HAŠTO, J. 2005. Psychodynamika úzkosti. In: *Slovenský lekár*, ISSN: 1335-0234, 2005, 3-4/2005, s.102-107.

HISTORIE OBORU

MUDr.Jozef Hašto: PSYCHODYNAMIKA ÚZKOSTI

Psychiatrické oddelenie NsP Trenčín, riaditeľ MUDr. Pavol Sedláček, MPH

„Spánombohom buď zadobre a čerta nepopudzuj.“

slovenské porekadlo (24)

Súhrn

Úzkosť je ubikvitná emócia. Úzkosť je obsiahnutá v mnohých psychických poruchách. Úzkostné poruchy, pri ktorých je úzkosť a jej spracúvanie v popredí sa dajú pomerne ľahko diagnostikovať. Psychodynamika si všíma súvislosti medzi psychickými fenoménmi, zážitkami, vzťahmi, situáciami, náväznosťami v čase.

Moderná hlbinná psychológia (rôzne psychodynamické smery inšpirované psychoanalýzou) nazbierala množstvo poznatkov o psychodynamike úzkosti. Udiali sa pokroky v neurobiológii emócií a úzkosti. Terapia úzkostných porúch je založená na psychoterapii a/alebo na farmakoterapii.

Kľúčové slová

úzkosť, úzkostné poruchy, psychodynamika

Úzkosť je ubikvitným fenoménom v ľudskom živote. Evolúcia nás ňou vybavila pretože máme lepšie šance prežiť ak sa ohrozeniu vyhneme alebo ho minimalizujeme. Úzkosť tiež významne prispieva k regulácii interpersonálnych vzťahov, vzťahov v skupine, spoločnosti.

Je úzko spojená s tendenciou k útekovému správaniu. Keby sme neboli vybavení úzkosťou malo by to nedozierne následky pre jedinca i spoločenstvo. Predstavme si, že by sme každý problém, konflikt riešili so zlosťou a útokom a pritom by sme ani nemali výčitky svedomia („superegovú úzkosť“).

Agresívne násilie by nemalo konca-kraja. Deficit úzkosti a výčitiek svedomia patrí k jednému špeciálnemu typu poruchy osobnosti – antisociálna porucha. Často sa dostávajú do väzenia a často sa tam vracajú.

Úzkosť ako porucha

O mnoho častejší problém je, že človek má nadmerný sklon k úzkosti. Ak je úzkosť a jej spracúvanie v popredí klinického charakteru, hovoríme o spektre úzkostných porúch (13). Úzkosť sa napr. aktivuje aj v situáciách a pred objektami, ktoré objektívne nie sú nebezpečné (*fóbie*), alebo sa objavujú záchvaty extrémnej úzkosti – *paniky*, ktorá do 10 minút vrcholí a potom opadáva. Na vrchole paniky človek nie je schopný sporiadane myslieť, sústrediť sa, často má pocit, že zomiera, pretože má pocit nedostatku vzduchu, búši mi srdce, potí sa, prípadne má problém udržať moč a stolicu. - Ale nastavenie na úzkostné vyladenie môže byť aj dlhodobý stav s tendenciou robiť si starosti (*generalizovaná úzkostná porucha*), prípadne je úzkosť súčasťou *obsedantne-kompulzívnej poruchy (OCD),* človek sa ju „pokúša" neutralizovať určitými myšlienkami alebo úkonmi, ak ich nevykoná, narastá jeho úzkosť. - Ľudia, ktorí zažili psychotraumu (situáciu extrémneho ohrozenia bezpečia, života) môžu mesiace, roky, by aj celý život trpieť vracajúcimi sa nechcenými spomienkami na udalosť, čo je často spojené s intenzívnou úzkosťou alebo úzkostnými snami (*posttraumatická stresová porucha*), akoby neboli schopní "zmetabolizovať", spracovať zážitok psychotraumy. - Úzkosť je častou súčasťou *reaktívnych* stavov (reakcia na významnú životnú udalosť, obvykle prechodná, často spojená s depresiou a/alebo úzkosťou. - A úzkosť je takmer všadeprítomná aj pri rôznych iných psychických poruchách, napr. s organickou etiológiou, pričom organický faktor môže spôsobovať štrukturálnu léziu alebo reverzibilnú funkčnú poruchu regulácií CNS. - Úzkosť často sprevádza aj *endogenomorfnú depresiu* („Mám strach!" „A čoho sa bojíte?" „Všetkého."). Inokedy sa viaže na starosť o telesnú a duševnú intaktnosť (hypochondrické a autoakuzačné myšlienky vo forme ovládaných predstáv alebo až bludov) alebo na starosť o materiálne zaistenie (myšlienky o schudobnení, blud schudobnenia). - Aj pri *schizofrénnych a schizoafektívnych poruchách* hrá úzkosť často tiež významnú úlohu. - Medzi *akútne prechodné psychotické poruchy* dnes zaraďujeme aj K. LEONHARDOM opísané zvláštne typy psychóz, ktoré označoval ako „úzkostne-extatické". Pri epizóde úzkosti môžu mať pestré bludné predstavy, rôzne narušenú motoriku a schopnosť súvisle myslieť.

