

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**ZPŮSOBY ZVLÁDÁNÍ PANICKÝCH ATAK V AKUTNÍ
FÁZI ONEMOCNĚNÍ A UDRŽOVÁNÍ STAVU REMISE**



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Martina Stávková**
Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

Olomouc
2021

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem pedagogům Katedry psychologie v Olomouci za předané vědomosti a vstřícný přístup při řešení studijních záležitostí, vedoucímu katedry PhDr. Martinovi Dolejšovi, Ph.D., vedoucímu práce Mgr. Martinovi Kupkovi, Ph.D. za podporu po náročném období v mém životě při dokončení bakalářské práce. Velmi si tohoto přístupu cením. Mgr. Martinovi Kupkovi, Ph.D. a Mgr. Zuzaně Sedláčkové Vaculčíkové, Ph.D., která vedla mou práci v začátcích, za cenné rady, postřehy, připomínky, které byly důležitým vodítkem a inspirací při psaní mé práce. Chci poděkovat i své rodině, přátelům, ostatním bytostem, které mě při studiu podporovali, zejména mé babičce Vandě Chytilové, která je mým vzorem svou vytrvalostí a nezdolností. Děkuji všem ostatním, které jsem v životě potkala a mohla se stát tím, kým jsem dnes a i těm, které potkám v budoucnu.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Způsoby zvládnutí panických atak v akutní fázi onemocnění a udržování stavu remise“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 7.4.2021

Podpis

*„MYSL JE TO, CO ČLOVĚKA ČINÍ OTROKEM; A ZNOVU TA STEJNÁ MYSL JE TO,
CO HO OSVOBOZUJE.“ Swámí Šivananda*

*„SÍLA NEPRAMENÍ Z TĚLESNÉ ZDATNOSTI. VYPLÝVÁ Z NEZKROTNÉ VŮLE.“
Mahátma Gándhí*

Obsah	
ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
ÚZKOSTNÉ PORUCHY.....	12
Terminologie.....	13
1) Hlavní znaky úzkostných poruch.....	14
1.1 Tělesné příznaky.....	14
1.2 Duševní příznaky.....	15
2) Příčiny a vznik úzkostí.....	16
2.1 Biologický základ.....	16
2.2 Stres.....	16
2.3 Genetika.....	16
2.4 Učení podmiňováním.....	16
2.5 Chemie mozku.....	17
2.6 Jiné.....	17
3) Teorie vzniku úzkostných poruch.....	17
4) Diagnostika, dělení, diferenciální diagnostika a komorbidita úzkostných poruch.....	18
5) Léčba neuróz.....	18
5.1 Psychoterapie neuróz.....	18
5.2 Farmakoterapie.....	19
5.2.1 Antidepresiva.....	19
5.2.2 Anxiolytika.....	19
5.2.3 Jiné léky.....	19
5.3 Další způsoby léčby neuróz.....	19
5.3.1 Psychoedukace.....	20
5.3.1 Dechová cvičení.....	20
5.3.3 Práce s myšlenkami.....	20
5.3.4 Tělesné aktivity.....	20
5.3.5 Práce s emocemi.....	20
5.4 Výzkum účinnosti léčby neuróz.....	21
6) Epidemiologie.....	21
PANICKÉ ATAKY A PANICKÁ PORUCHA.....	22
1) Hlavní znaky a projevy panických atak.....	23

1.1 Tělesné příznaky.....	23
1.2 Duševní příznaky.....	24
1.3 Myšlenkové pochody.....	24
2) Příčiny vzniku panických atak a panické poruchy.....	24
2.1 Genetické aspekty.....	25
2.2 Osobnost.....	25
2.3 Neurotransmitery.....	25
2.4 Sociální prostředí.....	26
2.5 Stres a životní události.....	26
2.6 Kognitivní schémata.....	26
3) Teorie vzniku panické poruchy a panických atak.....	27
3.1 Genetika a biologie.....	27
3.2 Teorie učení (behaviorální pohled).....	27
3.3 Teorie hráze.....	27
3.4 Psychoanalytická teorie.....	28
3.5 Hlubinná (psychodynamická) psychologie.....	28
3.6 Interpersonální pohled.....	28
3.7 Hyperventilační teorie.....	28
3.8 Kognitivní pohled a kognitivně behaviorální teorie.....	29
3.9 Jiné pohledy.....	29
3.9.1 Pohled vycházející z buddhismu.....	29
4) Diagnostika, diferenciální diagnostika a komorbidita u panické poruchy a panických atak.....	30
5) léčba panických atak.....	32
5.1 Farmakologická léčba.....	32
5.1.1 Antidepressiva.....	33
5.1.1.1 Třetí generace antidepresiv.....	33
5.1.1.2 Čtvrtá generace antidepresiv.....	33
5.1.2 Anxiolytika.....	33
5.1.3 Antipsychotika.....	33
5.1.4 Kombinace psychofarmak.....	33
5.1.5 Ostatní léky.....	34
5.2 Psychoterapie.....	34
5.2.1 Kognitivní terapie.....	34

5.2.2 <i>Behaviorální terapie</i>	34
5.2.3 <i>Kognitivně-behaviorální terapie</i>	35
5.2.4 <i>Psychodynamická terapie</i>	35
5.3 Ostatní metody aneb, co ještě může pomoci	36
5.3.1 <i>Tělesná aktivita</i>	36
5.3.2 <i>Správný postoj</i>	36
5.3.3 <i>Edukace</i>	36
5.3.4 <i>Dechová cvičení</i>	37
5.3.5 <i>Nácviky a vystavení obávaným situacím</i>	37
5.3.6 <i>Ostatní techniky</i>	36
6) Výzkum účinnosti léčby	38
7) Epidemiologie a prevalence	38
8) Panické ataky a kvalita života	39
DISKUSE K TEORII	40
ZÁVĚR K TEORII	40
EMPRICKÁ ČÁST	41
1) Výzkumný problém, cíle výzkumu, výzkumné otázky	41
1.1 Cíle výzkumu	41
1.2 Výzkumné otázky	42
2) Výzkumná strategie a technika sběru dat	43
2.1 Metody a kritéria výběru výzkumného souboru	43
2.2 Kritéria výběru respondentek	43
2.3 Charakteristika výzkumného souboru	44
3) Metody získávání dat	45
3.1 Polostrukturovaný rozhovor	45
3.2 Interpretativní fenomenologická analýza	46
4) Etické aspekty a rizika výzkumného šetření	47
5) Proces analýzy dat	48
5.1 Analýza rozhovorů	48
5.1.1 <i>Milada</i>	50
5.1.2 <i>Klára</i>	53
5.1.3 <i>Marie</i>	55
5.1.4 <i>Cecílie</i>	58

6) Společná analýza dat	61
6.1 Analýza získaných dat	61
6.1.1 Seznam témat	61
6.1.2 Okruhy a kategorie (témata)	62
6.1.3 Kategorie (témata) a kódované pojmy	63
6.2 Odpovědi na výzkumné otázky	69
DISKUSE	71
ZÁVĚRY	79
SOUHRN	81
SEZNAM LITERATURY	83
SEZNAM PŘÍLOH	86

ÚVOD

Občas si kladu otázku, jak bych přistupovala k záchvatům velkého strachu u klientů v praxi, kdybych je sama neprožila. Zažila jsem paniku na vlastní kůži. To byl pro mě podnět, podívat se na téma extrémní úzkosti důkladněji. V akutní panické atace se svět zmenší do malé kuličky plné úzkosti a hrůzy. Často mou hlavní myšlenkou bylo „ pryč, hlavně pryč“ z míst, kde se nacházelo mnoho lidí. Někam do klidu, do bezpečí. Hlavně ať už „to“ přestane. Jenže pak následoval strach z další ataky. Život přestával mít smysl. Jak z toho ven? Nebylo by lepší nebýt? A přeci se dá najít cesta, jak s ní žít, i když se to na začátku onemocnění může zdát nereálné.

Za normálních okolností je přiměřená míra úzkosti pro život nezbytná. Při krizových situacích (zejména v případě, kdy nám hrozí nebezpečí) nám umožňuje akutní stresová reakce situaci lépe zvládnout, případně přežít. Srdce buší rychleji, zrychluje se krevní oběh, zásobení svalů kyslíkem, což je příprava na případný útěk (Plháková, 2003). Člověk je díky vyplavenému adrenalinu citlivější na světlo, pachy. Po skončení nebezpečí tyto pocity a prožitky mizí. U některých lidí se poplachová reakce spouští i mimo stavy ohrožení. Její příchod nelze předvídat, nesouvisí s konkrétní situací.

Silné úzkosti a panické ataky můžou změnit celý život, narušit pracovní i partnerské vztahy, sebevědomí, pojetí sebe sama. Díky svým fyzickým projevům si lidé často myslí, že se jedná o nějakou tělesnou nemoc a hledají pomoc u somatického lékaře. Výsledky vyšetření jsou negativní, přesto dotyčné trápí nepříjemné tělesné prožitky. Přichází pochybnosti. Mýlí se lékař? Co když něco podstatného opomněl? A zase přichází úzkost. Člověk se ocitá v kruhu úzkostných myšlenek.

V mém případě jsem měla štěstí. Lékař na pohotovosti mi doporučil psychiatra. V té době jsem už tušila, že se může jednat o psychickou záležitost. Nicméně jsem ze strany lékařů zažila i negativní reakce jako : „Co tu ta holka chce, dyť jí nic není!“. Mé pocity zoufalství a vlastní neschopnosti se těmito slovy ještě prohloubily. Naštěstí se našel onen doktor, který mi vše vysvětlil a nabídl pomocnou ruku. Odkázal mě na psychologa a psychiatra, díky nimž dnes žiji relativně normální život. Velkým rizikem je totiž chronifikace úzkostí, když úzkost trvá dlouho a neléčí se. Patří sem např. vytváření patologických myšlenkových pochodů (katastrofické interpretace relativně běžných jevů, např. bušení srdce=infarkt), vyhýbavé

chování (na místa, kde se paniky spustily). Včasná léčba dokáže mnohé symptomy zmírnit či odstranit.

Cesta k uzdravení či stabilizovanému stavu bývá často zdlouhavá, vyžaduje trpělivost od pacienta i blízkého okolí. Pro okolí bývá těžké pochopit, co se v jejich příbuzném odehrává a vstřebat tuto skutečnost. Nemocná duše není vidět jako zlomená ruka. Metod, jak silné návaly úzkostí zvládnout, existuje více (psychoterapie, farmakoterapie, dechové techniky, relaxační cvičení). Většinou se doporučuje kombinace farmakoterapie a psychoterapie, nejčastěji kognitivně-behaviorální terapie. Účinnost tohoto spojení potvrzují i výzkumy (Kosová, 2011).

Co však zabírá samotným pacientům v běžném životě, když přijde panická ataka? Jaké chování či metody jim umožňují se panikám úplně vyhnout? Sama jsem vyzkoušela několik technik. Každý jsme jedinečný a na každého může fungovat něco jiného? Nebo existuje metoda, která je společná pro všechny či většinu lidí s diagnózou panická porucha? Na tyto otázky se budu snažit odpovědět ve své bakalářské práci.

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Panika a panické ataky řadíme mezi úzkostné poruchy, které řadíme mezi neurotické poruchy, dříve neurózy (Höschl, Libinger, & Švestka, 2002). Tento termín však nadále zůstává v užívání, jak mezi odborníky, tak zejména širokou veřejností. Stanislav Kratochvíl (2000) ve své knize píše, že diagnózu neurotického onemocnění dostane člověk od lékaře tehdy, když jedince obtěžují tělesné či duševní potíže, které nemají prokazatelně organický podklad. Jedinec si své potíže uvědomuje. Má náhled na své chování. Jeho vnímání skutečnosti není narušeno.

Definice úzkosti jiného psychologa, Heinz-Peter Röhra (2012, 154) zní: *„Strach či úzkost je elementární emoce. Máme ji k tomu, abychom rozpoznávali nebezpečné situace. Jejím úkolem je tedy udržet nás při životě. O úzkostném onemocnění mluvíme u člověka, jemuž se úzkostné emoce nevladatelně vymykají z rukou. Často se takový člověk snaží příliš dlouho své emoce skrývat, čímž nastává nebezpečí chronifikace“*.

Poněšický (2011, 14-15) považuje *„neurózy a psychosomatické nemoci za reakce, odpovědi či pokusy o řešení nezvládnutého stresu, problému či konfliktu, který ohrožuje psychickou homeostázi“*.

Nějakou formu úzkosti zažije čas od času každý. Jde o nezbytnou reakci těla i psychiky, kdy se organismus chystá na zátěž či nebezpečí, včetně toho smrtelného. Připravuje se tak, že uvolňuje do krve adrenalin a díky tomu vznikají pocity úzkosti. Tím se zlepšuje tělesná i duševní výkonnost. Například se člověku zbystří smysly, lépe slyší a lépe cítí, což mu může v některých případech zachránit život. Při překročení určité hranice se výkonnost naopak zhoršuje. K poklesu výkonnosti může docházet při dlouhodobé zátěži, kdy se stresová reakce spouští zdánlivě bez příčiny a pokud se spouští příliš často a nepřiměřeně v určitých situacích (Praško, 2005).

Při stresové reakci se tělo aktivuje na stav „bojuj nebo uteč“. Adrenalin v krvi zvýší zásobení svalů krví, napětí ve svalech, zrychlí se dýchání, činnost srdce, člověk se více potí, aby se tělo ochladilo. Současně díky odvedení krve z pokožky může dotýčný / dotyčná pocítit mravenčení.

Dlouhodobé zvýšené napětí svalů vede k bolesti. Zrychlené dýchání může přerůst v hyperventilaci, rychle a silně bijící srdce může vyvolat obavy z infarktu. Výkon člověka, kterého tato stresová reakce znepokojuje, se pak spíše zhorší než naopak (Kennerleyová, 1998). Dochází také k psychickým změnám. Zvyšuje se bdělost, soustředěnost, což je dobré pro rychlé rozhodování. „*Psychická reakce na stres může být i kontraproduktivní, když se z bdělosti stane přecitlivělost vedoucí k chronickým obavám – ty totiž zhoršují paměť a soustředění*“ (Kennerleyová, 1998, 21).

Úzkost bezesporu ovlivňuje celou řadu duševních i tělesných procesů. Vnímání, myšlení, soustředění, spánek, chuť k jídlu, sexuální funkce. Když nám úzkost vstoupí do života může narušit celou řadu schopností, vztahy, práci, podstatně ovlivnit náš život.

Úzkostné poruchy jsou v současnosti celospolečensky závažným problémem. „*Ukázalo se, že úzkostné poruchy patří nejen mezi nejčastější psychické poruchy, ale i mezi poruchy, které výrazně hendikepují, významně zhoršují kvalitu života, vedou ke snížení pracovní schopnosti a nepříznivě zasahují partnerské vztahy i rodinné prostředí. Úzkostné poruchy jsou také velmi drahé. Odhadem až jedna třetina přímých prostředků na psychiatrickou péči je spotřebována na léčbu úzkostných poruch*“ (Praško, 2005, 11).

TERMINOLOGIE

Typické pro úzkostné poruchy jsou silné záchvaty úzkosti a strachy – fobie. Často se setkáváme i s pojmy jako anticipační úzkost, remise, relaps, panika, akutní stav. Pro přesnější představu jsou tyto termíny definovány níže.

Úzkost (anxieta)

Je subjektivně nepříjemný stav. Jeho příčinu nelze jednoznačně určit. Jedná se o pocit, jako by se něco strašného mělo stát, ale dotyčný si jasně neuvědomuje, co by to mělo být. Většinu času je ve stavu připravenosti na domnělé nebezpečí (Höschl et al., 2002). Jestliže se úzkost rozvíjí nečekaně, bývá označována jako spontánní úzkost, při extrémní síle spontánní panika (Smolík, 1996).

Fobie

Strach lze spojit s nepříjemnými emocemi a reakcemi těla na konkrétní objekt (pavouk, myš) (Höschl et al., 2002).

Intenzita úzkosti (i fobie)

Úzkost může být mírná nebo velmi silná se stavy hrůzy a paniky, může plynout nebo se objevovat v záchvatech.

Anticipační úzkost

Anticipační úzkost je úzkost vznikající před vystavením se obávané situaci. Říká se jí také úzkost z očekávání, kdy si předem pacienti tvoří katastrofické scénáře, jak situace dopadne. Často se pak obávanému místu, objektu vyhýbají a jejich schopnost zvládnout danou situaci klesá (Praško, Vyskočilová, Adamcová & Prašková, 2008).

Panika – panická ataka

Jedná se o masivní, extrémní záchvat silné úzkosti bez zjevné příčiny, která bývá doprovázena subjektivně velmi nepříjemnými tělesnými reakcemi (bušení srdce, svalová, ztuhlost, pocení...) a má vliv na následné chování (Praško et al., 2008).

Akutní fáze onemocnění

Období, kdy nemoc dosahuje svého vrcholu a je plně rozvinutá (Janíček, 2008).

Remise

Bezpríznakové období, tedy období, kdy jedinec netrpí příznaky nemoci a žije více méně normální život. Nejedná se tedy o zmizení nemoci, ale jejích příznaků (Janíček, 2008).

Relaps

Návrat onemocnění, kdy se příznaky opět objeví a nemoc propukne nanovo (Janíček, 2008).

1) Hlavní znaky úzkostných poruch

Společným znakem těchto chorob jsou tělesné příznaky, různé kvantitativně a kvalitativně. Ján Praško zastává názor o propojenosti tělesných a duševních procesů. „*Oddělování těla a duše je umělým výtvořem. Emoční prožitky jsou zpětně ovlivněny vnímáním tělesných procesů a samy vedou opět k tělesným reakcím*“ (2005, 10).

1.1 Tělesné-somatické příznaky

Mezi typické somatické příznaky, podle Praška (2005), patří napětí ve svalech, zkrácení dechu – hyperventilace, bolesti hlavy, zad a ve svalech, dále třes, cukání, roztřesenost, zvýšená unavitelnost, vegetativní hyperaktivita (zrychlená činnost základních životních funkcí), kam řadíme tachykardii (zrychlená srdeční činnost), pocení, červenání nebo blednutí, studená akra (okrajové části těla, např. prsty), časté močení, průjem nebo zácpa, meteorismus (nadýmání), sucho v ústech, tlaky v žaludku, regurgitace (návrat nestrávené potravy), nauzea (nevolnost), parestézie (abnormální vjemy jako brnění, mravenčení), knedlík v krku, víření v žaludku, píchání u srdce, sevření na hrudi, snížené libido, stavy na omdlení.

1.2 Duševní příznaky

Petr Smolík (1996) řadí mezi typické psychické příznaky (symptomy) pocit ohrožení, obtíže s koncentrací, nadměrnou bdělost, insomnii (nespavost), snížené libido (chuť na sex), pocit knedlíku v krku, chvění v ústech.

Helen Kennerleyová (1998) píše o vyhybavém chování vůči obávanému objektu či situaci. Např. zažije-li jedinec panickou ataku ve veřejné dopravě, může se stát, že ho pohltí obavy z dalšího záchvatu a přestane veřejnou dopravu cestovat nebo se začne vyhýbat místům s větší koncentrací lidí. Tomu chování se říká agorafobie (strach z otevřených, veřejných prostorů). Ve své knize taky mluví o bludném kruhu myšlenek udržujícím úzkost. Trýznivé myšlenky a tělesné příznaky bývají velmi nepříjemné, a proto vedou ke zvýšenému napětí. Zvýšené napětí zase zhoršuje tělesné příznaky a trýznivé myšlenky, vzniká tak bludný kruh myšlenek. Rozvíjí se úzkostná porucha. Úzkost trvá, i když není přítomen žádný podnět nebo je vůči podnětu – situaci neúměrně vysoká. Vzniká strach ze strachu, tzv. anticipační úzkost. Příznačné je i katastrofické, zveličené hodnocení příznaků úzkostných poruch, které souvisí se zvýšeným pozorováním sebe sama a zvýšenou citlivostí. Člověk si všímá každého záchvěvu v těle, které běžně člověk sotva postřehne, což zase vyvolává u úzkostných jedinců větší tenzi (napětí). Zmiňovaná autorka, Helen Kennerleyová (1998), poukazuje i na zkreslené uvažování (kognitivní omyly). Ve stresu se například objevuje černobílé myšlení se zaměřením na negativní aspekty zážitků. Pozitivní stránky situace jedinci s úzkostí unikají, nedokáže si je uvědomit. Patří sem i depersonalizace (člověk je odosobněný, jako by mimo sebe) a derealizace (okolní svět vnímá, jako by to byl film).

2) Příčiny a vznik úzkostí

Podle odborníků na duševní zdraví neexistuje jedna jasná příčina vzniku úzkostných poruch. Nejčastěji bývá zmiňována kombinace genetických faktorů a prostředí.

2.1 Biologický základ

Na základě velkého množství preklinických výzkumů byl vytvořen základ pro neuroanatomii fobií a úzkosti. Struktury mozku vytvářející „*neuronální okruh strachu nebo úzkosti*“ (Praško, 2005, 46) mají tyto charakteristiky: Aferentní vstupy kvůli posouzení bezpečnosti vnějších a vnitřních podnětů. Dále interakce (vzájemná spolupráce) neuronů (mozkových buněk) mezi jednotlivými částmi mozku, která musí být schopna využít dřívější zkušenost ke kognitivnímu (poznávacímu) zhodnocení podnětu. Tato vzájemná spolupráce má velký význam pro připojení emotivní reakce k tomuto podnětu a ke zpuštění odpovídajícího chování, které slouží k adaptaci na daný podnět. Do třetice „*eferentní projekce z mozkových struktur musí být schopna zprostředkovat individuální neuroendokrinní, autonomní a svalověmotorickou reakci na ohrožení*“ (Praško, 2005, 46).

2.2 Stres

„*Pojmem stres v nejširším významu míníme veškeré tělesné a duševní zátěže (stresory) a zároveň i reakci na tyto zátěže*“ (Morschitzky & Sator, 2014, 20). Stres souvisí zejména s tím, jak ho (stresovou situaci) dotyčný zhodnotí. Zda je tato situace pro něj zátěžová – stresující. Při pocitu bezmoci a nedostatečné kontrole se jakýkoliv stres zhoršuje. „*Úzkostné a panické poruchy jsou často následkem silně stresující a déle trvající situace, kterou prožíváme jako nezvládnutelnou, případně už nezvladatelnou*“ (Morschitzky & Sator, 2014, 20).

2.3 Genetika

Podle Praška, Vyskočilové a Praškové (2008) má určitou roli i vrozená biologická zranitelnost. Generalizovaná úzkostná porucha se častěji vyskytuje u obou sourozenců u jednovaječných dvojčat než u dvouvaječných. Také u některých rodin se úzkostné poruchy vyskytují častěji. Mozek je pravděpodobně vrozeně více citlivý ke stresu. V kombinaci s určitým stylem výchovy, vzory a stresujícími situacemi zřejmě reaguje chronickou úzkostí.

2.4 Učení podmiňováním

Behavioristé zastávají tezi, že nežádoucí chování je výsledkem učení. V tradičním pojetí behaviorismu je vznik úzkostných poruch důsledkem maladaptivního učení, které má stejné zákonitosti, totožné s operantním a klasickým podmiňováním, jako učení vůbec. Novodobější behavioristé připouštějí i vliv genetiky (dědičnosti), evoluce (vývoje), poznávacích (kognitivních) a mezilidských faktorů (Praško, 2005).

2.5 Chemie mozku

Mnoho studií bylo věnováno neurotransmiterům (látkám přenášejícím informace v mozku) a neuropeptidům (molekuly bílkovin, umožňující komunikaci nervových buněk), které souvisí úzkostnými reakcemi a strachem. V této práci se jim bud zabývat jen okrajově.

Látkou, která se významně podílí na stresové reakci a úzkosti je noradrenalin. Při zvýšené zátěži se zvyšuje jeho koncentrace v tzv. oblastech nervového okruhu úzkosti (hypotalamu, amygdale, mozkové kůře apod.). Zvyšuje se i hladina dopaminu, který souvisí, mimo jiné, i s pohybem. U serotoninu si některá data podle Praška (2005) protirečí. Nicméně většina výzkumníků se přiklání k myšlence, že zvýšená serotonergní transmise (množství serotoninu v mozku) snižuje panické záchvaty (Praško, 2005).

