

ELENA SPEVÁKOVÁ * – ZDENĚK STRÁNSKÝ

PSYCHOTERAPIA ÚZKOSTNÝCH STAVOV – KAZUISTIKA

*Ambulancia klinickej psychológie, NZZ, Skalica, Slovenská republika

Úhrn

Cieľom článku je uviesť na konkrétnom príklade činnosť ambulantného psychologa v eliminácii resp. zmiernení úzkostných stavov v terapeutickom vzťahu s pacientom. Úzkosť je tu popisovaná ako dominantný fenomén rôznych úzkostných porúch, prejavujúcich sa ako v psychickej tak i telesnej sfére človeka. Pestrosť týchto porúch, ich premenlivosť i možnosť terapeutického ovplyvnenia ilustruje uvedená kazuistika.

Kľúčové slová: úzkosť, etiológia, psychosomatické prejavy, psychoterapia.

Čo je úzkosť?

Úzkosť je považovaná za jadrový fenomén úzkostných porúch. Spravidla je definovaná ako neurčité tiesnivé napätie, ktoré sa zmocňuje človeka pri predtuche alebo predstave nejakého nebezpečia alebo nepríjemnosti bez určitejšej konkrétnej podoby. Úzkostné poruchy sú heterogénnou skupinou mnohých ďalších psychických porúch, napr.: úzkostne depresívne poruchy, generalizovaná úzkostná porucha, posttraumatické stresové poruchy, obsedantne kompulzívne poruchy a pod. Úzkosť úzko súvisí s existenciálnou stránkou ľudskej psychiky. Je to emócia, ktorou „Ja“ reaguje na neurčité kritické zážitky existenciálneho rázu. Určitá miera úzkosti sprevádza aj relatívne bežné psychické napätie pri strese. Úzkosť sa môže stať dlhodobou prevažujúcou zážitkovou charakteristikou, ktorá môže vzniknúť na základe vrodených dispozícií aj za prispenia silnejších psychických traumat. Úzkosť je tiež psychosomatickým fenoménom prejavujúcim sa ako v psychickom tak i telesnom prežívaní úzkosti. Vo sfére psychickej sú to napr. stavy pocitu straty kontroly nad sebou, strach zo straty vedomia, obavy, starostí, rozrušenosť, strach zo smrti, panika a pod. Vo sfére telesnej: búšenie srdca, pocity slabosti /napr. v nohách/, tremor, rýchly nepravidelný pulz, závrate, pocit nedostatku vzduchu, sucho v ústach a i.

Úzkosť je spojená so strachom. Strach je považovaný za reakciu na nejaký špecifický podnet – predmetný, ktorý sa vždy viaže na určitý objekt. Na rozdiel od

toho, úzkosť je difúzna, bezprostredná. Kondáš (1977) používa strach a anxiétu ako alternatívne pojmy. Anxiétu dlá neho vyvoláva vždy nejaký podnet, situácia, objekt alebo spontánne vybavené asociácie, pôvodne spojené nejakým spôsobom so situáciou vzbudzujúcou strach. Taktiež Freud používa obidva pojmy alternatívne, pokladajúc úzkosť za formu strachu.

Je však paradoxné, že tak časté poruchy ľudskej emocionality ako je strach a úzkosť nemajú doposiaľ pregnantne definovaný obsah ani ako sa vzájomne podmieňujú a ovplyvňujú.

K etiológii úzkosti

Teória učenia považuje úzkosti za naučené formy správania, buď priamym podmieňovaním (vlastné negatívne skúsenosti) alebo zástupným (strach pozorovaný u iných). Takto vznikajú hlavne agorafóbia, sociálne a špecifické fobie. Významnú rolu zohráva opakovanie ohrozujúcich situácií, nepríjemných pocitov, ktorým sa človek snaží vyhýbať, ale práve vyhýbanie je považované za mechanizmus, ktorý utvrdzuje úzkosť. Podľa Bowlbyho (in Hašto, 2005) podstatným zdrojom úzkosti je odlúčenie od milovanej osoby.

Pri vzniku panickkej poruchy sa kladie dôraz na súbežný strach z opustenia aj pripútania k inej osobe; tj prílišná potreba kontroly a vyhýbanie sa ako samote, tak aj nadmernej blízkosti (Kosová, Praško, 2002) Psychoanalýza ju odvodzuje od separačnej úzkosti, čo je detská úzkosť z opustenia vzťahovou osobou (spravidla matka) (Mentzos, 2004).