Úzkosť a s ňou spojené ďalšie symptómy majú charakter *poruchy* vtedy, keď človeku a obvykle aj jeho okoliu spôsobujú utrpenie a obmedzujú jeho schopnosť postarať sa o seba, fungovať v rodine a domácnosti, pracovať a fungovať v širšom sociálnom kontexte.

Niekedy je úzkosť a jej spracúvanie dominantným znakom *poruchy osobnosti*, ktoré môžeme chápať ako vystupňovanie určitých povahových zvláštností. Podľa charakteristických osobnostných čŕt potom diagnostikujeme napr. vyhýbavú (sebaneistú), obsedantnú, závislú osobnosť. Prvý typ osobnosti sa vyhýba bližšiemu kontaktu s ľuďmi kvôli obave, že nebude bezvýhradne prijatý, druhý je perfekcionistický, pedantný, šetrný či skúpy, tretiemu chýba autonómia, je závislý, podrobivý, necháva za seba rozhodovať druhých. (21)

Deskriptívny a dynamický prístup

Zatiaľ čo deskriptívna diagnostika úzkosti pri rôznych duševných poruchách a špeciálne diagnostika úzkostných porúch je pomerne jednoduchá, pokiaľ lekár pozná diagnostické kritériá (21) a dokáže viesť empatický rozhovor s pacientom (4,23), zložitejšie je odhaľovanie hlbších súvislostí úzkostnej problematiky (dynamická psychiatria (6)). K tomu už potrebujeme vedieť viac o pacientovom živote, o jeho životnej skúsenosti vrátane obdobia detstva (biografická anamnéza)(8).

Eugen BLEULER (5,6), významný švajčiarsky psychiater prvej polovice 20. storočia rozlišoval „psychofóbnych" a „psychofilných" lekárov. Prví majú tendenciu skotomizovať psychickú a psychosociálnu problematiku svojich pacientov a zaujíma ich len telo a telesná stránka choroby, poruchy. Druhý typ lekárov si všíma aj duševný stav pacientov, ich subjektívny svet myšlienok, emócií, prejavov správania. Tento druhý typ lekárov si pomerne ľahko môže osvojiť ako základy deskriptívnej tak aj psychodynamickej psychiatrie.

Psychodynamika si kladie otázku, ako určitý psychický fenomén súvisí s ostatnými psychickými fenoménmi, súčasnými, predchádzajúcimi, novovznikajúcimi (2,16).

Psychodynamika úzkosti

Vráťme sa ale k fenoménu úzkosti.

Úzkosť je vlastne emócia, ktorá

- reprezentuje *prianie vzdialiť sa z miesta, kde je objekt,*

- je spojená s myšlienkovou anticipáciou nebezpečia,

- prejavuje sa telesne-vegetatívnou excitáciou a zvýšenou vigilanciou („nabudenosťou"),

- niekedy je v popredí somatická excitácia, inokedy myšlienkový aspekt.

Úzkosť je teda psychosomatický fenomén, ktorého psychické a somatické aspekty môže človek prežívať veľmi odlišne. - Telesne môže človek prežívať úzkosť ako rýchly pulz, nepravidelný pulz, závrat, pocit slabosti, pocit nedostatku vzduchu, slabosť v nohách, zovretie pri srdci, potenie, nutkanie na močenie, stolicu. - Psychické prežívanie úzkosti môže mať podobu obavy, starosti, stiesnenosti, rozrušenosti, „nervozity", pocitu straty kontroly nad sebou („byť bez seba"), paniky, strachu zo smrti, strachu zo zániku sveta (18).

Položme si teraz ale otázku, aké sú zdroje úzkosti? Z akej vrstvy osobnosti pochádza? S akým vývinovým štádiom súvisí? S akou zrelosťou alebo nezrelosťou osobnostnej štruktúry?

Psychoanalýzou inšpirované psychoterapeutické školy (hlbinné/psychodynamické š.) sa celé desaťročia usilovali odpovedať na tieto otázky. A jestvujú viaceré vydarené prehľadné súhrny týchto nálezov a konceptov (17,18,20).

Psychodynamická diagnostika úzkostnej problematiky zohľadňuje na akej úrovni zrelosti alebo nezrelosti funguje pacientova osobnosť (1). Zrelá úroveň napr. znamená, že človek je schopný jasne rozlišovať medzi svojím subjektívnym svetom a vonkajším svetom, pre svoju duševnú rovnováhu nepotrebuje už bezpodmienečne prítomnosť druhého človeka (má vyvinutú „objektnú konštantnosť"). Pri nezrelej štrukturálnej úrovni fungovania osobnosti má človek problémy správne hodnotiť realitu, keď nemá pri sebe blízku osobu fantazíruje jej neexistenciu atď. - Zrelosť či nezrelosť štrukturálnej úrovne úzko súvisí s konceptom psychickej ontogenézy človeka. Nezrelá štruktúra poukazuje na včasné obdobie života dieťaťa, na fixáciu alebo regresiu k modalitám prežívania a správania charakteristickým pre toto obdobie. Zatiaľ čo nezrelú štruktúru môžeme hypoteticky spájať s prvými 2 rokmi života, relatívne zrelá štruktúra sa konštituuje okolo 5 rokov života.