2.6 Jiné

Mezi další významné příčiny bývají řazeny tělesné nemoci, rysy osobnosti, sociální prostředí, úrazy hlavy, těžké životní situace.

3) Teorie vzniku úzkostných poruch

V knize Jak zvládnout úzkostné stavy Helen Kennerleyová (1998) vysvětluje, že neexistuje žádná jednoduchá a jednoznačná teorie o tom, jak úzkostné poruchy vznikají. Zmiňuje koncept Sigmunda Freuda, který úzkost chápal jako „*projev konfliktů v nevědomí*“ (Kennerleyová, 1998, 20).

Dalším důvodem vzniku úzkostí může být učení, ať už klasické, nápodobou nebo operantní. Jak je napsáno v bodě 2.4 učení podmiňováním, u tradičního pojetí behaviorismu je vznik úzkostných poruch důsledkem maladaptivního učení. Má stejné zákonitosti, totožné s operantním a klasickým podmiňováním, jako učení vůbec. Novodobější behavioristé připouštějí i vliv genetiky (dědičnosti), evoluce (vývoj), poznávacích (kognitivních) a mezilidských faktorů (Praško, 2005).

4) Diagnostika, dělení, diferenciální diagnostika a komorbidita úzkostných poruch

Podle MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) dělíme úzkostné poruchy na fobické poruchy, pod které řadíme agorafobii (strach z otevřených prostor, míst, kde se koncentruje více lidí), sociální fobii (obavy se situací, kdy může být člověk pozorován a hodnocen ostatními) a specifické fobie (rozumem nevysvětlitelný strach ze zvířat, uzavřených prostor, strach z výšek a jiné). Další skupinou jsou Jiné úzkostné poruchy, kam patří panická porucha (záchvaty extrémní úzkosti-paniky), generalizovaná úzkostná porucha (neustále obavy o všechno a všechny kolem) a smíšená úzkostně-depresivní porucha (vyznačuje se příznaky deprese i úzkosti) (Höschl et al., 2002).

V rámci diferenciální diagnostiky bývají u úzkostných poruch nejčastěji zmiňovány jiné druhy anxiózních (úzkostných) poruch, obsedantně-kompulzivní poruchy, depresivní epizody, porucha s bludy, některé počáteční formy schizofrenie, poruchy osobnosti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

Praško (2005) upozorňuje na možnost organické nemoci (např. mozkové příhody, Parkinsonova choroba, epilepsie). Zejména v počátečních stádiích řady nemocí se můžou objevit úzkostné stavy a s úzkostmi se setkáváme rovněž u závislostí.

Komorbidita (výskyt poruch současně) úzkostných poruch a depresí je poměrně vysoká. Klient může mít diagnostikováno vícero úzkostných poruch dohromady (např. panická porucha se v mnoha případech vyskytuje s agorafobií). K úzkostem se často přidružují závislosti, poruchy osobnosti (Praško, 2005).

5) Léčba neuróz

V terapii neuróz bývají nejčastěji indikována (předepisována) antidepresiva, anxiolytika, antipsychotika a psychoterapie.

5.1 Psychoterapie neuróz

Röhr (2012) uvádí, že se úzkost s vysokou pravděpodobností dá vyléčit nebo zmírnit. Vyhybavé chování znamená posilování strach. Mnoho lidí s úzkostmi zůstává bez terapie. Postižení se snaží vše zvládat vlastními silami, častým důvodem, proč nevyhledávají pomoc, je stud.

Za nejúčinnější terapii bývá označována kognitivně-behaviorální terapie (KBT), která se zaměřuje na změny myšlenkových vzorců (například buší mi srdce, zemřu) a na nácvik změny chování v ohrožujících situacích (například v obchodě uteču z fronty, protože mi buší srdce, můžu omdlít a nechci, aby mě ostatní lidi viděli). Jedinec bývá v terapii postupně vystavován obávané situaci a učí se, jak ji vlastními silami zvládnout. Důležitá je i edukace (vysvětlení pacientovi, co se mu děje a proč).

U panické poruchy se používá i krátká psychodynamická psychoterapie. Terapeut se snaží, aby klient porozuměl dynamice vzniku panických atak a smyslu jejich fungování (Seifertová, Horáček, Praško, & Höschl, 2008).

5.2 Farmakoterapie

U farmakoterapie se jedná o biologickou léčbu. Používají se léky z různých lékových skupin. Lékem první volby jsou antidepresiva 3. generace (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

5.2.1 Antidepresiva

Antidepresiva jsou léky, jejichž základním účinkem je léčba smutné nálady. Běžně se používají k ovlivnění úzkostných stavů. Liší se tím jak a na jaké látky (neurotransmitery) působí. Účinnost různých skupin a generací antidepresiv (dělí se od nejstarších po nejnovějších, které mívají méně nežádoucích účinků) je podle Duška a Večeřové-Procházkové (2010) srovnatelný. Pohybuje se v rozmezí 50-75 %.

5.2.2 Anxiolytika

Anxiolytika jsou léky zmírňující úzkost různého původu. Používají se i při poruchách spánku, u abstinenčního syndromu atd. Na rozdíl od antidepresiv jsou návyková. Užívají se krátkodobě, v řádu týdnů, než nastoupí účinek antidepresiv u akutních stavů a silných úzkostí. Začínají působit v řádu desítek minut a přináší okamžitý účinek (Orel et al., 2016).

5.2.3 Jiné léky

Na silné úzkosti je možno předepsat i některé druhy antipsychotik. Tyto léková skupina je primárně určena k léčbě psychóz, kdy má člověk např. nereálné vjemy (slyší neexistující hlasy) (Orel, 2016).

5.3 Další způsoby léčby neuróz

Každý jsme jedinečný a každému z nás může pomoci při léčbě úzkostí jiná technika či metoda. K metodám, které podle psychologů a psychiatrů mohou zmírnit úzkostné stavy u pacientů, řadíme psychoedukaci, dechová cvičení, práci s myšlenkami, pohyb a práci s emocemi.

5.3.1 Psychoedukace

Psychoedukace je v podstatě vysvětlení, co se s pacientem děje a proč se mu to děje. Proč užívá léky, které mu lékař předepsal, seznámení s jejich možnými negativními účinky, kam se obrátit v případě krize.

5.3.2 Dechová cvičení

Pravidelný nácvik kontrolovaného dechu vede ke zmírnění úzkostí. Zaměřením pozornosti na dech dochází ke zklidnění jedince prožívajícího panickou ataku. Například Zuzana Klingrová (2020) popisuje ve své knize způsoby práce s dechem pomocí jógových technik.

5.3.3 Práce s myšlenkami

Součástí úzkostných poruch jsou i myšlenkové vzorce, které úzkosti udržují. Jako příklad uvedu situaci, kdy jde člověk do obchodu, čeká ve frontě. Najednou mu začne bušit srdce, nemůže dýchat, potí se, pociťuje hrůzu a z fronty uteče. V hlavě si vytvoří závěr, že tento zážitek vyvolalo čekání ve frontě a začne se frontám vyhýbat, aby předešel/la dalšímu záchvatu. Většinou se okruh míst, situací a objektů rozšíří, což přináší mnohá omezení. Proto je potřeba s těmito schémata pracovat a pacienta postupně zbavovat strachu z obávaných situací, míst a objektů.

5.3.4 Tělesné aktivity

Obecně se ví, že při sporu se uvolňují např. endorfiny, které způsobují dobrou náladu. Říká se jim také „hormony štěstí“. Tělesná aktivita umožňuje pacientům koncentrovat se na jiné myšlenkové pochody, než jsou ty úzkostné.

5.3.5 Práce s emocemi

Emoční inteligence rozhoduje o štěstí jedince v daleko větší míře než IQ. Správnému ovládnutí emocí se dá naučit. Předpokladem je schopnost vnímat své vlastní emoce. Když bezpečně rozeznáváme své emoce, můžeme je konstruktivně používat ve vztazích s druhými lidmi.

5.4 Výzkum účinnosti léčby neuróz

Kosová (2010) ve svém článku shrnujícím výsledky několika studií, které zkoumaly účinnost postupů při léčbě úzkostných poruch došla k závěru, že neúčinnějším způsobem léčby u úzkostných poruch je kombinace kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a farmakoterapie podpořená pohybovou aktivitou. Kombinace kognitivně-behaviorální terapie a farmakoterapie se jeví jako neúčinnější v akutní fázi onemocnění a při udržovací léčbě.

6) Epidemiologie

Praško (2005) řadí úzkostné poruchy mezi nejméně frekventované duševní choroby. Odkazuje na epidemiologickou studii ze Spojených států amerických. Úzkostné poruchy zaujaly druhé místo (24,9 %). První místo patří závislostním poruchám na návykových látkách (26,6 %), třetí místo afektivním poruchám (19,3 %). Poněšický píše, že neurotické a psychosomatické nemoci tvoří přibližně třetinu klientů u praktických lékařů (2011). „*Studie prevalence ukazují, že 3-6 % z populace trpí agorafobií s panickými záchvaty a 2-4 % agorafobií bez panických záchvatů*“ (Praško et al., 2008, 19). Úzkostné poruchy jsou poměrně častá a obtížná onemocnění s celoživotní prevalencí kolem 30 % (Kosová, 2011).

PANICKÉ ATAKY A PANICKÁ PORUCHA

Panická porucha (F41.0) neboli epizodická záchvatovitá úzkost je popisována jako opakované, velmi silné až nezvladatelné záchvaty úzkosti (paniky). Na rozdíl od fobie není vázána na žádný specifický objekt, situaci. Vzniká náhle, často jakoby bez příčiny. „*Asi tři procenta obyvatelstva trpí návaly paniky nebo panickými atakami, které přicházejí nečekaně, zčistajasna. Panika je epizoda silné úzkosti, která je nekontrolovatelná a spojená se strachem ze smrti. Způsobuje tělesné symptomy, které úzkost dále posilují*“ (Röhr, 2012, 154). Ve chvíli, kdy se objeví poprvé, si panické záchvaty neumí správně vysvětlit až 90 % postižených (Práško et al., 2008)

Pro lidi s panickou poruchou a panickými atakami jsou charakteristické katastrofické interpretace tělesných projevů, doprovázené silnými pocity úzkosti a přesvědčením, že jejich život je ohrožený. Mezi tělesné projevy patří silné bušení srdce, pocení, třes, zrychlený dech, návaly horka a chladu, mdloby, slabost, závratě, strach z infarktu, ze zešílení a jiné, což ještě umocňuje úzkost. Druhou záležitostí jsou ataky bez úzkostných potíží, ve kterých převládají vegetativní příznaky, hlavně kardiovaskulární (související s krevním oběhem), potíže s trávením a svalové třesy (Večeřová-Procházková, 2005).

Symptomy panického záchvatu jsou podobné tělesné reakci „bojuj nebo uteč“, kterou tělo reaguje na extrémní stres nebo nebezpečí. U panické poruchy se reakce „bojuj nebo uteč“ objevuje náhle, ve zdánlivě bezpečných situacích. Poplachová reakce se může objevit i ve spánku (Anderson & Miller, 2007). „*Pokud paniky nastávají často(jednou či vícekrát v období čtyř týdnů) a pokud se u nich objevují nejméně čtyři z uvedených příznaků, mluvíme o panické poruše. Sedmdesát pět procent lidí trpících panickou poruchou jsou ženy. Tato porucha se zpravidla objevuje mezi dvacátým a třicátým rokem života*“ uvádí ve své knize *Osvobození od strachu* Anderson a Miller (2007, 115). Panický záchvat trvá od několika minut po hodiny. Nejvyšší intenzity dosahuje jednu či dvě minuty od začátku. Pokud člověk zažije několik takových atak, může se dostat do bludného kruhu úzkosti.

Po opakovaných silných záchvatech paniky mnohdy následuje strach z dalšího záchvatu. Práško et al. (2008) udávají, že zhruba u 30 % lidí se rozvine plná porucha do týdne po prvním záchvatu paniky. Úzkostné stavy, myšlenky, obavy z něčeho nebezpečného (smrti, katastrofy) postupně naplní život postiženého.

S panikou úzce souvisí agorafobie (strach z otevřených, veřejných prostor), což je druh fobie, při níž si lidé spojují vznik panické ataky s určitým místem (vnější situací) a těmto místům mají tendenci se vyhýbat. Vzniká tak vyhýbavé chování. Mají dojem, že tím sníží riziko výskytu dalšího záchvatu. Vyhýbají se i prostorům, kde si myslí, že by panika mohla nastat. Nebezpečnými místy se stávají letadla, dopravní zácpy, tunely, kina, fronta v supermarketu a opuštěná místa, kde se těžko dovolají pomoci, jako je například les (Praško et al., 2008). Pro jedince s panickými atakami se mohou stát ohrožujícími také jakékoliv tělesně namáhavé činnosti vedoucí ke zrychlení srdeční činnosti, kterou si postižení dávají do souvislosti s rizikem srdečního kolapsu. Při vhodně nastavené léčbě se období záchvatů střídají s obdobími remisí.

1) Hlavní znaky a projevy panických atak

Hlavním znakem je přítomnost masivních záchvatů úzkostí-panických atak. Vznikají náhle, bez vazby na konkrétní situaci. Maxima dosahují rychle a během několika vteřin až minut. Během ataky se objevuje řada tělesných i duševních symptomů (příznaků). Typickým jevem je strach ze smrti, ze zešílení, ztráty kontroly a také vyhýbavé chování (Kamarádová, Látalová, & Praško, 2016) .

Lidé s panickou poruchou se často vyhýbají místem, kde si myslí, že by panické ataky mohly nastat. Někteří omezují svůj pobyt na místech s velkým výskytem ostatních lidí jako jsou nákupní centra, dopravní prostředky a podobně. Tomuto způsobu chování a myšlení se říká agorafobie, která je k panické poruše mnohdy přidružená jako následek myšlenkových pochodů vyplývajících z reakcí na panickou ataku.

1.1 Tělesné příznaky

Příznačné pro panické záchvaty jsou silné tělesné reakce, které si klient / klientka může mylně interpretovat jako tělesné onemocnění. Než se diagnostikuje samotná panická porucha, dotyčný / dotyčná často absolvuje spoustu vyšetření, většinou bez nálezu. Mezi nejčastěji zmiňovanými tělesnými projevy bývají uváděny palpitace, bušení srdce, zrychlený tep, pocení, chvění nebo třes, sucho v ústech, obtížné dýchání, pocity zalykání, pocity dušení, bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku, nauzea, břišní nevolnost, návaly horka nebo chladu, pocity znecitlivění nebo mravenčení (Kamarádová et al., 2016)

1.2 Duševní příznaky

Mezi duševními příznaky patří závratě, neklid, mdloby, točení hlavy, pocity nereálnosti objektů (derealizace), nebo že jedinec má dojem, že je mimo sebe (depersonalizace), strach ze ztráty kontroly, ztráty vědomí, strach ze smrti, zešílení (Kamarádová et al., 2016).

1.3 Myšlenkové pochody

U panických atak i panické poruchy se reakce na stres „boj nebo útěk“ (známý též jako poplachová reakce) objevuje bez vazby na racionální podnět ve zdánlivém bezpečí. Tato reakce je doprovázená řadou tělesných změn, psychických projevů jako je úzkost a strach (Plháková, 2003).

Mozek má tendenci hledat vysvětlení, proč poplachová (stresová) reakce nastala. Nejobvyklejším důsledkem tohoto prožitku je vyhýbání se situaci (případně objektu), kde se stresová reakce-panická ataka zpusila. Vzniká vyhýbavé chování. Nicméně úleva je dočasná a vyhýbavé chování se postupně může rozšířit na další situace. Výsledkem neustálého strachu je vytvoření bludného kruhu úzkosti, který i nadále zvyšuje míru stresu.

Dá se říct, že tělesné příznaky a nepříjemné myšlenky vedou k napětí. Toto napětí podněcuje tělesné příznaky a mučivé myšlenky, což udržuje bludný kruh úzkosti. Začíná se rozvíjet úzkostná porucha bez vazby na konkrétní podnět, kdy prožívaná úzkost je neúměrně vysoká s ohledem na vyvolávající příčinu (Kennerleyová, 1998).

Mezi myšlenkové pochody podporující úzkost řadíme i katastrofické hodnocení situací, zkreslené uvažování. Stav napětí umocňuje i zesílené pozorování, přecitlivělost a snížená sebedůvěra (Kennerleyová, 1998).

2) Příčiny vzniku panických atak a panické poruchy

Praško (2005) v knize *Úzkostné poruchy* říká, že původ panické poruchy není úplně znám. Existuje tedy více odlišných pohledů na příčiny panické poruchy a panických atak. K nim počítá hledisko biologické psychiatrie, psychosociální model, teorii učení a jiné. Mezi příčinami bývají zmiňovány dědičné dispozice, rysy osobnosti, stres, závažná životní událost a jiné.

2.1 Genetické aspekty

Epidemiologické studie v rámci genetiky ukazují vyšší počty lidí s panickou poruchou mezi příbuznými klientů s panickou poruchou. Praško (2005) dále uvádí, že se deset studií zjišťovalo prevalenci (poměr počtu všech existujících případů daného onemocnění k počtu obyvatel v dané lokalitě ve sledovaném časovém období) panické u poruchy u příbuzných prvního stupně. Z rodinných studií vyplynulo, že celkové relativní riziko je pro nejbližší příbuzné (příbuzné prvního stupně) v rozmezí 2,6 až 20krát vyšší než u pacientů s jinými psychickými poruchami.

Uvedené výsledky studií mohou souviset s mírnou genetickou transmisí (přepisem, převodem genetické informace na příbuzné), mohou však také souviset s „*negenetickými biologickými faktory, ale i kulturními a sociálně-psychologickými vlivy, které se dotýkají členů rodiny*“ (Praško, 2005, 128). Studie dvojčat a rodinné studie u panické poruchy dohromady poukazují na lehkou dědičnost kolem 30-40 %. Jeden z modelů uvádí 50 % genetických a 50 % vlivů prostředí (Crowe et al., 1997, in Praško, 2005).

2.2 Osobnost

Jedním z rysů, který velmi pravděpodobně s panikou souvisí, je závislostní rys. Klienti s panickou poruchou bývají často závislí na svých blízkých, které svým strachem ovlivňují. Tato skutečnost bývá spojována s dětstvím a s předčasným oddělením od rodičů, které bylo provázeno nepříjemnými pocity úzkosti. V těžších případech musí být někdo z blízkých u pacienta s panickou poruchou neustále přítomen (Kamarádová et al., 2016). Svou snahou nemocnému pomoci a ulehčit však můžou onu závislost posilovat. Praško et al. (2008) mluví o celoživotní tendenci dělat si starosti o záležitosti, které ostatní běžně neřeší. Tito lidé mají často potíže s asertivním jednáním a bojí se říct někomu ne, mají problém s přijetím kritiky.

2.3 Neurotransmitery

Předpokládá se, že se na vzniku panické poruchy a panických atak podílí některé systémy přenášející nervové vzruchy (neurotransmitterové systémy). Pokud je narušen přenos nervového vzruchu v systémech regulují úzkost, dojde snížení funkčnosti mozkových okruhů, které se podílejí na regulaci strachu a souvisí tak se vznikem panické poruchy. Není jisté, zda to nemůže být naopak. Tedy, že primárně snížená funkčnost mozkových okruhů neovlivňuje neurotransmitterový systém (Charney, 1984, in Kamarádová et al., 2016). Mezi

výše zmíněné neurotransmitterové systémy patří serotoninergní systém, noradrenergní systém, GABA a benzodiazepinový systém a cholecystokinin.

2.4 Sociální prostředí

Studie, podle Kamarádové et al. (2016), ukazují, že se panická porucha objevuje u více členů v rámci rodiny. Není ovšem jasné, zda je to vlivem genetiky a do jaké míry vlivem prostředí. Častými psychosociálními faktory může být ztráta důležité osoby v dětství, předčasné oddělení od matky, týrání, rozmazlování a v neposlední řadě výchova. Výchovné styly, které mohou vést k rozvoji panické poruchy, jsou perfekcionismus, přehnaná kritika, již zmíněné rozmazlování a přehnané opatrování, kdy rodiče prezentují svět dětem jako velmi nebezpečné místo. Je-li jeden nebo oba rodiče úzkostní, dítě se od nich učí nápodobou. Vidí, jak jednají v zátěžových situacích, jak řeší konflikty, stres, zklamání (Praško, Možný, & Šlepecký, 2007).

2.5 Stres a životní události

První panické záchvaty vznikají většinou jako důsledek dlouhodobé psychosociální zátěže (rozvod, úmrtí, náročné zaměstnání, potíže ve vztahu). Častěji se objeví po odeznění stresové situace, kdy jedinec prožívá relativně klidné období, v takzvané „fázi opadávajícího stresu“. Proto si mnozí lidé panické ataky nespojí s minulými prožitky a marně hledají příčinu (Morschitzky & Sigrid, 2014).

Poměrně často předchází rozvoji panických atak vážná životní událost, nejčastěji v mezilidských vztazích, což působí na psychiku a může vést k panickým záchvatům.

Mezi takové události řadíme například odchod nebo ztrátu partnera / partnerky, změnu životní role jako je porod, rodičovství, přechod do nového zaměstnání. Dále Kamarádová et al. (2016) zmiňuje i ztrátu důležité role jako odchod do důchodu a jiné.

2.6 Kognitivní schémata

Bludný kruh myšlenek je popsán v bodě 1.3 v kapitole o panické poruše. Ke kognitivním schématům patří i katastrofická interpretace situací. V rámci terapie je potřeba tyto myšlenky usměrňovat. Cílem je zmírnit či odstranit myšlenkové vzorce zvyšující a podílející se na vzniku úzkosti či paniky.

3) Teorie vzniku panické poruchy

Helen Kennerleyová (1998) tvrdí, že neexistuje žádná jednoduchá teorie o vzniku úzkostných poruch. Teorií je více, např. teorie vycházející z genetiky, učení či ovlivněné různými psychologickými směry.

3.1 Genetika a biologie

Studií související s genetickým původem panické poruchy existuje celkem málo, nicméně podporují závěr, že panická porucha má i genetický základ. Riziko onemocnění u příbuzných prvního stupně je mezi 15-18 %.

Jedinci s panickou poruchou mají i v ve stavu klidu zvýšenou hodnotu tělesných funkcí jako je například srdeční frekvence. Tento stav zřejmě zapříčiňuje vyšší aktivita mozku, konkrétně sympatiku, což způsobují úzkostné myšlenky. Sympaktická část nervové soustavy zvyšuje hybnost střev, srdeční frekvenci, ovlivňuje kožní vodivost a kardiovaskulární systém, podílí se na pocitech derealizace a depersonalizace (Kamarádová et al., 2016).

3.2 Teorie učení (behaviorální pohled)

Vznik panických atak lze objasnit pomocí teorie učení. I po prožití jedné panické ataky se lidé stávají citlivější ke svým pocitům. Běžné tělesné reakce, které dříve vůbec nemuseli zaznamenat, nyní vyhodnocují jako ohrožující. Tím se udržují v napětí a zvyšují pravděpodobnost vzniku panického záchvatu. Kamarádová et al. (2016) odkazují na interoreceptivní podmiňování. „*Interoreceptivní podmiňování je podmiňování, ve kterém jsou vnitřní tělesné pocity podmíněným stimulem*“ (Kamarádová et al., 2016, 99).

„*Vlastní pacientova tělesná reakce na úzkost se stává podmíněným stimulem pro panickou ataku. Vytváří se spojení mezi interoreceptivním stimulem a emoční odpovědí (falešný alarm). Tyto falešné alarmy (např. rozbušení srdce, tlak na hrudi apod.) spouštějí identickou tělesnou reakci jako reálné hrozby*“ (Kamarádová et al., 2016, 99)

3.3 Teorie hráze

Roger Baker (2013) mluví o teorii hráze. Podle jeho poznatků, se stres, který člověk mnohdy ani nezaznamená, postupně hromadí. Může se nahromadit do objemu, kdy odstartuje panický záchvat. Tuto situaci přirovnává k hrázi, která se postupně naplňuje. Přeplněná hráz

nevydrží ten tlak a protrhne se. Emoce, silné a nepříjemné, tryskají ven. Hráz je zničena, je potřeba ji obnovit. Člověk je otřesený, nicméně se z tohoto stavu může vzpamatovat.