Generalizovaná úzkosť, podľa kognitívne-behaviorálneho modelu je opäť naučenou úzkosťou, ktorá súvisí s tým, ako človek hodnotí sám seba, svoje okolie a svoju budúcnosť; ide o presvedčenia, ktoré sa týkajú: a/ výkonnosti (som neschopný), b/ prijatia okolím (nebudú sa so mnou baviť), c/ vlastnej hodnoty (menšie vzdelanie a p.) d/ potreba kontroly (vymknú sa mi veci z rúk), e/ potreba sociálnych zručností (povedať „nie“, znieť kritiku) (Barlow, 2004).

Psychoanalytické teórie hovoria o potláčaných pokušeniach, najmä agresívnych a sexuálnych prianiach (Mentzos, 2004). Pri panickkej poruche a generalizovanej úzkosti sa uvádza aj genetická komponenta.

Psychoterapia /PT/ úzkostných stavov.

V psychoterapeutickej praxi sa stretávame s rôznymi klinickými formami úzkosti. V našom prípade uvádzame tie, s ktorými sme sa u našej pacientky stretli. Zoradíme ich tak, ako sa u nej postupne vynárali a ako sme postupovali pri ich elimovaní event. znižovaní.

Spravidla prichádza pacient so sťažnosťou na intenzívne psychické napätie sprevádzané neistotu, obavami z odpadnutia, z infarktu straty vedomia, prípadnej smrti a i. Túto formu úzkosti sme pracovne nazvali „akútnou“. Považujeme

za potrebné objasniť, že nejde o panickú reakciu; v tejto situácii pacientka neuvádzala konkrétne telesné prejavy úzkostného záchvatu. Ale vyjadrila pochybnosti a obavy, či ju lekári internej medicíny vyšetřili dostatočne, či nepodcenili jej ťažkosti a nezanedbali tak jej zdravotný stav. T.j. pacientka sama cíti svoj stav ako akútne.

Spracovanie akútnych úzkostných reakcií ešte neznamená, že je súčasne tiež odstránené úzkostné prežitkové pozadie. Môže sa jednať o komplexnejšie charakteristiky zaraditeľné do rôznych diagnostických kategórií, ako napr. generalizovaná úzkosť, úzkosť spojená s depresiou a i.. Súčasne úzkostne prežitkové pozadie môže iniciovať i vznik patologického strachu v podobe fóbií. Túto klinickú formu úzkosti sme pracovne nazvali ako „zafixovaná úzkosť“.

V ďalšej fázi terapie sa pri znížení intenzity úzkostných emócií prejaví aj dopad úzkosti na procesy myslenia. Konkrétne ide o spätné posilňovanie úzkosti obsedantným uvažovaním. Motívom býva ruminácia myšlienok na to, čo urobil – a nemal urobiť, alebo čo mal urobiť a neurobil, čo súčasne vede k neurotickému prežívaniu viny ako dominujúcemu príznaku. Preto sme túto klinickú formu pracovne nazvali „úzkosť z pocitov viny“. V tejto fázi terapie je potrebné obrátiť pozornosť i k detstvu pacienta, napr. zistiť typ rodinnej výchovy, či, a do akej miery sa podieľa na tendencii reagovať na bežné záťažové situácie úzkostne. Túto formu úzkosti sme pracovne nazvali „naučená úzkostnosť“. V prípade, že je treba ísť ešte hlbšie, až k ranému detstvu pacienta, je nutné analyzovať, či v jeho prípade sa nejde aj o „separačnú úzkosť“, ktorá sa odvíja od najútlejšieho veku a je reakciou na stratu vzťahovej osoby (Hašto, 2005).

Tento postup ilustruje kazuistika – prípad pacientky A.

Vek 30 r., v detstve a dospievaní bez významných somatických alebo psychických porúch a ťaží. Absolventka SOU, pracuje u súkromníka, práca je namáhavá. Vdova, 2 školopovinné deti. Prišla na odporúčanie všeobecného lekára prvýkrát ešte v 10/2004, asi 1,5 roka po náhlom úmrtí manžela. Sama na sebe pozoruje, že sa odvtedy uzaviera, vyhľadáva samotu, ľudia jej vadia. V obchode bolo viac ľudí, prišlo jej nevoľno, cítila „preskakovanie srdca“, krátky rýchly dych, tremor rúk, slabosť končatín, hučanie v ušiach, horúčavu. Pre uvedené ťažkosti bola hospitalizovaná na internom oddelení, kde bol zistený iba mierne vyšší TK a nábeh na tetaniu. Inak somatický nález veku primeraný. Manželstvo hodnotila ako dobré. Sama svoju náladu hodnotí ako striedavú: snaží sa navodiť si dobrú atmosféru – a v zápätí ju nič nebaví. Spánok plytší; strava v norme. V dotazníku depresie (BDI-II) dosiahla stredný stupeň, dôraz na: smútok; strach, že môže aj ona náhle zomrieť a deti zostanú samé; nedôveruje si, má strach z odpadnutia (nikdy neodpadla); pocit potrestanosti životom (stratou manžela), nezáujem o ľudí; unaviteľnosť, chýba energia; totálna nesústredenosť na dianie a činnosti okolo, myšlienky utekajú stále k otázke: prečo manžel tajil svoj zdravotný stav.