Ako je to teda s *úzkosťou na relatívne zrelej štrukturálnej úrovni?*

- Zdrojom úzkosti tu môžu byť vytesnené libidinózne (s láskou, erotikou a sexualitou súvisiace) a agresívne-deštruktívne pohnútky. Úzkosť sa môže aktivovať aj vplyvom regresívnych impulzov (symbiotických, orálne kanibalistických, exhibicionistických, voayeristických, orálne sadistických, narcistických, incestuóznych – touto hrozivo zrejúcou terminológiou sa opisujú vcelku bežné detské tendencie v prežívaní a správaní). Človek sa môže pokúšať zvládať túto konšteláciu pomocou forsírovanej obrany voči pudom a tiež napr. externalizáciou. („Druhí to robia.").

- Ďalším zdrojom úzkosti tu je úzkosť z viny, úzkosť zo svedomia („superegová úzkosť"). Pokus o zvládanie môže mať podobu prehnaného podriaďovania sa autoritám ako externalizovanému superegu, a čo je zvlášť spoločensky nebezpečné, delegovania morálnej zodpovednosti na druhých spojeného s idealizáciou poslušnosti. (Spomeňme na páchanie zla v totalitných režimoch či už komunistických alebo fašistických: „Také boli zákony", „Plnil som si len svoju povinnosť", „Riadil som sa rozkazmi nadriadených".)

- Úzkosť tu (na relatívne zrelej úrovni) môže súvisieť aj s tzv. kastračnou úzkosťou, ktorá sa v modernej psychoanalýze chápe ako úzkosť z poškodenia trestajúcimi ľuďmi, úzkosť z bolesti a utrpenia. - Pokus o zvládnutie tejto úzkosti môže mať podobu narcistickej všemocnosti.

A ako je to s úzkosťou *na strednej štruktúrnej úrovni?*

- Problematiku tejto štruktúry môžeme vidieť v súvislosti s tzv. análnym štádiom vývinu (FREUD), kedy dieťa bojuje o správnu formu vzťahu – o autonómiu.

- Úzkosť zo straty lásky od významnej vzťahovej osoby (v psychoanalytickej terminológii: od objektu) tu dominuje. Je to úzkosť, že subjekt pre dôležitý objekt už nebude hodný lásky, že bude odmietnutý. - Pokus o zvládanie môže mať podobu prehnaného prispôsobovania sa, ponúkania sa, dávania sa k dispozícii.

- Úzko s tým súvisí aj strach zo straty vlastnej hodnoty (labilné sebavedomie, sebahodnotenie). Je v hre úzkosť zo zahanbenia, „straty tváre“, z „narcistického zranenia“, zo zlyhania. - Pokus o zvládanie môže mať podobu snahy o zvýšenie sebahodnotenia, napr. cez výkon.

- Patria sem aj úzkosti zo straty autonómie, zo závislosti, z podriadenosti, z toho že sa budú musieť vzdať „samých seba“. - Pokusom o zvládanie môže byť forsírovaná autonómia.

- Ďalšie úzkosti strednej štrukturálnej úrovne súvisia s problematikou agresie: úzkosť z premoženia objektami, z prenasledovania, poškodenia, podmanenosti, týznenia, zničenia.

- Zvládacie stratégie môžu mať podobu nedôvery voči druhým, projikovania vlastnej nenávisti na cudzích: „Nie ja ich nenávidím, oni ma nenávidia“. Vznikajú „obrazy nepriateľa“. Človek alebo celé rodiny (ba niekedy prechodne celé spoločenstvá) sa bojovo ohraničujú voči vonkajšiemu svetu.

- Ak dominuje úzkosť z vlastnej agresivity, môže sa to prejaviť úzkosťou zo zranenia, poškodenia objektov, z ich zničenia (napr. aj vplyvom vlastných nárokov na autonómiu). - Pokus o zvládnutie: prilnutie vo vzťahovej väzbe, starostlivé opatrovanie druhého/druhých (v rámci reaktívneho výtvoru).

A konečne sa dostávame k úzkostiam na *ranej teda nezrelej štruktúrnej úrovni* (súvisiacej s orálnym štádiom vývinu podľa FREUDOVEJ terminológie).

- Psychodynamika tejto štruktúrnej úrovne sa v podstate kryje s psychodynamikou hraničnej (borderline) osobnostnej štruktúry (pozri diagnózu F 60.31) a s psychoanalytickým konceptom „schizoidnej neurotickej štruktúry“ ako aj s „narcistickou poruchou osobnosti“, ktorá v ICD-10 je explicitne vymedzená len v dodatku k Výskumným kritériám (21).