3.4 Psychoanalytické teorie

Sigmund Freud věřil, že: „*neurotická úzkost souvisí s nevědomými intrapsychickými konflikty mezi nepřijatelnými impulzy a požadavky reality*“ (Praško, 2005, 24). Podle jeho teze dítě při porodu zažívá pocity dušení a úzkosti. Proto se Freud u panické poruchy zaměřil na prožitky dušení, které jsou pro ni typické (Kamarádová et al., 2016).

3.5 Hlubinná (psychodynamická) psychologie

Verena Kast (2012, 112-113) píše: „*v případě panické poruchy, srdeční fobie a fobii vůbec naopak zcela chybí internalizace řídicích osob, případně osob, které člověk vnímal jako řídicí, vůdčí. Proto je zcela vydán všanc své úzkosti*“ dále dodává, že: „*lidem s panickou poruchou poskytly vztahové osoby málo opory, jistoty a vedení, a proto tito lidé stále své „řídicí osoby“ hledají. Hledají průvodce a průvodkyně, hledají rádce. Nehledají autonomie*“.

Snaží se tak vysvětlit, proč jsou lidé s panickou poruchou často závislí na pomoci druhých lidí. Jako děti buď byli ochraňováni moc nebo byli až moc odkázáni sami na sebe.

3.6 Interpersonální pohled

Interpersonální teorie říká, že lidé trpící panickou poruchou jsou často závislí na svém okolí. Záchvaty paniky v mnoha případech přicházejí v době, kdy je člověk sám. Přítomnost blízkých osob pacienty uklidňuje, což může mít výrazný vliv i na život lidí v okolí jedince s diagnostikovanou panickou poruchou, protože mu musejí být neustále nablízku (Kamarádová et al, 2016).

3.7 Hyperventilační teorie (druh biologické teorie)

Dle této teorie probíhá u lidí s panickou poruchou dlouhodobá, nevědomovaná hyperventilace (zrychlené a prohloubené dýchání) a záchvaty u nich vznikají nečekaně. Dochází např. ke změnám koncentrace oxidu uhličitého v krvi, což je spojeno z řadou tělesných změn. Těch se pacienti s panickou poruchou obávají. To zvyšuje jejich úzkost a prohlubuje hyperventilaci. Ostatně stavy podobné panice se dají navodit zrychleným dýcháním (Kamarádová et al., 2016).

3.8 Kognitivní pohled a kognitivně behaviorální teorie

Kognitivní pohled vycházející podle Kamarádové et al. (2016) z Clarkovy teorie stojí na předpokladu, že člověk s panickou poruchou hodnotí běžné tělesné pocity jako život ohrožující. Kvůli katastrofickým myšlenkám se zvyšuje úzkost a může dojít ke spuštění stresové reakce „bojuj nebo uteč“, což vede k radě tělesných změn. Tyto změny pacient s panickou poruchou opět interpretuje jako extrémně nebezpečné. Vše může vyvrcholit panickou atakou. Jedná se tedy o myšlenkové schéma, se kterým je potřeba pracovat zejména v terapii a zmírnit tak katastrofické interpretace tělesných příznaků (Kamarádová et al., 2016).

Kognitivně behaviorální teorie spojuje prvky kognitivního a behaviorálního pohledu na panickou poruchu, které doplňuje zájmem o faktory udržující tuto poruchu. Panická porucha je výsledkem naučeného chování, zvýšené pozornosti zaměřené na tělesné pocity, kterých se pacient v souvislosti se záchvaty paniky obává a kterých si dříve většinou vůbec nevšiml. Tyto pocity považuje za přehnaně nebezpečné, což zvyšuje úzkost. Vyhybavé a zabezpečující chování pak celou situaci doplňuje a zhoršuje. Čím více se pacient obává o své zdraví, tím více se sleduje. Například svou pozornost zaměří na bušící srdce a začne se vyhýbat tělesné námaze. Tím snižuje svoji fyzickou kondici, takže se mu srdce rozbuší i při menší fyzické zátěži. A to vede k dalším obavám (Kamarádová et al., 2016).

3.9 Jiné pohledy

Mezi méně tradiční terapii panických atak lze považovat terapii, která je ovlivněna budhistickým učením.

3.9.1 Pohled vycházející z buddhismu

Jedna z předních ženských osobností amerického buddhismu, lama Tsultrim Allione, popisuje ve své knize 5 kroků, jak se vypořádat se svými démony, ať už si pod pojmem démon představujeme cokoli (strachy, obavy, deprese, zlost, závis, prostě něco, co nám brání žít svobodně a ovlivňuje naše vnímání světa i sebe samých). Vychází ze starobylé budhistické techniky Chöd. Ta pracuje s imaginací démona, vcítěním se do něj a nasycením jeho potřeb.

Tvrdí, že lidem používajícím tuto techniku se podařilo vyřešit či výrazně zlepšit opakující se fyzické a emoční potíže jako jsou deprese, úzkosti, chorobné přejídání a jiné, ale také pomohla praktikujícím jedincům s panickou poruchou (Allione, 2012).

4) Diagnostika, diferenciální diagnostika a komorbidita u panické poruchy a panických atak

A. Hlavním rysem jsou extrémní záchvaty úzkosti, vyskytují se opakovaně a bez vazby na nějakou konkrétní situaci. Mnohdy se záchvaty vyskytují spontánně (nelze je předvídat). Tyto ataky nesouvisí s velkou námahou, ani s nebezpečím či život ohrožujícími událostmi (Höschl et al., 2002).

„B. Panická ataka charakterizována všemi následujícími znaky:

- (1) je to samostatná ataka masivní úzkosti nebo neklidu,
- (2) začíná náhle,
- (3) dosahuje maxima v několika málo minutách a trvá alespoň několik minut,
- (4) musí být přítomny alespoň 4 z následujících příznaků, přičemž jeden příznak musí být z položek (a) až (d):

příznaky vegetativní aktívace

- (a) palpitace nebo bušení srdce, nebo zrychlený tep,
- (b) pocení,
- (c) chvění nebo třes,
- (d) sucho v ústech

příznaky týkající se hrudníku nebo břicha

- (e) obtížné dýchání,
- (f) pocity zalykání se, pocity dušení,
- (g) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku,
- (h) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše)

příznaky týkající se duševního stavu

- (i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy,
- (j) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace),
- (k) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí,
- (l) strach ze smrti,

celkové příznaky

(m) návaly horka nebo chladu,

(n) Pocity znecitlivění nebo mravenčení.

C. *Nejčastěji používaná vylučovací doložka. Panické ataky nejsou vyvolány tělesnou poruchou, organickou duševní poruchou ani jinými duševními poruchami, jako jsou např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo somatoformní poruchy“* (Höschl et al., 2002, 498).

Rozlišujeme středně těžkou panickou poruchu. Zde se vyskytují minimálně 4 panické ataky v průběhu 4 týdnů. U těžké panické poruchy se vyskytují 4 ataky za týden po dobu 4 týdnů (Höschl et al., 2002).

I u panických atak (panické poruchy) je potřeba vyloučit řadu jiných nemocí, případně myslet na to, jaká jiná nemoc má podobné projevy jako panická porucha, než stanovíme konečnou diagnózu. Odlišit bychom měli somatické příznaky, které vypadají podobně jako projevy úzkosti, ale jsou projevem nějakého tělesného onemocnění. Rozeznat bychom měli i organickou úzkostnou poruchu od úzkostné poruchy způsobené stresem a od delirantních stav.

Podobné příznaky jako panická porucha může mít intoxikace nebo syndrom z vysazení. S návaly paniky se můžeme setkat i u schizofrenie. Je potřeba odlišit panickou poruchu od jiných úzkostných poruch jako je generalizovaná úzkostná porucha, typická nadměrnými obavami ze všech možných aspektů života, od sociální fobie, kdy se postižený bojí soudů a hodnocení lidí kolem něj. V neposlední řadě také od poruchy nálady, kdy nemocnému zabraňuje vycházet ven deprese nikoli panická ataka. Některé podobné příznaky má i somatoformní porucha a hypochondrická porucha (Seifertová et al., 2008).

Úzkostné poruchy se často vyskytují společně s jinými poruchami a nemocemi. Panická porucha se nejčastěji doprovází agorafobie (50-70 %), dále sociální fobie (33 %), generalizovaná úzkostná porucha-GAD (15–30 %), obsedantně kompulzivní porucha-OCD (10 %), specifická fobie (2-20 %), posttraumatická stresová porucha (2-20 %) (Seifertová et al., 2008, APA, 2000). Přítomna bývá i dystymie. Je-li panická porucha spjata s depresí zvyšuje se riziko sebevraždy až o 50 %, nástup účinku léků je pomalejší, prognóza méně příznivá. Panická porucha se může rozvinout i s tělesným onemocněním nebo poruchou osobnosti. Znaky poruchy osobnosti splňuje 25-60 % pacientů/tek s panickou poruchou.

Vztah mezi poruchami osobnosti a panickou poruchou je nejasný, záleží na metodě stanovení diagnózy a přítomnosti deprese. Druhotně se můžou rozvinout závislosti, nejčastěji na alkoholu, drogách a benzodiazepinech (Seifertová et al., 2008). Je potřena zmínit i hypochondrickou poruchu.

I u panické poruchy je riziko sebevraždy, zejména v kombinaci s depresí. Přibližně 7 % lidí, kteří mají diagnostikovanou panickou poruchu spáchá sebevražedný pokus (u depresivní poruchy 7,5 %). Pokud je panická porucha diagnostikována společně s depresí, zvyšuje se riziko sebevraždy až na 20 % (Höschl et al., 2002, 489).

5) Léčba panických atak

Nejběžněji používanou léčbou je farmakoterapie a psychoterapie a jejich vzájemná kombinace. Doporučená bývají i různá dechová a relaxační cvičení. Jejich nácvik může být součástí terapie. Důležitá a často zmiňovaná je i tělesná aktivita.

5.1 Psychofarmakoterapie

Jedná se o terapii prostřednictvím léků. Nejvíce se používají antidepresiva a benzodiazepiny.

5.1.1 Antidepresiva

Antidepresiva jsou léky působící na neurotransmiterové systémy. Používají se zejména při léčení smutné nálady a úzkosti. Ovlivňují koncentraci neurotransmiterů (látek přenášejících nervové vzruchy – informace) v synaptické štěrbině a tím regulují (zmenšují) riziko vzniku panického záchvatu.

Začíná se menšími dávkami antidepresiv. Pacienti s panickou poruchou jsou velmi citliví na nežádoucí účinky díky zvýšené citlivosti vůči vlastním tělesným prožitkům a vjemům. Je nutné vědět, že léky mohou zpočátku příznaky paniky ještě zhoršit právě z výše popsaného důvodu (Höschl et al., 2002).

Existuje více druhů antidepresiv, která jsou na rozdíl od benzodiazepinů, nenávyková. Antidepresivy první volby jsou antidepresiva 3. generace, konkrétně ty s označením SSRI. Antidepresiva 3. generace mají méně nežádoucích účinků oproti svým předchůdcům a dobře

snášeny pacienti samotnými. Nástup účinku antidepresiv je cca 3-4 týdny (Orel et al., 2016). Kamarádová et al. (2016) uvádí u panické poruchy 6-8 týdnů.

5.1.1.1 Třetí generace antidepresiv

Antidepresiva třetí generace jsou látky, které zvyšují koncentraci serotoninu v mozku. Zabraňují jeho zpětnému vstřebávání do nervové buňky. Do této skupiny antidepresiv patří léky se zkratkami SSRI, SARI-ovlivňují hladinu serotoninu a NARI-působí na koncentraci noradrenalinu. Serotonin a noradrenalin jsou neurotransmitery, jejichž koncentrace v mozku má vliv na vznik a intenzitu úzkosti (Orel et al, 2016).

5.1.1.2 Čtvrtá generace antidepresiv

Jedná se o dualistická antidepresiva. Ta působí vždy na 2 mediátory (neurotransmitery, přenašeče) zároveň. Produkci a uvolňování noradrenalinu a serotoninu zvyšují léky se zkratkou SNRI, NDRI ovlivňují množství noradrenalinu a dopaminu (Orel et al., 2016).

5.1.2 Anxiolytika

Anxiolytika je označení pro léky na silné úzkosti v akutní fázi onemocnění. Jsou předepisovány k utlumení úzkosti, strachu, nicméně všechna působí tlumivě a ovlivňují tak i naši pozornost. Pacientům uleví téměř okamžitě, nástup účinku je v řádu minut. Právě proto je zde potřeba být velmi obezřetný. Jedná se o léky, u nichž hrozí riziko závislosti, proto je lékaři předepisují na krátkou dobu, než nastoupí účinek antidepresiv. Také je potřeba pacienta poučit a motivovat ke změně. Po rychlé úlevě se může motivace, s úzkostmi dál pracovat, snížit. Zejména při delším užívání je potřeba léky vysazovat postupně. Dělíme je na benzodiazepinová (alprazolam, diazepam, klonazepam, bromazepam a jiné) a nebenzodiazepinová anxiolytika (guafenezin, hydroxizin, buspiron) (Orel et al., 2016).

5.1.3 Antipsychotika

Jsou léky primárně určené k potlačení psychotických příznaků. Léčí se jimi poruchy vnímání, myšlení a emocí u schizofrenie, také hluboké deprese a mánie. V některých případech se používají k léčbě obsedantně kompulzivní a posttraumatické poruchy. Studií souvisejících s léčbou panické poruchy je podle Kamarádové et al. (2016) málo.

5.1.4 Kombinace psychofarmak

Nejpoužívanější kombinací jsou anxiolytika společně s antidepresivy. Anxiolytika slouží k potlačení akutní úzkosti a po 3-6 týdnech, kdy začnou působit antidepresiva, se vysazují (Kamarádová et al., 2016).

5.1.5 Ostatní léky

Z jiných léků byly na příznaky panické poruchy zkoušeny např. beta-blokátory, studie však jejich účinnost neprokázaly (Höschl et al., 2002). Kamarádová et al. (2016) zmiňují, že lze použít i léky z jiných lékových skupin než antidepresiva a anxiolytika, např. antikonzulziva, gabapentin, propranol. Výsledky kontrolovaných studií jsou však nejednoznačné.

5.2 Psychoterapie

Jinak také léčba psychických potíží psychologickými prostředky. Výzkumy se zabývají především účinností kognitivně behaviorální terapie – KBT. Při léčbě panických atak se KBT jeví jako velmi přínosná, zejména svou prací s myšlenkovými programy a s vyhýbavým chováním. V menší míře se v literatuře objevuje i psychodynamická terapie, ostatní druhy terapie jen sporadicky. Téměř k nim neexistují výzkumy zaměřené na jejich efektivitu při léčbě panické poruchy (např. u humanistických, psychodynamických, prožitkových terapií (Seifertová et al, 2008).

5.2.1 Kognitivní terapie

Kognitivní terapie vychází z předpokladu, že emoce jsou formovány našim očekáváním a hodnocením situací v našem životě. Dle Clarkovy teorie zapříčiňuje panickou poruchu sklon interpretovat normální tělesné pocity jako životu nebezpečné.

Kamarádová et al. (2016) odkazuje i na myšlenky Alberta Bandury. Bandura propojil vznik panické poruchy se pojemem self-efficacy (jak moc věříme v sebe, ve své vlastní schopnosti). Self-efficacy má vliv na náš způsob vypořádání se stresovými událostmi. Jeho teze souvisí s myšlenkou, zda věříme, že můžeme svůj osud aktivně ovlivnit. Máme buď vnitřní místo kontroly nad životem, sami v sobě nebo je náš osud řízen vnějšími okolnostmi (máme vnější místo kontroly). Bandura považuje za spouštěče panických atak zevní místo kontroly, spolu s nízkou self-efficacy.

5.2.2 Behaviorální terapie

Její základem je hlavně nácvik vystavování se obávané situaci, objektu. Behavioristé říkají, že úzkost je naučená reakce. Vzniká buď na základě klasického podmiňování (druh

učení, kdy dochází ke vzniku spojů-asociací mezi podněty) nebo napodobováním chování rodičů (Kamarádová et al., 2016).

5.2.3 KBT – Kognitivně-behaviorální terapie

Kamarádová et al. (2016) uvádí, že věrohodná data z kontrolovaných studií o účincích psychoterapie na panickou poruch jsou v současnosti právě u KBT. „ *Výsledky výzkumů ukazují, že KBT je účinná u deprese, úzkostných poruch včetně panické poruchy a, u obsedantně – kompulzivní poruchy, posttraumatické stresové poruchy, u fobií všeho druhu...* “ (Pešek, Praško, & Štípek, 2013, 36).

„Účinnost KBT potvrzují i výsledky některých neurobiologických studií, které ukazují, že tento typ terapií vede k trvalým prospěšným metabolickým změnám v mozku u klientů s těžkou depresí, sociální fobií, panickou poruchou a obsedantně-kompulzivní poruchou“ (Pešek, R. et al., 2013, 36).

KBT kombinuje metody kognitivní terapie (změna myšlenkových schémat a postojů) a behaviorální terapie (relaxace, řízené dýchání, expozice). Také se více zaměřuje na práci s motivací pacienta ke změně např. myšlenkových návyků. Výhodou KBT má být jednak její účinnost, ale také nepřítomnost vedlejších účinků. Jako velká přednost je zmiňována relativní trvalost zlepšení stavu pacienta bez nutnosti dále v terapii pokračovat. K negativům patří náročnost léčby a nedostatek vycvičených terapeutů (Kamarádová et al., 2016).

5.2.4 Psychodynamická terapie

Její cílem je porozumění dynamice vzniku panických atak a smyslu jejich fungování. Léčba akutní paniky je zaměřená na okolnosti, myšlenky, pocity, které panické atace předcházely. Terapeut se zaměřuje na témata separace, hněv, sexualita.

Druhou fází je léčba vulnerability (zranitelnosti) predisponující k panice. Je potřeba porozumět její základní dynamice a pokusit se ji změnit. Terapie usiluje o zlepšení vztahů a prožívání méně konfliktní separace, hněv, sexuality. S tím se spojuje snížení zranitelnosti ke vzniku dalších panických atak.

Poslední fáze se jmenuje ukončení. Měla by vést ke znovu prožití separačního konfliktu ve vztahu s terapeutem. Klient by měl být schopen tuto separaci zvládnout (Kamarádová et al., 2016).

5.3 Ostatní metody aneb, co ještě může pomoci

Existuje mnoho možností, jak kromě farmakoterapie a psychoterapie, s panikou naučit žít. Někomu možná postačí relaxační cvičení, nicméně pro mnoho lidí bude potřeba relaxaci, tělesná cvičení, dechová cvičení a jiné, skombinovat právě s farmakoterapií nebo psychoterapií, případně oběma terapiemi. Vždy záleží na okolnostech, délce, závažnosti a momentálnímu stavu pacienta.

5.3.1 Tělesná aktivita

Obecně se ví, že sport má pozitivní účinky i na psychické zdraví jedince, úzkosti nevyjímaje. Podle některých studií, lidé, kteří se pravidelně věnují pohybové aktivitě (sport, cvičení) méně trpí úzkostmi a pokud mají úzkostnou poruchu, daří se jim lépe zvládat úzkostné stavy. Pešek et al. píše: „*pravidelný vytrvalostní pohyb, tj. nejméně pětkrát týdně po dobu 40 minut, má již za šest týdnů podobný protiúzkostný a protidepresivní efekt jako některá antidepressiva*“ (2013, 208).

Někteří klienti by měli počítat se skutečností, že jim po začátku cvičení začne více bušit srdce, případně se objeví jiné subjektivně nepříjemné tělesné projevy. To je může znervóznit (Pešek et al., 2013).

5.3.2 Správný postoj

Profesor Roger Baker (2013) definuje správný postoj k nemoci ve třech bodech. Je potřeba se naučit zvládat dobrá i špatná období, zvládat úspěchy i neúspěchy, neočekávat zázrak, že nemoc z ničeho nic zmizí. Terapie a budování správného postoje zabere hodně času. Chvilé, kdy člověk vidí posuny, se mnohdy střídají s chvílemi zoufalství, když přijde další záchvat. Důležité je si uvědomit, že se jedná o přechodný stav, vybavit si své pokroky a situace s panikou, které nemocný zvládl lépe již dříve.

5.3.3 Edukace

Velmi důležitým bodem terapie či setkání s psychologem, psychiatrem, by měla být edukace, tedy vysvětlení podstaty nemoci. Terapeut, lékař, psycholog by měl pacientovi /

pacientce vysvětlit proč má stavy úzkosti, popsat tělesné projevy panické poruchy, proč má užívat předepsané léky a jak fungují, co nemoc zhoršuje, čemu se vyvarovat. Mnohým pacientům přinese pochopení souvislostí více klidu a může se zlepšit náhled na nemoc.

5.3.4 Dechová cvičení a relaxace

Příznaky paniky zhoršuje či prohlubuje zrychlené dýchání–hyperventilace. Proto je vhodné pacienty učit kontrolovanému dýchání od prvního sezení. Důležité je, aby pacient při dýchání počítal a výdech byl delší než nádech. Dýchání má být pravidelné a zklidňující. Jakmile toto pacient zvládne, je možné zrychleným dýcháním navodit příznaky paniky a pomocí naučené dechové techniky je zvládnout. Pacient tak může zažít pocit, že s si s panikou dokáže poradit. Cílem nácviku je automatické používání zklidňujícího dechu (Kamarádová et al., 2016). Pomocí může soustředěné dýchání do břicha (Pešek et al., 2013). Kratochvíl (2000) doporučuje si při dýchání opakovat formulku „dýchá mi to“. Správný dech musí být tedy rytmický, pravidelný a automatický.

Relaxace může být účinným způsobem, jak se s panickými záchvaty vypořádat. Technik je mnoho. Důležité je umět se uvolnit v jakékoliv situaci, i při velkém stresu. Ať až zvolíme jakoukoliv metodu, je nutné podotknout, že se jedná o dovednost vyžadující pravidelné cvičení.

Patří sem např. Östova relaxace, zkrácená progresivní relaxace, podmíněná relaxace a jiné. Nácvik relaxací lze provádět i v rámci terapie, probrat příjemné i nepříjemné stránky (u někoho strach ze ztráty kontroly). Doporučuje se vést si záznamy o svých pocitech, míře úzkosti před a po relaxaci (Kamarádová et al., 2016).

5.3.5 Nácviky-vystavení (expozice) obávaným situacím

Expoziční léčba se zaměřuje na změnu pozorovatelného chování. Klient se při ní úmyslně dostává do situací, které v něm vyvolávají úzkost. Přínosné mohou být i behaviorální experimenty. Při nich klienti mluví o svých očekáváních nebo si vytvoří katastrofický scénář, co se podle něho v určité situaci může nejhoršího stát (Pešek et al., 2013).

5.3.6 Ostatní techniky

Výše uvedené techniky patří k těm častěji používaným. Pacienti s panickou poruchou se můžou např. setkat i s technikou vedení deníku (zápisků o intenzitě úzkosti, místě, kde se úzkost objevuje), mačkání předmětů, práce s myšlenkami, práce s jádrovými schémata a jiné.

6) Výzkum účinnosti léčby

Podle výzkumu, který provedla Sue M. Marcus et al. (2007), se u pacientů s panickou poruchou léčených kombinovanou léčbou (antidepresiva a kognitivně-behaviorální terapie), objevilo méně nežádoucích účinků a menší počet z nich ukončil léčbu ve srovnání s pacienty, kteří se léčili pouze léky.

Pro panickou poruchu, se ve výzkumu Bandelow, Seidler-Brandler, Becker, Wedekind, & Rütther (2007), jeví, kombinovaný přístup jako lepší než samotná kognitivně-behaviorální terapie nebo farmakoterapie. Rozdíl mezi kombinovanou léčbou a lékem byl statisticky významný. Rozdíl mezi kognitivně-behaviorální terapií samotnou a kombinací kognitivně-behaviorální terapie a farmakoterapie, nedosáhl statistické významnosti.

