

Předmětem praktické části je zjištění, jak daný jedinec prožívá panickou poruchu a panické ataky, jaké měl prvotní spouštěče a příznaky onemocnění, jaká mu byla nabídnuta léčba a terapie, jak zvládal rodinnou a pracovní stránku svého života, jaké vidí přínosy onemocnění a jak nemoc zasáhla rodinu a jeho blízké okolí. V neposlední řadě také specifikuje to, jestli byla léčba a terapie účinná a kdo jedinci v procesu léčby nejvíce pomohl. Praktická část také popisuje využití výzkumné metody, charakterizuje výzkumný vzorek a vymezení cílů výzkumného šetření. Následně seznamuje se souborem a s výsledky výzkumného šetření.

5.1 Vymezení cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, jak daný jedinec prožívá panickou poruchu a s ní spojené panické ataky, jakou situaci považuje za vznik a spouštěč tohoto onemocnění a jak u něj probíhala léčba a terapie.

Dílčím cílem je zjištění, jak panická porucha ovlivnila život jedince v následujících oblastech:

- Dopad nemoci na vztahy v rodině, v partnerském vztahu a na pracovišti
- Prožívání rodiny
- Největší opora během léčby a terapie
- Období po léčbě
- Otázka informovanosti veřejnosti o neurotických a stresových poruchách

Na základě vytvoření těchto cílů můžeme formulovat vstupní domněnky nezbytné pro analýzu výzkumného šetření.

5.2 Formulace vstupních domněnek výzkumného šetření

Na základě studia odborné literatury, zpracování teoretické části bakalářské práce a dosavadních zkušeností s jedinci trpícími panickou poruchou (život s jedincem, který má diagnostikovanou panickou poruchu a přátelské vztahy s jedinci trpícími panickou poruchou a jinými úzkostnými poruchami), byly stanoveny následující vstupní domněnky.

Domníváme se, že:

- D1: Za vnikem panických atak u osob trpících panickou poruchou stojí zejména dlouhodobý stres a negativně prožité životní události.
- D2: Respondenti při své léčbě a případné terapii upřednostňují farmakoterapii nad léčbou za pomoci psychologických prostředků.
- D3: Panická porucha má na respondenty negativní dopady v oblasti zaměstnání, partnerských vztahů i vztahů v rodině, onemocnění výrazně změnilo respondentův pohled na život.

Tyto domněnky nám slouží k dalšímu hodnocení praktické části bakalářské práce.

5.3 Metody výzkumného šetření a konstrukce rozhovoru

Vzhledem k tématu, problematice a povaze problému, kterým se práce zabývá, byla zvolena **kvalitativní výzkumná strategie**. Důvodem bylo omezení vyplývající ze získávání dat pomocí kvantitativní metodologie a zejména z cílové skupiny respondentů. „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému*“ (Creswell in Hendl, 2016, s. 46). Při kvalitativní výzkumné strategii si výzkumník vytváří kompletní obraz o jedinci, analyzuje ho a informuje o různých pohledech účastníků výzkumu. Výhody kvalitativní výzkumné strategie spatřujeme zejména v získání podrobného popisu jedince. Nevýhodou může být časově náročná analýza dat (Hendl, 2016, s. 48).

Pro tuto práci byla vzhledem k cílové skupině respondentů zvolena **metoda rozhovoru**, která nám představuje klíčovou metodu pro získávání informací s využitím kladení otázek. Cílem rozhovoru je získání hloubkových, velmi detailních a komplexních informací o daném

jedinci (Švaříček, 2014, s. 13). Tato metoda nám umožňuje bližší kontakt a možnost reagování na nesrozumitelnost či nedorozumění, které mohou při špatném pochopení otázky nastat (Miovský, 2006, s. 135).

Otázky v rozhovoru byly kladeny obsáhleji, ale v jednotlivých bodech a ve třech skupinách otázek. Cílem bylo navést respondenty k tomu, aby se o daném problému rozhovořili více. Před samotným kladením otázek byla s respondentem vytvořena stručná anamnéza, která byla zaměřena na samotného jedince, jeho rodinu, příbuzné a přátele. Zaznamenali jsme jeho místo bydliště, věk, rodinný stav a zaměstnanost. Anamnézu jsme doplnili o typ kontaktu, tedy jak byl daný kontakt s jedincem získán.

Respondenti byli dopředu seznámeni s tím, že nejsou povinni odpovídat na všechny otázky a že veškeré informace, které v rámci výzkumného šetření sdělí, jsou zcela anonymní. Jméno respondenta a jeho specifikace (bydliště, věk, zaměstnanost, rodinný stav, typ kontaktu) bylo však změněno pouze v jednom případě. Všem respondentům bylo navrženo, že v případě zájmu mohou být obeznámeni o výsledcích tohoto výzkumného šetření.

Po stručné anamnéze respondenta se dostáváme k samotným otázkám v rozhovoru. Zvolili jsme **strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami**, který je složen z řady velmi pečlivě formulovaných otázek a který se řadí k nejpoužívanějším formám naší zvolené metody výzkumu. Účelem strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami je minimalizace efektu tazatele na kvalitu rozhovoru (Hendl, 2016, s. 178). Výhoda je spatřována ve využití přirozené komunikace, zadané a přesné struktury rozhovoru, která nám umožňuje lepší porovnávání výsledků výzkumného šetření a zároveň detailnějšímu a hlubšímu poznání zadaného tématu (Švaříček, 2007). Pro získání přesnějšího a rychlejšího zpracování dat byl využit diktafon. Všichni respondenti byli před samotným zahájením rozhovoru seznámeni s účelem této práce. Celkem proběhlo 9 rozhovorů. Průměrná délka rozhovoru byla 20 minut.

5.4 Výzkumné oblasti

Otázky byly rozděleny do tří oblastí, všechny oblasti otázek byly respondentovi důkladně přiblíženy, v případě nejasností jakékoliv otázky měl respondent možnost se na nejasnosti zeptat. Poté jsme přešli na kladení jednotlivých otázek. Respondenti měli možnost odpovídat v neomezeném čase, nicméně celý rozhovor trval zpravidla 20 minut.

První část je zaměřena na období zjištění diagnózy, tedy období, kdy byla panická porucha a s ní spojené panické ataky diagnostikovány. První část otázek také zkoumá spouštěče panických atak a situace, které panické ataky doprovázejí, prvotní příznaky onemocnění a v neposlední řadě zkoumá to, jestli daný jedinec požádal své okolí o pomoc, nebo jestli mu byla pomoc nabídnuta sama a kdo mu zprostředkoval kontakt s odborníky.

Druhá část se zabývá obdobím léčby a případných terapií daného onemocnění. Konkrétně se zabývá typem a délkou léčby a zejména individuálním pocitem jedince, zda léčba pomohla/pomáhá, kdo byl jedinci v průběhu léčby největší oporou a co pro něj bylo v průběhu léčby nejtěžší.

Ve třetí části se zaměřujeme na dopad onemocnění a zpětný náhled respondenta na problematiku řešení daného onemocnění, léčby a terapie, tedy zda měla léčba smysl, jestli pomohla terapie a co danému respondentovi léčbu nejvíce ulehčilo. Třetí část informuje také o tom, jak společnost vnímá toto onemocnění a zda vůbec tuto problematiku zná. Strukturu rozhovoru nalezneme v *příloze č. 1*. Plné znění samotných rozhovorů s respondenty nalezneme v *příloze č. 2*.

5.5 Charakteristika vybraného vzorku výzkumného šetření

Pro splnění našeho cíle, kterým je mimo jiné zjištění, jak daný jedinec prožívá panickou poruchu a s ní spojené panické ataky, jsme využili nejrozšířenější metodu, **metodu záměrného výběru respondentů**. Jedná se o skupinu jedinců, která splňuje zadané kritérium a je ochotna se do zadaného výzkumu zapojit (Patton, 1990 in Miovský, 2006, str. 135).

Dopředu bylo stanoveno následující kritérium: Respondenti jsou muži nebo ženy starší 18 let, kteří trpí panickou poruchou déle než 1 rok. Tato doba je stanovena na 1 rok z důvodu zpětné informovanosti jedince o své léčbě a terapii a subjektivního názoru, zda léčba pomohla, či nikoliv.

Základní charakteristiky souboru šetření jsou uvedeny v následující tabulce.

	Pohlaví	Věk	Bydliště (okres)	Stav	Zaměstnanost
R1	Žena	31	Ostravsko	Svobodná	Invalidní důchod, ÚP
R2	Žena	25	Nechce sdělit	Svobodná, žijící s partnerem	Administrativní pracovník
R3	Žena	28	Hodonín	Svobodná, žijící s partnerem	Sociální pracovník
R4	Žena	57	Prostějov	Vdaná	Invalidní důchod, ÚP
R5	Žena	20	Rožnov	Svobodná, žijící s partnerem	Operátorka výroby
R6	Žena	43	Olomouc	Rozvedená	ÚP
R7	Žena	39	Štramberk	Rozvedená	Státní úředník
R8	Žena	42	Olomouc	Vdaná	ÚP
R9	Muž	26	Brno	Svobodný	Student, brigády

Tabulka č.1.: Základní údaje o souboru šetření. Poznámky k tabulce č. 1: R = respondent

Jak je patrné z výše přiložené tabulky, výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 9 respondentů, z toho 8 žen a 1 muž ve věkovém rozmezí od 20 do 43, kteří splňovali námi zadané kritérium. V tabulce je uvedeno respondentovo jméno, pohlaví, věk, bydliště, rodinný stav a jeho zaměstnání.

V příloze č.2 je uveden typ kontaktu, tedy jak byl kontakt na daného respondenta získán. Za pomoci jedné z respondentek a jejího psychiatra jsme měli možnost seznámit se s dalšími respondenty trpící stejnou diagnózou. Osoby trpící panickou poruchou mají také své svépomocné komunity (Psychosomatika a etikoterapie v praxi a svépomocná komunita Panická porucha/úzkosti/deprese/agorafobie), tam byli veřejně osloveni všichni, kdo trpí panickou poruchou. Z důvodu výběru strukturovaného rozhovoru byly otázky známy respondentovi dopředu. Během sběru dat nedošlo k žádnému problému.

5.6 Metoda analýzy dat výzkumného šetření

Analytická data byla získána pomocí doslovného přepisu zvukových záznamů všech realizovaných rozhovorů, následně byla analyzována za pomoci **metody otevřeného kódování**. Podle Miovského (2006, s. 228) je tato metoda postavena na výzkumných jednotkách, které jsou složeny z pojmů označujících jednotlivé události (pocity, jevy, soudy). Definuje pojem kategorie. Kategorie jsou třídy pojmů a vznikají vzájemným porovnáváním a tříděním významových jednotek, které by měly náležet jinému podobnému jevu. Naším cílem je zjištění, zda náleží jinému podobnému jevu. *„Tímto způsobem jsou pojmy seskupovány do vyššího řádu – do abstraktnějšího pojmu, který nazýváme kategorie“* (Miovský, 2006, s. 228). Kódování je operace, *„pomoci níž jsou zjištěné údaje analyzovány, konceptualizovány a opět skládány novým způsobem, což je ústředním procesem tvorby nové teorie“* (Miovský, 2006, s. 228). Během tohoto kódování jsou v podstatě veškeré údaje a informace rozebrány na malé samostatné části a velmi poctivě prostudovány, porovnávají se a zjišťují se podobnosti a rozdíly. *K částem empirického materiálu se přiřazují označení neboli kódy, které jsou nejdříve pojmově velmi blízké textu a později se stávají stále abstraktnější“* (Hendl, 1999, s. 195).

Opakující se jevy jsou v rámci tohoto otevřeného kódování označeny a seskupeny, následkem této práce vznikaly, již zmíněné, kategorie. Po následném rozkódování všech rozhovorů tedy vznikly 3 hlavní tematické oblasti neboli kategorie, které nám představují nejzásadnější zjištění. U jednotlivých kategorií jsou citovány některé vybrané výpovědi respondentů, které se vztahují k zadanému tématu.

V bakalářské práci se tento proces otevřeného kódování skládal ze dvou částí. V první části analýzy byly identifikovány klíčové pojmy, které jsme hledali v odpovědích respondentů. Ve druhé části byly tyto dílčí pojmy na základě obsahové souvislosti shlukovány do jednotlivých kategorií. Kategorie jsou pojmenovány adekvátně k pojmům, které je tvoří. Díky tomuto procesu vznikly 3 tematické oblasti, do kterých zařazujeme několik kategorií. Za názvem oblasti jsou uvedeny jednotlivé kategorie, které k dané oblasti patří. Tímto postupem jsme dosáhli preciznější a přehlednější analýzy, díky níž jsme mohli stanovit závěrečná zjištění.