- Úzkosť zo straty objektu tu hrá dôležitú úlohu: úzkosť z odlúčenosti, zo straty životne dôležitého objektu (osoby), zo straty bezpečia, istoty, harmónie; úzkosť je hlbšia: z bezmocnosti, z opustenosti, z vydanosti napospas veľmi mocnému zlému objektu (spomeňme na fantázijné podoby tohto strachu: zlé draky v rozprávkach, monštrá v hororoch), človek prežíva strach z prenasledovania, zničenia. - Pokus o zvládanie môže mať podobu úsilia o harmonické, idylické vzťahy s objektami, človek môže vyslovene lpieť na idyle (čo je v reálnom živote ťažko dosiahnuteľné).

- Keďže blízke vzťahové osoby spôsobovali bolesť a negatívne emócie dieťaťu v ranom detstve, rezultuje úzkosť z blízkosti (túžba po blízkosti zostáva, ale súčasne sa aktivuje veľká úzkosť): úzkosť zo splynutia s objektom, zo straty vlastnej autonómnej existencie, z toho, že bude „zožratý, prehltnutý, pohltený“ (v meditáciách, imagináciách a snoch to môže mať konkrétnu podobu: obrovská papula ide zhltnúť človeka, hrozí, že ho stiahne vodný vír do hlbín, že sa prepadne do zeme atď.). - V rámci zvládania týchto úzkostí sa môže človek vyhýbať blízkosti, bráni sa svojím

túžbam po blízkosti s druhým, má tendenciu kontrolovať a znehodnocovať objekty (znehodnotený objekt už nie je taký atraktívny).

- Ďalší typ úzkostí na ranej štruktúrnej úrovni môžeme označiť ako „úzkosť zo straty seba“: úzkosť z nebytia, prázdnoty, rozplynutia sa, z ničoty, smrti.- Pokusy o zvládanie poznáme od našich pacientov i z aktivít časti mládeže: cez zvýšenú motorickú a senzorickú aktivitu (šport s mimoriadnym nasadením, hlasná hudba, tanec), niekedy sa deje sebastimulácia pomocou sebaporaňovania (rezné rany, popálenia kože atp.).

Takéto diferencované chápanie úzkosti má svoje terapeutické implikácie. Záujem, porozumenie a empatia, ktorú pacient vníma a cíti od svojho terapeuta, je mocným psychoterapeutickým faktorom. - Pri úzkostiach na relatívnej zrelej úrovni bude terapeut naviac podnecovať k rozšírenému konceptu seba. „Aj tieto pudy, potreby patria ku mne, prečo nie?“ To, čo je vytesnené a mimo vedomej kontroly sa má stať prístupné pacientovmu vedomiu a jeho kontroly zo strany „ja“ ako psychickej inštancie, ktorá integruje, rozhoduje, robí kompromisy, berie do úvahy realitu, následky konania. - Na strednej úrovni bude terapeut podnecovať pacienta k väčšej samostatnosti, autonómnosti, slobode, odvahe. Opora vo vzťahu s terapeutom je pritom dôležitým pevným bodom, ktorý umožňuje zdravý vývin aj vývin prirodzenej autonómie. - Pri raných úzkostiach je centrálnym terapeutickým faktorom bezpečie a istota vo vzťahu, jeho dostupnosť a konštantnosť.

Emocionalita = „afektívny systém“

Dosiaľ sme sa zaoberali psychológiou a hlavne psychodynamikou úzkosti a pri tom sme úplne ponechali stranou ostatné emócie. Prirodzene, že primeraný pohľad na problematiku úzkostného pacienta si vyžaduje zohľadňovanie celej afektivity. Afektívny (emočný) systém, podobne ako pudy patrí s vrodenej fylogenetickej výbave človeka (10,11). V priebehu hominizácie došlo k uvoľneniu pevného, schematického inštinktívneho správania a popritom hypotrofoval afektívny systém. Tým, že komponent sociálnej signalizácie afektu (mimika, gestá, postoj), teda signalizácia pripravenosti ku konaniu môže byť odpojená od motivačného komponentu, samotného vykonania, vzniká priestor pre vnútorné a vonkajšie komunikačné procesy. Vznikol tak akýsi slobodný priestor pre inteligentné riešenie sociálnych problémov (9).

Čo prezentujú jednotlivé emócie? Aké priania sú v nich obsiahnuté?

Pozrime sa najprv na emócie regulujúce vzťahy. Kvôli stručnosti uvediem k jednotlivým emóciám slovne vyjadrené priania, ktoré prezentujú (9):

- Hnus – „Ty objekt choď zo mňa von!“
- Hnev – „Ty zmizni, ja zostanem!“

- q Úzkosť – Subjekt si praje vzdialiť sa od objektu.
- q Smútok – Prianie opäť obnoviť minulé interakcie s objektom.
- q Úľava s radosťou - Neprítomnosť „zlého“ objektu pri jeho momentálnom mentálnom sprítomnení.
- q Radosť – „Ty objekt zostaň aký si!“

Zatiaľ čo vyššie uvedené emócie sa uplatňujú hlavne v regulácii vzťahov, zvedavosť, záujem a prekvapenie sa uplatňujú pri spracúvaní informácií, podnetov od objektov, nadväzovaní vzťahu so svetom. Neoanalytik SCHULTZ-HENCKE (19) hovoril v tejto súvislosti o „intencionalite“, etológ by iste tieto emócie priraďoval k hravému a exploračnému správaniu (11).