Respondéři na imipramin samotný nebo v kombinaci s kognitivně-behaviorální terapií vykázali více úplných odpovědí jak po akutní, tak po udržovací fázi – než samotná kognitivně-behaviorální terapie. Autoři tyto výsledky shrnují tak, že imipramin a kombinovaná léčba mají výraznější terapeutickou odpověď, ale kognitivně-behaviorální terapie samotná je trvalejší (Barlow, Gorman, Shear, Woods, 2007).

Kosová (2011) srovnávala několik klinických studií o léčbě úzkostných poruch. Ve srovnání se jako nejúčinnější jeví kombinace kognitivně-behaviorální terapie a farmakoterapie, kterou doplnila výzkum vlivu tělesné aktivity na léčbu úzkostných poruch včetně panické poruchy. Podle výzkumu Kosové má pozitivní účinek zejména aerobní cvičení. Mechanismus, proč dochází ke zmírnění úzkostí u lidí s neurotickým onemocněním, není úplně zřejmý. Pravděpodobně se jedná o propojení psychologických a neurobiologických faktorů.

7) Epidemiologie a prevalence

S prvními záchvaty paniky se klienti / klientky nejčastěji potkají mezi 15-25 rokem. Druhý, ale menší vrchol se objevuje mezi 45-54 rokem života. Léčbu nejčastěji vyhledávají lidé kolem 34 roku a mnohdy tak dochází k její chronifikaci (Praško, 2005).

Celoživotní prevalence u panické poruchy se pohybuje v rozmezí 1,4-2,9 % populace (Weissman et al., 1997, in Höschl et al., 2002). Roční prevalence (podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci) je 2,3 %. Dle uvedených studií se panická porucha vyskytuje dvakrát častěji u žen než u mužů. Výskyt ojedinělých panických atak v životě zažije 7-9 % populace. Heinz–Peter H. Röhr (2012) se zmiňuje, že kolem tří procent populace trpí panickými záchvaty či atakami. Ve Spojených státech amerických se prevalence panické poruchy s agorafobií pohybuje kolem 5 %, další 2 % trpí panickou poruchou bez agorafobie. Izolované panické záchvaty se v populaci vyskytují celkem často, až u jedné třetiny lidí. Lilienfeld se Scottem (2018) také uvádějí větší četnost výskytu u žen. Začátek panické poruchy je nejčastěji před třicátým rokem života, druhý, mírnější, po šedesátce. Další výzkum uvádí, že napříč populacemi z různých národů je prevalence odhadována na 1,7 % a začíná obvykle kolem 32 roku. Asi 80,4 % osob s panickou poruchou mělo celoživotní komorbiditu s jinou duševní poruchou (Jonge et al., 2016).

8) Panické ataky a kvalita života

Panické ataky a úzkostné poruchy kvalitu života snižují. Samozřejmě záleží na mnoha okolnostech. Lidé s panikami často mají potíže vycházet na ulici bez doprovodu. Toto onemocnění je limituje jak v osobním, tak pracovním životě, což s sebou přináší mnohá úskalí. Někteří lidé se kvůli záchvatům paniky obávají cestovat veřejnou dopravou, jiní např. nakupovat v obchod. Situací a míst, kterým se vyhýbají, může být mnoho a postupně se můžou rozšiřovat a tím rostou i omezení konkrétního člověka (Kamarádová et al., 2016).

Pro pacientky bývá těžké o onemocnění mluvit, pro rodinu zase těžce pochopitelné, co tito lidé prožívají. Členové rodiny mívají pocit, že své potíže zveličují a simulují. Nemocní můžou zažívat obvinění z lenosti, neschopnosti, čímž jejich pocit úzkosti, beznaděje ještě roste. Vzhledem ke skutečnosti, že často v začátcích onemocnění vyhledávají opakovaně pomoc somatických lékařů, vyšetření jsou negativní, můžou zažít nepříjemné reakce i ze strany lékařů (Večeřová-Procházková, 2005).

DISKUSE K TEORII

Zajímala by mě i zkušenost pacientů s panickými atakami s regresní terapií nebo a rodinnými konstelacemi. Většina, dle vědeckých podmínek relevantních studií, odkazuje na účinnost KBT nebo farmakoterapie, případně kombinace obou metod. Nicméně lidé si v běžném životě hledají vlastní cesty, jak nepříjemné stavy zvládnout. Třeba poslech muziky, hraní her na mobilu, aby odvedli pozornost a nezvětšovali své úzkostné až panické stavy. Co dělají pacienti / pacientky s panickou poruchou, když je záchvat postihne na veřejných místech či o samotě v lese? To jsou mé otázky, na které se budu snažit najít odpověď či odpovědi.

ZÁVĚR K TEORII

Podle získaných materiálů a studií by nejúčinnějším způsobem léčby panických atak a panické poruchy měla být kombinace kognitivně behaviorální terapie a farmakoterapie. V rámci kognitivně behaviorální terapie se pracuje s myšlenkovými schémata, s nácvikem zvládnání problémových situací či objektů. Často bývají zmiňována i relaxační a dechová cvičení, tělesná aktivita, edukace. Důležitým aspektem je i životní styl pacientů s panickými atakami, který bere v potaz vlastní možnosti jedince, zejména vyhýbání se stresu. Existují i techniky či učení, která nebyla tolik zkoumána v souvislosti s léčbou panické poruchy, nicméně mnohá mají dlouholetou tradici (např. techniky vycházející z buddhismu) a jsou hojně rozšířena po celém světě.

1) Výzkumný problém, cíle výzkumu, výzkumné otázky

Příznaky panické ataky se do velké míry podobají příznakům infarktu. Všechny respondentky je popisovaly jako velmi nepříjemnou zkušenost. Ataka může mít i velmi nepříjemné tělesné projevy. Není ojedinělé, že po prvním záchvatu paniky si postižený / postižená volá rychlou záchranou službu v domnění, že mu jde o život. Mnohdy, při opakovaných záchvatech, následuje vyšetření u nejrůznějších odborníků v rámci somaticky zaměřené medicíny. K psychiatrickému vyšetření se tak mnozí jedinci s panickými atakami dostanou až se značným zpožděním. Může se u nich rozvinout vyhubavé chování, anticipační úzkost, zvýšená sebeobservace. Ataky mohou přicházet i nečekaně, kdekoliv, bez vazby na nějakou konkrétní událost a mohou výrazně ovlivnit kvalitu života jedince s panickou poruchou či jiným duševním onemocněním, které můžou panické ataky doprovázet (např. deprese, bipolární poruchu, schizofrenii).

Proto je pro lidi s panickými atakami velmi důležité seznámit se se způsoby, které mohou silné panické ataky zmírnit nebo zastavit. Při výběru způsobu zvládnání panických atak je potřeba brát zřetel na mnoho faktorů jako jsou osobnostní dispozice pacientů, myšlenkové pochody, schopnost náhledu nad onemocněním apod. Důležitá je i trpělivost a motivace pacientů hledat cestu, jak se naučit s panickými atakami žít. Proto mě zajímají způsoby, které jednotlivým respondentkám při záchvatech paniky zabírají. Snažím se zmapovat, co všechno respondentky vyzkoušely a jaké postupy nakonec používají při akutní atace, aby ji zvládly. Za neméně důležité považuji i způsoby, kterými se snaží atakám předejít. Cílem tohoto výzkumu je tedy zmapovat účinnost jednotlivých způsobů zvládnání panických atak při akutním panickém záchvatu i při udržování stavu remise. U stavů remise se jedná spíše o techniky preventivní, které umožňují předcházet opětovnému relapsu panických záchvatů.

Pro výzkum v rámci své bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní metody. Kvalitativní přístup umožnil poznat a porozumět způsobům, jakými jednotlivé účastnice výzkumu zvládají panické ataky v běžném životě.

1.1 Cíle výzkumu

Prožití panických atak je velmi silným, nepříjemným zážitkem, který ovlivňuje kvalitu života. Tímto výzkumem se snažil zjistit, jaké způsoby práce s panickými atakami pomáhají respondentkám zvládnout akutní panické ataky, zabránit návratu panických atak a udržet stav remise. Zajímaly mě i příčiny, které vedly k rozvoji onemocnění. Mnohdy nám znalost příčin onemocnění může pomoci pochopit, proč se panické ataky objevily právě u konkrétního jedince.

1.2 Výzkumné otázky

Otázka OT1: Jak rozumíte příčinám, které u Vás vyvolávají panickou ataku?

Tato otázka souvisí se znalostí sebe sama. Domnívám se, že znalost příčin, které panickou ataku vyvolávají, může pomoci lidem s panickými atakami předcházet opětovnému návratu akutních stavů. Pokud vím, že příčinou je subjektivně nadměrná stresová zátěž, pak můžu s tímto faktem dále pracovat v terapii a pak následně se pokusit stres minimalizovat v každodenním životě.

Otázka OT2: Jak poznáte, že panická ataka nastane?

Dokážou respondentky na základě signálů těla i psychických prožitků předjímat příchod ataky a předejít jí? Touto otázkou, bych chtěla zjistit, zda podle určitých signálů těla či psychiky respondentky tuší, že se blíží panická ataka. Pokud ano, co v takové chvíli dělají.

Otázka OT3: Jakým způsobem/jak zvládáte akutní panickou ataku?

První otázka souvisí s akutními atakami. Ataky, dle údajů od účastnic mého výzkumu i dle odborných publikací, doprovázejí nepříjemné tělesné i psychické prožitky. Záchvaty mohou nastat jak během noci, tak v průběhu dne a mohou nastat prakticky kdekoliv. Proto si myslím, že je velmi důležité naučit se ataky zvládat, jak na veřejnosti (veřejná doprava, nakupování, účast na kulturních akcích), v práci, tak o samotě doma, v lese apod. Zajímá mě, jaké způsoby práce s akutními panickými atakami jednotlivé účastnice výzkumu používají a zejména, jaké způsoby jim pomáhají.

Otázka OT4: Jakým způsobem udržujete stav remise?

Po odeznění panických atak, které může být způsobeno, například nasazením medikace, psychoterapií, většinou nastává období bez panických atak či silných úzkostných stavů, tedy období remise. Tímto výzkumem se snažím zmapovat, jaké způsoby respondentkám pomáhají klidový stav udržet.

2) Výzkumná strategie a technika sběru dat

Cílem této části bakalářské práce je popis a definice výzkumného souboru, metod výběru účastnic výzkumu včetně specifikace kritérií účastnic výzkumu pro zařazení do výzkumu.

2.1 Metody a kritéria výběru výzkumného souboru

Respondentky účastnicí se výzkumu byli vybíráni metodou výběru souboru samovýběrem. Prostřednictvím sociálních sítí Facebook (FCB) jsem zveřejnila letáček s informacemi o výzkumu, který se dále šířili mezi jiné uživatelky této sociální sítě.

Letáček byl k dispozici na mém osobním facebookovém profilu Martina Stavkova a ve facebookové skupině Panická porucha a agorafobie. Respondentky se mi na základě mé výzvy sami aktivně a dobrovolně ozvali se zájmem účastnit se výzkumu. Jsem členkou této skupiny několik let, aktivně se účastním některých debat a sama mám diagnostikovanou panickou poruchu. Tyto skutečnosti mohly mít pozitivní dopad na množství zájemkyň o účast ve výzkumu. Mohla jsem si vybrat ty osoby, které splňovaly kritéria pro zařazení do zkoumaného vzorku.

Jedna účastnice byla oslovena přímo mnou. Z osobní komunikace jsem věděla, že zažila panické ataky. Sama se mi při seznámení se záměrem výzkumu nabídla, že se ho zúčastní. Jedná se tedy o metodu záměrného (účelového) výběru.

2.2 Kritéria výběru respondentek

Důvody, proč jsem zvolila tato dvě kritéria pro výběr respondentek do výzkumu, jsou uvedena u každého kritéria zvlášť.

a) Věk (18-65 let)

Jako minimální věkovou hranici jsem zvolila dosažení plnoletosti. Podstatou výzkumu je zjišťování účinnosti technik práce s panickými atakami u dospělých jedinců ve věku od 18 let. Od 18 let není potřeba souhlasu rodičů s účastí do výzkumu. Výzkum je zaměřen na lidi v aktivním, produktivním věku, kdy se předpokládá, že chodí do zaměstnání či studují.

b) Zkušenost s panickými atakami, které se vyskytovaly nejméně 1krát týdně po dobu 1 měsíce

Podstatným kritériem je minimálně 1 ataka týdně po dobu jednoho měsíce. Osoba zažívající poprvé v životě opakované ataky paniky většinou vyhledá odbornou pomoc a snaží se najít způsob, jak tyto silné prožitky zvládnout v běžném životě a jak jim předcházet do budoucna.

2.3 Charakteristika výzkumného souboru

V tabulce pod textem uvádím základní anamnestická data o respondentkách, se kterými jsem mluvila o jejich zkušenostech s panickými atakami. Výzkum je anonymní, proto jsou jednotlivé rozhovory označeny písmenem R a pořadovým číslem, které se odvíjí dle pořadí rozhovoru. První provedený rozhovor má číslo 1. Dále jsem každé respondentce přiřadila fiktivní jméno.

Tab. 1: Popisné charakteristiky výzkumného souboru

Respondenti	Věk	Pohlaví	Rodinný stav	Vzdělání	Věk při první atace	Stav atak teď	Relaps	Medikace, teď (i dříve)	Terapie
R1 Mílada	56	žena	rozvedená, 2 děti, bez partnera	VŠ, původně učitelka, pracuje jako speciální pedagog, teď v pracovní neschopnosti	40	Návrat atak po onemocnění Covidem, 19 v prosinci, mírné ataky, aktuálně už bez atak	Ano	Léky ano, i v současné době	KBT, skupinová terapie formou konstelací
R2 Klára	32	žena	Vdaná	VŠ, studentka psychologie, pracuje v oblasti lidských zdrojů	24	V remisi	Ano	Ano, antidepressiva, lexaurin, aktuálně bez medikace	KBT, teď Biosyntéza
R3 Marie	22	žena	Svobodná, partner	VŠ, studentka Speciální pedagogiky	20	V remisi	Ne-spíš silnější úzkosti	Ano, Asentra 50mg, Lexaurin, i v současné době	Terapie zaměřená na řešení

R4 Cecílie	24	žena	Svobodná, partner	VŠ, žurnalistika	20	V remisi	Ano	Ano, i v současné době	Gestalt terapie
---------------	----	------	----------------------	---------------------	----	----------	-----	------------------------------	--------------------

3) Metody získávání dat

Jako hlavní metodu získávání dat od probandek jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Ten mi umožnil ponechat prostor respondentkám, které byly ochotné povyprávět příběh o svých zkušenostech v kontextu svého života, což se dělo ve většině případů.

Vzhledem k pandemii Covid19 byl výzkum prováděn on-line formou. Některé respondentky si přály pouze audio-rozhovor, což jsem samozřejmě respektovala. Z mého pohledu byl přínosnější video-rozhovor. Vidět konkrétní respondentku, sledovat její mimiku, pohyby, mi umožnilo lépe se vcítit, propojit s jejím příběhem.

Rozhovory byly nahrávány se souhlasem účastnic výzkumu na diktafon a poté přepisovány do textové podoby. Rozhovory jsem zaznamenávala, až na menší úpravy, v podstatě beze změn.

3.1 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturované interview umožňuje vyřešit nevýhody jak strukturovaného, tak nestrukturovaného interview (Miovský, 2006).

„Polostrukturované (semistrukturované) interview vyžaduje oproti nestrukturovanému náročnější technickou přípravu. Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se účastníků budeme ptát“ (Miovský, 159, 2006).

Při vytváření strategie jsem se řídila informacemi z knihy Jána Ferjenčíka *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* a Michala Miovského *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vytvořila jsem si tzv. jádro interview. Měla jsem k dispozici připravené otázky, které sloužily jako záchytné body a osnova rozhovoru, pokud účastnice výzkumu měli tendenci odbíhat od tématu. Rozhovory většinou plynuly spontánně a ze strany respondentek působily otevřeně, což přičítám svému členství ve facebookové skupině

Panická porucha a agorafobie a také skutečnosti, že sama mám panickou poruch diagnostikovanou přes 10 let.

Úvodní a podstatná část rozhovoru byla věnována cílům výzkumu a probíhala dle pravidel pro vedení kvalitativního výzkumu, kdy jsem se o svých zkušenostech nezmiňovala. Snažila se udržet svou roli výzkumníka a vytvořit bezpečný, příjemný prostor pro respondentky. Pokud mi nějaká odpověď či výpověď nebyla jasná, pokládala jsem doplňující otázky, abych si své domněnky potvrdila či odstranila nejasnosti. V rámci svých zkušeností s vedením polostrukturovaného interview jsem se pokoušela vyhnout navádění k určitému typu odpovědi, pokládat dotazy jasně a srozumitelně, bez dvojsmyslů, cizích výrazů a dvojitých záporů. Většina otázek byla otevřená. Uzavřené otázky byly používány v menší míře k doplnění některých faktických údajů. Využívala jsem i koncept primárních (základních otázek ke zkoumanému jevu) a sekundárních/doplňujících otázek. Používala jsem projevy porozumění a zájmu, v případě nutnosti zopakovala primární otázku, pokud jsem něčemu nerozuměla, parafrázovala či zopakovala odpovědi. Využila jsem i sumarizaci odpovědi (Ferjenčík, 2000).

3.2 Interpretativní fenomenologická analýza

Vzhledem k vlastní zkušenosti s panickými atakami jsem zvolila metodu, která mi umožňuje pracovat i s mou osobní zkušeností. Interpretativní fenomenologická analýza (IPA) *„fenomenologicky prozkoumává zkušenost konkrétního člověka z jeho perspektivy a zároveň si uvědomuje, že v tomto porozumění hraje ústřední roli také výzkumníkova zkušenost a jeho pohled na svět stejně jako interakce mezi ním a participantem“* (in Koutná Kostínková, Čermák, 2013, 9). Výzkumným zaměřením IPA je tedy porozumět zažité zkušenosti konkrétního člověka či lidí. Umožňuje nám dopodrobna zmapovat, jak konkrétní člověk zpracovává význam svého prožitku, zkušenosti a lépe tak pochopit zkoumaný jev (Koutná Kostínková, Čermák, 2013).

Svou teoretickou pozici opírá o tři zdroje:

1) Fenomenologii

Propojení s fenomenologií je patrné v hledání jedinečné zkušenosti člověka, zejména jak zažívá tento svět, jak na něj nahlíží. Prožitá zkušenost je stěžejním pojmem v rámci interpretativní fenomenologické analýzy. Důležitou roli hraje i výzkumník, jeho zkušenost, pohled na svět, interpretace a pochopení prožitků zpovídání člověka. Významná je tedy

interakce mezi výzkumníkem a účastníkem výzkumu. Za cíl této metody je považováno pochopení prožité zkušenosti respondentů výzkumníkem. (Koutná Kostínková, Čermák, 2013).

2) Hermeneutika

Důležitým pojmem v rámci interpretativní fenomenologické interpretativní analýzy je hermeneutický kruh a dvojitá hermeneutika. Dvojitá hermeneutika znamená, že se respondent snaží porozumět osobní zkušenosti se zkoumaným fenoménem a současně se výzkumník snaží pochopit, jak k tomuto porozumění respondent dospěl (Koutná Kostínková, Čermák, 2013).

3) Idiografický přístup

Idiografický přístup je zaměřený na konkrétní jedince, kteří v životě zažívají situaci nebo událost související se zkoumaným fenoménem. Jeho cílem je pochopit jednotlivá fakta v kontextu života dané osoby, včetně jeho specifických rysů a zákonitostí.

4) Etické aspekty a rizika výzkumného šetření

Na začátku online rozhovoru byly účastnice výzkumu byly seznámeny se záměrem výzkumu a se způsobem nakládání s jejich osobními údaji. Respondentky ústně potvrdily, že se výzkumu účastní dobrovolně. Byla jim sdělena a zdůrazněna skutečnost, že mohou kdykoliv rozhovor přerušit, ukončit a odstoupit z něj či odmítnout odpovídat na mé dotazy. Informovaný souhlas byl účastnicemi dán prostřednictvím souhlasu s nahráváním rozhovoru, který zazněl v nahrávce či je uveden ve vzájemné písemné komunikaci.

Mezi aspekty, které by mohly výsledky výzkumu zkreslovat, zahrnuji fakt, že jedna z respondentek patří mezi mé kamarády. Také jsem při představování participantek uváděla, že sama mám s panickými ataky zkušenosti. Na základě uvolněné atmosféry při rozhovorech se domnívám, že uvedené skutečnosti přispěly k otevřenější výpovědi respondentek a vytvoření důvěrnější a bezpečnější atmosféry. Zároveň jsem se snažila vnímat a případně ošetřit některá citlivější témata, pokud jsme na ně s respondentkami v průběhu rozhovorů narazily. K tomu mi pomáhal akreditovaný kurz krizové intervence.

5) Proces analýzy dat

5.1 Analýza rozhovorů

V následujících kapitolách se snažím převyprávět podstatné události ze života účastnic výzkumu, které se podílely na vzniku panických atak, jejich zvládnutí, na udržení remise či relapsu onemocnění. Budu zde rozebírat hlavní témata, které jsem odvodila od výzkumných otázek. Zároveň jsem ponechala otevřený prostor pro témata, která se objevila během samotné analýzy rozhovorů. Jako první rozebírám svůj vlastní příběh a snažím se tak reflektovat svoji zkušenost s panickými atakami.

5.1.0 Můj příběh

K tématu panických atak mám blízký vztah, vycházející z vlastní zkušenosti. Panickou poruchu mám diagnostikovanou přibližně 10 let. Zažila jsem, stavy, kdy jsem téměř nebyla schopná opustit svůj domov, nebyla schopná fungovat v běžném životě, pracovat. Dnes osobně mám dojem, že je to jedna z nejlepších a zároveň nejhorších zkušeností v mém životě. Nedokážu určit, kdy mi přesně ataky začaly neb úzkosti jsem zažívala od dětství. Ačkoliv se naši rodiče snažili maximálně v rámci svých možností, moje primární rodina neposkytovala pocit bezpečí, jistoty a přijetí. Úzkosti jsem řešila na psychiatrii cca od roku 2006, nicméně jsem dlouho svoje potíže brala jako běžnou součást života. U nás v rodině byla takováto témata tabu, něco, co je potřeba zvládnout vlastní vůlí a překonat.

Obrat začal až m odvezla rychlá záchranná služba s palpitací. Tenkrát jsem vyhledala psychiatrickou i psychologickou pomoc a začala celou věc řešit. Postupně mi docházelo, že se dá ze života i radovat a že mám spoustu schopností, které jsem do té doby neviděla.

Žila jsem jednu dobu i u babičky a rodičů, neměla jsem žádný příjem. Postupně, po malých krůčcích, jsem se začala vracet do plnohodnotného života, což trvalo několik měsíců. Pomohlo mi několik věcí. Například silná vůle, což je výrazný rys mnohých členů naší rodiny.

Paní psychiatricka mi dala knihu o panické poruše a začala jsem číst, hodně číst, dělat dechové cvičení, relaxace, hodně jsem odpočívala a postupně se můj stav začal zlepšit.

Tenkrát jsem kognitivně-behaviorální terapii neznala, ale cítila jsem, že musím chodit ven. Pomalu jsem chodila dál a dál od bytu a učila se paniky zvládat ve městě, ve frontě, v dopravě. Objevovaly se často na místech, kde bylo hodně lidí. Jezdila jsem na terapii do Brna. Terapie vycházela z přístupu C.G. Junga, ale s paní psycholožkou jsme řešily i praktické věci tady a teď. Hodně mi pomohla se v problému zorientovat. Paní psycholožka byla v Brně. To byla výzva, jezdit až do Brna, ale zpětně mě to donutilo se neschovávat před lidmi, ačkoliv jet třeba hromadnou dopravou bylo strašné, téměř vždy jsem měla paniku.