Název oblasti a jí přiřazené kategorie:

- **Období zjištění diagnózy a počátku onemocnění** (co a jaká situace je u daného jedince spouštěčem panické poruchy, jak dlouho jedinci trvalo vyhledat odbornou pomoc a kdo mu s návštěvou lékaře pomohl, jaké byly prvotní příznaky onemocnění)
- **Období léčby a terapií** (jak léčba probíhala a jak dlouho trvala, co bylo pro respondenta během léčby nejtěžší, kdo byl během léčby největší oporou, subjektivní názor respondenta na správnost jeho léčby)
- **Období po 1 roce léčby** (jaký dopad měla nemoc na respondentův život v oblasti rodiny, vztahů a v zaměstnání, jak celou situaci prožívala rodina, onemocnění jako přínos do života, otázka informovanosti veřejnosti, závěrečné shrnutí nemoci)

Kategorie, které jsou uvedeny výše, pro nás představují ty nejdůležitější informace, které byly v rámci našeho výzkumného šetření zjištěny.

5.7 Časový harmonogram

Následující text poukazuje na časové rozvržení praktické části bakalářské práce.

Květen - červen 2017 – **přípravná etapa výzkumného šetření** - sestavení výzkumných otázek a dílčích cílů, hledání respondentů

Červenec - září 2017 – **realizační část výzkumu** - rozhovory s respondenty

Září - listopad 2017 – **vyhodnocovací část** - analýza a vyhodnocování rozhovorů, zpracování výsledků, dokončení praktické části bakalářské práce

Jak je patrné z výše uvedeného textu, práce na praktické části je rozdělena do tří etap. První část je přípravná etapa šetření, druhou částí rozumíme realizaci výzkumu a závěrečná část se věnuje vyhodnocování a zpracování výsledků výzkumného šetření.

6 Výsledky výzkumného šetření

Následující kapitola se zabývá detailním rozбором každé kategorie výzkumného šetření a předkládá výsledky analýzy dat výzkumného šetření získaného pomocí metody rozhovoru. Jednotlivé podkapitoly nám představují tematické oblasti, které vznikly při analýze dat. Dochází ke klíčové části, která představuje stanovení závěru výzkumného šetření. V závěru kapitoly prezentujeme shrnutí tohoto výzkumného šetření.

6.1 Období zjištění diagnózy a počátku onemocnění

V této podkapitole je prezentována analýza počátku onemocnění, která pojednává zejména o spouštěcích a příznacích panické poruchy, o vyhledání odborné pomoci a o postoji rodiny k psychickému stavu daného respondenta.

Spouštěče panické poruchy

Za nevlivnější spouštěče panické poruchy respondenti považovali zejména dlouhodobý stres, úmrtí blízké osoby, rozvod rodičů nebo rozvod vlastní, strach a vážnou nemoc. Dlouhodobý stres jako spouštěč panické poruchy popsali 4 z 9 respondentů, přičemž dlouhodobý stres byl vždy následkem jiné těžké životní události. R2: *„K propuknutí určitě napomohlo taky těžké dospívání, kdy se rozváděli rodiče a docházelo pořád k hádkám a vyhroceným situacím, to jsem byla pořád ve stresu, do toho ještě škola“.*

Respondenti si velmi často spojovali počátky onemocnění s rozvodem svých rodičů nebo rozvodem vlastním, což je patrné i z rozhovoru s respondentem R2. R2: *„Když mi bylo 18, odstěhovala jsem se od babičky a žila s přítelem, v 21 jsme se vzali a to byla ta chyba. Po 3 letech jsem zjistila, že mě podvádí a rozvedli jsme se, to bylo hrozně těžké období, v té době mi umřela babička a rozvod se strašně vlekl. Myslím si, že tohle byl začátek mých úzkostných stavů“.* Předchozí část rozhovoru se mírně dotýká i dalšího spouštěče, který byl respondenty uváděn, tedy úmrtím blízké osoby, kterou zmínili 3 z 9 respondentů.

Velmi zásadním spouštěčem je také strach, v případě respondentky R9 to byl strach z vážného onemocnění, které popisuje následovně, R9: *„Za vznik úzkostných stavů a panických atak považuji zejména onemocnění trombocytopenie, což je v podstatě snížené množství trombocytů v krvi. Nejdříve jsem se bála, že mám leukémii, ta se naštěstí vyloučila. Jako spouštěč tohoto onemocnění беру hlavně ten obrovský strach, který jsem měla, bála jsem se chemoterapie, ozařování a zkrátka rakoviny“.*

Vyhledání odborné pomoci

Na otázku, jak dlouho trvalo, než jedinec vyhledal odbornou pomoc v podobě psychologa nebo psychiatra odpověděli 3 respondenti, že to bylo ihned po prodělaném záchvatu. Nicméně s lékařem se setkali všichni respondenti ihned po prodělané atace, důvodem byl již zmíněný strach z jiné vážné somatické nemoci, což dokládá rozhovor s R7: *„Trvalo to do doby, než jsem se celá nezhroutila. Bylo mi hrozně. Odvezla mě sanitka, volala jsem ji kvůli tomu, že jsem se vážně bála, že umřu. V nemocnici mi řekli, že mám výsledky úplně v pořádku, tak jsem nevěděla, co se děje. Vlastně mi v tu chvíli už bylo dobře. Když se záchvat opakoval, jela jsem na pohotovost znovu. Měla jsem pocit, že si tam už ze mě dělají srandu, protože mi zase nic nezjistili. Odbornou pomoc jsem pak našla u své psycholožky. Až ta mi společně s psychiatrem byla schopna vysvětlit, co se mnou je a co za těmi úzkostmi vlastně stojí“.*

Velmi podobně popisuje svůj prvotní strach z prodělaného záchvatu dalších 8 respondentů. R1: *„Ke své obvodní lékařce jsem šla hned, nemohla jsem jít v takovém stavu do práce. Doktorka mě po 6 týdnech, kdy se můj stav nelepšil, poslala na psychiatrii“.* Velmi často jde prvně o návštěvu pohotovosti, poté návštěvu obvodního lékaře, psychologa a psychiatra, za pomoci blízkého člověka, což dokládá i teoretická část této bakalářské práce a následující odpověď, R2: *„No, babička mi zavolala sanitku, tam se mi ale udělalo dobře. Udělali mi hodně vyšetření a nechali si mě na den na neurologii. Když se ten stav opakoval, téměř hned mě vzala babička za paní doktorkou. Ta mě časem poslala k psycholožce a dala žádanku i na psychiatrii“.*

Prvotní příznaky onemocnění

Mezi nejčastější příznaky panické poruchy zařadili respondenti pocit strachu ze smrti, úzkost, pocity tlaku na hrudi, křeče, neschopnost se nadechnout, pocit na omdlení a bušení srdce. Vždy alespoň 2 příznaky z výše zmíněných se objevovalo u všech 9 respondentů. Respondentka R4 popisovala své prvotní příznaky následovně, R4: *„Bylo mi strašně divně, nevolno, prostě jsem se necítila ve své kůži. Cítila jsem se slabá, měla jsem bolest nebo tlak na hrudi a myslela si, že je to infarkt. Nemohla jsem se pořádně nadechnout a byla jsem celkově hrozně slabá, podlamovaly se mi nohy a celá jsem se klepala“*. Velmi podobně popisovali své prvotní příznaky i ostatní respondenti. R4: *„Hlavně pocit, že mám infarkt, myslela jsem si, že umřu. Byla to strašná úzkost u srdíčka a fakt jsem se bála smrti“*.

Pomoc blízkých při zjištění diagnózy

Dva respondenti nehledali při počáteční fázi onemocnění pomoc u svých blízkých, ale výhradně u lékařů, což pro ně bylo velmi frustrující. Dalších 7 respondentů hledalo nejdříve pomoc u svých blízkých, u rodičů, přátel a v partnerovi. V 8 případech došlo k velké podpoře ze strany blízkých, v jednom případě nastal opak. R7: *„Ano, rodičům. Při první atace mi rodiče říkali, že „depky“ má každý a vlastně mi vůbec nerozuměli. Připadala jsem si jako blázen, který si vymýšlí. Z mého okolí nikdo jiný o mé nemoci nevěděl a neví doteď. Svěřila jsem se pouze příteli, ale nedovede to pochopit“*. Kladného přístupu a pomoci se dočkala například respondentka 9, R9: *„Ano, manželovi. Krásně se o mě staral.“* a respondentka 1, R1: *„Moje rodina to věděla hned, pak i moje nejlepší kamarádka. Hrozně mě podporovali. Ostatní a okolí se to dozvěděli až po hospitalizaci“*.

6.2 Období léčby a terapií

Cílem následující podkapitoly bylo zjištění, jestli respondentovi byla nabídnuta léčba a terapie, jak dlouho trvala, co bylo pro respondenta během léčby nejtěžší a kdo byl pro respondenta v průběhu léčby největší oporou.

Průběh léčby

Všem 9 respondentům byla nabídnuta léčba v podobě psychoterapie i farmakoterapie. Psychoterapie se pravidelně zúčastňovalo/zúčastňuje 8 z 9 respondentů a léčbu za pomoci psychofarmak podstupovalo/podstupuje 7 z 9 respondentů. U 7 z 9 respondentů probíhá kombinace těchto dvou forem léčby, což se zdá být nejučinnější. Psychoterapii hodnotí velmi kladně respondentka 6, R6: „*Určitě mi hodně pomáhá psycholog, je to skvělý člověk, vždycky mě vyslechne a poradí, co dál*“. Může ale nastat i situace, kdy je panická porucha léčena pouze za pomoci antidepresiv a léčba u psychologa pro respondenta není vhodná. R9: „*Ano, asi 2 měsíce jsem chodila k psychologovi, to mi ale vůbec nevyhovovalo. Strašně jsme se zaobírali rodinou a mluvili hodně konkrétně, šťourali jsme se do hloubky a to já nechci. Možná, že kdybych vydržela déle, mělo by to účinek, nevím, asi to není pro mě. Psychiatr je skvělý, ten mi sedl hodně. Zezačátku se hodně ptal, jak se cítím, poslední dobou mám ale pocit, že jen předepíše prášky a já jdu zase domů, už se o mě tolik nestará*“. S tímto výrokiem se ztotožňují další 3 respondenti.

Farmakoterapie a zvláště léčba za pomoci antidepresiv a benzodiazepinů je při léčbě panické poruchy často nezbytná, ačkoliv sebou může nést spoustu vedlejších účinků. R2: „*Nejdřív Paroxetin, poté Seroxa. Kvůli problémům s narůstající váhou související s antidepresivou mi paní doktorka změnila léčbu a beru antidepresiva s účinnou látkou Venlafaxin a při potížích Neurol*“. R8: „*Lékař mi předepsal Trittico, Lyriku a Lexaurin, dávkování hodně zvyšoval, nakonec jsem se na benzodiazepinech stal závislý. V práci jsem jich bral 7 tablet 2 mg za směnu. V psychiatrické nemocnici Bílá Voda mi bolestivě benzodiazepiny vysadili*“. Léčba antidepresiv a benzodiazepinů, jak je popsáno v teoretické části této práce, je velmi účinná, což potvrzuje i respondentka 9, R9: „*Určitě mi ta léčba pomohla, u mě jde hlavně o ty antidepresiva, beru je už 8 let a nedokážu si to bez nich představit. Zezačátku jsem se styděla, však víte, člověk s antidepresivou. Pak jsem si zvykla a bez nich už ani ránu. Občas beru i Lexaurin, ale jen když je to nejhorší*“.

Pouze jedna respondentka upřednostňovala nad farmakologickou léčbou psychoterapii a doplňkovou homeopatickou léčbu. R5: „*Protože jsem nebrala léky předepsané od doktora, zaměřila jsem se na „uklidňující čaje“ s bylinkami, potom nějaké homeopatické léky, které se braly 3x denně po dvou a ty zpočátku hodně pomohly. Když jsem si na ně navykla, měla jsem potřebu jich brát více. Myslím, že hodně pomáhaly*“.

Nejtěžší momenty léčby

Léčba, ať už za pomoci psychoterapie, léků, nebo homeopatických přípravků, sebou nese i negativní stránku, která může mít podobu vlastního selhání, strachu nebo studu. Na otázku, co bylo během léčby pro jedince nejtěžší, respondenti odpovídali zejména pocitem strachu, přijetí toho, že mají diagnostikovanou psychickou poruchu, studem z léčby za pomoci antidepresiv a svěřování se lékařům se svými pocity. Odpovědi na tuto otázku byly velmi různorodé. R6: *„Nejtěžší bylo asi to, že mě moje děti viděly, jak jsem smutná a že mi není dobře“*. 2 z 9 respondentů nejtěžší momenty přisuzovali k pocitům neschopnosti cokoliv dělat, R1: *„Smířit se s tím, že to nemůžu ovlivnit. Že nemůžu dělat to, co chci a kdy chci a že ta nemoc má nade mnou v jistých chvílích převahu“*, R3: *„Doba, kdy jsem nemohla nic – jíst, pít, spát. A potom asi přijetí toho, že trpím psychiatrických onemocněním a přijmout to jako součást života bylo taky moc těžký“*. Pouze jedna respondentka vzpomněla na neschopnost v oblasti zaměstnání, R9: *„Asi to, že nemůžu pracovat. Když jsem žádala o zaměstnání a měla jít na pohovor, pořád jsem zvracela a bylo mi strašně špatně, byla jsem nervózní a panické záchvaty se hodně často opakovaly“*.