Stav sme hodnotili ako Úzkostne-depresívnu poruchu s výskytom panického záchvatu. Psychiatrickú konzultáciu odmietla. Pacientke sme navrhli psychotera-

piu zameranú na vyrovnanie sa so stratou manžela. Ponuku prijala, ale v dohodnutom termíne neprišla.

Druhýkrát sa dostavila sama, bez odporúčania, v 7/2006. Uvádza, že smútok už odznel. Konštatuje, že „prežívala som vtedy bolesť bez plaču a tá vyvrcholila týmito stavmi, ktoré mám“. Uvádza: búšenie srdca, dušnosť, napätie vo svaloch, tremor, potenie, sucho v ústach, pocit na odpadnutie. Jeden rok je bez práce: dúfala, že sa doma ukludní, ale stavy sa doma ešte zhoršili. Chcela by sa zamestnať, ale bojí sa, že v práci ju pochyť taký stav a nikto jej to nebude veriť, ani tolerovať, prepustia ju, budú sa z nej smiať. Keď si doma ľahne, myslí na to, že je v klude, v pohode, mimo pohľady ľudí – a úzkosť zakrátko pominie. Ale na verejnosti prežíva masívnu úzkosť, tenziu, sama nejde ani do obchodu, musia s ňou ísť aspoň deti. Strach sa zväčšuje, jej „životný priestor“ sa zužuje, prestala chodiť von, obzvlášť veľké obchody, spoločenské miestnosti a pod., ako aj očakávanie niečoho nového v nej vyvolávajú silnú úzkosť. S ďalším rozvojom ochorenia objavujú sa ďalšie symptómy. Jej stav sme hodnotili ako „agorafóbiu s panickou poruchou“. Návštevu psychiatra opäť odmietla.

Terapeutický postup bol nasledovný:

Potrebné bolo najprv sa vyrovnať s tzv. akútnou úzkosťou, ktorá sa u našej pacientky prejavovala najmä strachom z odpadnutia, infarktu a smrti, po znížení ktorej sa zlepšuje pracovné spoločenstvo s pacientkou. Táto úzkosť je uvedomovaná racionálna. Aj PT pôsobenie je zamerané na rätio. Vhodné sú tu poznatky kognitívne-behaviorálnej PT, podľa ktorých porozumením mechanizmu vzniku somatických ťažkostí dochádza k zníženiu intenzity úzkosti.

Pacientke A. sme dopriali dostatočný priestor na to, aby vypovedala všetky svoje úzkosti, pocity, obavy – abreakcia.

Zaujímali sme sa o jej pocity vo vzťahu ku konkrétnym situáciám, myšlienkam, aby sa naučila hľadať súvislosti medzi tzv. spúšťáčmi a jej úzkostnými pocitmi. (Pacienti prichádzajú s tvrdením, že tá nevoľnosť prišla „z ničoho“, „bez príčiny“, „sama od seba“.);

Edukácia čo to je stres a jeho vplyv na telesné funkcie: pocit ohrozenia na živote, kedy organizmus, v snahe sa zachrániť, vyvolá reakciu nazývanú boj-útek. V nej prvoradá úlohu zohráva činnosť srdca. Búšenie srdca, ktoré vníma nepríjemne, je vskutočnosti „povinnosť srdca“ zásobiť svalstvo krvou a tým energiou, aby sa organizmus zachránil. Návazne je vyššia potreba kyslíka, čo je vnímané ako dušnosť. Paradoxom je, že tieto nepríjemné pocity prichádzajú v klude, bez reálneho ohrozenia (napr. doma, v kresle). Pacientke sme vysvetlili, že naše telo „nevie“, že my si stresy dokážeme aj sami navodiť, a reaguje na naše katastrofické myšlienkové scenáre ako na reálne ohrozenie. Po objasnení súvislostí, došlo u pacientky k ústupu akútnej úzkosti. Odchádzala so slovami: „keď to je tak, už sa infarktu nebojím“.