Nakonec jsem začala pracovala a naučila s panikami žít. Hodně mi pomohly vhodně zvolené léky, podpora mých přátel a také nově nalezené vědomí vlastní hodnoty a pochopení rodinných zátěží, způsobů komunikace, mých myšlenkových programů, přijetí a znalost sebe sama.

PŘÍČINY PANICKÉ ATAKY

Zde si uvědomuji, jak je pro mě těžké (a jak může být i pro účastnice výzkumu těžké) vzpomínat a vracet se k minulým zážitkům. Za jednu z příčin považuji neurotický typ osobnosti, který lze vysledovat v naší ženské rodinné linii. Roli sehrála zřejmě genetika. Mě dětství bylo přes maximální snahu rodičů, plné stresu a nejistot. Zpětně si uvědomuji, že úzkostmi jsem začala mít už na základní škole, ve větší míře pak na gymnáziu. Žít v duševní nepohodě jsem považovala za normu, a proto jsem dlouho své potíže neřešila.

JAK POZNÁM, ŽE PANICKÁ ATAKA NASTANE

Úzkostné stavy a panické záchvaty se mě projevují, jak v tělesné, tak v psychické nepohodě. Ataku poznám podle takového divného pocitu nevolnosti. Najednou z ničeho nic zatuhnu, zvedne se mi žaludek, zatočí se mi hlava a většinou přijde myšlenka (velký strach až děs, že umřu. Pokud začnu v tu chvíli dýchat jógovým dechem do břicha a říkat si „*to znáš, to je v pohodě, klid, to zvládneš*“, pak v mnohých případech se mi uleví.

CO MI POMÁHÁ ZVLÁDNOUT AKUTNÍ PANICKOU ATAKU

Jak jsem naznačila v předchozím tématu, hodně mi pomáhá jógový dech do břicha, který pravidelně praktikuji. Také znalost tělesných a psychických projevů paniky. Tyto informace si při akutní panice připomínám a používám větu, zmíněnou v tématu Jak poznám, že panika nastane. Pomáhá mi, když si můžu lehnout, sednout, nadýchat vzduchu a být v místě, kde je

klid a minimum lidí. Pokud na mě ataka přijde v tramvaji, ve vlaku, hraji hry na mobilu, počítám, případně si s někým povídám, abych odvedla pozornost od ataky. V nejhorším případě vystoupím a najdu si klidnější místo, kde můžu relaxovat. Osvědčil se mi i dech v kombinaci se zatínáním a povolováním svalů. Pokud zde popsané postupy nezabírají, použiji uklidňující prášek, mám u sebe Lexaurin.

CO MI POMÁHÁ UDRŽET SE V POHODĚ

Hlavně si hlídat hranici stresové zátěže. Zažila jsem relapsy onemocnění v situacích, kdy jsem nerespektovala signály těla, ani psychiky. Chtěla jsem být silná a vše překonat, zvládnout, což se mi vymstilo. Pokud nyní vím o těchto signálech, snažím se více odpočívat, relaxovat a snížit stresovou zátěž. Ve většině případů, to lze vymyslet. Pozitivní vliv má pohyb, chodím na dlouhé procházky se psy a tančím. Cvičím jógu. Neméně důležití jsou i mí kamarádi, rodina a mí psi, kteří mě nenechají na pokoji. Hodně tvořím a píšu. Pracuji sama na sobě, na myšlenkových vzorcích vedoucích ke zbytečnému vytváření stresu. Dělán, co mě baví a vím, kam směřuji. Hodně mi pomohly a pomáhají antidepressiva, ačkoliv jsem je dlouho odmítala.

VLIV ONEMOCNĚNÍ NA MŮJ ŽIVOT

S odstupem času bych panické ataky označila spíš za dar. Umožnily mi uvědomit si, že pocity úzkostí a beznaděje, jaké jsem dlouhodobě zažívala, nejsou normální. Zjistila jsem si, kolik síly se může skrývat v člověku. Začala jsem si více vážit sebe sama i lidí kolem mě. Více dokážu pochopit nemoci duše a celkově psychickou bolest. Díky panické poruše si více užívám stavy, kdy je mi dobře a vím, že zvládnou překonat mnohé potíže. V současné době jsem schopná i sama cestovat do zahraničí, což bych se na začátku onemocnění neodvážila. Stále se však bojím návratu silných atak, proto se snažím dělat maximum, abych této situaci předešla. Víím, jak dlouho a kolik energie mě stálo se vrátit do „normálního života“, proto jsem hrdá na to, jaký život žiji dnes a co vše jsem zvládla.

5.1.1 Milada

Milada má ze všech respondentek nejsložitější diagnózu a nejvíce hospitalizací, přesto se snaží žít běžný život, pracovat a věnovat se svým koníčkům. První psychické potíže se u ní

objevily po těžkém porodu ve 33 letech, asi i v návaznosti na těžké dětství (vztah s maminkou popsala jako nedořešený, maminka zemřela, když byly Miladě 4 roky). Byla jí diagnostikována bipolární porucha jako hlavní onemocnění, k tomu generalizovaná úzkostná porucha s panickými atakami. Panické ataky se objevily až kolem čtyřicátého roku na dovolené na Krétě.

„A když jsem to pak analyzovala, tak to určitě bylo z přetížení. Já jsem byla s oběma dětma bez manžela, chtěla jsem jim udělat hezké prázdniny. Já jsem tam kolem nich běhala jako blázen v tom horku a v tom šíleném presu, aby oni měly hezké prázdniny a nedošlo mi, že se strašně vyčerpávám a tam mě poprvé chytila ta panika, jako jsem myslela, že mám infarkt, že umřu na Krétě. To bylo strašný“ (smích).

Miladu odvezla sanitka. Bylo jí řečeno, že je dehydratovaná a že to má z horka. Ataky se na Krétě zopakovaly několikrát. Měla stavy jako bušení srdce a pocit kolapsu. Po návratu domů se ataky nějakou dobu neobjevovaly. Asi po roce se ataky objevily znovu. Zejména v noci, 2 - 3krát týdně a byly silné. Pomáhal lék na uklidnění, Neurol. Přesto se s dcerou vydala do Paříže. *„Bylo to v únoru, nikdo tam nebyl, zima jako sviňa, my jsme ty 3 dny tam jako byly, jenomže tam jsem to chytila znovu a tam jsem už jenom žila na těch neurolech od ráno do...prostě furt“.* Po návratu z Paříže následovala hospitalizace na 6 týdnů, kde ji lékaři potvrdili, že se jedná o panické ataky. Nicméně po první atace si myslela, že se jedná o nějakou srdeční zástavu. Zde ji pomohl pan doktor, kterého považuje za důležitou osobu ve svém životě. *„Pracoval s každým individuálně, ten mě právě rozebral do šroubků a pak dával zase dohromady, nikdy jsem nezažila takový přístup“.* Od pana doktora se naučila i způsoby, jak se sebou pracovat. Milada navštěvovala i denní stacionář, aby se naučila panické ataky zvládat. Zažila stavy, kdy měla potíže (strach z ataky) jít nakoupit, do kina. Po tomto náročnějším období měla několik let od panických záchvatů klid. Silné panické ataky se vrátily v prosinci 2020, po prodělání onemocnění Covidem19. Po dvou měsících od Covidu19 se cítila psychicky lépe, nicméně dopady na psychiku i na fyzické tělo pozoruje stále.

PŘÍČINY PANICKÉ ATAKY

Milada vidí příčinu svých psychických potíží, včetně panických atak, ve svém těžkém dětství a nedořešeném vztahu k mamince. Zemřela, když jí byly 4 roky. Za další spouštěč považuje stres a nevěnování pozornosti signálům těla i duše na přetížení. *„A to byla ta první, vyloženě*

z přetížení a vyčerpání, a s tím, že tehdy jsem nereagovala na ta doporučení, že si mám dělat autogenní tréninky, dýchat a starat se o sebe“. V neposlední řadě zmiňovala i psychiatrické diagnózy, které měla před výskytem panických záchvatů.

JAK POZNÁM, ŽE PANICKÁ ATAKA NASTANE

Milada si je jistá, že pozná příchod atak přes den. *„Když jsem přetažená. Je fakt, že ty ataky přes den poznám, ale ty noční, ty přijdou, to by mě fakt zajímalo, svině jedny, kde se berou“?*

CO MI POMÁHÁ ZVLÁDNOUT AKUTNÍ PANICKOU ATAKU

Miladě pomáhá vytvořit si „kachlová kamna“. Tuto formu autogenního tréninku používá i při atakách, které se jí objevují ve společnosti. *„Mě, když chytne ataka ve společnosti, já už ji umím zvládnout, já už nemám strach“.* *„Já si kolem sebe dokážu udělat kolem sebe, kachlový kamna tomu říkám, si představuju, vsugeruji, že kolem mě se začínají stavět z kachliček ty kamna a ta ataka se nemá na mě, jak dostat, a to si tak představuji a jak je postavím, tak už je pryč. To mě pomohlo na tý hospitalizaci, ty kachlovky, nevím, jak mě to napadlo, někdy v noci asi, ale zafungovalo to a furt to dělám“.*

CO MI POMÁHÁ, UDRŽET SE V POHODĚ

Jako ostatní respondentky i Milada uvádí, že rodina a nejbližší okolí jsou pro ni nepostradatelní. Také práce se sebou a sebepoznání. Milada je tvůrčí typ, proto uvádí i divadlo, které dělá aktivně. Má dobrou práci v dobrém kolektivu, sportuje, dělá autogenní tréninky, cvičí jógu a bere si do dočasné péče kočky. Říká, že důležitou náplní života pro ni je pomáhat ostatním bytostem. *„Když bych to měla dát od jedničky, až nevím po kolikátou, tak jednička je určitě, že funguje dcera a funguje syn, manžel si našel jinou, tam to nefunguje, je to čerstvější, 3 roky, tam to ještě nemám zpracovaný, ale jako dobrý, potom už je to divadlo, sport na stejné úrovni a zvířátka a tohle to dohromady mě drží nad hladinou“.* Terapie mimo léčebnu navštěvovala krátce, moc jí to nepřineslo. Má dojem, že vše podstatné zná z pobytu v léčebně a z denního stacionáře.

VLIV PANICKÝCH ATAK NA MŮJ ŽIVOT

Milada, možná i s ohledem na vyšší věk a délku onemocnění oproti ostatním respondentkám, uvádí i vícero negativních dopadů panických atak na kvalitu života. Její duševní potíže

včetně záchvatů paniky měly vliv na rozpad jejího manželství. Ovlivnilo to i její pracovní život. Kvůli psychickým potížím dostala výpověď ze zaměstnání, nemůže učit tělocvik a odepřela si třetí dítě, po kterém moc toužila. Po chvíli přemyšlení si uvědomila i pozitiva. *„Jo to je možná to malinké plus, že člověk řeší podstatné věci nebo víte, možná jo, možná, že jsem daleko tolerantnější vůči jiným, nějakým těm odlišnostem“*. Celou svou nelehkou situaci (z respondentek má nejvážnější duševní potíže) se naučila brát jako výzvu. *„Je to zase taková výzva, že když se s tím člověk naučí žít, pracovat, tak ho to posílí“*.

5.1.2 Klára

U Kláry se silné úzkosti a panické záchvaty objevily ve 24 letech. Měla za sebou náročné a velmi stresové období, kdy se rozešla s přítelem, umřel jí pes, odstěhovala se spolubydlící a dostala výpověď v práci. Nevěděla, z čeho zaplatí nájem, z čeho bude žít a nebylo moc na koho se obrátit s žádostí o pomoc. Byla na vše sama a v této době se zpustily ataky. *„Začala jsem omdlívat, bušilo mi srdce prudce, mě se to dělo našťěstí doma, já jsem se pak bála jezdit metrem, cukaly mi svaly, taková ta klasika, jakože se probudíš v noci zpocená“*. *„Přepadávalo mě to furt, i několikrát během dne, i kolikrát v práci, což bylo děsně nepříjemný, když už jsem potom práci měla zase práci“*. Absolvovala spoustu somatických vyšetření u specialistů, myslela si, že je tělesně nemocná. Všechna vyšetření byla v pořádku a po magnetické rezonanci jí bylo naznačeno, ať začne brát antidepresiva, což ji vyděsilo. Začala využívat služby psycholožky (kognitivně-behaviorální terapie), ale léky, i přes silné ataky, odmítala. Jednou si vzala minimální dávku Neurolu, ale jeho účinky pro ni byly natolik silné, že jeho další užívání odmítla. Četba knih *Moc přítomného okamžiku* a kniha o stresu a úzkosti, jí pomohly ataky pochopit, jak v rovině projevů těla, tak v psychické rovině. Důležité pro ni bylo i propojování informací. Přišla na to, že má strach ze smrti. *„Se mi to všechno pospojovalo, že mám strach ze smrti, já jsem se cítila ohrožená, protože jsem byla v situaci, kdy mi teoreticky hrozilo, že skončím na ulici“*. Nepříjemné stavy trvaly rok a půl. Chodila jen na terapii a její stav byl v podstatě totožný. Zlepšení nastalo, když začala cvičit jógu a při jednom záchvatu si řekla větu *„Tak umřu, no a co“*. *„No a pak poté větě, co jsem si řekla „tak umřu, no a co“, tak prakticky už druhý den jsem věděla, že to je „ono“, že to je o tom přestat se kontrolovat, nechat to být prostě, neřešit to, pustit to. Já jsem se dřív kontrolovala, dechám, nedýchám, tepe mi srdce, netepe“*. Její stav se začala zlepšovat. Úzkosti se vrátily po pár letech, když měla těžkosti v práci. Brala antidepresiva a navštívila

psychiatra. Relaps panických atak zažila loni na jaře, když měla komplikace spojené s odevzdáním bakalářské práce. Situaci zvládla a dnes je v remisi. Udržet se v duševní pohodě jí pomáhá pravidelný životní rytmus. Pracuje a studuje psychologii.

PŘÍČINY PANICKÉ ATAKY

Pro Kláru bylo hodně důležité pochopit, co se s ní děje a proč. Postupně, i prostřednictvím četby a psychoterapie, došla k závěru, že výskat panických záchvatů, má u ní několik příčin. V 19 letech našla svého přítele mrtvého, což tehdy zvládla bez odborné pomoci, avšak domnívá se, že tohle byla jedna z příčin. V tomto věku odešla také do Prahy. Jedním z důvodů jejího odchodu byl i problematický vztah s tátou, o kterém se zmiňuji v textu níže. Za sebe se domnívám, že se jedná o důležitou skutečnost v jejím životě. Další velký zlom nastal, když Kláře bylo 24 let. Zažila velmi náročné a stresové období. Rozešli se s přítelem, se kterým bydlela a platila nájem v Praze. Také se odstěhovala spolubydlící, takže Klára zůstala na platbu nájmu sama. Umřel jí milovaný pes, tatínek dostal mrtvici, v práci dostala výpověď. Vše v krátkém časovém období. Tehdy se spustily ataky. Klára netušila, co se s ní děje. Postupem času, a právě i díky terapii, považuje za jednu z příčin strach ze smrti, což dává do souvislosti se svým tátou. *„Já jsem šla až jako na dřev, jako strach ze smrti a proč to tak řeším. Já jsem si uvědomila, že já jsem se cítila odmítnutá svým tátou, docela jako dlouho, bylo tam takový to, že kdyby ten táta umřel na tu mrtvici, tak já bych to jako nepřežila, že bych fakt byla odkázaná už jen na sebe, hodně na sebe. Přitom je to svým způsobem nesmysl, ale nějak jsme se k tomu dobraly, tak to bylo úlevný“*. Taky si potřebuje hlídat své hranice, výkonnost a nejit přes sebe a svou výkonnostní kapacitu.

JAK POZNÁM, ŽE PANICKÁ ATAKA NASTANE

Klára si jistá, že příchod ataky pozná. *„Poznám to, hlavně když jsem přepracovaná. Já se cítím odpojená, necítím tělo, nevím, co cejtím, jediný, co tak cejtím někde vzadu nasranost, netrpělivost“*.

CO MI POMÁHÁ ZVLÁDNOUT AKUTNÍ PANICKOU ATAKU

Klára působila přesvědčivě, při popisování způsobů, jakými zvládá akutní panické ataky. *„Sednu si na zem. Nebo si lehnu na bok a snažím se uzemnit. Víím, že pro to tělo je to přirozený, třeba když je zemětřesení, tak si taky lehneš na zem. Tak se snažím uzemnit nebo se opřu o zed' a dýchám a počítám. Šest nádech, zastavím, výdech takový jógový a říkám si*

tu větu „tak umřu“ v pohodě, nic se neděje. Dýchám, ležím, než to přejde, pak jsem vyčerpaná a je mi smutno“. S atakami v práci si též umí poradit. „Mě se to stalo v práci, tam můžu odejít, jít na záchod, jdu se projít, to je fajn. Prostě zmizím z místnosti“.

CO MI POMÁHÁ UDRŽET SE V POHODĚ

Kláře pomáhá udržet si své hranice a pouštět si do života pouze lidi, se kterými se navzájem podporují a kteří jí dodávají energii a ona jim. Dále k tomuto tématu říká. *„Odpočívám, dbám na ten režim, abych měla udělané věci dopředu. Třeba vím, že mám zkoušku za 14 dní, tak se naučím tak, abych to týden dopředu uměla a pak opakuji. Ted'ka s bakalářkou, já už ji mám už delší dobu napsanou a už se učím na státnice v červnu“.* Klára pravidelně cvičí jógu. Cítí se i díky tomu stabilnější a vyrovnanější. Pomohla a pomáhá jí i terapie (v současnosti biosyntéza), práce s emocemi a tanec před zrcadlem. Nepije kávu, myslí víc na sebe, snaží se vyhýbat stresovým situacím a nevytvářet si zbytečný stres.

VLIV PANICKÝCH ATAK NA MŮJ ŽIVOT

Kláře přinesly panické ataky hlubší znalosti psychologie, Začala hodně číst. Panické ataky a úzkosti ji donutily uvědomit si, že potřebuje v životě pravidelnost. Umí lépe pracovat se stresem a má větší pokoru k životu. Více zná sama sebe a své osobnostní hranice. *„No a ještě víru, pak asi myslím víc na sebe, jsem taková sobečtější, víc si hlídám s kým se bavím a líp si organizuji den, že věci chci mít hotový v předstihu a neseru na sebe. Snažím sebe zbytečně neuvádět do stresových situacích, že když vím, že můžu, udělám maximum pro to, abych byla v klidu. Pravidelný režim ve smyslu, chodit spát ve stejnou dobu, vstávat, to jsem so ošéfovala ve vícero oblastech“.*

5.1.3 Marie

Mariiny potíže začaly už v 9 letech, kdy její příbuzná spáchala sebevraždu. V této době se u ní objevily silné úzkostné stavy. Obávala se smrti svých nebližších. Matka začala situaci řešit návštěvou dětské lékařky, následně psychiatricky. Byla nasazena medikace. K psychiatrovi docházela cca rok. Na druhém stupni základní školy *„bylo všechno v pohodě“.* Další silné úzkosti se objevily na střední škole, když si Marie našla přítele. *„Sama to nechápu, ale pokud byl v mém životě někdo nověj, tak jsem ihned viděla černé scénáře.“*

Ale nějak jsem to zvládla“. Před maturitou už vyhledala odbornou pomoc a našla si skvělou paní doktorku a odmaturovala. Po maturitě se dostala na vysokou školu do Českých Budějovic, moc se jí tam nechtělo, protože to bylo daleko od domova. *„Vím, že jsem se tam hrozně netěšila a už jsem měla v hlavě to podvědomí, že to nevyjde. Protože jsem takový asi závisláček na rodině a na příteli a nejsem ten studentský typ asi úplně a nechtělo se mi do toho“.*

Ve škole přišly první panické ataky. Nejdříve pocítovala silné úzkosti a nekomfortní tělesné příznaky. Boleli ji břicho, běhala často na toaletu, střídavě jí bylo horko, zima, motala se jí hlava. Ve škole ji hodně vyděsila informace, že dostuduje jen pětina studentů. Na koleji, se podle svých slov „složila“, nemohla popadnout dech. *„Myslela jsem, že mám něco se srdcem, že mám infarkt, mrtvici“.* Do školy se už nevrátila a zůstala doma s rodinou, což brala jako promarněnou šanci, ačkoliv zpětně svého rozhodnutí nelituje. Tehdy se začaly panické ataky rozvíjet. V nejhorším období se objevovaly se i 1 - 2krát denně, i během spánku. Marie to popisuje slovy: *„Pak jsem byla nějaký čas doma, ale nějak to nešlo, protože jsem pořád myslela na to, co by bylo kdyby, kdyby...Hlava mi jela na 150 procent, nešlo to zastavit a ty paniky se začaly zvyšovat...Stačilo, že jsem seděla s našima v obýváku a stačilo, aby se mě mamka zeptala: „Tak co, je to lepší?“ A já jsem propukla v pláč a tím se to vyvolalo“.* Situace vygradovala tehdy, když se při jednom ze záchvatů pozvracela. Matka ji zavezla na pohotovost do nemocnice, kde ji udělali EKG, lék na uklidnění a hořčíc do žíly. V nemocnici dostala další záchvat. Pan doktor jí poradil dýchání do sáčku a doporučil navštívit psychiatrii. Marie byla nakonec hospitalizována. Hospitalizaci popisuje spíše negativně. Měla dojem, že spíše řeší její hmotnost, a ne podstatu problému, její panické ataky. Nakonec podepsala revers. Poté navštívila svoji psychiatričku, která v době její hospitalizace měla dovolenou. Upravila jí medikaci a doporučila terapii. *„Došlo k uklidnění, že nejsem špatná, že život jde dál, že nestuduji teď, ale můžu studovat. Jsem si ty slova vzala k srdci. Chodila jsem tam jednou, někdy i dvakrát týdně, stálo to dost peněz, ale vůbec toho nelituju, hodně mi to pomohlo“.* Jednalo se o terapii za měřenou na řešení. Marie k terapiím ještě dodává: *„Začalo se to lepší, asi i tím, že prášky začaly účinkovat a podle mě ty terapie udělaly největší pokrok, už jsem nechtěla být jen doma, takže jsem si našla práci a podala přihlášku na vysokou do Brna“.* Momentálně se dle svých slov nachází v remisi. *„I když sem tam nějaký stav mám, ale neřekla bych, že se jedná o tu nejhorší paniku, že už vím, jak se z toho dostat“.* Dnes Marie, studuje v Brně, plánuje s přítelem společné bydlení a je spokojená. Užívá antidepresiva. S paní doktorkou jsou omluvené na postupném vysazování,

pokud jí bude stále tak dobře. Na terapii v současné době pravidelně nechodí, pouze v případě potíží si domluví návštěvu u terapeuta.

PŘÍČINY PANICKÉ ATAKY

Za jednu z příčin považuje úmrtí své příbuzné, když jí bylo 9 let. V té době se objevily první úzkosti a měla strach o životy svých blízkých, což se projevilo i ve chvíli, kdy vstoupil do života její přítel. Měl strach i o něj. Respondentka si uvědomuje, že je úzkostný, hypersenzitivní typ osobnosti a že je „závisláček“ na rodině. Panika se objevily ve chvíli, kdy začala studovat daleko od rodiny. Marie v rozhovoru uvedla, že by s kamarádkou na dovolenou nejela, že potřebuje mít u sebe svou rodinu. S přítelem ale cestuje. *„Pro mě je strašně důležitý tady s nimi být. Na střední jsme měli jet na výlet do Prahy, to nebylo možné a nejela jsem na hory na střední, takže ty úzkosti byly omezující. Ani s kamarádkou bych nejela na dovču. Potřebuji k tomu někoho ze svých nejbližších, abych to zvládla“.*

Její matka jí svěřila, že v jejím věku, možná mladší taky si taky vše hodně brala. *„Ale asi to nebylo tak intenzivní . Časem z toho vyrostla a naučila se mít lidi u zadku a slušně je odpálkovat“*, dodává Marie. V jejím případě může být jednou z příčin panických atak i výskyt úzkostnějšího typu osobnosti v ženské linii.