S nejtěžšími momenty souvisí pomoc ostatních. Všichni respondenti spatřovali nejzásadnější pomoc u svého psychologa a psychiatra a nezpochybnitelně i u svých blízkých, zejména rodičů, partnerů, dětí a přátel. R9: *„Největší oporou byl určitě manžel. Zezačátku jsem chtěla být pořád sama, ale když mi bylo špatně, vytáhl mě ven, držel mě a jsem vděčná za to, jak mě chápe. Teď už si nějak zvykl, že jsem na lécích a že už jsem vlastně docela v pohodě, tak už to tolik neprožívá. Dřív se o mě staral moc hezky“*.

Subjektivní názor na správnost své léčby

V této části nás zajímal subjektivní názor respondentů na správnost jejich léčby, tedy zda byla jedinci, podle jeho uvážení, nabídnuta správná léčba. Všech 9 respondentů zodpovědělo kladně. R9: *„Určitě ano, ty léky mi zabraly už po 2 měsících. Díky doktorům se cítím lépe. Cítím se být vyléčená, i když nejsem, když beru antidepresiva.“*. Vhodnost léčby a případných léků stanovuje vždy lékař, nicméně bylo pro nás velmi zajímavé zjistit, jak se na vhodnost jejich léčby dívají sami respondenti.

6.3 Období po 1 roce léčby

Následující podkapitola pojednává o období minimálně 1 roku po léčbě a zaměřuje se zejména na subjektivní názory respondenta. Otázky zjišťovaly, jaký dopad mělo onemocnění na respondentův život, jeho vztahy v rodině, na pracovišti a v partnerském vztahu a jak celé období léčby prožívala rodina. V neposlední řadě jsme zjišťovali, jestli si respondenti myslí, že je veřejnost dobře informována o neurotických a stresových poruchách.

Dopad onemocnění na vztahy v rodině, v partnerském vztahu a na pracovišti

První otázka nám měla přiblížit situaci po léčbě, tedy zda onemocnění mělo nějaký dopad na respondentův život, vztahy v rodině i v zaměstnání. Všichni respondenti v této skupině odpověděli, že onemocnění mělo na jejich život velký dopad. 6 z 9 respondentů tento dopad hodnotilo velmi pozitivně a spatřovalo na daném onemocnění zpětně pouze pozitiva. R7: *„Vidím v tom obrovský přínos. Jednak jsem se naučila více myslet na sebe než na ostatní, což jsem neuměla, udělat si čas na odpočinek“*. Velmi obdobně odpovídalo zbylých 5 respondentů, kteří často popisovali, že díky jejich diagnóze se více sblížili s partnerem, R3: *„V partnerském vztahu se to naše soužití posílilo, i když to bylo moc těžké“*. R9: *„Ano, uvědomila jsem si, jak moc pro mě manžel dělá. V rodině se ale vztahy nezměnily vůbec, děti mě berou jako mamku, co bere prášky, to je všechno“*. Druhou skupinu tvořili respondenti, kteří dopad svého onemocnění zpětně označují velmi negativně a spojují ho zejména se ztrátou partnera, ztrátou zaměstnání a s negativními myšlenkami, R6: *„Mělo, po rozvodu si nedokážu najít nového přítele, asi pro ně nejsem dost dobrá. Zaměstnaná už bohužel taky nejsem, jsem vedena na Úřadu práce. Naštěstí v rodině je to v pohodě, protože mám skvělé děti, ty jsou mojí oporou“*.

Téměř všichni respondenti se shodli na tom, že jim největší oporou během celého procesu léčby byla jejich rodina. R3: *„Podpořili mě, starali se o mě, byli úžasní. Celou dobu se k tomu celému stavěli tak, že to bude v pořádku a dodávali mi obrovskou sílu bojovat. Z mého okolí nikdo jiný o mé nemoci nevěděl a neví doteď“*. Pouze 1 z 9 respondentů ze strany rodiny podporu necítil, R9: *„Rodina to nijak neprožívala a neprožívá. Berou mě jako někoho, kdo bere léky a pak je v pohodě. Pomáhal mi ale nejvíc manžel“*.

Neurotické poruchy jako přínos do života

5 respondentů označuje toto onemocnění jako přínos do života a spojují ho s uvědoměním si „žebříčku svých hodnot“, který se po prodělání úzkostných stavů změnil, R8: „*Ano. Myslím si, že lidé, co to zažili, jsou více empatictí. A to je jedna z vlastností, které si na sobě vážně cením*“. 2 z těchto respondentů, kteří hodnotí přínos pozitivně, dodávají, že se jejich názor změnil až postupem času, R1: „*Vlastně ano, ale až teď, s odstupem času. Ukázalo mi to, co je kdo zač, jak mohou být lidé zlí. Víc si teď vážím běžných věcí a lidí, kteří při mně stáli*“, R3: „*... a potom mě to sblížilo s rodinou a ukázalo mi to pár úžasných lidí se stejným onemocněním, za což jsem vděčná*“. Respondenti, kteří nepopisují onemocnění jako přínos do života, jej často spojují jako se ztrátou sebe samého, nebo ztrátou něčeho, R9: „*Jako přínos to teda neberu. Víc mi to dalo, než vzalo*“. Respondentka 6 se při dotázání začala velmi smát, R6: „*Přínos? Vůbec žádný. Přepadává mě to všude, na nákupu, na oslavě, pak na mě lidi hledí jako na blázna*“.

Veřejnost a neurotické poruchy

Velmi zajímavé byly odpovědi respondentů na otázku, zda si myslí, že je veřejnost dobře informována o neurotických poruchách, případně o panické poruše. Všichni respondenti byli toho názoru, že veřejnost o těchto nemocích ví velmi málo a že osoby trpící některou z úzkostných poruch označují blázny, což dokládají následující odpovědi. R1: „*Vůbec ne. Když se řekne psychicky nemocný člověk, všichni si hned vybaví blázna a svěřací kazajku. Nikdo nepřemýšlí o tom, co se tomu člověku stalo a co to způsobilo. Každý ho hned odsoudí*“, R3: „*Rozhodně ne. Pro většinu lidí v mém okolí je člověk s úzkostí nebo depresí cvok, blázen a chudáček*“. Další 4 respondenti mají stejný názor, ale nehodnotí tuto situaci tak výrazně negativně, R2: „*Lidi vědí, že je velký nárůst antidepresiv a že je hodně těch, kteří trpí různou formou psychického onemocnění, ale myslím, že si lidé nedokáží ty stavy představit*“. R4: „*Jedině pokud si chce sama veřejnost ty informace najít, jinak se o tom normálně nemluví. Já jsem do té chvíle netušila, že nějaká panická porucha vůbec existuje*“.

Neurotické a stresové poruchy se mohou zdát být tabuizovaným tématem, o čemž mluvilo 5 respondentů, R5: „*Nejdřív jsem si myslela, že veřejnost tuto nemoc nevnímá.*

Postupem času si ale všímám víc článků, takže o tom hodně lidí asi ví. V dnešní době je normální navštívit psychologa. Podle mě by se toto onemocnění mělo více ukazovat světu, protože pořád je hodně lidí, kteří to neznají“. R2: „Hodně lidí mluví o jiných nemocech, ale o těch psychických skoro vůbec. Bude fajn, když se o tom třeba díky vám dozví více lidí“.

V rámci této otázky byli sice respondenti spíše negativní, ale při položení poslední doplňující otázky „*Chcete říct ještě něco o této nemoci?*“, se rozpovídali ještě více a celý rozhovor tak skončil v pozitivním duchu, většinou v podobě přání nebo uvědomění si ceny svého zdraví, R3: „*Moc si přeju, aby jednou společnost uměla nahlížet na lidi s psychickými obtížemi jako na normální lidi*“. R7: „*Přijde mi to jako zkouška a ne bezdůvodně, vím, že je to pro mě ta nejlepší lekce*“. Velmi zajímavým přáním byla i odpověď respondentky 5, R5: „*Jediné, co bych chtěla zmínit je to, aby se lidé, kteří touto nemocí trpí, nebáli svěřit ostatním a říct si o pomoc. Ta úleva je neskutečná*“.

7 Diskuse výsledků výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak daný jedinec prožívá panickou poruchu a s ní spojené panické ataky, jakou situaci považuje za vznik a spouštěče onemocnění a jak u něj probíhala léčba a terapie. Dílčím cílem bylo zjištění, jaký dopad mělo toto onemocnění na vztahy v rodině, v partnerském vztahu a na pracovišti, jak celou situaci prožívala rodina a kdo byl největší oporou v průběhu léčby a terapie. V rámci tohoto dílčího cíle šetření bylo našim cílem zjistit, jak daný jedinec prožíval období po léčbě, zda mu byla nabídnuta pomoc a v jaké formě a jak k celé situaci přistupovala rodina. V neposlední řadě jsme si kladli za cíl poukázat na problematiku informovanosti veřejnosti o neurotických a stresových poruchách.

Výsledky provedené analýzy poukazují na skutečnost, že všichni respondenti považují za nejlivnější spouštěč panické poruchy **dlouhodobý stres**, který byl zapříčiněn **prožitím negativní životní události**, kterou respondenti blíže specifikují jako smrt blízké osoby, rozvod rodičů nebo rozvod vlastní, strach z budoucnosti nebo prodělání vážné nemoci. Tento výsledek se shoduje s vymezením spouštěčů panické poruchy v teoretické části této práce, stejně tak, jako příznaky doprovázející panickou poruchu. Tyto příznaky dokázali přesně definovat všichni respondenti a popisovali je velmi podobně, a to zejména jako **silnou úzkost, pocity tlaku na hrudi, křeče, neschopnost se nadechnout a silné bušení srdce**.

Všichni respondenti dále popisovali průběh panické ataky spojené se strachem ze smrti stejně, bez větších rozdílů, jako **prvotní strach z infarktu a následnému volání o pomoc z důvodu velkého strachu**. Po příjezdu do nemocnice ovšem příznaky ustoupily a vyšetření nevykazovaly vážné onemocnění. Po opakování tohoto stavu, opětovnému volání pomoci a negativním výsledkům přicházela pomoc ze strany praktického lékaře, který ve všech případech doporučil **léčbu u psychologa a psychiatra**, kde byla vždy nabídnuta léčba za **pomoci léků nebo psychoterapie**. Léčba medikamentózní u námi vybraných respondentů probíhala vždy za pomoci **antidepresiv nebo benzodiazepinů s kombinací psychoterapie**. Předepisované medikamenty u našeho vybraného vzorku šetření byly zejména léky *Zoloft*, *Trittico*, *Lyrika*, *Lexaurin* a *Neurol*. Respondenti ovšem spatřovali pomoc a podporu i v jiných oblastech, například za pomoci homeopatických přípravků, čajů a bylinek, v alternativní medicíně Reiki, ve sportu, józe, meditaci nebo v cestování. Doba vyhledání odborné pomoci

v podobě psychologa nebo psychiatra je samozřejmě různá, nicméně můžeme konstatovat, že **většina respondentů vyhledala odbornou pomoc po prodělání druhé panické ataky.**

Jednou z nejdůležitějších částí výzkumného šetření představovaly kategorie, prostřednictvím kterých jsme se snažili zjistit, jak vnímají respondenti podporu blízkých osob a vztahů v rodině. Výsledky analýzy těchto kategorií poukazují zejména **na pomoc blízkých osob**, zpravidla rodičů, partnerů a dětí, nejvíce v prvotní fázi nemoci a při samotném zjištění diagnózy. Tuto pomoc respondenti spatřovali v pochopení celé situace a přijetí respondenta jakožto osobu trpící psychickou poruchou. Mezi nejtěžší momenty celého procesu léčby část respondentů uváděla **pocit selhání, strachu a studu z toho, že prožívají úzkostné stavy**, často také **ztrátu partnera z nepochopení situace a ztrátu zaměstnání** z důvodu častého výskytu panických atak a neschopnosti fungovat v běžném pracovním režimu.

Další část výzkumného šetření se věnovala období po 1 roce léčby. Jeden rok léčby je dostatečně dlouhá doba k tomu, aby si respondent dokázal vytvořit zpětný náhled na počátky svého onemocnění a průběh a účinnost léčby. Většina respondentů hodnotí **dopad jejich onemocnění pozitivně**, což je patrné z jejich odpovědí týkajících se zejména radosti z toho, že díky onemocnění byl přeformulován jejich žebříček hodnot a že je pro ně zdraví opravdu na prvním místě. Často hovořili také o zjištění, kdo z rodiny a přátel je opravdovou oporou a kdo nikoliv. **Negativní dopady** byly popisovány zejména v podobě ztráty partnera nebo manžela jakožto důsledku onemocnění. Na druhé straně stojí i přínosy panické poruchy do života. V rozhovoru uvedla většina respondentů, že jejich největším přínosem bylo zjištění, že si člověk musí vážít naprosto běžných věcí, protože nemocí je snadno může ztratit.