Nasledovala práca so zafixovanou úzkosťou, s agorafóbiou. Naučené vegetatívne reakcie samotným pochopením „ako to funguje“ nezmiznú. Treba sa naučiť usmerňovať svoje automatické myšlienky, ktoré majú obsedantný tlak a „vzdať

sa“ tzv. vyhýbavého správania. Vyhnutie úzkostnej situácii úzkosť posilní, kým vydržanie v úzkostnej situácii úzkosť zníži. V práci so svojimi myšlienkami pre pacientku A. bola prijateľná forma paradoxnej intencie. /4/. Sformulovala si: „Ak sa budem robiť za každú cenu silná, že nesmiem odpadnúť, zvýši to vo mne napätie a úzkosť; radšej prijmem myšlienku: a nech teda aj odpadnem, čo na tom!!“ Najťažšie bolo zvládnuť prvú expozíciu provokujúcu úzkosť, aj keď začala malými krokmi. Keď sa presvedčila, že sa dá v tej situácii vydržať aj bez volania lekárskej pohotovosti, dochádzalo k ďalšiemu poklesu úzkosti.

Dôležité bolo nepreerušovať nadobúdajúce skúsenosti so zvládaním úzkosti. Pacientka po týždennej chorobe, pri prvom vstupe do obchodu znova pocítila masívnu úzkosť, túžbu utiecť. Ale vlastná skúsenosť, že sa úzkosť prekonať dá, ju pred útekom zadržala.

V priebehu terapie došlo k posunu v klinickom obraze jej ochorenia. Darilo sa jej prekonávať príznaky spojené s agorafóbiou. Avšak pretrvávajúce úzkostné pozadie viedlo k tomu, že strach si našiel iný objekt – ľudí. Preto sme diagnostikovali sociálnu fóbiu: strach stretávať na ulici ľudí, aj známych, strach, že sa ľudia na ňu dívajú, čo si o nej myslia, ako ju hodnotia, prijímajú, kritizujú ju, zavrhujú ju. Bolo potrebné pátrať po zážitkoch, kedy bola kritizovaná, hlavne kedy jej bolo vytkané niečo, o čom ona nemohla rozhodnúť, alebo zmeniť, ako aj spôsoby jej reakcií na obviňovanie, s pocitmi viny a hostility.

V tejto fáze PT, okrem prvkov kognitívne-behaviorálnych, vstupuje aj dynamická psychoterapia. Ukázal sa problém, ktorý súvisel s úmrtím manžela, ktorý mal zdravotné ťažkosti, ale odmietal ísť k lekárovi, i keď ho A. opakovane posielala. Keď už nemohol vyšetreniu vyhnúť, bolo neskoro. Pacientka si po jeho smrti robila výčitky, že na neho netlačila viac, aby išiel k lekárovi. Na minulej depresii sa okrem smútku zo straty manžela, podieľala aj agresivita provokovaná okolím a obrátená proti sebe.

Pocity viny, s ktorými treba v PT pracovať, môžu mať viac či menej ireálny obsah; môžu navodzovať rôzne fantázie o možnostiach vlastného konania. Platí to najmä tam, kde už faktická korekcia nie je možná, napr. po úmrtí blízkej osoby. Pacientka si vyčítala, že manželovi nepohrozila rozvodom, ak nepôjde k lekárovi. Takáto hrozba manželovi je mysliteľná, a občas aj efektná, keď ide napr. o alkoholika alebo hráča. Asi aj pri vážnych infekčných chorobách, ktorými by ohrozoval svoju rodinu. Ale pri bežnom lekárskom ošetrení by vtedy bol jej krok vnímaný ako neadekvátny. Ale ex post, kedy človek vidí, ako veci dopadli, a nemožno už na veci nič zmeniť, aj takéto viac-menej absurdné nápady ľudí sužujú. Navyiac, ak sú potencované poznámkami verejnosti. V prípade našej pacientky jej dobré známe avízovali otázku, či nemohla ona pre svojho muža urobiť viac.

Bez netaktných a zbytočných komentárov a otázok verejnosti by išlo iba o vlastné pocity viny (problém superega). Ale postoj verejnosti posunul jej úzkosť do obrazu sociálnej fóbie.