JAK POZNÁM, ŽE PANICKÁ ATAKA NASTANE

Marie na tuto otázku odpověděla stručně a jasně. Proto zde uvádím přesný opis jejích slov. *„Brní mi zuby, třes rukou hodně, teplo zima, dech, musím mít někoho při ruce, já se bojím, že se zblázním. Vím, že jsem se ptala i doktorky, přej, že vůbec ne“.*

CO MI POMÁHÁ ZVLÁDNOUT AKUTNÍ PANICKOU ATAKU

V nejhrošším období se paniky objevovaly i dvakrát denně. Marie byla i hospitalizovaná v psychiatrické léčebně. Akutní panické ataky zvládla. Méně intenzivní stavy v současnosti zvládá pomocí způsobů popsaných v následující větě. *„Vím, že mi hodně pomáhá mluvit o tom, se vykřičet, vyřvat, pomáhá mi to dýchání do sáčku z té pohotovosti, zkrátka nějak vím, co s tím“.*

CO MI POMÁHÁ UDRŽET SE V POHODĚ

Marii pomáhá být v blízkosti své rodiny. Sama si uvědomuje závislostní rys své osobnosti, jak popisují u tématu Příčiny panické poruchy. Velký vliv na její současný stav, má i prodělaná terapie, kde opět našla svou ztracenou sebedůvěru, sama sebe, své směřování v životě a naučila se tolik se nezaobírat zbytečnostmi, názory druhých. Ke zlepšení jejího stavu a udržení remise přispívá i dlouhodobá medikace (Asentra 50mg/den, v nejhorších stavech užívala Lexaurin, Neurol), také stabilní rodinné zázemí a vztah s přítelem. Marie studuje speciální pedagogiku, což ji naplňuje a dle svých slov ji uklidňuje, že ví, kam v životě směřuje. Pořádila si s přítelem psy a v dobré kondici se udržuje i pomocí procházek, běhání, cestování s přítelem, vaření, maličkosti, které dělají jí i druhým radost. *„Mám dva skvělé psy, procházky, s přítelem jsme hodně cestovali, ráda vařím, ještě líp, když to někomu chutná. Takové drobnosti. Celkem jsem vyklidněná a řeším věci v klidu“*. *„Přijde mi, že jsem našla nějak svůj balanc, že dělám, co mě baví a vím, co se sebou“*. Jistotu ji poskytuje možnost kdykoliv zavolat terapeutovi. Za neméně důležité považuje pravidelnost. Pravidelně jíst, spát, sportovat. *„Je potřeba nějaká pravidelnost a né, když je člověkovu už líp, se na vše vykašlat, prostě setrvat“*.

VLIV PANICKÝCH ATAK NA MŮJ ŽIVOT

Díky tomuto onemocnění měla možnost poznat sebe samu a naučit se nebrat spoustu věcí v životě, názorů druhých, tak vážně. Lépe se umí postavit za sebe samu. Ví, kam v životě směřuje, co ji baví. Sama, říká, že našla *„svůj balanc“*. Nějaký neúspěch či těžkost ji už tak nerozhodí, protože ví, že v životě už zažila *„horší věci“*.

5.1.4 Cecílie

U Cecílie se první ataka objevila ve 20 letech, kdy situaci začala řešit s psychologem a psychiatrem. Díky terapii si zpětně uvědomila, že příznaky se objevily už v dětství (agorafobické strachy - např. z otevřených prostor, omdlávání). První ataka se objevila při práci v bistro. Cecílie nemohla popadnout dech, bylo jí na omdlení, měla strach z infarktu či udušení. Ze začátku se ataky objevovaly i 4krát do týdne. *„Měla jsem pocit, jakože nemůžu dodechnout a vyskalovalo to do takového pocitu, že se budu udusím, že budu mít infarkt, tady tohle bylo dost intenzivní, takže jsem to pak začala řešit, protože tady po té atace, se začala sílit taková ta nejistota, že jsem začala mít takový ten pocit, jestli zvládnou cestu do*

svého rodného města“. U Cecílie se začala rozvíjet agorafobie, kterou má též potvrzenou psychiatrem. Nejdříve si myslela, že je to něco somatického, proto absolvovala několik vyšetření. Při návštěvách u lékařů si uvědomila, že je problém spíš „v hlavě“. *„Když jsem obcházela po těch vyšetřeních, tak jsem si uvědomila, že to bude asi v hlavě, protože, když jsem měla záchvat agorafobie, tak jsem si uvědomila, že to můžu zvládnout hlavou“.* V tomto názoru jí utvrdil i rozhovor s kamarádkou, která měla kamarádku s panickou poruchou. Poté Cecílie vyhledala odbornou pomoc. Ze začátku, po domluvě s psychiatrem, léky nebrala, pro nezbytné případy jí byl předepsán Lexaurin. Její stav se pak zhoršil a lékař nasadil antidepressiva. V té době se její úzkostné stavy začaly projevovat spíše tělesně jako různé brnění, paralýza končetin, otoky prstů. U Cecílie se nejvíce projevila i agorafobie. Ze začátku jí musel často doprovázet přítel a měla tendence se určitým místům vyhýbat. Pomohla jí terapie a postupné vystavování se místům, kterým se vyhýbala. Jako jiné respondentky například popisuje i strach jezdit městskou hromadnou dopravou. U Cecílie šlo o tramvajové můstky bez zábradlí. Bála se, že spadne pod tramvaj. Terapeutka jí doporučila relaxaci, autogenní trénink. Cecílie se také, jako jiné respondentky, věnuje józe. Uklidňovalo a uklidňuje ji porozumění nemoci. Kvůli edukaci navštívila dalšího odborníka a informace od něj jí uklidnily. Důležitým tématem v jejím životě je strach z nemocí, zejména z rakoviny. Na rakovinu zemřel její tatínek, když byla Cecílie v pubertě. Při vzniku panických atak u Cecílie mohl sehrát svou roli i úzkostnější typ osobnosti. Jako úzkostnější vnímá, jak svou maminku, tak babičku. V současné době je dle svých slov v remisi, i když zažila i relaps. Avšak silnější ataku než tu první, už neměla. Proto dnes užívá s větší pokorou léky a dbá na doporučení odborníků. Hodně jí pomáhá pravidelný životní styl.

PŘÍČINY PANICKÝCH ATAK

Cecílie se se svou terapeutkou shodly, že příčinou hrůzy z nemocí, a i následných panických atak může být úmrtí Cecíliina tatínka, když byla v pubertě. Tatínek umřel na rakovinu, a právě rakoviny se Cecílie obává nejvíce. *„Co se týče té mojí hrůzy z nemocí, tak moje terapeutka i já si myslíme, že to souvisí s tím, že mě zemřel otec v pubertě a prostě se to začalo trochu zhoršovat, strach z doktorů a z rakoviny, protože já teď jedu furt nějaké rakoviny, tatínek zemřel na rakovinu, částečně i to, že moje mamka i babička jsou docela úzkostlivé, i když jim to možná nepřijde“.* Vysledovala, že se jí úzkostné stavy spouští po alkoholu. Příčinu vidí i ve své úzkostnější osobnosti.

JAK POZNÁM, ŽE PANICKÁ ATAKA NASTANE

Cecílie dokáže rozpoznat, že panická ataka nastane. Začnou ji brnět končetiny, cítí slabost a má potíže s dechem. Nemůže jakoby dodechnout. *„Myslela jsem, že to přejde, ale ono se to začalo stupňovat, když jsem se vrátila mezi ty lidi, měla jsem pocit jakože nemůžu dodechnout a vy eskalovalo to do takového pocitu, že se bud udusím nebo, že budu mít infarkt, tady tohle bylo dost intenzivní“.*

CO MI POMÁHÁ ZVLÁDNOUT AKUTNÍ PANICKOU ATAKU

Cecílii přináší pocit jistoty edukace. Potřebuje rozumět tomu, co se s ní v danou chvíli děje a proč. Třeba proč ji po větším stresu natékají prsty. Pokud rozumí příčinám atak, chemickým změnám uvnitř těla, projevům panických atak, pak je klidnější. Opakováním známých faktů dokáže panickou ataku zmírnit či zastavit. *„Mě ještě napadá, že mi pomáhá vysledovat, znát tu příčinu, proč se mi ta úzkost spouští, není to jakoby z ničeho nic a vím tu příčinu, tak je to pro mě miň děsivé a je menší pravděpodobnost, že z toho bude nějaká ataka“.* U akutní ataky či náznaku ataky, jí pomáhá zastavit se a dýchat. Uklidňuje ji přítomnost lidí, kteří ví o jejích potížích a v případě nutnosti se na bez vysvětlování může obrátit. Ataku dokáže zmírnit i racionalizací. Mluví k sobě a říká si objektivní fakta, že její nepříjemné pocity, jsou způsobeny panickou atakou.

CO MI POMÁHÁ UDRŽET SE V POHODĚ

Cecílie je tvůrčí typ. Pomáhá jí tanec a také jóga. Jógová cvičení si propojila s relaxací, podobně jí svědčí fyzický výkon a následná relaxace. Chodí běhat. *„Hrozně jsem si oblíbila kombinaci toho fyzického výkonu a toho uvolnění po tom“.* Bere pravidelně léky, protože ze zkušenosti ví, že se jí laxnost v tomto směru nevyplatila a stavy se jí po samovolném vysazení léků vrátily. Pomohla a pomáhá jí psychoterapie, pravidelný životní styl. Úzkosti a možné ataky zmírňuje i přítomnost lidí, kteří o její poruše ví, jak jsem psala v předchozím tématu.

VLIV PANICKÝCH ATAK NA MŮJ ŽIVOT

U Cecílie měla nemoc rychlý nástup, včetně agorafobie. Začala se vyhýbat místům, která u ní zvětšovala pocity napětí, což ji začalo omezovat. Ze začátku ji na spoustu míst musel doprovázet přítel, než se díky terapii naučila nepříjemné stavy zvládat sama. Proto na sobě začala pracovat a dodnes chodí na terapii. Přes nepříjemné prožitky má dojem, že panické ataky a agorafobie měly spíše pozitivní vliv na její život. *„Paradoxně já si myslím, že to ten*

život neovlivnilo vůbec negativně, protože mě kdyby se tohle nestalo, tak já bych nikdy nešla na tu terapii, teďka ani už nepotřebuju řešit ani ty ataky a tak, takže bych řekla, že díky terapii ten svůj život spíše zkvalitňuju“. Dříve byla Cecílie hodně orientovaná na výkon, musela dokázat, co si zamlouvala, teď je pokornější vůči svému tělu. „*Jakože jsem vedla takový bezohledný život vůči tomu tělu, že jsem byla člověk, který musí všechno dokázat a tohle mě přinutilo nějakým způsobem být i pokornější k tomu tělu a uvědomit si, že nezvládnou všechno“.* Podle Cecílie ji činí vypořádávání se svými psychickými potížemi odolnější.

6) Společná analýza dat

Nejdříve byly jednotlivé rozhovory respondentek analyzovány každý zvlášť. Každé respondentce je věnována samostatná kapitola, která začíná souhrnem jejího příběhu a odpověďmi na vybraná témata. Až poté jsem syntetizovala data od všech respondentek do komplexních výsledků a snažila se najít jevy, které jsou společné všem nebo alespoň třem respondentkám ze čtyř. Na základě syntetizovaných dat jsem se pokusila odpovědět na výzkumné otázky. Výsledky analýzy lze nalézt v kapitolách Diskuse a v Závěru.

6.1 Analýza získaných dat

Analýza získaných dat vychází ze čtyř oblastí, které souvisejí a kopírují znění výzkumné otázky. Tyto čtyři oblasti kopírují čtyři témata, které jsem v průběhu rozhovorů rozšířila o jedno téma, která považuji v souvislosti s životem s panickými atakami za přínosné.

6.1.1 Seznam témat

- Příčiny panických atak
- Jak poznám, že panická ataka nastane
- Co mi pomáhá zvládnout akutní panickou ataku
- Co mi pomáhá udržet se v pohodě
- Vliv panických atak na můj život

Na základě těchto obecných témat se v průběhu prepisování rozhovorů, při opakovaném čtení jednotlivých příběhů respondentek, objevovala další opakující se podtémata, pojmy či

způsoby práce s panickými atakami, které jsem přetransformovala do vhodných kódů a poté jsem je zařadila do vznikajících kategorií (témat).

6.1.2 Okruhy a kategorie (témata)

Příčiny panických atak

- Akutní spouštěče
- Vliv dřívějších událostí

Jak poznám, že panická ataka nastane

- Tělesné příznaky
- Psychické příznaky

Zvládání akutní panické ataky

- Léky na uklidnění
- Způsoby zvládání akutní panické ataky

Jak se udržuji v remisi

- Medikace
- Psychoterapie a sebepoznání
- Pohyb, cvičení
- Rodina, blízké osoby

-Relaxace

-Životní styl

-Životní náplň

Vliv onemocnění na můj život

-Pozitivní přínos

-Negativní přínos

6.1.3 Kategorie (témata) a kódované pojmy

Zde uvádím témata a z nich vzniklé či vynořující se kódy, se kterými jsem v rámci analýzy nejvíce pracovala. Tyto kódy doplňuji i ukázkami z rozhovorů

6.1.3.1 Příčiny panických atak

Respondentky během rozhovorů často zmiňovaly, že jim pomáhá či pomohlo znát příčiny vzniku panických atak, což jim umožnilo tyto psychické stavy pochopit, integrovat do života. Znalost příčin má vliv na předcházení panickým atakám.

Akutní spouštěče

- Momentální stres

„A Když jsem to pak analyzovala , tak to určitě bylo z přetížení. Já jsem tam byla s oběma dětma bez manžela, chtěla jsem jim udělat hezké prázdniny. Já jsem tam kolem nich běhala jako blázen v tom horku a v tom šíleném presu, aby oni měly hezké prázdniny, mě nedošlo, že se strašně vyčerpávám a tam mě poprvé chytla ta panika“ (Milada).

„ Mě se spustily ataky v souvislosti se školou, protože mě jeden vedoucí práce, se kterým jsem myslela, že to mám domluvený a mě ten vedoucí práce řekl 14 dní před tím, než jsme

měli termín všeho odevzdání, když jsem tam jela, že mi tu práci nepovede a odvedl mě za tou Jochmanovou, takže já jsem chytla druhýho nerva, že tu práci poseru a že to bude blbý, to mi spustilo zase ty ataky tohle to, protože já jsem se cítila hrozně ohrožená“ (Klára).

Vliv dřívějších událostí

- Úmrtí v rodině do 20 roku

„Co se týče té mojí hrůzy z nemoci, tak moje terapeutka i já si myslíme, že to souvisí s tím, že mě otec zemřel v pubertě a prostě se to začalo trochu zhoršovat, strach z doktorů a z rakoviny, protože já jedu furt nějaké rakoviny, tatka zemřel na rakovinu“ (Cecílie).

„Já jsem ze severu Čech a já jsem tam začala pracovat v 19. no a to začalo, to bylo více událostí, protože mě v 19 letech zemřel přítel, já jsem ho našla ve vaně, to byla jedna věc, kterou já jsem rozhodila sama, já jsem k žádnému psychologovi nechodila kvůli tomu“ (Klára).

- Dlouhodobý stres

„Když mi bylo 24, jsem už měla novýho přítele, jsme se rozešly a odstěhovala se nám spolubydlící, takže jsem byla v situaci, kdy jsme musela platit celý byt, 14 tisíc, celou činži, to bylo náročný, umřel mi pes, tohle vše bylo v krátkém čase, můj táta dostal mrtvici a pak mě vyhodili z práce, já jsem poslední peníze dala na péči kocoura, kterému selhávaly ledviny, takže já jsem byla na nule a čekala jsem na poslední výplatu, která mi přijde z práce, teďka nová práce v nedohlednu, teďka jak zaplatím nájem, rodiče mi pomoci nemohli, já jsem byla na to samo a od této chvíle se mi spustily ty ataky a já jsem jako nevěděla co to je“ (Katka).

„Pak jsem byla nějaký čas doma, ale nějak to nešlo, protože jsem pořád myslela na to, co by bylo kdyby, kdyby... Hlava mi jela na 150 procent, nešlo to zastavit a ty paniky se začaly zvyšovat“ (Marie).

- Typ osobnosti

„Vím, že sem se tam hrozně netěšila a už jsem měla v hlavě měla to podvědomí, že to nevyjde. Protože jsem takový asi závisláček na rodině a na příteli a nejsem ten studentský typ asi úplně a nechtělo se mi do toho“ (Marie).

„Mamka ještě říká, že já jako od mala jsem se o sebe víc bála, že já mám jako 2 sourozence nevlastní a já jsem sledovala, jak je běžné u dětí, že se do nějakého věku o sebe vůbec nebojí a já jsem se prostě bála od mala“ (Cecílie).

6.1.3.2. Jak poznám, že panická ataka nastane

Lidí zažívající panické ataky je popisují jako velmi nepříjemné stavy. Domnívám se, že pokud znají signály těla či psychiky, můžou se pokusit panické atace předejít, proto jsem tuto otázku položila respondentkám v mém výzkumu.

Tělesné příznaky

- Bušení srdce

„Ano už na té Krétě, že jsem jako měla stavy toho bušení srdce a pocit na ten kolaps“ (Milada).

- Brnění, třes

„Takže začal hysterický pláč a nemohla jsem se nadechnout, nemohla jsem popadnout dech a zase polilo mě horko a zároveň zima, třes , úplně mě brněly zuby, já jsem tehdy nevěděla, co mi je, jen jsem říkala, prosím, prosím, ať to přestane“ (Marie).

- Potíže s dechem

„ Takže začal hysterický pláč a nemohla jsem se nadechnout, nemohla jsem popadnout dech a zase polilo mě horko a zároveň zima, třes , úplně mě brněly zuby, já jsem tehdy nevěděla, co mi je, jen jsem říkala, prosím, prosím, ať to přestane“ (Marie).

- Slabost

„Myslela jsem, že to přejde, ale ono se to začalo stupňovat, když jsem se vrátila mezi ty lidi, měla jsem pocit jakože nemůžu dodechnout a vyeskalovalo to do takového pocitu, že se budu udusím nebo, že budu mít infarkt, tady tohle bylo dost intenzivní“ (Cecílie).

Psychické příznaky

- Strach, že umřu

„Tam mě to poprvé chytila ta panika, jakože jsem myslela, že mám infarkt, že umřu na Krétě“ (Milada).

- Depersonalizace

„Poznám to, hlavně když jsem přepracovaná. Já jsem cítí odpojená, necítím tělo, nevím, co cejtím, jediný co, tak cejtím někde vzadu nasranost, netrpělivost“ (Klára).

6.1.3.3 Zvládnutí akutní panické ataky

Osvojení způsobů zvládnání panických atak vlastními silami je důležitou součástí psychoterapií panických atak a může vést u pacientů k nabití sebejistoty, že ataky v případě potřeby zvládnou a zvládnou s nimi žít relativně normální život. Mnohdy totiž výskyt panických atak, například na veřejných prostranstvích, vede k vyhýbání se místům, kde k panickým záchvatům došlo. V extrémním případě není postižená osoba schopna vycházet ze svého domova. Proto je nezbytné v případě potřeby umět panické ataky zvládnout ve společnosti, v práci, ve veřejné dopravě i o samotě doma, v přírodě.

Léky na uklidnění

„Normálně to se mnou házelo, já jsem byla úplně paralyzovaná. Nic, už jenom Rivotril. Já jsem to napřed zkoušela, ale pak jsem si říkala, konec frajeřiny, to už nedám, jsem poznala, že je to v háji, takže jsem si vzala hnedka 2, i tak to trvalo ještě 45 minut, než jsem se uklidnila“ (Milada).

Způsoby zvládnání akutních panických atak

- Práce smyšlenkami (racionalizace)

„Mě ještě napadá, že mi pomáhá, vysledovat a znát tu příčinu, proč se mi ta úzkost spouští, není to jakoby z ničeho nic a vím tu příčinu, tak je to pro mě míň děsivé a je menší pravděpodobnost, že z toho bude nějaká ataka, když tohle vím“ (Klára).

- Práce s dechem

Když má tu ataku mimo domov, tak mi taky pomáhá ten dech, tam samozřejmě nepraktikuju nějaké dechové cvičení, ale jako, že člověku se pomáhá zklidnit, ten dech“ (Cecílie).

- Přítomnost jiné osoby

„Jsem to ze začátku zvládala hodně špatně, asi měsíc, dva, kdy jsem potřebovala, aby se mnou hodně chodil přítel a zároveň, když jsem to řešila s tou psychoterapeutkou, tak jsem zároveň začala jako trénovat, to dělám dodneška, protože když se nevystavuju těm místům, které mi spouští ty ataky tak se to vrací zpátky nebo se to částečně zhoršuje“ (Cecílie).

6.1.3.4. Jak se udržuji v remisi

Panické ataky jsou silným a nepříjemným zážitkem či spíše prožitkem. Většina postižených lidí je nechce zažít znovu a snaží se najít způsoby, jakými mohou udržet období bez panických atak, co nejdéle. V mnohých případech pomáhá kombinace psychofarmak, psychoterapie. Respondentky v mém výzkumu uváděly i pohyb, přítomnost blízké osoby, odpočinek a záležitosti související s pozitivním naplněním jejich života jako je práce, studium, koníčky, hodnoty, poznání sebe, nalezení smyslu života.

Medikace

„Přišlo mi zbytečný je brát, když to bylo lepší, tak jsem si dřív občas vysadila sama, beru je tak 3-4 roky, teď je ale beru poctivě, protože se mi ten stav v tom prosinci fakt hodně zhoršil než mě přítel vzal k tomu lékaři, ten stav se postupně zlepšil, pořád to nějak řeším s terapeutem, ale beru je poctivě“ (Cecílie).

Psychoterapie a sebepoznání

„Doporučila mi tehdy terapie, platila jsem si ho, ale došlo k uklidnění, že špatná nejsem, že život jde dál, že nestuduji teď, ale můžu studovat, jsem si ty slova vzala k srdci, chodila jsem

tam jednou, někdy dvakrát týdně, stálo to dost peněz, ale vůbec toho nelituju, hodně mi to pomohlo“ (Marie).

Pohyb, cvičení

„Ráda jezdím na kole, chodím do sauny, plavu, takže mám jakoby sportovní vyžití, které mě hrozně pomáhá, endorfinuje, nabuzuje a další věc je, že si doma cvičím tu jógu“ (Milada).

Rodina, blízké osoby

„Ani s kamarádkou bych nejela na dovču, potřebuji k tomu někoho ze svých nejbližších, abych to zvládla“ (Marie).

Relaxace

„Mám od pana doktora, kterou pracovně nazývám „ano, ne“, Jeden cvik je přijímám a druhý cvik je nepřijímám, je to v jednom, ta meditace je součástí. jsou jednoduché cviky, třeba naznačování půlkruhu, ale člověk tím zastaví mozek, je to meditace v pohybu, není to meditace, kdy člověk sedí“ (Milada).

Životní styl, pravidelnost

„Já benefituji z té pravidelnosti, z toho, že se nedostávám do těch situací, kdy nemám něco hotového den předtím a klohním to na kolena, což bylo dřív“ (Klára).

Životní náplň

„Zkrátka nějak vím, co s tím a přijde mi, že jsem našla nějak svůj balanc, že dělám, co mě baví a vím, co se sebou“ (Marie).

6.1.3.5. Vliv onemocnění na můj život

Panické ataky jsou nepříjemné psychické a tělesné stavy. Pokud se objevují opakovaně na stejných místech (veřejná doprava, fronta v obchodě, při běhání o samotě v lese), může se člověk začít těmito místům ze strachu z další ataky vyhýbat, což může být hodně omezující. Proto lidé, kteří zažívají ataky opakovaně, hledají způsoby, jak je minimalizovat. Většinou vyhledají psychoterapeuta a s ním hledají příčiny vzniku panických atak, způsoby, jak minimalizovat jejich výskyt, hledat i pozitiva nemoci. Respondentky uváděly, že pozitivní

náhled na svoji nemoc získaly jak pomocí terapie, tak samostudiem či přemýšlením nad svým životem.