Poslední část, které se výzkumné šetření věnovalo, se týkala informovanosti veřejnosti o neurotických a stresových poruchách, potažmo panických poruchách. Všichni respondenti se shodli na tom, že **veřejnost není dokonale informována o psychických poruchách** a že by bylo vhodné tuto situaci změnit. Mnoho respondentů hovořilo o sobě samém z pohledu veřejnosti hanlivě jako o bláznovi nebo hypochondrovi. Na druhé straně existuje také fakt, že v dnešní době užívá antidepresiva, benzodiazepiny či jiné léky potlačující úzkost, a chodí k psychologovi a psychiatrovi mnohem více lidí než dříve, a že to přestává být tabuizovaným tématem, kvůli kterému by se jedinec měl, slovy respondentů, stydět.

Závěr

Téma „Problematika neurotických a stresových poruch a možnosti podpory v kontextu speciálněpedagogické andragogiky“ bylo zvoleno z důvodu vlastního zájmu o danou problematiku a zejména osobních zkušeností s lidmi trpícími tímto typem onemocnění. Osobní zkušenosti byly odrazovým můstkem ke tvorbě praktické části bakalářské práce. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou část.

Jak je již uvedeno v úvodu, cílem teoretické části bakalářské práce bylo sumarizování nejdůležitějších poznatků o problematice neurotických a stresových poruch, definování této skupiny onemocnění, rozdělení do příslušných kategorií v rámci klasifikačních systémů, charakterizování příznaků, spouštěčů a důsledků daných onemocnění a popsání průběhu léčby a terapie. Podstatné bylo také vysvětlit několik základních pojmů, které se ke skupině neurotických a stresových poruch váží. Těmito pojmy rozumíme strach, stres, úzkost a panický záchvat. Tyto informace byly nezbytné ke tvorbě praktické části.

V teoretické části je největší důraz kladen na problematiku panické poruchy z důvodu vlastního zájmu o tuto problematiku a osobních zkušeností s lidmi trpícími tímto onemocněním. Nezbytné pro další práci bylo charakterizovat panickou poruchu, její příznaky, spouštěče, příčiny a důsledky. Panická porucha se projevuje zejména panickými záchvaty, kterými se věnuje samostatná podkapitola teoretické části. Velmi důležité bylo poukázat také na změny v chování a socializaci jedince způsobené tímto onemocněním, jehož charakteristiky jsou velmi důležité pro diagnostiku vycházející z klasifikačních systémů Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize a Diagnostického a statistického manuálu DSM-V, kde jsou patrné jisté odlišnosti. Poslední podkapitola zabývající se panickou poruchou hovoří o léčbě, kde je důležité zmínit léčbu za pomoci psychoterapie a farmakoterapie, zejména prostřednictvím antidepresiv a benzodiazepinů. Závěrečná kapitola teoretické části se zabývá propojením duševních onemocnění a speciálněpedagogické andragogiky, kde je kladen velký důraz na meziresortní přístup v oblasti pomoci a péče těmito osobám v kontextu jednotlivých ministerstev. V rámci Ministerstva práce a sociálních věcí bylo důležité zmínit sociální služby poskytované osobám s duševním onemocněním na území Olomouckého kraje.

V praktické části jsme vycházeli zejména z odborné literatury a zpracované teoretické části bakalářské práce. Na základě těchto informací byl stanoven hlavní cíl výzkumného šetření, kterým bylo zjistit, jak daný jedinec prožívá panickou poruchu a s ní spojené panické ataky,

jakou situaci považuje za vznik a spouštěč tohoto onemocnění a jak u něj probíhala případná léčba a terapie. Vedle hlavního cíle stojí dílčí cíle, které byly zaměřeny na zjištění, jak panická porucha ovlivnila život respondenta v každodenním životě, zejména v následujících oblastech: dopad nemoci na vztahy v rodině, v partnerském vztahu a na pracovišti, prožívání rodiny, největší opora během léčby a terapie, období po léčbě a otázka informovanosti veřejnosti o neurotických a stresových poruchách.

Na základě studia odborné literatury a zpracování teoretické části bakalářské práce byly zpracovány vstupní domněnky, které byly na základě analýzy dat výzkumného šetření buď potvrzeny či vyvráceny. Pro tvorbu praktické části bylo nezbytné vymezení metod výzkumného šetření, kterým byla v závislosti na problematice a povaze problému zvolena kvalitativní výzkumná strategie a metoda strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Otázky byly rozděleny do tzv. výzkumných oblastí, které dále sloužily k analýze výzkumnému šetření. V praktické části jsme se dále věnovali charakteristice vybraného vzorku výzkumného šetření, kterým byla metoda otevřeného kódování.

Nejdůležitější kapitolu tvoří výsledky výzkumného šetření, které byly rozděleny do několika oblastí, kterými jsou: období zjištění diagnózy a počátku onemocnění, období léčby a terapií a období po 1 roce léčby. Tyto oblasti jsou konkrétně propracovány a zaměřují se zejména na subjektivní názory respondentů. Závěrečná část se věnuje diskusi výsledků výzkumného šetření, kde je možné nalézt závěr praktické části zaměřen na výsledky provedené analýzy.

Snahou bakalářské práce bylo sumarizování základních poznatků o problematice neurotických a stresových poruch. Je důležité přiblížit tuto problematiku širší veřejnosti a poukázat na její závažnost, abychom si my všichni uvědomili, jak složité je pro tyto jedince žít běžný život v naší společnosti. Je důležité pomoci připravit takové podmínky, které těmto jedincům usnadní žít s psychickou poruchou. Věříme, že teoretická část bakalářské práce nastínila veřejnosti problematiku duševního onemocnění a praktická část přiblížila prožívání osob s panickou poruchou v jejich těžkých chvílích a inspirovala je ke zvládnutí těchto těžkých chvíl, ať už ze strany psychiatrů, psychologů, sociálních služeb, rodiny či přátel.

Seznam bibliografických citací

ALDWIN, Carolyn M. *Stress, Coping, and Development: an integrative perspective*. 2nd ed. New York: Guilford Press. 2007. ISBN 978-1-57230-840-4.

BENEŠ, Milan. *Andragogika*. Praha: Eurolex Bohemia. 2003. Andragogika. ISBN 80-86432-23-8.

COHEN, Robert. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál. 2000. ISBN 80-7178-497-4.

DSM-V Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Hogrefe – Testcentrum. 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

FISCHER, Slavomil. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Triton. 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum. 1997. ISBN 80-7184-549-3.

HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres*. Praha: Maxdorfs. 2008. ISBN 978-80-7345-157-8.

HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. Galén. 2005. ISBN 80-7276-367-2.

HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. Nakladatelství Karolinum. 1999. ISBN 80-7184-889-1.

JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. 2000. ISBN 80-7041-196-1.

KENNERLEYOVÁ, Helen. *Jak zvládat úzkostné stavy*. Praha: Portál. 1998. ISBN 80-7178-266-1.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Psychiatrické centrum Praha. 2000. ISBN 80-85121-44-1.

KUKUMBERG, Peter a Igor ULČ. *Panická porucha*. Praha: Maxdorf Jesenius. 1997. ISBN 80-85912-14-7.

- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- PLANTE, Thomas G. *Contemporary clinical psychology*. New York: Wiley. 1999. ISBN 0-471-31626-1.
- PRAŠKO, Ján. *Agorafobie: svépomocná příručka*. Praha: Psychiatrické centrum. 1998. ISBN 80-85121-43-3.
- PRAŠKO, Ján. *Agorafobie a panická porucha: jak je překonat*. Praha: Portál. 2014. ISBN 978-80-262-0518-0.
- PRAŠKO, Ján. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada. 2003. ISBN 80-247-0185.
- PRAŠKO, Ján. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada. 2007. ISBN 978-80-247-1697-8.
- PRAŠKO, Ján, Jiří ŠÍPEK a Ivana ONDRÁČKOVÁ. *Panická porucha a její léčba: přehled problematiky a manuál kognitivně-behaviorálního přístupu k léčbě*. Praha: Psychiatrické centrum. 1997. ISBN 80-85121-77-8.
- PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Specifické fobie*. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-80-7367-300-0.
- PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy. Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál. 2005. ISBN 80-7178-997-6.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Triton. 2003. ISBN 80-7254-423.
- RIEMANN, Fritz. *Základní formy strachu*. Praha: Portál. 1999. ISBN 80-7178-313-7.
- SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres*. Praha: Academia. 1992. ISBN 80-200-0458-0.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
- SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf Jesenius. 2002. ISBN 80-85912-18-X.
- STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

- ULČ, Igor. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada. 1999. ISBN 80-7169-790-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál. 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
- VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada. 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.
- VYBÍRAL, Zdeněk a Jan ROUBAL. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.
- VYROUBAL, Z. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál. 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

Elektronické zdroje

- Darmoděj z.ú. *Centrum služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním* [online]. 2017. [cit. 2018-1-5]. Dostupné z: <<http://www.darmodej.cz/e-projekty/9146/o-projektu/>>.
- ESTER z.s. *O naší organizaci* [online]. 2016. [cit. 2017-12-5]. Dostupné z: <<https://gvt.cz/ester-z-s>>.
- Charita Olomouc. *Bezbariérová tréninková kavárna* [online]. 2012. [cit. 2017-12-5]. Dostupné z: <<http://www.olomouc.charita.cz/sluzby/spp/bezbarierova-treninkova-kavarna/>>.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Program podpory péče o duševní zdraví pro rok 2018* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015. [cit. 2017-11-28]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/obsah/program-podpory-pece-o-dusevni-zdravi-pro-rok-2018-_3772_1.html>.
- Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. 2007. [cit. 2017-12-5]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/rozsirene_hledani_sluzby.fw.do?SUBSESSION_ID=1519384079104_1>.

Legislativní normy

- Zákon 108/2006 sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. [online]. 2006. [cit. 2017-12-5]. Dostupné z: <<http://portal.gov.cz/zakon/108/2006>>.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Základní údaje o souboru šetření.....	s. 37
---	-------

Seznam použitých zkratek

AD – antidepresiva

Č – číslo

DSM-V – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

Mg – miligram

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

Např. – například

OCD – obsedantně-kompulzivní porucha

PN – psychiatrická nemocnice

R – respondent

ÚP – Úřad práce

VŠ – vysoká škola

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Schéma rozhovoru s respondenty trpícími panickou poruchou

Příloha č. 2 – Přepisy rozhovorů s respondenty

Přílohy

Příloha č. 1 - Schéma rozhovoru s respondenty trpícími panickou poruchou

ÚVODNÍ OTÁZKY

- Jméno
 - Věk
 - Bydliště
 - Stav
 - Zaměstnanost
 - Typ kontaktu (jak byl získán)
 - Datum rozhovoru
-

OBDOBÍ ZJIŠTĚNÍ DIAGNÓZY

1. Jaká je Vaše přesná diagnóza?
 2. Co považujete za spouštěče panické poruchy/panických atak? Jakou situaci považujete za vznik onemocnění?
 3. Svěřil/a jste se někomu ve svém okolí, že Váš psychický stav není v normě? Všiml si někdo z Vašeho blízkého okolí, že se Váš psychický stav zhoršil?
 4. Jaké jste měl/a prvotní příznaky?
 5. Jak dlouho Vám trvalo, než jste vyhledal/a odbornou pomoc? Doporučil Vám někdo odbornou pomoc?
-

OBDOBÍ LÉČBY

6. Byla Vám doporučena nějaká léčba/terapie?
7. Jak léčba probíhala a jak dlouho trvala? A máte pocit, že Vám pomohla?
8. Co pro Vás bylo během léčby nejtěžší?
9. Kdo byl pro Vás během léčby největší oporou?
10. Myslíte si, že Vám byla nabídnuta správná léčba?

- 11.** Byla Vám nabídnuta (kromě psychoterapie) některá z následujících terapií? Pokud ano, jaká a jak probíhala?
- a. Muzikoterapie
 - b. Biblioterapie
 - c. Poetoterapie
 - d. Arteterapie
 - e. Dramaterapie
-

OBDOBÍ PO LÉČBĚ

- 12.** Mělo Vaše onemocnění nějaký dopad na Vaše vztahy v rodině, na pracovišti, v partnerském vztahu? Změnila se Vaše pracovní schopnost v zaměstnání?
- 13.** Jak tuto situaci vnímala a prožívala Vaše rodina? Kdo Vám nejvíce pomohl?
- 14.** Berete toto onemocnění jako přínos do života? Změnilo to Váš pohled na život?
- 15.** Myslíte si, že po zjištění Vaší diagnózy Vás okolí začalo brát jinak než předtím? Pokud ano, jak?
- 16.** Myslíte si, že je veřejnost dokonale informována o této nemoci?
- 17.** Chcete říct ještě něco o této nemoci?