V praxi každého lekára je žiadúca jeho vysoká senzibilita na vnímanie emócie hanby u pacienta a taktiež empatické zaobchádzanie s touto emóciou, ktorá ak sa príliš aktivuje môže zablokovať diagnostický a terapeutický proces. Pacient kvôli nej môže jednoducho prerušiť kontakt s lekárom.

Hanba je príbuzná s hodnotením, že človekom pohŕdajú, že je pokorený, vysmievaný. Psychodynamicky sa dá hanba chápať ako internalizovaný hnus od objektu alebo skupiny, ku ktorej subjekt patrí. Hanba sa aktivuje pri odhalení slabosti, defektu, „špinavosti“. Namiesto láskavého prijatia naráža človek na odmietanie a kritiku.

Hanba a depresia sú emócie, nálady, ktoré podnecujú sebareflexiu.

Psychodynamické skúmanie depresie viedli k stručnému konštatovaniu, ktoré sa nápadne zhoduje či aspoň prekrýva s evolučne-biologickými teóriami depresie. Depresia sa dá chápať *ako internalizovaná zlosť určitého objektu, ktorý nemožno opustiť a ktorý by subjekt rád zahnal* (9). Ambivalenčný konflikt tu paralyzuje človeka v depresívnom ustrnutí.

Členenie afektívneho systému

V psychoterapii pacientov s úzkostnými poruchami, ale aj pri iných poruchách sa osvedčuje *členenie afektívneho systému na subsystémy (9):*

1. expresívny komponent – výraz tváre, vokalizácia (neverbálne signály podstatne určujú obsah hovoreného),
2. psychofyziologický komponent – aktivácia, deaktivácia autonómneho a endokrinného systému (môže sa prejaviť aj pri chýbaní expresie! napr. pri psychosomatických ochoreniach),

3. motivačný komponet – prejav v telesnom svalstve a v držaní tela (plní aj rolu expresívneho signálu), pohotovosť k motorickému správaniu,

4. vedomé vnímanie telesného komponentu,

5. pomenovanie a hodnotenie vnímania vyvolávajúcej situácie ako aj priradenie k oblasti self alebo

objektného sveta.

Členenie afektívneho systému na komponenty sprehľadňuje terapeutické indikácie.

V rámci asertívneho tréningu sa pacient môže učiť sprevádzať obsah svojej reči primeranými neverbálnymi signálmi aby bol pre okolie zrozumiteľnejší, jasnejší a mal lepšie šance ovplyvniť svoje okolie (pozri bod 1). Autogénny tréning, Jacobsonova progresívna relaxácia alebo hypnóza môžu napomôcť k prehĺbenému uvoľneniu a harmonizovať niekedy aj dlhodobo vychýlenie regulácie autonómneho nervového a endokrinného systému (pozri bod 2). Habituálne držanie tela podmienené dlhodobým nastavením na určitú emóciu, napr. úzkosť alebo zlosť môže viesť napr. k vertebrogénnym ťažkostiam a zmena môže začať od prežívania a prúčania motorických vzorcov (pozri bod 3). Vedomé vnímanie telesného komponentu môže viesť k plnšiemu a jemnejšiemu emočnému vyhodnocovaniu situácií, predstáv (pozri bod 4). Terapeutická práca na piatom komponente znamená v rozhovore klarifikovať, konfrontovať a primerane interpretovať vyvolávajúce situácie a s nimi obvykle spojené emócie. Pre pacienta je to akési učenie sa emočnej gramotnosti. Terapeutické intervencie môžu mať napr. podobu „Opíšte v akej ste boli situácii, keď ste začali mať ten pocit (symptóm). Aké myšlienky , čo ste si hovorili?“ Alebo: „ Ja na vašom mieste by som asi cítil hnev...“ Alebo: „Skúste presne opísať čo ste videli, ako sa ten človek správal, čo vám povedal. Bez toho, že by ste to hodnotili“. „A teraz, ako ste to brali?“

Úzkosť a jazyk

Naša reč je plná vyjadrení, ktoré opisujú emočný stav, prejav či už vlastný alebo u druhého človeka. Bez nárokov na akékoľvek systematické usporiadanie pozrime sa aspoň na niektoré.

Niektoré verbálne vyjadrenia, ktorých obsahom je alebo môže byť úzkosť.

Od subjektu:

- ü Mám strach.
- ü Bojím sa.
- ü Bol som vydesený.

- Bol som v šoku.
- Zľakol som sa.
- Vystrašilo ma to.
- Mám obavy.
- Mám starosť.
- Mám úctu voči...
- Mám výčitky svedomia.
- Som opatrný.
- Bol som v panike.
- Začal som sa dusiť.
- Desí ma to.
- Je to nebezpečné.
- Najradšej by som sa schoval.
- Ohrozuje ma to.
- Najradšej by som ušiel.
- Mohlo by mi to uškodiť.
- Ustrnul som v hrôze (úľak + bezmocnosť).
- Bude to katastrofa.
- Vyschlo mi v ústach.
- Myšlienky mi vírili hlavou, chaos v hlave.
- Rozbúšilo sa mi srdce.
- Dostal som závrat.
- Bolo mi na omdletie.
- Pomočil, pošpinil som sa.
- Zovrelo mi srdce.