Pozitivní přínos

„Paradoxně já si myslím, že to ten život neovlivnilo vůbec negativně, protože mě kdyby se tohle nestalo, tak já bych nikdy nešla na tu terapii, teďka ani už nepotřebuju řešit ani ty ataky a tak, takže bych řekla, že díky té terapii ten svůj život spíš zkvalitňuju než že by mi to přineslo něco vysloveně negativního“ (Cecílie).

Negativní přínos

„Kdybych nebyla nemocná, tak bych mohla dělat tělocvik, já jsem, mohla bych být úplně někde jinde, to mě mrzí, děti jsem chtěla mít tři, to nešlo, když jsem onemocněla, sílu mě to vzalo“ (Milada).

6.2 Odpovědi na výzkumné otázky

V této kapitole se pokusím stručně odpovědět na výzkumné otázky.

Otázka OT1: Jak rozumíte příčinám, které u Vás vyvolávají panickou ataku?

Respondentky dokázaly příčiny svých panických atak popsat a dát do souvislosti se svým životem a výskytem panických atak. Znalost některých příčin (například nadbytečný stres proto, že dělám práci na poslední chvíli), které u nich panické ataky vyvolávají, jim umožňuje atakům předcházet a tyto spouštěče minimalizovat.

Otázka OT2: Jak poznáte, že panická ataka nastane?

Každá respondentka uvedla příznaky, podle kterých příchod panických atak pozná. Všem respondentkám byl společný pocit slabosti a strach, že umřou. Tři respondentky před nástupem panické ataky pociťují brnění, cukání nebo třes. Třem respondentkám začne silně bušit srdce.

Otázka OT3: Jakým způsobem zvládáte akutní panickou ataku?

Při akutní panické atace respondentkám nejvíce pomáhají dechové techniky, například jógový dech (dýchá se přes břicho). Jedna respondentka dýchá pomocí igelitového sáčku,

dále jednorázové užití léků na uklidnění a práce s myšlenkami (nic se neděje, zažívám jen panickou ataku, neumřu).

Otázka OT4: Jakým způsobem udržujete stav remise?

Respondentky udržují stav remise zejména pomocí psychoterapie, dlouhodobého užívání psychofarmak (kromě Kláry), pravidelným pohybem a cvičením jógy, přítomností rodiny a kamarádů, odpočinek a relaxace, pravidelný životní styl a naplněný, smysluplný život.

DISKUSE

Cílem výzkumu bylo najít odpovědi na čtyři základní výzkumné otázky a s nimi spojená hlavní témata rozhovorů s jednotlivými respondentkami. Následně se pokusit tato témata analyzovat, a pokud možno, výsledky analýzy uspořádat do kompaktního systému vzájemně propojených informací a poznatků.

Už od začátku výzkumu jsem si začala uvědomovat jistá rizika. Sama mám diagnostikovanou panickou poruchu, proto jsem se snažila si pohlídat, abych do práce či do rozhovorů neprojektovala své osobní zkušenosti v nepřiměřené míře. Mé zkušenosti byly v rámci výzkumu spíše přínosné, jak se ukázalo během samotných rozhovorů. Vzhledem k osobní zkušenosti se silnými panickými atakami, jsem se dokázala lépe vcítit do prožitků respondentek. Rozhovory tak byly otevřené a respondentky v podstatě samy vyprávěly svůj příběh v uceleném kontextu. Občas jsem se dotazovala na detaily či se ujišťovala, zda správně chápu obsah jejich sdělení. Avšak při hodnocení vlivu a dopadu panických atak na život respondentek, respondentky zmiňovaly převážně pozitivní přínos panických atak na jejich život. V tomto kontextu mě napadla otázka, zda skutečností, že studuji psychologii a sama jsem panické ataky ve svém životě relativně zvládla, neměla vliv na to, že se prezentovaly jako silnější, než ve skutečnosti jsou.

Dalším rizikem, ale i důvodem, proč jsem si vybrala interpretativní fenomenologickou analýzu pro práci se získanými údaji, je možnost subjektivnější interpretace příběhů jednotlivých respondentek. Snažila jsem se při interpretaci dat držet faktů, doplňovat a ověřovat si souvislosti u respondentek samotných. Nicméně mi interpretativní fenomenologická analýza při interpretaci dat umožnila vnášet mé osobní postřehy a pochopení příběhů respondentek, i na základě mé zkušenosti se zkoumaným fenoménem.

Pro účely bakalářské práce je v rámci interpretativní fenomenologické analýzy doporučeno zpracovat 3-6 rozhovorů. Celkově se výzkumu účastnilo 8 respondentů / respondentek. Pro analýzu získaných dat jsem nakonec vybrala 4 rozhovory, které poskytovaly ucelenější pohled na život respondentek s panickými atakami, což mi umožnilo více pochopit jejich prožitky a zkušenosti.

Během rozhovorů jsme se dotýkaly i velmi citlivých témat. Pro výzkum bylo důležité mít jednotlivá data, důležité okamžiky v kontextu. Abych jim lépe porozuměla, ptala jsem i na

nepříjemné okamžiky života klientek, které mohly vyvolat citovou odezvu. Na začátku povídání jsem všem respondentkám zdůraznila možnost, kdykoliv z výzkumu odstoupit (i po dokončení rozhovorů), přerušit ho, neodpovídat na otázky. Snažila jsem se vycítit, kdy je potřeba nějaké téma terapeuticky ošetřit, odlehčit. Má za sebou kurz krizové intervence, včetně praxe ve službách pro lidi v krizi, tudíž mnohé akutní situaci dokážu ošetřit. Během rozhovorů k žádné náročnější situaci nedošlo. Respondentkám jsem nabídla, že se mi mohou ozvat i po skončení rozhovorů, kdyby chtěli doplnit údaje k výzkumu, doptat se podrobnosti k výzkumu či odmítnout účast ve výzkumu dodatečně.

Během rozhovorů jsem zjistila, že výzkum mapuje jen určitou skupinu žen s panickými atakami, a tudíž ho nelze použít na celou skupinu lidí s panickými záchvaty. Všechny ženy jsou studentkami nebo absolventkami vysoké školy, což nebyl záměr. Tudíž reprezentují pouze určitou skupinu žen v populaci. Respondentky byly pouze čtyři, proto je možnost aplikace výzkumu, byť jen na vysokoškolsky vzdělané ženy, značně omezená. Pro větší platnost získaných závěrů by bylo potřeba výzkum provést na větším vzorku populace vysokoškolsky vzdělaných nebo žen, které vysokou školu studují.

Mezi výraznější rysy jejich osobnosti patří silná vůle, odhodlanost na sobě pracovat a žít „normální život“. Řadí se mezi tu část lidí, kteří zažili či zažívají panické záchvaty, kteří se naučili s nemocí žít a žijí relativně „normální život“. Nepobírají invalidní důchod

Všechny ženy mají od lékařů či psychologů potvrzeno, že se jednalo o panické ataky. Dvě respondentky mají panickou poruchu diagnostikovanou přímo, jedna respondentka má jako hlavní diagnózu bipolární poruchu, jedna tvrdí, že diagnózu jako takovou nemá. Nicméně jí panické ataky byly potvrzeny psycholožkou.

Všechny respondentky vyhledaly kvůli psychickým potížím psychiatra i psychologa. Všechny braly v nějakém období svého života léky a chodily na terapii. Dvě absolvovaly kognitivně-behaviorální terapii, která se pro práci s panickými atakami většinou doporučuje kvůli nácviku vystavování se ohrožujícím situacím (například klient má paniky ve frontě v obchodě, takže se pracuje na zvládnutí tohoto strachu a terapie může probíhat i tak, že terapeut jde s klientem do obchodu). Jedna absolvovala terapii zaměřenou na řešení, jedna dlouhodobě prochází gestalt terapií. Účastnice výzkumu spíše využily podporu terapeuta ve složité situaci, aby ji zvládly. Pomáhalo jim o svých stavech mluvit, pochopit je, poznat

příčiny panických záchvatů. Vědět, co se s nimi děje a že neumřou. Strach z vlastní smrti uváděly všechny respondentky.

U tří ze čtyř respondentek jsem vysledovala větší míru intuice a z ní plynoucího jednání. I bez znalostí technik kognitivně-behaviorální terapie věděly, že se nesmí dát a musí chodit mezi lidi. Jako by věděly, co v danou chvíli dělat, i bez odborné pomoci. Zajímavá, je skutečnost, že tyto 3 ženy patří mezi tvořivé typy. Jedna maluje a píše knihy, druhá tančí a třetí hraje divadlo. Vystává pro mě tedy otázka, do jaké míry může intuice u jedince, ovlivnit překonání panických atak? Pojem intuice je těžko uchopitelný a měřitelný, přesto velmi zajímavý fenomén a námět k dalšímu zkoumání.

PŘÍČINY PANICKÝCH ATAK

Všechny respondentky dokázaly odpovědět na otázku, zda znají příčinu panických atak. U všech se objevuje v nějaké podobě strach ze smrti. Jako možnou příčinu podílející se na vzniku panických atak ji uvedla Marie. V 9 letech si její příbuzná vzala život a od té doby trpí nadměrnými obavami o život svých blízkých a úzkostmi. Zkušenost s úmrtím blízkého člověka má i Klára. V 19 letech našla svého přítele bez známek života. Cecílii umřel v době dospívání tatínek na rakovinu. Miladě zemřela maminka v raném dětství, byly jí 4 roky. Všechny respondentky před 20 rokem života zažily úmrtí blízkého člověka, které se jich úzce dotýkalo. Vystává pro mě otázka, jak moc úmrtí blízké osoby v dětství či v dospělosti souvisí s výskytem panických atak?

Milada, Klára, Monika i Cecílie, tedy všechny respondentky, řešily v souvislosti s výskytem panických atak i strach z infarktu, ze své smrti. Bály se, že umírají a byly nuceny pracovat s tématem smrti. V tomto kontextu mě napadá otázka, jak moc se psychologové v rámci terapie panických atak zaměřují na tematiku smrti a strachu ze smrti a jak toto téma pojmají. Podle mě nemusí jít vždy jen o zástupný problém. Téma smrti se může opravdu týkat jen strachu ze smrti. Irvin D. Yalom ke klientce s panickými atakami píše: „žádný z jejích předchozích terapeutů se nezabýval závažností a významem jejího všudypřítomného strachu ze smrti. Tato běžná chyba má úctyhodnou tradici, její kořeny až k úplně první psychoterapeutické publikaci: k Freudově a Breuerově Studii o hysterii z roku 1895“ (Yalom, 2008. 20).

Jako další příčinu, kterou uvedly dvě respondentky v průběhu rozhovoru a poukazuje na ni i odborná literatura, patří typ osobnosti. Dvě respondentky uvádějí, že si všimly úzkostné symptomatiky u sebe i u svých matek, popřípadě babiček. Další dvě respondentky se za vysloveně úzkostný typ nepovažují a ani u žen ve své rodiny zvýšenou úzkostnost nezpozorovaly. V této souvislosti mě napadlo, zda lze vysledovat úzkostný typ osobnosti napříč ženskou linií v konkrétní rodině ve vztahu k záchvatům paniky.

Často a podle očekávání, uváděly respondentky jako příčinu vyvolávající panické ataky stres. V rámci výzkumu jsem stres rozdělila na momentální (měsíc trvajících) a dlouhodobý (trvajících déle než 1 měsíc). Téměř všechny respondentky kromě jediné zažily relaps. U tří hrál významnou roli stres. Marie má zkušenost z panickými atakami nejkratší dobu, relaps nezažila, nicméně ví, že je velmi citlivá na jakoukoliv psychickou zátěž. Podle odborné literatury, i podle mých zjištění, stres hraje ve většině případů spouštění panických záchvatů významnou roli. Monika Baslíková (2015, 21) ve své bakalářské práci o psychologických aspektech panické poruchy uvádí: „*pro rozvoj panické poruchy je stres důležitým faktorem. Lidé, kteří žijí v neustálém stresu a jsou jemu vystavováni doma, v práci nebo ve škole, jsou náchylní na rozvoj úzkosti*“. Nejčastěji se záchvaty paniky objeví v době zvýšeného stresu. Rozhovory v rámci mého výzkumu tuto skutečnost potvrzují.

V odborné literatuře je jako příčina panických atak často zmiňováno problematické dětství. Klára zmiňuje odmítání otcem, Milada smrti maminky v raném věku, žádné zmínky o výrazné psychické či fyzické újmě nebo týrání respondentky neuváděly.

JAK POZNÁM PŘICHEZAJÍCÍ ATAKU

V dalším okruhu mě zajímala skutečnost, zda respondentky dokážou rozpoznat příchod panických atak. Všechny odpověděly kladně. Téma jsem rozdělila na fyzické a psychické příznaky. Převládá popis fyzických příznaků. Při příchodu panické ataky všechny čtyři respondentky pociťovaly stavy slabosti nebo motání hlavy. Tyto příznaky bývají v odborné literatuře popisovány jako psychické, jak uvádím v teoretické části, nicméně respondentky je vnímaly jako fyzickou nevolnost. Tři uvedly bušení srdce, třes nebo brnění. Mnou zjištěné příznaky se shodují s příznaky, které uvádím v teoretické části práce. Překvapilo mne, že pouze jedna respondentka uvedla jako příznak přicházející ataky depersonalizaci, kterou popisuje těmito slovy. „*Já jsem cítí odpojená, necítím tělo, nevím, co cejtím, jediný co, tak cejtím někde vzadu nasranost, netrpělivost*“ (Klára). Obecně psychické příznaky

respondentky neuváděly, ani při opakovaném dotazu. Z psychických příznaku všechny zažily strach, že zemřou. Konkrétně strach z infarktu. Jen jedna respondentka uvedla strach ze zešílení, který je v odborné literatuře zmiňován často. Marie svůj strach popsala slovy. „*Musím mít někoho při ruce, protože já se bojím, že se zblázním*“.

ZPŮSOBY ZVLÁDÁNÍ AKUTNÍ PANICKÉ ATAKY

Zejména po prvních setkáních se záchvaty paniky užívaly respondentky uklidňující léky. Vyzkoušely je všechny čtyři respondentky. Nejčastěji uvádějí Lexaurin, Neurol, Rivotril. Nasazení uklidňujících léků u respondentek se tedy shoduje s údaji v teoretické části práce a s odbornou literaturou. U jedné z respondentek, Kláry, se jednalo o jednorázovou záležitost. Další užívání sedativ odmítla a soustředila se na jiné způsoby zvládnutí panických atak. Nejčastěji tento druh léků užívala Milada, která ze všech respondentek nejtěžší diagnózu. Zbylé dvě respondentky uváděly příležitostné užívání.

Všem respondentkám pomohly a pomáhají rozličné techniky práce s dechem. Marie dýchá za pomoci sáčku. „*Velkým kamarádem je ten igelitový sáček, do kterého si dýchám. To mi pomáhá*“. U všech bych taky uvedla silnou vůli ataky překonat a celou situaci zvládnout a naučit se atakami žít. Všechny respondentky uváděly jako důležitý aspekt při zvládnutí akutních atak práci s myšlenkami. Na základě psychoterapie či četby ví, co se s nimi děje a že jim nejde o život, že některé obavy jsou nadměrné vzhledem k okolnostem. Například Cecílie si opakuje fakta. „*Když mám záchvat, tak mi pomáhá si k sobě mluvit, ty věci, které já si uvědomím, ať už tou terapií nebo sama, pomáhá mi říkat si v duchu takové ty evidentní věci jako když jdu po velkém mostu, tak se bojím, že z toho mostu spadnu do vozovky a tak si říkám, ale to se mi přece nikdy nestalo a kdyby se to stalo, tak by to ty lidi zastavili a pomohli mě*“.

Dvěma ze čtyř respondentek uleví přítomnost blízké osoby. Další způsoby jsou individuální, nicméně mohou být inspirativní. Marii se jde vykřičet, Klára se potřebuje uzemnit. Lehne si nebo sedne, případně odejde z místnosti, když je v práci. Milada si kolem sebe začne stavět kachlová kamna a soustředí se na tuto představu, což ji postupně zklidní.

UDRŽENÍ REMISE

Panické ataky jsou považovány za velmi nepříjemné fyzické i psychické prožitky. Poznání příčin a spouštěčů, zároveň s osvojením způsobů, jakými se lze atakám vyhnout a předejít

je důležitou součástí terapií a celkového zlepšení stavu lidí, kteří záchvaty paniky zažívají, v nejhorší fázi onemocnění i několikrát za týden. Za ideální se považuje kombinace užívání psychofarmak a psychoterapie. Nejvíce doporučovanou terapií pro práci a panickými atakami je kognitivně-behaviorální terapie (KBT).

Všechny respondentky užívaly v určitém období antidepresiva. Všechny se procházely či stále procházejí psychoterapií. Všechny hledaly způsoby, jakými mohou udržet období bez silných panických atak a úzkostí.

V současné době užívají antidepresiva déle než čtyři měsíce 3 respondentky. Pouze Klára je bez medikace. Relaps zažily taktéž tři respondentky. Marie zatím relaps onemocnění neprodělala, panické ataky má potvrzené nejkratší dobu. Tři respondentky, užívající antidepresiva pravidelně, si myslí, že léky mají podstatný vliv na zlepšení jejich stavu. Klára si taktéž uvědomuje, že jí v určité části života antidepresiva pomohla, nicméně má k lékům odmítavější postoj než ostatní respondentky.

Psychoterapie byla přínosná pro všechny respondentky, ačkoliv ne vždy se jednalo o doporučovanou kognitivně-behaviorální terapii. Tu absolvovaly dvě respondentky, Klára a Milada. Milada ji navštěvovala krátce. Vzhledem k pobytu v léčebně a denním stacionáři ji za přínosnou moc nepovažovala. Cecílie navštěvuje gestalt terapii, Klára biosyntézu (dříve několik let kognitivně-behaviorální terapii). Marie si několik měsíců platila terapii zaměřenou na řešení, dnes ji využívá jen příležitostně. Terapie respondentkám umožnily poznat sebe sama, své způsoby myšlení, pochopit příčiny onemocnění a najít způsoby, jakými lze ataky minimalizovat či se jim vyhnout úplně.

Kromě psychoterapie uvedly všechny respondentky pozitivní dopad pohybu na jejich psychickou pohodu. Klára tančí před zrcadlem a cvičí jógu. Marie se potřebuje „*fyzicky zničit*“ běháním. Milada jezdí na kole, plave a taktéž cvičí jógu. Cecílie se věnuje tanci, běhu a józe. Jógu praktikují tři ze čtyř respondentek. Zajímavý by mohl být článek či výzkum na souvislost mezi mírou výskytu panických atak a cvičením jógy. Instruktorka jógy Zuzana Klingrová se věnuje jógovým cvičením zaměřeným na stavy úzkostí, včetně panických atak. Při své praxi a psaní knih vychází i z odborných studií. Ke vlivu jógy na úzkostné stavy ve své knize píše, že: „*Primární úlohou jógy je odvést pozornost smyslů z vnějšího světa do našeho nitra. Zklidnit těkavou mysl a ukázat nám špatné vzorce chování, které mohou vést k prohlubování úzkostných stavů*“ (Klingrová, 2020, 83).

Respondentky se shodují, že zásadní vliv na psychickou vyrovnanost má rodina, kamarádi a nejbližší okolí a životní styl. Významnou roli připisují i trávení volného času a věnování se zálibám. Všechny se také věnují relaxaci. Všechny respondentky zmiňují, že jejich spokojenost souvisí s prací, školou, s jejich směřováním v životě (smyslem, náplní života). *Zkrátka nějak vím, co s tím a přijde mi, že jsem našla nějak svůj balanc, že dělám, co mě baví a vím, co se sebou“ (Marie).*

VLIV PROŽITKŮ PANICKÝCH ATAK NA ŽIVOT

Mimo rámec výzkumných otázek mě zaujaly a zajímaly odpovědi respondentek na vliv panických atak na kvalitu jejich života. Lidé s panickými atakami mají mnohdy například tendence vyhýbat se místům, kde zažili záchvat paniky, což může být značně omezující, zejména pokud se s těmito obavami nepracuje a seznam míst, kam nemůžou, se rozšiřuje.

V rámci tohoto výzkumu přisuzují respondentky výskytu panických atak převážně pozitivní význam na jejich život. Vysloveně negativní přínos uvedla pouze Milada, kterou panické ataky v kombinaci s ostatními psychiatrickými diagnózami, připravily o možnost vykonávat povolání učitele. Na základě psychických potíží nemohla mít třetí dítě a opustil ji manžel. Ostatní respondentky hodnotily panické ataky negativně na základě prvotní zkušenosti s nimi. Nevěděly, zda se třeba nejedná o tělesné onemocnění, bály se, že umřou. Mnohé se nechaly vyšetřit u odborníků na somatické problémy, což je na začátku onemocnění častý jev. Nevěděly, co dělat, jak s panickými atakami pracovat a proč se jim spouštějí.

Vzhledem k vlastní zkušenosti s panickými atakami mě převážně pozitivní hodnocení dopadu panických atak na život respondentek překvapil. Kladu si otázku, jaký vliv na toto hodnocení má skutečnost, že jsou ženy se silnou vůlí k životu, vysokoškolsky vzdělané či studující. Jedná se o ženy, jež si s panickými atakami v podstatě poradily a žijí více méně normální život bez větších omezení (pracují, cestují, studují). Uvažuji i o tom, zda způsob vedení rozhovorů a fakt, že studují psychologii, mohl mít za následek skutečnost, že se respondentky chtěly prezentovat jako silné ženy a nepřiznat si pravý dopad panických atak na jejich život. Nebo se u nich jedná o obecně lidský sklon prezentovat se v lepším světle, než je reálné? Jako příklad uvedu hodnocení vlivu panických atak na kvalitu života od Cecílie. *„Já si myslím, že moje prvotní snaha byla, aby to tu kvalitu života moc neovlivnilo, že se asi snažím dělat všechno, co jsem dělala předtím, paradoxně já si myslím, že to ten život neovlivnilo vůbec negativně, protože mě kdyby se tohle nestalo, tak já bych nikdy nešla*

na tu terapii, teďka ani už nepotřebuju řešit ani ty ataky a tak, takže bych řekla, že díky té terapii ten svůj život spíš zkvalitňuju než že by mi to přineslo něco vysloveně negativního“. Pro doplnění přidávám ještě hodnocení Kláry. „*Já to vnímám spíš pozitivně, já benefituji z té pravidelnosti, z toho, že se nedostávám do těch situací, kdy nemám něco hotového den předtím a klohním to na kolena, což bylo dřív. Mám větší pokoru k životu. Spíš z toho těžím. Ze začátku, jasně, je to náročný, po té atace jsi vyčerpaná a nechce se Ti do práce, nic, vůbec nic, ale když jsem začala cvičit a tak, tak to buduje tu odolnost, jako cítíte se stabilnější a vyrovnanější. Samozřejmě může přijít něco a sestřelit mě to“.*

HOSPITALIZACE

V rámci diskuse mám potřebu se zmínit o hospitalizaci dvou respondentek v psychiatrické léčbě. Zkušenost lidí s pobytem v psychiatrické léčbě mě zajímá dlouhodobě. Hospitalizovány byly 2 respondentky. Jejich zkušenosti se liší. Marie popisuje hospitalizaci spíše negativně. Domnívá se, že primárně neřešily panické ataky, kvůli kterým se nechala hospitalizovat, ale poruchu příjmu potravy, kterou dle svých slov nemá a nikdy neměla. V rodině, včetně ní, se vyskytují velmi hubení jedinci běžně. V léčbě nakonec podepsala revers a odešla tedy na vlastní žádost. Milada naopak líčí pobyt v psychiatrické léčbě pozitivně. Potkala zde pana psychiatra, který jí velmi pomohl v rámci individuální terapie, ale i skupinové. Vyzdvihuje zejména konstelace, které jí umožnily lépe pochopit a uspořádat si svůj život. Zážitky z minulosti (smrt maminky) si u sebe spojuje s výskytem panických atak.

Na základě těchto dvou výpovědí nelze objektivně zhodnotit přínos pobytu v psychiatrické léčbě na výskyt a intenzitu panických atak. Nicméně by mě taková studie, ve vztahu k panickým atakám, zajímala a je to další možný námět pro budoucí výzkum, odborný článek.