Pocity viny, keď už nie je možná korekcia, sú náročné na psychoterapeutickú prácu. Naša pacientka, ako pozostalá, stagnovala na jednom zornom uhle pohľa-

du, ktorým bolo sebaobviňovanie, že jej úsilie v prospech zachovania života manžela nebolo dostačujúce, že sa mala snažiť viac. Bolo potrebné hľadať motívy, ktoré by jej umožnili širší pohľad na jej možnosti v danej situácii a tým aj obrat v jej postoji a v prežívaní. V rozhovoroch sme sa vrátili k jej manželovi. Nechali sme ju vyrozprávať, aký bol v správaní, v citovom živote, vo vzťahoch, kto z manželov a akým spôsobom pristupoval k riešeniu rôznych rodinných situácií a problémov. Z jej rozprávania sa dalo konštatovať, že spôsob, akým on „riešil“ svoj problém zodpovedal jeho osobnostnej štruktúre. Pre jeho povahu bola typická rigidita v rozhodovaní, vytesňovanie a odkladanie nepríjemných riešení, s ktorým odmietal i akékoľvek lekárske vyšetrenie, aj napriek naliehaniu manželky. Usudzujeme, že manžel psychicky rezignoval oveľa skôr, než zlyhali obranné mechanizmy jeho tela. Tento pohľad na svojho nebohého manžela bol pre pacientku A. oslobodzujúci. Videla celú situáciu v inom svetle, než dovtedy a prijala svoju bezmocnosť voči jeho smrti a konštatovala: „Ste prví, ktorí mi nič nevytýkajú a veria mi, že som viac urobiť nemohla – a to mi dobre padne, ten pocit som celé 4 roky nemala“. Výčitky sa jej síce ešte občas vracajú, ale už nemajú tú deptajúcu silu.

V súvislosti s týmto terapeutickým postupom sme venovali pozornosť i detstvu pacientky. Ukázalo sa, že typ rodinnej výchovy, ktorej sa dostalo našej pacientke naštartoval relatívne častejšie úzkosti v situáciách, kedy u iných ľudí sa úzkosť neprejavuje. Domnievame sa, že došlo ku stretávaniu hypertrofovaného superega /zákazov, príkazov,.. / s egom pacientky. Cítila sa viac sledovaná, než iné ženy, pocit, že sa ľudia zaujímajú nielen o to, ako skoro, ale aj akého partnera si našla („čo povedia ľudia!“). Jej pocit predovšetkým súvisí s domnienkou, že novým partnerským vzťahom v očiach verejnosti deťom škodí alebo ich bude zanedbávať.

V PT procese sme pracovali na tom, aby si pacientka uvedomila a prijala vlastnú autonómiu a osobnú zodpovednosť voči deťom samým za to akého otčima im nájde, nezávisle na mienke širokej verejnosti. Táto úzkosť variuje v závislosti na viacerých faktoroch, hlavne na vzťahoch a spokojnosti v novovytvorenej rodine, z hľadiska vzťahu medzi partnerom a jej deťmi.

V tejto fáze sme psychoterapeutický proces ukončili na vlastnú žiadosť pacientky, s jej presvedčením, že už ďalej dokáže svoje problémy zvládať sama.

Bolo realizovaných 11 PT sedení. Okrem uvedeného postupu sme nacvičovali aj Ostovu relaxáciu, ktorá sa nám javí v práci s úzkostnými stavmi vhodnejšia, než klasický autogénny tréning.

Záver

Prípadoch sme vybrali ako ilustratívny, ukazujúci viacero „vrstiev“ úzkosti, cez ktoré je treba pacienta v psychoterapeutickom procese previesť, od vyslovene vedomých /strach z infarktu/, cez pre pacienta menej zreteľných /fóbie, pocity viny/, až po celkom nevedomé /strach z opustenia vzťahovou osobou/. Človek

si môže niesť úzkostné zážitky v latentnej podobe, ktoré sa môžu manifestovať v dospelosti, v čase krízy.

Literatúra

- Barlow, H.D. (2004). Vznik a podstata úzkostných porúch, *Psychiatria*, roč. 8, č. 2.
- Beck, D. (2005). *Krátkodobá psychoterapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Ellis, A., Mac Laren, C. (2005). *Racionálne emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál.
- Frankl, V. E. (1994). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
- Hašto, J. (2005). *Vztahová väzba*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Horneyová, K. (2000). *Neuróza a lidský růst*. Praha: Triton.
- Kondáš, O. /1977/. *Klinická psychológia*. Martin: Vydavateľstvo Osveta
- Kosová, J., Praško, J. (2002). Úzkostné poruchy In: Höschl, C., Libiger J., Švestka, J.: *Psychiatria*. Praha: Tigris, s.r.o.
- Mentzos, S. (2004). *Psychodynamické modely v psychiatrii*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

PSYCHOTHERAPY OF ANXIETY STATES

This paper presents the ways of psychotherapy treatment which aim to reduce anxiety. In this article the anxiety is described as a major phenomenon in various anxiety disorders expressing itself both in psychological and somatic area of individual. The case study illustrates variety of these disorders, their variableness as well as possibility of the therapeutic influence.

Key words: anxiety, etiology, psychosomatic expressions, psychotherapy