Příloha č. 2 - Přepis rozhovorů s respondenty

Rozhovor č. 7 nalezneme v příloze č. 3

ROZHOVOR 1, Zuzana G.

Věk: 31

Stav: svobodná

Bydliště: Ostravsko

Zaměstnanost: nezaměstnaná, invalidní důchod

Seznámení: Svépomocná komunita Panická porucha/úzkosti/deprese/agorafobie

1. Jaká je Vaše přesná diagnóza?

Rekurentní depresivní porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, panická porucha a středně těžká deprese.

2. Co považujete za spouštěče panické poruchy/panických atak? Jakou situaci považujete za vznik onemocnění?

Úmrtí babičky a šikana v práci, vše ve stejnou dobu.

3. Svěřil/a jste se někomu ve svém okolí, že Váš psychický stav není v normě? Všiml si někdo z Vašeho blízkého okolí, že se Váš psychický stav zhoršil?

Ano, svěřila jsem se. Moje rodina to věděla hned, pak má nejlepší kamarádka. Ostatní se to dozvěděli až po hospitalizaci.

4. Jaké jste měl/a prvotní příznaky?

Nechutenství, nespavost, neustálý pláč a neschopnost fungovat.

5. Jak dlouho Vám trvalo, než jste vyhledal/a odbornou pomoc? Doporučil Vám někdo odbornou pomoc?

Ke své obvodní lékařce jsem šla hned, nemohla jsem jít do práce. Doktorka mě po 6 týdnech poslala na psychiatrii.

6. Byla Vám doporučena nějaká léčba/terapie?

Ano, návštěva psycholožky.

7. Jak léčba probíhala a jak dlouho trvala? A máte pocit, že Vám pomohla?

Léčila jsem se primárně léky a myslím si, že pomohly. Antidepresiva беру od března 2012, k psycholožce chodím od dubna 2012. Vystřídala jsem jich několik, ale opravdu mi pomohl až psycholog v psychiatrické nemocnici v dubnu 2014. První rok jsem se léčila jen na deprese, brala jsem Zoloft. Problém nastal, když jsem po roce měla nastoupit do nové práce. Byla jsem tam tři dny, během kterých jsem o sobě ani nevěděla. Nevšímal jsem si okolí, nemohla jsem nic jíst. Po třech dnech jsem se psychicky zhroutila. Mimo jiné mi diagnostikovali panickou poruchu, úzkostně depresivní fobii a v té době i sociální fobii. Šla jsem se léčit do psychiatrické nemocnice. Po dvou týdnech v CNS centru v Třinci jsem odcházela jako nový člověk. Zjistila jsem, že nejsem sama, kdo je nemocný a že se s tím dá žít.

8. Co pro Vás bylo během léčby nejtěžší?

Smířit se s tím, že to nemohu ovlivnit. Že nemohu dělat to, co chci.

9. Kdo byl pro Vás během léčby největší oporou?

Jednoznačně moje maminka.

10. Myslíte si, že Vám byla nabídnuta správná léčba?

Po změně lékaře ano.

11. Byla Vám nabídnuta (kromě psychoterapie) některá z následujících terapií?

Pokud ano, jaká a jak probíhala?

- a. Muzikoterapie**
- b. Biblioterapie**
- c. Poetoterapie**
- d. Arteterapie**
- e. Dramaterapie**

Ano, arteterapie. Bylo to v nemocnici, následně jsem si udělala kurz sama.

12. Mělo Vaše onemocnění nějaký dopad na Vaše vztahy v rodině, na pracovišti, v partnerském vztahu? Změnila se Vaše pracovní schopnost v zaměstnání?

Celkově jsem zjistila, kdo za to opravdu stojí. S partnerem jsem se po 13 letech rozvedla sama. Nechápal moji nemoc a jen mě dokola obviňoval. I díky němu jsem skončila v nemocnici. Jediný člověk, který za mnou stál, byla moje maminka. Otec si doteď myslí, že jsem blázen. Okruh přátel se zmenšil na jednu kamarádku, s ostatními se nestýkám.

13. Jak tuto situaci vnímala a prožívala Vaše rodina? Kdo Vám nejvíce pomohl?

Nejvíce mi pomohla maminka, vždy tu byla pro mě. Pomohl mi také pobyt v nemocnici, kde jsem si mohla uvědomit, že nejsem jediná, kdo je nemocný.

14. Berete toto onemocnění jako přínos do života? Změnilo to Váš pohled na život?

Ano, beru. Víc si vážím běžných věcí a lidí, kteří při mně stáli.

15. Myslíte si, že po zjištění Vaší diagnózy Vás okolí začalo brát jinak než předtím?

Pokud ano, jak?

Ano, jako blázna. Mně samotné ale došlo spoustu věcí. Došlo mi, že menší příznaky jsem měla již dříve, teď jsem poznala důvod. Nebyla jsem jiná nebo divná, byla jsem jen nemocná.

16. Myslíte si, že je veřejnost dokonale informována o této nemoci?

Vůbec ne. Když se řekne psychicky nemocný člověk, všichni si hned vybaví blázna a svěřací kazajku. Nikdo nepřemýšlí o tom, co se tomu člověku stalo. Každý ho hned odsoudí. Nemocný je skoro každý druhý, ale stigma, které je kolem psychicky nemocných, je jak z doby kamenné.

17. Chcete říct ještě něco o této nemoci?

Je to nemoc, která se objeví, když to nejméně čekáte, udeří v tu nejhoupější dobu a drží se vás jako klíště.

ROZHOVOR 2, Michaela Š.

Věk: 25

Bydliště: respondent nechce sdělit

Stav: svobodná, žijící s partnerem

Zaměstnanost: administrativní pracovník

Seznámení: respondent nechce sdělit

1. Jaká je Vaše přesná diagnóza?

Panická porucha.

2. Co považujete za spouštěče panické poruchy/panických atak? Jakou situaci považujete za vznik onemocnění?

První příznaky se objevily v 18 letech na začátku čtvrtého ročníku střední školy. Začala jsem mít střevní potíže a bolesti žaludku spojené s nechutenstvím. Nejedla jsem a měla jsem strach, že trpím nějakým vážným onemocněním. Tenkrát pro mě jel do školy táta a dovezl mě k obvodnímu lékaři, který mi dal léky na žaludek. Když se situace opakovala, vzala mě babička ke své psychiatrice, která mi diagnostikovala panickou poruchu a nasadila antidepresiva. K propuknutí panické poruchy určitě napomohlo těžké dospívání, ve kterém se rozváděli naši. Jsem také přesvědčená, že s mou diagnózou souvisela i velice přecitlivělá a úzkostlivá výchova ze strany naší mámy.

3. Svěřil/a jste se někomu ve svém okolí, že Váš psychický stav není v normě? Všiml si někdo z Vašeho blízkého okolí, že se Váš psychický stav zhoršil?

Svěřila jsem se příteli, kamarádce a celé rodině.

4. Jaké jste měl/a prvotní příznaky?

Bolesti žaludku, střevní problémy, pocity tlaku na hrudi, nemožnost se nadechnout, úzkost, strach, brnění končetin a křeče v končetinách, bušení srdce, pocení, motání hlavy, pocit na omdlení a hlavně strach ze smrti.

5. Jak dlouho Vám trvalo, než jste vyhledal/a odbornou pomoc? Doporučil Vám někdo odbornou pomoc?

Téměř hned mě babička odvezla k lékaři.

6. Byla Vám doporučena nějaká léčba/terapie?

Ano, antidepressiva. Nejdřív jsem brala Paroxetin, poté Seroxu, při potížích NeuroL.

7. Jak léčba probíhala a jak dlouho trvala? A máte pocit, že Vám pomohla?

Léčba u mě probíhá neustále, léků jsem vystřídala hned několik. Nejdřív Lenuxin, který mi hned od počátku nesednul, poté Seroxat se stejnou účinnou látkou. Poté dlouho dobu Argofan a nyní beru Olwexyi, který má stejně jakou Argofan účinnou látku Venlafaxin. Beru 140mg denně a při potížích NeuroL, ale ten se snažím eliminovat na minimum. Jednu dobu jsem na něm závislá, teď se ho snažím brát jen v nejnnutnějších případech.

8. Co pro Vás bylo během léčby nejtěžší?

Když mě rodiče nedokázali pochopit a být mi oporou. Prožívala jsem stavy, kdy jsem nemohla jíst, spát a normálně fungovat.

9. Kdo byl pro Vás během léčby největší oporou?

Babička, přítel a paní psychiatrická.

10. Myslíte si, že Vám byla nabídnuta správná léčba?

Rozhodně ano.

11. Byla Vám nabídnuta (kromě psychoterapie) některá z následujících terapií?

Pokud ano, jaká a jak probíhala?

- a. Muzikoterapie**
- b. Biblioterapie**
- c. Poetoterapie**
- d. Arteterapie**
- e. Dramaterapie**

Pouze při hospitalizaci na psychiatrické klinice v Hradci Králové jsem se zúčastnila arteterapie.

12. Mělo Vaše onemocnění nějaký dopad na Vaše vztahy v rodině, na pracovišti, v partnerském vztahu? Změnila se Vaše pracovní schopnost v zaměstnání?

V současné době už se i rodiče snaží být chápavější vůči mé diagnóze. Mou největší oporou je snoubenec. Velkou motivací je pro mě fakt, že do budoucna plánujeme miminko. Chodím pravidelně (cca každé 3 týdny) na terapii, věnuji se relaxaci a autogennímu tréninku, cvičím prvky jógy a chodím na Reiki. Co se týká pracovních vztahů, tak mám hodné kolegyně, které o mém problému vědí a nijak mě neodsuzují.

13. Jak tuto situaci vnímala a prožívala Vaše rodina? Kdo Vám nejvíce pomohl?

Ze začátku mě rodina moc nedokázala podpořit, ale v současné době už je to lepší a mou největší oporou je snoubenec. Nesmím zapomenout na fenku Angee, která mi také dává sílu bojovat s úzkostnými stavy.

14. Berete toto onemocnění jako přínos do života? Změnilo to Váš pohled na život?

Beru to tak, jak to je. Hlavně se nechci úzkosti poddat. Chtěla bych žít plnohodnotný život. Změnilo mě to k lepšímu.

**15. Myslíte si, že po zjištění Vaší diagnózy Vás okolí začalo brát jinak než předtím?
Pokud ano, jak?**

Moje rodina mě má ráda i s panickou poruchou, snoubenec mi dává lásku najevo každý den a díky němu věřím v krásnou budoucnost. I rodina mého snoubence je moc fajn, o mé nemoci vědí a jejich chování ke mně se nijak nezměnilo a naštěstí spolu skvěle vycházíme. V práci jsou všichni hodní, nikomu jinému o tom neříkám.

16. Myslíte si, že je veřejnost dokonale informována o této nemoci?

Lidé vědí, že je velký nárůst spotřeby antidepresiv a že je hodně těch, kteří trpí různou formou psychického onemocnění.

17. Chcete říct ještě něco o této nemoci?

Samozřejmě bych si přála co největší informovanost společnosti v oblasti psychických onemocnění. Přála bych si, aby lidé věděli, o co se jedná, aby dokázali na člověka s psychickými potížemi nahlížet stejnými očima, jako na člověka se zlomenou nohou. Psychické potíže nejsou navenek vidět, ale uvnitř mohou bolet mnohem víc.

ROZHOVOR 3, Eliška Š.

Věk: 28

Stav: svobodná, žijící s partnerem

Bydliště: Hodonín

Zaměstnanost: sociální pracovník

Seznámení: UPOL

1. Jaká je Vaše přesná diagnóza?

Panická porucha.

2. Co považujete za spouštěče panické poruchy/panických atak? Jakou situaci považujete za vznik onemocnění?

První záchvat jsem zaznamenala v červnu 2013. Šlo o následek dlouhodobé několikaměsíční zátěže. Šlo zejména o dlouhodobý stres, nedostatek spánku a odpočinku a přepínání se v práci.

3. Svěřil/a jste se někomu ve svém okolí, že Váš psychický stav není v normě? Všiml si někdo z Vašeho blízkého okolí, že se Váš psychický stav zhoršil?

Příteli, rodičům, bratrovi a dvěma blízkým přátelům.

4. Jaké jste měl/a prvotní příznaky?

Pocity tlaku na hrudi, nemožnost se nadechnout, úzkost, strach, bušení srdce, pocení, motání hlavy a pocit na omdlení.

5. Jak dlouho Vám trvalo, než jste vyhledal/a odbornou pomoc? Doporučil Vám někdo odbornou pomoc?

Po druhém odvozu záchrankou během týdne jsem vyhledala pomoc sama.

6. Byla Vám doporučena nějaká léčba/terapie?

Antidepresiva a taky psychoterapie.