ZÁVĚR

Na základě analýzy rozhovorů mohu popsat tyto závěry:

- Všechny respondentky potvrdily, že je pro ně důležité znát příčinu svých panických atak a porozumět jejich vzniku. U všech respondentek se objevila smrt velmi blízké osoby v mladém věku (u Milady smrt maminky ve 4 letech, Marie sebevražda příbuzné v 9 letech, Cecílie smrt tatínka ve 14 letech, Klára našla svého mrtvého přítele v 19 letech). Respondentky byly vybrány náhodně, proto mi tato skutečnost přijde velmi zajímavá. Všechny respondentky také zmiňovaly, že při panických atakách zažívaly strach z vlastní smrti. Tento jev je popsán i v teoretické části. Dalším významným spouštěčem panických atak, který je uváděn v odborné literatuře, je stres.
- Všechny respondentky odpověděly kladně na otázku, zda příchod panické ataky dokážou rozpoznat. Z fyzických příznaků nejčastěji zmiňovaly pocity slabosti, na omdlení. Dále respondentky mívají potíže s dechem, bušením srdce nebo brnění či třes. Fyzické příznaky panických atak, které respondentky ve výzkumu uvedly, se shodují s údaji v odborné literatuře.

Nejvíce zmiňovaným psychickým příznakem je strach z vlastní smrti, nejčastěji infarktu, který zmiňovaly všechny čtyři účastnice výzkumu. Kromě jediné, žádná z respondentek neuvedla derealizaci a depersonalizaci.

- Zvládnutí stavů akutních panických atak v běžném životě má zásadní vliv na psychickou pohodu lidí s panickou poruchou či panickými atakami, což respondentky svými výpověďmi během výzkumu potvrdily. Respondentkám nejčastěji pomáhá práce s dechem, práce s myšlenkami. Všechny respondentky zmiňovaly, že v ze začátku onemocnění a při silných stavech užívaly či užívají léky na uklidnění. Pouze jedna respondentka uvedla, že Neuro1 užíla pouze jednou a další užívání sedativ po této zkušenosti odmítá.
- Respondentky se snaží udržet stav remise zejména užíváním antidepresiv (kromě Kláry), psychoterapií, pravidelným pohybem a cvičením (3 respondentky cvičí

jógu). Za důležitou součást své duševní rovnováhy považují přítomnost svých blízkých, relaxaci, odpočinek, pravidelný životní styl a smysluplný, naplněný život.

- Ačkoliv respondentky zmiňují, že na začátku jejich onemocnění prožívaly náročné období, celkové hodnocení jejich života s panickými ataky hodnotí pozitivně. Nejčastěji uvádějí, že si uvědomily, co je v životě důležité a více respektují kapacitu svého těla a psychiky.

SOUHRN

Cílem této bakalářské práce bylo získat odpovědi na čtyři výzkumné otázky. Na základě rozhovorů s respondentkami, a i na základě znění výzkumných otázek vzniklo 5 témat souvisejících se zkušeností respondentek s panickými atakami. První téma mapovalo příčiny vzniku panických atak, jak je vnímají respondentky samy. Druhé téma se týkalo toho, zda respondentky dokážou rozpoznat příchod panické ataky. Třetí téma je zaměřeno na zvládnání akutních panických atak. Respondentky popisovaly, co jim pomáhá (jaké způsoby práce s atakami) ataku zvládnou v běžném životě. Čtvrté téma se věnuje způsobům, jakými se respondentky snaží udržet stav remise, tedy období, kdy se panické ataky neobjevují nebo se objevují jen jejich slabší náznaky. Páté téma, které nekopíruje znění výzkumných otázek, ale může být pro mnohé lidi trpící panickými atakami inspirativní, popisuje vliv panických atak na život respondentek.

V teoretické části se může čtenář seznámit s problematikou úzkostných poruch se zaměřením na panickou poruchu, která se projevuje nepředvídatelnými panickými atakami. Mnoho informací o panických atak jsem našla u popisu panické poruchy, proto je druhá část teorie věnována panické poruše a panickým atakám dohromady.

Ve výzkumné části popisuji způsob získávání dat. Vzhledem k mému záměru získat, co nejucelenější představu o vzniku a průběhu panických atak u respondentek, jsem zvolila polostrukturované interview. Jako metody pro analýzu dat jsem použila interpretativní fenomenologickou analýzu, která bere v úvahu i osobní zkušenost výzkumníka se zkoumaným fenoménem, ale i jeho subjektivní vnímání a hodnocení příběhů jednotlivých respondentek.

Na základě analýzy rozhovorů jsem došla k závěru, že všechny ženy příchod panické ataky dokážou rozpoznat, přičemž převládají fyzické příznaky, zejména slabost, třes, bušení srdce. Všechny respondentky umí akutní panickou ataku zvládnout. Způsoby zvládnání panických atak jsou do jisté míry individuální. Nejčastěji akutní panickou ataku zmírní či zastaví pomocí práce s dechem, práce s myšlenkami, pomáhá i přítomnost druhých osob. Léky na uklidnění se snaží užívat minimálně. Účastnice výzkumu udržují nejčastěji stav remise pomocí dlouhodobého užívání psychofarmak, terapie, sebepoznání, pohybu, svých blízkých, relaxace, koníčků. Rovněž dokážou popsat příčiny vzniku panických atak. U všech byla uvedena jako významný důvod smrt blízké osoby, dlouhodobý stres i momentální spouštěče.

Všechny respondentky také potvrdily, že zkušenost s panickými atakami má vliv na jejich život. Uvádí zejména pozitivní zkušenosti, hlavně v oblasti osobnostního rozvoje.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) Allione, T. (2012). *Pečuj o své démony. Starobylá moudrost pro vyřešení vnitřního konfliktu*. Praha: Maitrea.
- 2) Anderson, T., & N., Miller, R. (2007). *Osvobozen od strachu. Rozpoznání obav a úzkostí a jejich překonání*. Praha: Návrat domů.
- 3) Baker, R. (2013). *Jak překonat panické ataky. Příručka s okamžitým účinkem proti strachu*. Praha: Grada Publishing.
- 4) Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker A., Wedekind, D. & Rütther, E. (2007). Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8(3), 175–187. doi:10.1080/15622970601110273.
- 5) Barlow, H. D., Gorman, M. J., Shear, M. K., Woods, W. S. (2007). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *JAMA*, 283(19), 2529-2536. doi:10.1001/jama.283.19.2529.
- 6) Baslíková, M. (2015). *Psychologické aspekty panické poruchy*. (Bakalářská práce). Masarykova univerzita.
- 7) Čermák, I., Koutná Kostínková, J. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Muni Press. (str. 9-43). Získáno 4.4.2021 z https://www.researchgate.net/publication/281745581_Interpretativni_fenomenologicka_analyza.
- 8) Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing.
- 9) Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- 10) Höschl, C., Libinger, J., & Švestka, J. (Eds.). (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- 11) Janíček, J. (2008). *Když úzkost bolí*. Praha: Portál.
- 12) Jonge, P. et al. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*. *Depress Anxiety*, 33,1155–1177. doi: 10.1002/da.22572.
- 13) Kamarádová, D., Látalová, K., & Praško, J. (2016). *Panická porucha*. Praha: Grada Publishing .
- 14) Kast, V. (2012). *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál.
- 15) Kennerleyová, H. (1998). *Jak zvládat úzkostné stavy. S předmluvou Stanislava Kratochvíla*. Praha: Portál.
- 16) Klingrová, Z. (2020). *Jóga proti úzkosti a strachu*. Brno: CPress (Albatros Media a.s.).

- 17) Kosová, J. (2011). Co opravdu funguje v terapii úzkostných poruch: K terapeutickým kombinacím přidáme cvičení. *Psychiatrie v praxi*. 1, str. 11.
- 18) Kratochvíl, S. (2000). *Jak žít s neurózou. O neurotických poruchách a jejich zvládnání*. Praha: Portál.
- 19) Lilienfeld, Scott O. (2018). Agoraphobia and panic disorders. *Salem Press Encyclopedia of Health*. Získáno 17. 9. 2019 z <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=f62fe77d-a432-4752-a919-54883049d572%40pdcsessmgr06&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCxlYWQmbGFuZzljcyZzaXRIPWVkcylsaXZl#AN=93871752&db=ers>.
- 20) Marcus, S. M., Gorman, J., Shear, M. K., Lewin, D., Martinez, J., ... Woods, S. (2007). A comparison of medication side effect reports by panic disorder patients with and without concomitant cognitive behavior therapy. *Am J Psychiatry*, 164(2), 273-5. doi:10.1176/ajp.2007.164.2.27.
- 21) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 22) Morschitzky, H., & Sigríd, A. (2014). *Deset tváří úzkosti. Svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál.
- 23) Pešek, R., Praško, J., & Štípek, P. (2013). *Kognitivně behaviorální terapie v praxi. Pro terapeuty, studenty i poučené laiky*. Praha: Portál.
- 24) Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- 25) Praško, J., Prašková, H., Vašková, K., & Vyskočilová, J. (2006). *Panická Porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén.
- 26) Praško, J., Vyskočilová, J., Adamcová, K., & Prašková, H. (2008). *Agorafobie a panická porucha. Příčiny a způsoby léčby*. Praha: Portál.
- 27) Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy. Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- 28) Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2008). *Úzkost a obavy. Jak je překonat*. Praha: Portál.
- 29) Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (Eds.). (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- 30) Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Koranda, P., Šimonek, J., & Volková Palátová, L. (2016). *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše*. Praha: Grada Publishing.
- 31) Poněšický, J. (2011). *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. Praha: Triton.

- 32) Seifertová, D., Horáček, J., Praško, J., & Höschl, C. (Eds.). (2008). *Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy České neurofarmakologické společnosti*. Praha: Medical Tribune.
- 33) Večeřová-Procházková, A. (2005). Pacient s panickou poruchou v situaci akutního kontaktu-návod na použití pro lékaře. *Urgentní medicína*. 2(29). Získáno 5. 11. 2019 z http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2005_02.pdf.
- 34) Yalom, D. I. (2008). *Pohled do slunce*. Praha: Portál.

SEZNAM PŘÍLOH

Ukázka přepisu rozhovoru

Abstrakt bakalářské práce

Abstract of thesis

1) Ukázka přepisu rozhovoru

Záznam: 1.2.2020

Milada, 56 let (přes můj profil)

Já: Vysvětlení výzkumu, o čem bude rozhovor, informovaný souhlas, poučení respondentky o jejích právech.

M: Podle toho, co povídáte, jsem ideální vzorek :-) Už jsem se nějakého výzkumu účastnila.

Já: Kolik je Vám let?

M: 56

Já: Jakou máte diagnózu?

M: Mám bipolární poruchu, hlavní diagnóza, s tím je spojená generalizovaná úzkostná porucha s panickými atakami.

Já: Kdy jste zažila první ataky?

M: Kolem čtyřicítky

Já: S čím to bylo spojené (jak to začalo, příčina)?

M: Bylo to spojené, řekla bych s vyčerpáním, s přetěžováním organismu a s nerespektováním vlastního těla, tělo říká, že máte ubrat, ale člověk si říká, že síly má dost a pak najednou se to zlomilo a bylo.

Já: Jak probíhal ten prvotní záchvat?

M: No to si pamatuji dobře, totiž, ten mě postihl na Krétě, to byla moje první panická ataka. Ještě, aby bylo úplně jasno, lečím se od 33 let s depresemi spojenými s docela těžkým porodem a problematickým dětstvím, takže se myslelo, že je to spíš něco k laktační psychóze a potom se z toho rozvinula GUP (generalizovaná úzkostná porucha), která pak byla diagnostikovaná na tu bipolárku a k tomu se pak přidaly, právě na té Krétě, ty panické ataky. A když jsem to pak analyzovala, tak určitě to bylo z přetížení. Já jsem tam byla s oběma dětma bez manžela, chtěla jsem jim udělat hezké prázdniny. Já jsem tam kolem nich běhala jako blázen v tom horku a v tom šíleném presu, aby oni měly hezké prázdniny, mě nedošlo,

že se strašně vyčerpávám a tam mě to poprvé chytila ta panika, jakože jsem myslela, že mám infarkt, že umřu na Krétě. To bylo strašný (smích)

Takže jsem se opravdu nechala odvézt sanitkou, na Krétě prosím, což bylo vedle diskotéky, což bylo úžasný a oni to tam ohodnotili, že jsem je dehydratovaná, že mám něco od sluníčka a od té doby se mě už nepustily. A to byla ta první, vyložene s přetížení a vyčerpání, a s tím, že tehdy jsem pořádně nereagovala na ta doporučení, že si mám dělat autogenní tréninky, dýchat a starat se o sebe, takže to byl tenhle ten důvod.

Já: Takže to byl takový ten zběsilý životní styl, bet respektu k vlastnímu tělu a k těm signálům a k těm možnostem svým, jestli tomu dobře rozumím.

Přerušení signálu. Paní Miladě se podařilo zapnout i video, takže dále probíhal video chat.

M: Já pořád teda ležím, protože jsem dneska nějak unavená.

Já: To chápu, ta únava k tomu přidružená je

M: Je, je.

Já: Zopakování otázky: Takže poprvé to bylo na Krétě, já jsem se vlastně ptala, jestli to teda chápu správně, že to bylo v rámci nějakého životního stylu a že opravdu člověk nerespektoval signály toho těla a své výkonnostní kapacity a snažil se ji neustále překračovat, až to vybublalo. A na té Krétě, pokud tomu rozumím správně, oni to nerozpoznali? Oni to brali jako tělesný jev?

M: Jo, úpal, úžeh, dehydratace a všechno možné, protože my „blbci z Čech“ nejsme zvyklí na sluníčko, že takže se opalovalo dokonce a byli ve vodě.... A oni to tak pojali. Ale oni to totiž moc neznají, tyhle ty jižní národy, které mají moře, moc ty panická ataky kupodivu nemají, nevím, čím to je, asi jejich životním stylem, takže oni vůbec neměli šajnu o co jde. I když jsem jim říkala, že se lečím s psychickými problémy, jestli to nemůže souviset, tak vůbec nevěděli.

Já: Jak jste to tam tenkrát zvládla, protože to musel být člověk jako vyděšený.

M: To bylo hrozné. Už jsem si nebyla vůbec jistá, už jsem si nebyla vůbec jistá, jak přežiju cestu do města, jak budu spát, pak už se to začalo... třeba se to vracelo v noci.

Já: jako ještě na té Krétě?

M: Ano už na té Krétě, že jsem jako měla stavy toho bušení srdce a pocit na ten kolaps. V podstatě jsem tam to dokázala, jakože jsem věděla, že by mi tam asi pomohli v té nemocnici, možné to je, tak jsem si říkala, že když tak mě tam zase dají na ty kapačky a mě bude zase dobře. Jako nějak to tam prošlo a vím, že doma jsem se pak na nějakou dobu už neobjevilo.

Já: Když jste se vrátila z Kréty, tak byl klid a nijak jste to nemusela řešit, třeba návštěvou psychiatra nebo?

M: Ne, no to už jsem jako chodila ...

Já: Já jsem myslela v rámci těch panických atak?

M: To ještě ne, možná to byl ten samý rok nebo o rok později, tak se mě začaly ty ataky objevovat pravidelně v noci. 2krát-3krát týdně a byly fakt silné

Já: A co znamená silné?

M: Že trvaly čtyřicet minut, jedna mě trvala celou noc po troškách, nějakou chvilku dobře a zase mě to...já jsem si s tím vůbec nevěděla rady, já jsem vůbec nevěděla, co mám dělat, takže to bylo hrozné, já jsem fakt ti techniku neovládla, já jsem to nechávala na sebe (nejde ze záznamu rozumět) jediné mé řešení bylo Neurol, ono to zabralo, ale potom to bylo jako začarovaný kruh. Panika-Neurol, panika-Neurol a jako pak jsem byla unavená po tom Neurolu, bylo to jako blbý

Já. Ten Neurol byl po konzultaci s lékařem?

M: No, no, to mě dal jako doktor nebo moje paní doktorka mi navrhla, že to mám jako okamžitě zastavit, že ji nemám nechat rozjet, jak se rozjede, že se s ní pak hůř manipuluje. Pak jsem letěla s dcerou do Paříže, protože se dostala na francouzštinu na školu do Prahy, a proto jsme si udělaly, jakože takovou tří denní cestu do Paříže, aby uslyšela pravé Francouze, bylo to v únoru, nikdo tam nebyl, zima jako sviňa, my jsme ty 3 dny tam jako byly, jenomže tam jsem to chytila znovu a tam jsem už jenom žila na těch Neurolech od ráno do...prostě furt.

Já: Takže to bylo nějaké větší množství?

M: No to bylo i přes den, a to už pak skončilo hospitalizací, jak jsem se vrátila z Paříže, tak jsem nastoupila do nemocnice a tam jsem byla 6 týdnů

Já: Takže kvůli těm atakám? To Vás přivedlo až do léčebny? A kolik jste tak brala Neurolu?

M: Já jsem brala malé dávky, já mám strašně pomalý metabolismus, naštěstí, mě stačila nula dvojká. Třeba tři denně, někomu nezabere ani jednička, ale mě to jako fakt zabírá rychle, to bylo fajn, jediný fajn, že jsem mohla brát ty prášky a že jsem tak jako úplně se nezfetila jako někteří

Já: V té léčebně už jste měla od psychiatricky diagnostikované panické ataky?

M: Jo, to ona říkala, že to je ono a že to čekala, že se to k tomu většinou přidružuje, k tý bipolárce a že jenom čekala, kdy to bude. Ale když o tom člověk nemluví, třeba se to nestane, ale pak už to bylo jasné. Já jsem musela několikrát na pohotovost tady s těma atakama a v podstatě jsem asi tušila, že toskončí (nejde rozumět záznamu).

Já: Když se Vám to poprvé stalo, tušila jste, že jsou to panické ataky?

M: Ne, já jsem opravdu myslela, že mám nějakou srdeční zástavu, že prostě umřu, že mě povevou v zinkové rakvi zpátky

Já: Někdy následujete kolečko různých somatických vyšetření, jako kardio. Tak jestli jste to absolvovala?

M: Nelze úplně rozumět...to jsem absolvovala běžně či dříve....bylo to v pořádku, zase natolik jsem byla objektivní, že jsem věděla, že to bude v hlavě. I když strach o to zdraví má. Já si říkám, vím, to je ataka, ale co když ne, co když je to zrovna ten infarkt, už jsem ve věku, kdyby to mohlo být to i to. I když vím, že to jakž takž

Já: Když jste byla v léčebně nebo kdy jste začala pracovat s atakami kromě léků?

M: Mě hodně ovlivnil život pan doktor Míka, ten pracoval s každým individuálně, ten mě právě rozebral do šroubků a pak dával zase dohromady, nikdy jsem nezažila takový přístup, prostě takový profesionální přístup. Dělal časové osy, co se mi kdy stalo, v kolika letech, že jsme si vyprávěli a tam našel ten problém, který řešit můžu, kdybych chtěla tak to řešit můžu, ale stejně to dořešený není, ale že ten problém byl někdy (moc nejde rozumět). Tam jsme začali dýchat, ale mimochodem, dýchání do trojúhelníku nebo do nějakého jiného geometrického obrazce mi nepomohlo, akorát mě štve

Já: To teda neznám, já dýchám do břicha, podle jógy.

M: No na téhle klinice učí, že máte jako základnu nádech, zadržení dechu a výdech je ta druhá odvěsna, no a při druhém trojúhelníku se mi začala točit hlava, jak trpím nedostatkem kyslíku...jsem byla tak nasraná, protože oni jsou tam na to zatížení

Já: Vysvětlili Vám, pro zrovna tenhle druh dýchání?

M: Ano, protože to funguje, to je pravda, člověk se začne soustředit na ten trojúhelník, jakoby odvede pozornost a to odvede pozornost od problému, jako jo, to je super, ale někomu to do prčic nefunguje, tak...(nelze rozumět).Autogenní trénink mi strašně pomáhá, naučila jsem se ho chci říct do dokonalosti, ale téměř k dokonalosti, kdy fakticky jsem nad svým tělem, pomáhá mi meditace, jóga

Já: Jaká meditace? Máte nějakou konkrétní?

M: Mám od pana doktora, kterou pracovně nazývám „ano, ne“. Jeden cvik je přijímám a druhý cvik je nepřijímám, je to v jednom, ta meditace je součástí. jsou jednoduché cviky, třeba naznačování půlkruhu, ale člověk tím zastaví mozek, je to meditace v pohybu, není to meditace, kdy člověk sedí

2) Abstrakt bakalářské práce

Název práce: Způsoby zvládnání panických atak v akutní fázi onemocnění a udržování stavu remise

Abstrakt: Cílem práce bylo zmapovat, jakým způsobem se lidé zažívající panické ataky se s těmito nepříjemnými stavy vyrovnávají. Zaměřila jsem se zejména na skutečnost, zda dokážou příchod panické ataky rozpoznat, jakými způsoby akutní panickou ataku zvládají a jak se snaží panickým atakám předejít a udržovat tak stav remise. Jelikož mě zajímala jednotlivá fakta v kontextu života konkrétního člověka, zvolila jsem kvalitativní přístup, který mi umožnil poznat život respondentek více do detailů a v souvislostech. Metodou získávání dat byl polostrukturovaný rozhovor. Metodou analýzy dat interpretativní fenomenologická analýza. Na základě analýzy rozhovorů jsem došla k závěru, že všechny ženy příchod panické ataky dokážou rozpoznat, přičemž převládají fyzické příznaky, zejména slabost, třes, bušení srdce. Všechny respondentky umí akutní panickou ataku zvládnout. Způsoby zvládnání panických atak jsou do jisté míry individuální. Nejčastěji akutní panickou ataku zmírní či zastaví pomocí práce s dechem, práce s myšlenkami, pomáhá i přítomnost druhých osob. Léky na uklidnění se snaží užívat minimálně. Účastnice výzkumu udržují nejčastěji stav remise pomocí dlouhodobého užívání psychofarmak, terapie, sebepoznání, pohybu, svých blízkých, relaxace, koníčků. Rovněž dokážou popsat příčiny vzniku panických atak. U všech byla uvedena jako významný důvod smrt blízké osoby, dlouhodobý stres i momentální spouštěče. Všechny respondentky také potvrdily, že zkušenost s panickými atakami má vliv na jejich život. Uvádí zejména pozitivní zkušenosti, hlavně v oblasti osobnostního rozvoje.

Klíčová slova: příčina panické ataky, akutní panická ataka, příznaky panické ataky, stav remise, vliv na kvalitu život

3) Abstract of thesis

Thesis title: Methods of managing panic attacks in the acute phase of the disease and maintaining a stat of remission

Abstract: The aim of this thesis was to map out how people experiencing panic attacks cope with these unpleasant states. I focused mainly on whether they can recognize the arrival of a panic attack, the ways in which they manage an acute panic attack and how they try to

prevent panic attacks and thus maintain a state of remission. As I was interested in individual facts in the context of a particular person's life, I chose a qualitative approach that allowed me to get to know the lives of the respondents in more detail and context. The method of data acquisition was the semi-structured interview. The data analysis method employed was interpretive phenomenological analysis. Based on the analysis of the interviews, I came to the conclusion that all women can recognize the arrival of a panic attack, with physical symptoms predominating, especially weakness, tremor and heart palpitations. All respondents are able to manage an acute panic attack. The methods of dealing with panic attacks are to some extent individual. Most often, acute panic attacks are stopped or alleviated by working with the breath or working with thoughts, while the presence of other people helps as well. The respondents strive to keep the taking of tranquilizers for soothing the attacks to a minimum. Research participants most often maintain a state of remission through the long-term use of psychotropic drugs, therapy, self-knowledge, exercise, their loved ones, relaxation and hobbies. They can also describe the causes of panic attacks. For all, the death of a loved one, long-term stress and triggers in the moment were mentioned as significant causes. All respondents also confirmed that the experience of panic attacks affects their lives. They mentioned positive experiences, in particular, in the field of personal development.

Key words: cause of a panic attack, acute panic attack, symptoms of a panic attack, state of remission, impact on quality of life