- ü Zovrelo mi krk.
- ü Podlomili sa mi kolená (v úľaku).
- ü Roztriasli sa mi ruky.
- ü Zalial ma pot.
- ü Som nervózny (často úzkosť, niekedy zlosť, inokedy zmes)
- ü Stratil som odvahu.
- ü Čo ak ma odmietne?
- ü Čo ak ma prestane mať rada/rád?
- ü Čo ak ju/ho stratím?
- ü Čo ak nebudem mať úspech?
- ü Čo keď som vážne chorý?
- ü Čo keď ma potrestajú?
- ü Čo keď budem mať bolesti?
- ü Z čoho budem žiť?
- ü Čo na to povedia ľudia?
- ü (Strach z anticipovaného pohŕdania, výsmechu od ľudí a následnej hanby.)
- ü Čo keď ma chce držať v závislosti, ovládať ma, manipulovať mnou?
- ü Čo ak sa prestanem ovládať?
- ü To by sa mi zrútil celý svet.
- ü To by som neprežil.
- ü To asi nezvládnem.
- ü To asi nevydržím.

Niektoré ďalšie verbálne vyjadrenia, ktorých obsahom je alebo môže byť úzkosť.

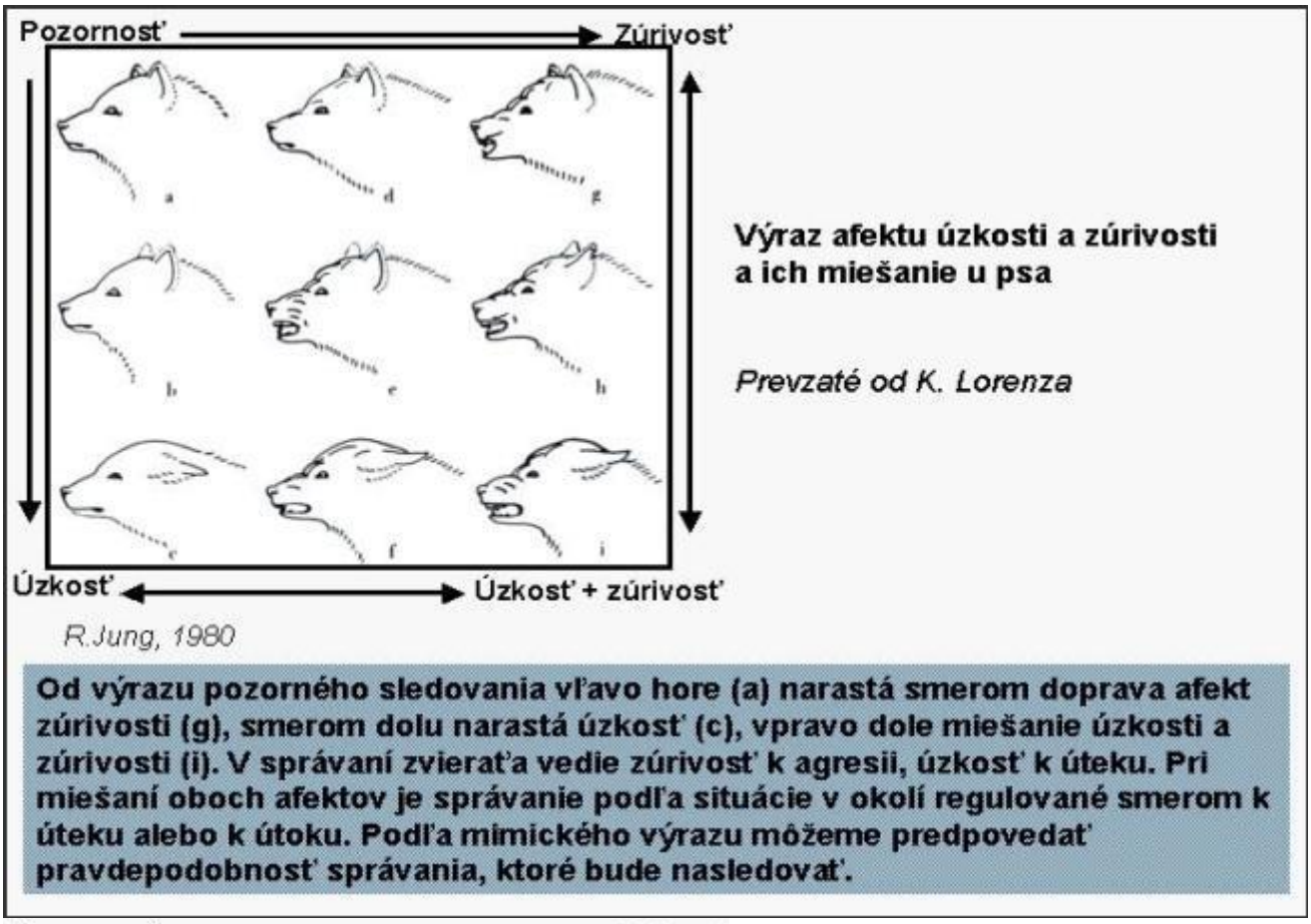
Od objektu:

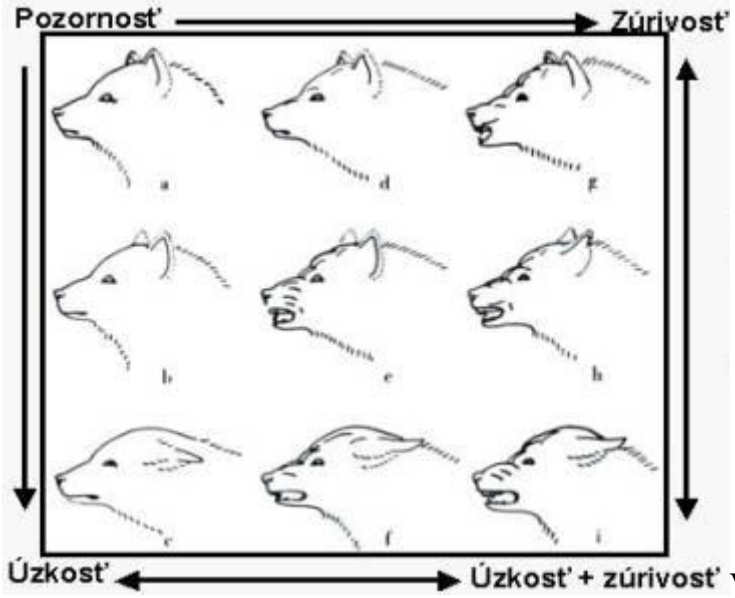
- Je pedant.
- Puntičkár.
- Je to bojko.
- Je bojazlivý.
- Strachopud.
- Je ustarostený.
- Nesmelý.
- Posero.
- Zalapal po dychu.
- Je predposratý. (pardón, ale používa sa to. Pozri na nutkanie pri úzkosti a tendenciu k nadmernej opatrnosti u niektorých úzkostných ľudí.)
- Je vyľakaný.
- Bojí sa.
- Nemá odvahu.
- Vyhýba sa.
- Je plachý.
- Zbledol.
- Uniká (napr. v rozhovore).
- Roztriasol sa.
- Schováva sa za...
- Je svedomitý.
- Bohabojný.
- Podlízavý.
- Strká sa do zadku (strach zo silnejšieho a pokus o získanie ochrany)
- Škrupulózny.
- Nemá čisté svedomie.

- ü Nepripúšťa si to (často vytesnenie niečoho, čo by vyvolávalo úzkosť, smútok alebo hanbu).
- ü Riskuje (možná obrana pred úzkosťou, „antifobické správanie“).
- ü Tvári sa ako hrdina, ale srdce má v gatiach (antifobické správanie).
- ü Sklopil uši.
- ü Stiahol chvost.
- ü Bočí pohľadom.
- ü Zaliezol.
- ü Už nevystrkuje hlavu.
- ü Čo ti uleteli včely?
- ü Tichý hlas.
- ü Triasol sa mu hlas.
- ü Neodhryznem ti z nosa (dominantný objekt vníma strach u subjektu a chce ho upokojiť, nie veľmi vhodne).
- ü Stratil reč.
- ü Zajakal sa od úzkosti.
- ü Bojí sa pravde pozrieť do očí (vytesňuje, popiera).
- ü Zamlčal pravdu.
- ü Klamal.
- ü Vyhol sa odpovedi.

Výrazy úzkosti v mimike

K. LORENZ, jeden zo zakladateľov etológie bol vynikajúci znalec psov. Na jednom obrázku nakreslili výrazy v tvári, ktoré vyjadrujú emóciu pozornosti, úzkosti, zúrivosti a ich miešanie. Táto mimika umožňuje pozorovateľovi predpovedať aké správanie bude nasledovať. Obrázok č.1 Výraz afektu úzkosti a zúrivosti a ich miešania u psa (podľa 10)