7. Jak léčba probíhala a jak dlouho trvala? A máte pocit, že Vám pomohla?

Pomoc jsem hledala u praktického lékaře, ten mě poslal na krizové centrum do Brna. Tam jsem měla štěstí na úžasného mladého lékaře, který je mým lékařem dodnes. Ten mě vyslechl a uklidnil. Dostala jsem Zoloft a Lexaurin. Na terapii jsem začala docházet také. Prvního půl roku jsem si terapii platila u soukromého psychologa a po půl roce jsem začala chodit na terapii ke klinickému psychologovi. Hospitalizována jsem být nikdy nemusela, byla jsem vždy léčena ambulantně. Zoloft beru stále, nyní 75mg jednou denně. Lexaurin jsem nepotřebovala už asi 2 roky a jsem za to moc ráda. Zoloft jsem zkusila vysadit, ale stavy se vracely, takže jsem se k němu musela vrátit. Léčba mi nicméně velmi pomohla, ale je to běh na dlouhou trať. Teď jsem dokončila úspěšně VŠ, pracuji, snažím se žít svůj život šťastně i s touto nemocí. Terapie také absolvuji stále, moc mi pomáhají.

8. Co pro Vás bylo během léčby nejtěžší?

Doba, kdy jsem byla odkázána na ostatní. Těžké také bylo přijetí toho, že trpím psychickým onemocněním. Umět to přijmout jako součást života bylo moc těžké.

9. Kdo byl pro Vás během léčby největší oporou?

Máma s tátou, bratr, můj přítel a moje kamarádka Staňka.

10. Myslíte si, že Vám byla nabídnuta správná léčba?

Rozhodně ano.

11. Byla Vám nabídnuta (kromě psychoterapie) některá z následujících terapií?

Pokud ano, jaká a jak probíhala?

- a. Muzikoterapie**
- b. Biblioterapie**
- c. Poetoterapie**
- d. Arteterapie**
- e. Dramaterapie**

Nebyla.

12. Mělo Vaše onemocnění nějaký dopad na Vaše vztahy v rodině, na pracovišti, v partnerském vztahu? Změnila se Vaše pracovní schopnost v zaměstnání?

V mé blízké rodině ví o mé nemoci pouze rodiče a bratr. Ti mi jsou obrovskou oporou. V partnerském vztahu to naše soužití posílilo, i když to bylo moc těžké. Nyní se budeme s přítelem brát, což asi mluví za vše. V zaměstnání o mé nemoci nikdo nevěděl a neví. Myslím, že pohled veřejnosti na lidi s psychickými potížemi je zkreslený a nechci, aby mě to limitovalo. Zejména proto, že pracuji v pomáhajících profesích.

13. Jak tuto situaci vnímala a prožívala Vaše rodina? Kdo Vám nejvíce pomohl?

Rodiče, bratr a přítel byli úžasní. Celou dobu se k tomu celému stavěli tak, že to bude v pořádku a dodali mi obrovskou sílu bojovat.

14. Berete toto onemocnění jako přínos do života? Změnilo to Váš pohled na život?

Obrovský přínos. Hlavně jsem se naučila více myslet na sebe, což jsem neuměla. Teď si sama na sebe dokážu udělat čas. Sblížilo mě to s rodinou a ukázalo mi to pár úžasných lidí, za což jsem vděčná.

15. Myslíte si, že po zjištění Vaší diagnózy Vás okolí začalo brát jinak než předtím?

Pokud ano, jak?

Okolí o mé nemoci neví, takže nemůžu soudit. Bojím se, aby mě ostatní nezaškatulkovali jako „blázna“.

16. Myslíte si, že je veřejnost dokonale informována o této nemoci?

Rozhodně ne. Pro většinu lidí v mém okolí je člověk s úzkostí nebo depresí cvok, blázen a chudáček, co má málo vůle a sílu, simulant, hypochondr, slaboch.

17. Chcete říct ještě něco o této nemoci?

Chtěla bych říct, že si moc přeji, aby jednou společnost uměla nahlížet na lidi s psychickými obtížemi jako na „normální“. Aby dokázala pochopit, že jsme normální, jen na nás dolehl stres. Zároveň považuji za příšerné, že v dnešní době musí člověk s akutní úzkostí čekat měsíce na psychologa. Já jsem měla to štěstí, že jsem si mohla dovolit hradit 600kč za sezení 1krát týdně půl roku, než jsem se dostala na čekací listině na řadu. Ale každý z nás ty peníze nemá a mnoho lidí je v takovém stavu, že potřebují pomoc okamžitě. Na toto je třeba upozornit stát a pojišťovny.

ROZHOVOR 4, Růžena M.

Věk: 57

Bydliště: Prostějov

Stav: vdaná, 3 děti

Zaměstnanost: nezaměstnaná, invalidní důchod

Seznámení: dřívější

1. Jaká je Vaše přesná diagnóza?

Panická porucha.

2. Co považujete za spouštěče panické poruchy/panických atak? Jakou situaci považujete za vznik onemocnění?

Spouštěčem je reakce na špatné chování lidí v mém okolí. A situaci? Asi přetvářka a lhaní. Taky prodělaná těžká nemoc.

3. Svěřil/a jste se někomu ve svém okolí, že Váš psychický stav není v normě? Všiml si někdo z Vašeho blízkého okolí, že se Váš psychický stav zhoršil?

Ne, nikomu jsem se nesvěřila. V prvotní fázi si toho všimla dcera.

4. Jaké jste měl/a prvotní příznaky?

Bylo mi divně a necítila jsem se ve své kůži. Cítila jsem se slabá, měla jsem bolest na hrudi a myslela si, že je to infarkt. Nemohla jsem se pořádně nadechnout, podlamovala se mi kolena a celá jsem se klepala.

5. Jak dlouho Vám trvalo, než jste vyhledal/a odbornou pomoc? Doporučil Vám někdo odbornou pomoc?

Trvalo mi to několik měsíců a šla jsem sama, protože ta úzkost byla hodně silná. Tenkrát mě to poprvé vzalo v práci, pak jsem jela domů a tam zase. Poté mě odvezla záchranka do nemocnice, kde jsem podstoupila mimo jiné neurologické vyšetření. Pak mě poslali k psychologce a po domluvě s psychologkou k psychiatrovi.

6. Byla Vám doporučena nějaká léčba/terapie?

Chodím k psycholožce a beru léky, Neurool a občas prášky na spaní.

7. Jak léčba probíhala a jak dlouho trvala? A máte pocit, že Vám pomohla?

Léčena jsem u psycholožky a u psychiatra. Léky si ale vezmu jen v případě, že mi není obzvlášť dobře. Nejvíce mi pomáhá psycholožka.

8. Co pro Vás bylo během léčby nejtěžší?

Svěřovat svoje problémy a pocity, mluvit o nich nahlas.

9. Kdo byl pro Vás během léčby největší oporou?

Psycholog a dcera.

10. Myslíte si, že Vám byla nabídnuta správná léčba?

Určitě ano.

11. Byla Vám nabídnuta (kromě psychoterapie) některá z následujících terapií?

Pokud ano, jaká a jak probíhala?

- a. Muzikoterapie
- b. Biblioterapie
- c. Poetoterapie
- d. Arteterapie
- e. Dramaterapie

Ne, nic z toho mi nikdo nenabídl.

12. Mělo Vaše onemocnění nějaký dopad na Vaše vztahy v rodině, na pracovišti, v partnerském vztahu? Změnila se Vaše pracovní schopnost v zaměstnání?

Moje pracovní schopnost se změnila, protože jsem dostala invalidní důchod. Dopad v rodině to nemělo asi žádný.

13. Jak tuto situaci vnímala a prožívala Vaše rodina? Kdo Vám nejvíce pomohl?

Manžel to moc neprožíval, o dětech nevím. A nejvíc mi pomohla a pomáhá moje dcera.

14. Berete toto onemocnění jako přínos do života? Změnilo to Váš pohled na život?

Trochu možná ano. Hlavně v tom, že si nesmím zabírat problémy ostatních lidí, že se musím soustředit i sama na sebe.

15. Myslíte si, že po zjištění Vaší diagnózy Vás okolí začalo brát jinak než předtím?

Pokud ano, jak?

Tak to si nemyslím.

16. Myslíte si, že je veřejnost dokonale informována o této nemoci?

Jedině pokud si chce sama veřejnost ty informace najít, jinak se o tom normálně nemluví. Já jsem do té chvíle netušila, že nějaká panická porucha vůbec existuje.

17. Chcete ke své nemoci ještě něco dodat?

Asi ano. Panická porucha je nemoc, kterou nikomu nepřeji. Nejhorší na tom je ten strach a neustálá slabost.

ROZHOVOR 5, Lucie C.

Věk: 20

Bydliště: Rožnov pod Radhoštěm

Stav: svobodná, žijící s partnerem

Zaměstnanost: operátorka výroby

Seznámení: Rožnov pod Radhoštěm

1. Jaká je Vaše přesná diagnóza?

Panická porucha a deprese. Panickou poruchou jsem začala trpět od roku 2012.

2. Co považujete za spouštěče panické poruchy/panických atak? Jakou situaci považujete za vznik onemocnění?

Životní změna, dlouhodobý stres, stálá nervozita, strach a hodně neustálých myšlenek co a jak bude, obava z budoucnosti.

3. Svěřil/a jste se někomu ve svém okolí, že Váš psychický stav není v normě? Všiml si někdo z Vašeho blízkého okolí, že se Váš psychický stav zhoršil?

Hlavně matka a kamarádka.

4. Jaké jste měl/a prvotní příznaky?

Úzkost, bušení srdce, strach, motání hlavy, několik probrečených nocí, nechut' k jídlu a třes.

5. Jak dlouho Vám trvalo, než jste vyhledal/a odbornou pomoc? Doporučil Vám někdo odbornou pomoc?

Trvalo to zhruba 4 roky. Lékařskou pomoc jsem si vyhledala sama.

6. Byla Vám doporučena nějaká léčba/terapie?

Byla mi diagnostikována úzkostná porucha, léky mi však nebyly předepsány. Když jsem pocítila první příznaky, nedokázala jsem si přiznat, že něčím takovým trpím a nejprve jsem to nechtěla řešit. Po několika měsících to však dospělo do fáze, kdy jsem musela najít doktora

7. Jak léčba probíhala a jak dlouho trvala? A máte pocit, že Vám pomohla?

Protože jsem nebrala léky předepsané od doktora, zaměřila jsem se na tzv. „uklidňující čaje“ s bylinkami, dále homeopatické léky, které se braly 3x denně, ty zpočátku hodně pomohly. Když jsem si na ně navykla, měla jsem potřebu jich brát více. Myslím, že hodně pomáhaly.

8. Co pro Vás bylo během léčby nejtěžší?

Cítit stále tu bolest, než se to uklidnilo. Nesnesla jsem tu nechuť k jídlu, kdy jsem opravdu jedla málo, nespala celé noci a bylo těžké překonat celý den.

9. Kdo byl pro Vás během léčby největší oporou?

Rozhodně máma.

10. Myslíte si, že Vám byla nabídnuta správná léčba?

Myslím, že v budoucnu nějakého psychologa/psychiatra ještě navštívím, abych se cítila lépe. Bylo by to tak lepší.

11. Byla Vám nabídnuta (kromě psychoterapie) některá z následujících terapií?

Pokud ano, jaká a jak probíhala?

- a. Muzikoterapie**
- b. Biblioterapie**
- c. Poetoterapie**
- d. Arteterapie**
- e. Dramaterapie**

Nebyla, ale pokud by byla nabídnuta, určitě bych ji chtěla vyzkoušet.

12. Mělo Vaše onemocnění nějaký dopad na Vaše vztahy v rodině, na pracovišti, v partnerském vztahu? Změnila se Vaše pracovní schopnost v zaměstnání?

Naše vztahy v rodině i s partnerem se zlepšily. Chodila jsem na střední školu a maturita byla velký nápor na mou psychiku, o dalším studiu neuvažuji. V současné době nastupuji do zaměstnání.

13. Jak tuto situaci vnímala a prožívala Vaše rodina? Kdo Vám nejvíce pomohl?

Řešila to se mnou hlavně máma. Ta mi taky nejvíce pomohla. Do budoucna chci vyhledat další pomoc.

14. Berete toto onemocnění jako přínos do života? Změnilo to Váš pohled na život?

Jako přínos bych to vyloženě neviděla. Uvědomuji si stavy, problémy a myšlenky, které řeším zbytečně. Vidím lidi, jak v pohodě dokáží vše vyřešit, stres mají pod kontrolou a vše je v pořádku. Mně osobně tohle vadí, mohla bych na tom být líp.

15. Myslíte si, že po zjištění Vaší diagnózy Vás okolí začalo brát jinak než předtím?

Pokud ano, jak?

Možná ze začátku jsem se setkala s nepochopením, protože moje máma chtěla znát důvod, který jsem jí nemohla dát. Samozřejmě to mělo spojitost se školou, ale ona to nechápala. Troufám si říct, že mě vidí stejně, jako před zjištěním diagnózy.

16. Myslíte si, že je veřejnost dokonale informována o této nemoci?

Dřív jsem se o to nezajímala, teď vídám hodně článků na podobná témata. Taky si myslím, že v dnešní době je normální navštívit psychologa. Podle mě by se toto onemocnění mělo ještě více ukazovat světu, protože pořád je hodně lidí, kteří to neznají.

17. Chcete říct ještě něco o této nemoci?

Přála bych si, aby si takto nemocní lidé našli odbornou pomoc. Ta úleva je neskutečná.

ROZHOVOR 6, Petra

Bydliště: Olomouc

Věk: 43

Stav: rozvedená

Zaměstnanost: ÚP

Seznámení: dřívější

1. Jaká je Vaše přesná diagnóza?

Panická porucha.

2. Co považujete za spouštěče panické poruchy/panických atak? Jakou situaci považujete za vznik onemocnění?

Já jsem trpěla úzkostmi už dřív. Když jsem byla malá, v osmi letech mi umřel táta a já šla bydlet k babičce. Máma si našla nového přítele, přestaly jsme se vídat úplně. Když mi bylo 18, odstěhovala jsem se od babičky a žila s přítelem, v 21 letech jsme se vzali. Po 3 letech jsem zjistila, že mě podvádí a rozvedli jsme se, to bylo hodně těžké období. Už v té době jsem chodila k psychologovi. V 27 jsem si našla nového přítele, po 4 letech jsme se vzali a vypadalo to docela slibně, narodila se nám dvojčátka a do jejich 10 jsme byli ideální rodina. Pak se to nějak zvrhlo, rozvedli jsme se a od té doby jsem sama. Od té doby jsem sama a cítím se příšerně.

3. Svěřil/a jste se někomu ve svém okolí, že Váš psychický stav není v normě? Všiml si někdo z Vašeho blízkého okolí, že se Váš psychický stav zhoršil?

Svěřila jsem se kamarádce, ta mě donutila jít k doktorovi. Jsem za to vděčná. Všimla si toho právě ona.

4. Jaké jste měl/a prvotní příznaky?

Hlavně pocit, že mám infarkt. Myslela jsem si, že umřu. Hlavně obrovská úzkost u srdce.

5. Jak dlouho Vám trvalo, než jste vyhledal/a odbornou pomoc? Doporučil Vám někdo odbornou pomoc?

Trvalo to do doby, než jsem se celá nezhroutila. Doporučila mi to kamarádka.

6. Byla Vám doporučena nějaká léčba/terapie?

Ano, chodím k psychologovi a psychiatrovi. Od psychiatra mám předepsaný Agrofan, ten beru pravidelně.

7. Jak léčba probíhala a jak dlouho trvala? A máte pocit, že Vám pomohla?

Určitě mi pomáhá psycholog, vždycky mě vyslechne a poradí, co mám dělat dál.

8. Co pro Vás bylo během léčby nejtěžší?

Asi to, že moje děti viděly, jak jsem smutná a že mi není dobře.

9. Kdo byl pro Vás během léčby největší oporou?

Děti a kamarádka.

10. Myslíte si, že Vám byla nabídnuta správná léčba?

Asi ano, mám skvělého psychologa, ten mi pomáhá opravdu hodně.

11. Byla Vám nabídnuta (kromě psychoterapie) některá z následujících terapií?

Pokud ano, jaká a jak probíhala?

- a. Muzikoterapie
- b. Biblioterapie
- c. Poetoterapie
- d. Arteterapie
- e. Dramaterapie

Ne, to vůbec.

12. Mělo Vaše onemocnění nějaký dopad na Vaše vztahy v rodině, na pracovišti, v partnerském vztahu? Změnila se Vaše pracovní schopnost v zaměstnání?

Mělo, po rozvodu si nedokážu najít nového přítele, asi pro ně nejsem dost dobrá. V rodině je to v pohodě, mám skvělé děti a ty jsou mojí oporou. Zaměstnaná nejsem, jsem vedena na Úřadu práce.

13. Jak tuto situaci vnímala a prožívala Vaše rodina? Kdo Vám nejvíce pomohl?

Z rodiny mi nejvíce pomohly děti. Díky nim jsem tady a snažím se být silná, pro nikoho jiného nežiju, nikoho jiného ani nemám.

14. Berete toto onemocnění jako přínos do života? Změnilo to Váš pohled na život?

Přínos? Tak to se můžu zasmát, vůbec žádný. Přepadává mě to všude, na nákupu, na oslavě, pak na mě lidi hledí jako na blázna. Můj pohled na život to asi změnilo, víc si ho vážím.

15. Myslíte si, že po zjištění Vaší diagnózy Vás okolí začalo brát jinak než předtím?

Pokud ano, jak?

Asi ne.

16. Myslíte si, že je veřejnost dokonale informována o této nemoci?

Podle mě moc ne. Možná vědí, co je úzkost, ale vůbec netuší, co to obnáší. A o panické poruše neví nic, to je můj názor.

17. Chcete říct ještě něco o této nemoci?

Popravdě mě ta nemoc už vážně nebaví. Ale je příjemné si o tom s někým takhle nestranně popovídat.

ROZHOVOR 7, Petra V.

Věk: 39

Bydliště: Štramberk

Stav: rozvedená, samoživitelka žijící se dvěma dětmi

Zaměstnanost: státní úředník

Seznámení: Svépomocná komunita Panická porucha/úzkosti/deprese/agorafobie

1. Jaká je Vaše přesná diagnóza?

Panická porucha.

2. Co považujete za spouštěče panické poruchy/panických atak? Jakou situaci považujete za vznik onemocnění?

První ataku jsem zaznamenala v červnu 2008. Poprvé jsem nevěděla, že jde o psychickou poruchu. Byla jsem neuvěřitelně unavená, bez energie, točila se mi hlava a vše mi bylo jedno. Spouštěč jako takový jsem zatím nevypozorovala.

3. Svěřil/a jste se někomu ve svém okolí, že Váš psychický stav není v normě? Všiml si někdo z Vašeho blízkého okolí, že se Váš psychický stav zhoršil?

Ano, rodičům. Při první atace mi rodiče říkali, že „depky“ má každý a vlastně mi vůbec nerozuměli. Připadala jsem si jako blázen, který si vymýšlí. Z mého okolí nikdo jiný o mé nemoci nevěděl a neví doteď. Svěřila jsem se pouze současnému příteli, ale nedovede to pochopit. Mám kamarádku se stejnými potížemi a té se můžu svěřit a mám pocit, že si vzájemně pomáháme.

4. Jaké jste měl/a prvotní příznaky?

Nespavost, nervozita, třes, strach ze všeho kolem sebe.

5. Jak dlouho Vám trvalo, než jste vyhledal/a odbornou pomoc? Doporučil Vám někdo odbornou pomoc?

Odbornou pomoc jsem si vyhledala sama.

6. Byla Vám doporučena nějaká léčba/terapie?

Ano, léky. Pobírám antidepressiva.

7. Jak léčba probíhala a jak dlouho trvala? A máte pocit, že Vám pomohla?

Pomoc jsem hledala u praktického lékaře a ten mě odeslal na neurologii, kde mi dělali testy na vše možné a vše dopadlo negativně. Usoudili, že se jedná o panickou poruchu a doporučili mi antidepressiva, poté došlo k ustoupení problému. Několikrát jsem se snažila léky postupně vysadit, ale přišly prudké ataky. Snažím se pracovat hlavou, více odpočívám, nasadím hořčik. Snažím se s panickou poruchou pracovat, pomáhá mi hluboký nádech a výdech. Pracuji na mentální úrovni a snažím se, abych nemusela brát léky. V současné době beru antidepressiva, ale pracuju na tom, abych mohla fungovat bez léků. Hospitalizována jsem nikdy být nemusela, byla jsem vždy léčena ambulantně. Léčba antidepressivy mi nicméně velmi pomohla, ale je to běh na dlouhou trať.

8. Co pro Vás bylo během léčby nejtěžší?

Doba, kdy jsem nemohla jíst, normálně fungovat, jít mezi lidi. A potom asi přijetí toho, že trpím psychickým onemocněním. Umět to přijmout jako součást života bylo moc těžké.

9. Kdo byl pro Vás během léčby největší oporou?

Přítel.

10. Myslíte si, že Vám byla nabídnuta správná léčba?

Rozhodně ano, ale mělo by se více mluvit o alternativách.

11. Byla Vám nabídnuta (kromě psychoterapie) některá z následujících terapií?

Pokud ano, jaká a jak probíhala?

- a. Muzikoterapie**
- b. Biblioterapie**
- c. Poetoterapie**
- d. Arteterapie**
- e. Dramaterapie**

Ne, nebyla.

12. Mělo Vaše onemocnění nějaký dopad na Vaše vztahy v rodině, na pracovišti, v partnerském vztahu? Změnila se Vaše pracovní schopnost v zaměstnání?

Snad ne. Snažím se tu situaci zlehčovat, za ty roky už umím s panikou pracovat. V zaměstnání o mé nemoci nikdo nevěděl a neví, stejně jako mí přátelé.

13. Jak tuto situaci vnímala a prožívala Vaše rodina? Kdo Vám nejvíce pomohl?

Rodina mi pomáhá, hlavně přítel.

14. Berete toto onemocnění jako přínos do života? Změnilo to Váš pohled na život?

Ano. Naučila jsem se více myslet na sebe, udělat si čas na odpočinek, nenechat se pohltit dnešní dobou. Vím, že je to neuvěřitelný dar. Dar zastavit se, přemýšlet, co bych v životě mohla udělat jinak. Věřím, že tomu přijdu na kloub a znám úžasné lidi, kteří tyto obtíže vyřešili. Věřím, že to dokážu i já. Já si tvořím svůj život a nestavím se do role oběti.

15. Myslíte si, že po zjištění Vaší diagnózy Vás okolí začalo brát jinak než předtím?

Pokud ano, jak?

Nemyslím si to.

16. Myslíte si, že je veřejnost dokonale informována o této nemoci?

Obávám se, že vůbec.

17. Chcete říct ještě něco o této nemoci?

Přijde mi to jako zkouška a ne bezdůvodně. Vím, že je to pro mě ta nejlepší lekce. Byla bych moc šťastná, kdyby i ostatní nahlíželi na to, že vše máme ve svých rukou a tvoříme si svůj krásný život sami. Ne vždy jsem to tak měla. Bylo období, kdy jsem byla velice negativní a pořád jsem se ptala, proč zrovna já. Asi před dvěma lety se mi podařilo zhubnout 39 kg a zhubla jsem nejen ty „fyzická“ kila, ale i ty mentální bloky. Postupně jsem přicházela na to, že můžu pracovat s hlavou na všech úrovních. Jsem neuvěřitelně šťastná, že si můžu jít touto nekonečnou a krásnou cestou. A děkuju Vám, budu ráda, když se o těchto poruchách bude víc mluvit, protože já se kdysi styděla a připadala si méněcenná. Ale to bylo kdysi.

ROZHOVOR 8, Jana

Bydliště: Olomouc

Věk: 42

Stav: vdaná, 3 děti

Zaměstnanost: ÚP

Seznámení: dřívější

1. Jaká je Vaše přesná diagnóza?

Panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha.

2. Co považujete za spouštěče panické poruchy/panických atak? Jakou situaci považujete za vznik onemocnění?

Za vznik úzkostných poruch a panických atak považuji zejména onemocnění trombocytopenie, což je snížené množství trombocytů v krvi, normální hodnota je 500 000 trombocytů a já jich měla 7000. Nejdřív jsem se bála, že mám leukémii, ta se naštěstí vyloučila. Jako spouštěč tohoto onemocnění беру hlavně ten obrovský strach, který jsem měla. Bála jsem se chemoterapie, ozařování a rakoviny. Bylo to náročné, nechodila jsem vůbec ven a hodně jsem se bála. Se synem jsem nechodila nikam, bála jsem se, abych někde nespadla, nezranila se a nevykrvácela.

3. Svěřil/a jste se někomu ve svém okolí, že Váš psychický stav není v normě? Všiml si někdo z Vašeho blízkého okolí, že se Váš psychický stav zhoršil?

Ano, manželovi. Nejmenší syn měl 2 a půl let, druhý syn 10 a dcera 12 let, nevěděli o tom, jen jsme jim řekli, že maminka musí brát léky. Manžel se o mě krásně staral.

4. Jaké jste měl/a prvotní příznaky?

Pocity na omdlení a pocit, že umírám.

5. Jak dlouho Vám trvalo, než jste vyhledal/a odbornou pomoc? Doporučil Vám někdo odbornou pomoc?

Bylo to v podstatě hned po té první atace. V nemocnici mě hned poslali k psychiatrovi, tam jsem samozřejmě nechtěla, protože přece nejsem „blázen“. Nicméně jsem šla a tam mi psychiatr předepsal Cipralex, ten užívám už od začátku, celých těch 8 let beru stejnou dávku 1x denně. Taky mi předepsal Lexaurin, dřív jsem brala půlku prášku na noc. Ale bojím se ho užívat, tak ho beru opravdu jen výjimečně. Chtěl mi předepsat Neurole, ale odmítla jsem ho. Přece jen mám doma malého syna a potřebuji fungovat a s Neurolem by to asi moc nešlo.

6. Byla Vám doporučena nějaká léčba/terapie?

Ano, asi 2 měsíce jsem chodila k psychologovi, to mi ale vůbec nevyhovovalo. Hodně jsme se zaobírali rodinou a mluvili hodně konkrétně. Možná, že kdybych vydržela déle, mělo by to účinek. Pan doktor je skvělý, moc mi sedl. Zezačátku se mě hodně vyptával, jak se mám a jak se cítím, poslední dobou mám ale pocit, že jen přijdu, předepíše mi prášky a já jdu zase domů, už se o mě tolik nestará. K psychiatrovi si jdu vždy jednou za tři měsíce pro léky.

7. Jak léčba probíhala a jak dlouho trvala? A máte pocit, že Vám pomohla?

Určitě mi pomohla. Jak už jsem říkala, u mě jde hlavně o ty antidepresiva, beru je už 8 let a nedokážu si to bez nich představit. Zezačátku jsem se styděla. Však víte, člověk s antidepresivy. Pak jsem si zvykla a bez nich už ani ránu. Občas si vezmu Lexaurin, ale to opravdu jen když je to nejhorší. A když mi je špatně, nebo se o mě pokouší ataka, jdu ven. Bydlíme 4 lidi v 1+1, je to hodně malý prostor a když mám ataku, musím ven na vzduch. Stačí mi jít třeba jen na krátkou procházku.

8. Co pro Vás bylo během léčby nejtěžší?

Asi to, že nemůžu pracovat. Když jsem žádala o zaměstnání a měla jít na pohovor, pořád jsem zvracela a bylo mi špatně, je to se mnou těžké. Ted' v létě jsem byla točit zmrzlinu, moc mě to bavilo. Nyní jsem v pracovní neschopnosti, takže si práci hledám.

9. Kdo byl pro Vás během léčby největší oporou?

Ze začátku jsem chtěla být pořád sama. Pak jsme se přestěhovali sem (do Olomouce, pozn. autora) a tady mám spoustu kamarádek, co mi pomáhají. Nejvíc mi však pomáhal manžel. Když mi bylo špatně, držel mě a jsem vděčná za to, jak mě chápe. Ted' už si nějak zvykl, že jsem člověk na lécích a že už jsem vlastně docela v pohodě, ted' už to tak neprožívá. Dřív se o mě staral moc hezky.

10. Myslíte si, že Vám byla nabídnuta správná léčba?

Určitě ano, ty léky mi zabraly už po 2 měsících. Díky psychiatrovi se cítím lépe, panickou ataku už jsem neměla vážně dlouho. Cítím se být vyléčená, i když nejsem, když beru antidepresiva.

**11. Byla Vám nabídnuta (kromě psychoterapie) některá z následujících terapií?
Pokud ano, jaká a jak probíhala?**

- a. Muzikoterapie
- b. Biblioterapie
- c. Poetoterapie
- d. Arteterapie
- e. Dramaterapie

Ne, nikdo mi nic takového nenabídl. Ale dělám si terapie doma sama – doma vyrábím z papíru různé krabičky a maličkosti, dělá mi to radost.

12. Mělo Vaše onemocnění nějaký dopad na Vaše vztahy v rodině, na pracovišti, v partnerském vztahu? Změnila se Vaše pracovní schopnost v zaměstnání?

Ano, mělo, ale ne negativní. Zjistila jsem, jak moc pro mě manžel dělá. V rodině se vztahy nezměnili vůbec, děti mě berou jen jako mámu, co bere léky, nic víc. V zaměstnání je to horší, nemůžu si udržet zaměstnání déle než pár měsíců, je to ale způsobeno hlavně tou trombocytopenií.

13. Jak tuto situaci vnímala a prožívala Vaše rodina? Kdo Vám nejvíce pomohl?

Rodina to neprožívala a neprožívá. A nejvíce mi pomohl manžel.

14. Berete toto onemocnění jako přínos do života? Změnilo to Váš pohled na život?

Jako přínos to asi neberu. Víc mi to vzalo, než dalo. A pohled na svět mi to změnilo jen v tom, že si víc vážím zdraví.

15. Myslíte si, že po zjištění Vaší diagnózy Vás okolí začalo brát jinak než předtím?

Pokud ano, jak?

Okolí to o mně neví. Ví to jen blízcí přátelé a ti to berou normálně. Vždyť antidepressiva v dnešní době bere skoro každý. V zaměstnání se tím nechlubím.

16. Myslíte si, že je veřejnost dokonale informována o této nemoci?

Myslím si, že ne. Hodně se mluví o jiných nemocech, ale o těch psychických skoro vůbec. Přejde mi to hodně tabuizované téma, což je škoda. Bude fajn, když se o tom třeba díky Vám dozví více lidí. Lidí na antidepressivech znám hodně, je to běžné. I můj psychiatr říkal, že snad všechny slavné osobnosti berou nebo brali antidepressiva a že se za to nemám stydět. Věřím mu a věřím i tomu, že se ty psychické nemoci dostanou do povědomí širší veřejnosti.

17. Chcete říct ještě něco o této nemoci?

No snad jen to, že to nikomu nepřejí. Protože ten, kdo to sám nezažije, vůbec nemá tušení, co to obnáší.

ROZHOVOR 9, Roman

Věk: 26

Stav: svobodný

Zaměstnanost: student, brigády

Seznámení: dřívější

1. Jaká je Vaše přesná diagnóza?

Úzkostně depresivní porucha, panická porucha.

2. Co považujete za spouštěče panické poruchy/panických atak? Jakou situaci považujete za vznik onemocnění?

Za spouštěče jednotlivých atak považuji především příliš velkou míru stresu. První záchvat jsem měl na lyžařském kurzu v první třídě. Hráli jsme na slepou bábu, tou jsem byl já. Praštil jsem se hlavou o zábradlí. Když jsem si sundal šátek, měl jsem svůj první panický záchvat. Nevěděl jsem, co se děje. Co stojí za vznikem nemoci bohužel nevím.

3. Svěřil/a jste se někomu ve svém okolí, že Váš psychický stav není v normě? Všiml si někdo z Vašeho blízkého okolí, že se Váš psychický stav zhoršil?

Okolí si mohlo všimnout, že nechci chodit mezi lidi. Občas, po větších záchvatech, jsem to i otevřeně popisoval. Ale nikdo tomu nevěnoval zvláštní pozornost.

4. Jaké jste měl/a prvotní příznaky?

Úzkost, strach, pocity na omdlení, pocit že jsem v jakési virtuální realitě, ve snu.

5. Jak dlouho Vám trvalo, než jste vyhledal/a odbornou pomoc? Doporučil Vám někdo odbornou pomoc?

V sedmnácti letech mě odvezla záchranka, v nemocnici mi udělali všechna možná vyšetření, a když vyloučili somatickou příčinu, poslali mě za psychologku.

1. 6. Byla Vám doporučena nějaká léčba/terapie?

Psychoterapie a léčba léky.

7. Jak léčba probíhala a jak dlouho trvala? A máte pocit, že Vám pomohla?

Nejprve jsem chodil několik let k dětské psycholožce a psychiatrice a bral Zoloft 75 mg. Asi ve dvaceti letech jsem byl odkázaný k lékařům pro dospělé. Našel jsem si tedy psychiatra, který mi přidával Trittico (pouze kvůli nočním můrám), Lyriku a Lexaurin. Zvyšoval i dávkování. Můj stav se ale zhoršoval. Nakonec jsem se stal na benzodiazepinech závislý. V práci jsem jich bral až 7 tablet 2 mg za směnu. Nakonec jsem vystřídal psychiatra. Ten nový mě poslal do Psychiatrické nemocnice Bílá Voda, kde se specializují na léčbu závislosti. Tam mi, poměrně bolestivě, benzodiazepiny vysadili. Teď je mi mnohem lépe. Od návratu na konci května jsem neměl žádný záchvat.

8. Co pro Vás bylo během léčby nejtěžší?

Nekonečný strach z naprosto všedních činností.

9. Kdo byl pro Vás během léčby největší oporou?

Máma. Nikdo jiný více méně neakceptoval, že jsem nemocný. I kamarádům to bylo těžké vysvětlit. Dokonce jsem o tom sám často pochyboval a hledal příčiny jinde.

10. Myslíte si, že Vám byla nabídnuta správná léčba?

Nakonec ano.

11. Byla Vám nabídnuta (kromě psychoterapie) některá z následujících terapií?

- a. Muzikoterapie**
- b. Biblioterapie**
- c. Poetoterapie**
- d. Arteterapie**
- e. Dramaterapie**

Ne, žádná z těchto terapií mi nabídnuta nebyla.

12. Mělo Vaše onemocnění nějaký dopad na Vaše vztahy v rodině, na pracovišti, v partnerském vztahu? Změnila se Vaše pracovní schopnost v zaměstnání?

Ano, obrovské. Už od malička jsem se naučil stranit se lidem. A i když to rodina i přátelé věděli, rozhodně to nebrali jako běžnou nemoc. To přinášelo problémy ve všech oblastech života. Od vztahů, přes školu až k problému s vlastním sebevědomím.

13. Jak tuto situaci vnímala a prožívala Vaše rodina? Kdo Vám nejvíce pomohl?

Plně to chápala víceméně jen máma. Ostatní to mírně ignorovali.

14. Berete toto onemocnění jako přínos do života? Změnilo to Váš pohled na život?

Ano. Myslím si, že lidé co zažili, nebo zažívají něco špatného, jsou více empatičtí. A to je jedna z vlastností, které si na sobě cením. Také mám díky tomu možná trochu jiný žebříček hodnot. Je pro mě důležité být zdravý a v pohodě.

15. Myslíte si, že po zjištění Vaší diagnózy Vás okolí začalo brát jinak než předtím?

Pokud ano, jak?

Asi ne.

16. Myslíte si, že je veřejnost dokonale informována o této nemoci?

Bojím se, že skoro vůbec.

17. Chcete říct ještě něco o této nemoci?

Přál bych si, aby psychické nemoci všichni brali stejně jako ty somatické. Aby se dostali více do povědomí.

Anotace

Jméno a příjmení:	Jana Matoušková
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková Ph. D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Problematika neurotických a stresových poruch a možnosti podpory v kontextu speciálně pedagogické andragogiky
Název v angličtině:	The Issue of Neurotic and Stress Disorder and the Possibilities of Support in the Context of Special Adult Education
Anotace práce:	<p>Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola vymezuje obecné poznatky o neurotických a stresových poruchách, definuje úzkost a stres, charakterizuje stresory a uvádí metody zvládnání stresových situací. Druhá kapitola se zabývá diagnostikou neurotických a stresových poruch v rámci MKN-10 a DSM-V a konkrétně popisuje jednotlivá onemocnění. Třetí kapitola poukazuje na problematiku panické poruchy, definuje ji a nabízí stručný přehled příznaků, příčin a spouštěčů, popisuje diagnostické metody a formy léčby. Poslední kapitola je zaměřena na propojení speciální pedagogiky a duševního onemocnění. Druhá část bakalářské práce se zabývá samotným výzkumem. Vymezuje hlavní a dílčí cíle výzkumného šetření a formulaci vstupních domněnek, blíže popisuje využití výzkumné metody a výzkumných oblastí, charakterizuje vybraný vzorek výzkumného šetření a metodu zpracování dat výzkumného šetření. Závěrečná část popisuje průběh výzkumného šetření a uvádí výsledky šetření společně s diskusí.</p>

Klíčová slova:	Stres, úzkost, neurotické a stresové poruchy, panická porucha, panické ataky, farmakoterapie, psychoterapie, speciální pedagogika, klasifikační systémy
Anotace v angličtině:	The theoretical part of the bachelor thesis is divided into four chapters. The first chapter defines general knowledge about neurotic and stress disorders, it defines anxiety and stress, characterizes the most common stressors and methods of coping with stressful situations. The second chapter deals with the issue of diagnostics of neurotic and stress disorders in terms of the ICD-10 and DSM-V and describes individual diseases specifically. The third chapter highlights the issue of panic disorder, it offers a brief overview of their symptoms, causes and starters, it describes diagnostic methods. The last chapter is focused on the interconnection between the special education and mental illness. The second part of this thesis deals with the research itself. It sets the main and secondary goals of the research, formulates preliminary assumptions, it also explains the use of research methods and research circles, and it characterizes a selected sample of the research and a method of data processing of the research. The last part describes the process of the research; it further presents its results and initiates a final discussion.
Klíčová slova v angličtině:	Stress, anxiety, neurotic and stress disorder, panic disorder, panic attacks, pharmacotherapy, psychotherapy, special adult education, statistical classification systems
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Schéma rozhovoru s respondenty trpícími panickou poruchou Příloha č. 2 – Přepisy rozhovorů s respondenty
Rozsah práce:	57 stran, 32 stran příloh
Jazyk práce:	Český jazyk