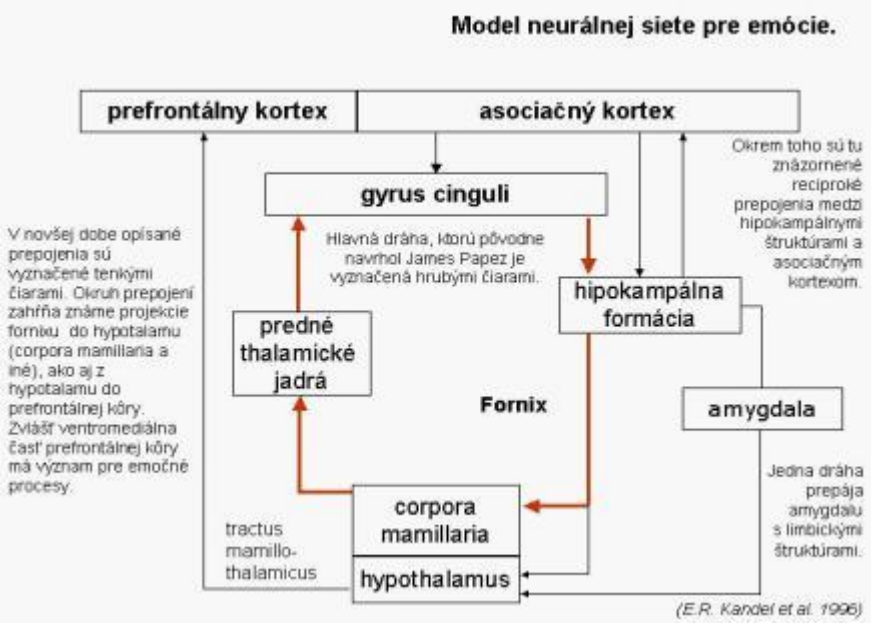
Výskum ľudskej mimiky a jej „odčítavania“ druhými je v súčasnosti pomerne intenzívny a vedie k zaujímavým nálezom. Napr. aktivácie odmeňujúceho systému v mozgu (22) pri pozorovaní obrázku sympatickej osoby. Aktivácia sa deje cez nucleus A-10 v strednom mozgu, dopaminergnými dráhami pôsobí na prefrontálnu kôru a iné dráhy napojené na n. accumbens zaistia zasa produkciu endogénnych opiátov v prefrontálnej kôre; podobný efekt má aj čokoláda (obsahuje fenyletylamín), pekná hudba, kokain, zážitok lepšieho výsledku, než človek očakával. Aktivácie mozgových štruktúr sa teraz dajú sledovať pomocou zobrazovaných metód MRT a PET; má to význam aj pre našu tému úzkosti: snáď to pomôže niektorým lekárom uveriť v to,

že aj oni samotní sú liekom. Vľúdna tvár lekára má upokojujúci účinok na zneisteného pacienta!

Ale pozrime sa teraz na niektoré úzkostné mimické výrazy, ako ich uvádza K.LEONHARD vo svojej monografii o ľudskom výraze v mimike, gestách a neverbálnych rečových prejavoch (14)

		
nedôvera-strach	úzkosť	strach
		
úzkostný údiv	úľak	starosť
		
	poddanie sa s úzkosťou	

Obrázky č. 2-8. Niektoré výrazy úzkosti v ľudskej mimike (14)



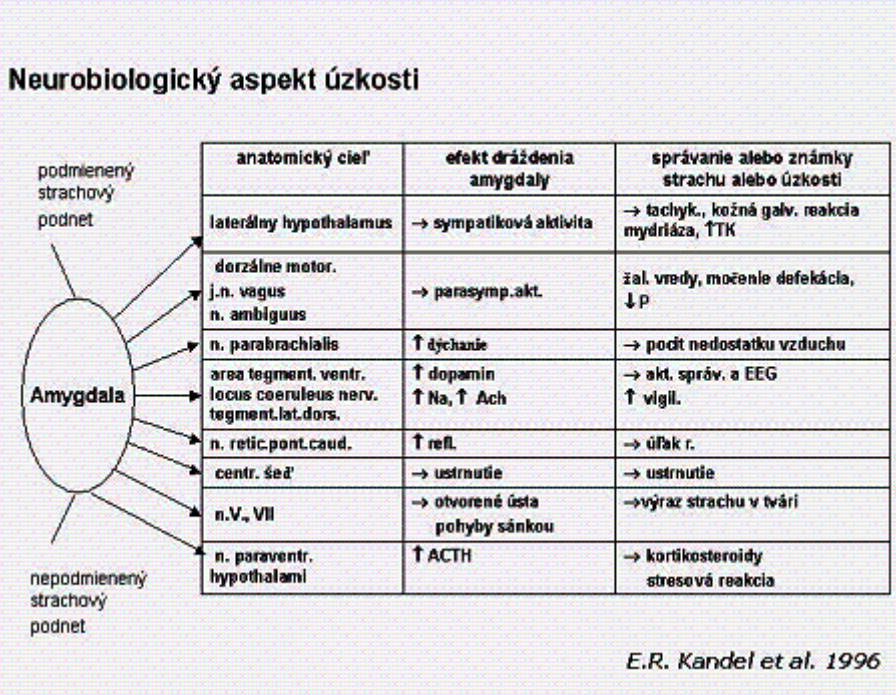
Dobrý lekár získava veľa informácií z pacientovej tváre! Umožňuje mu to správne utvárať a načasovávať svoje intervencie. - Poznal som jedného kolegu, ktorý bol výborný lekár, pacienti ho vnímali ako pomáhajúceho a so správnym jemnocitom. Podobne ho hodnotili jeho najbližší kolegovia. Po mozgovo-cievnej príhode v pravej hemisfére mu zostal zachovaný jeho vynikajúci intelekt, potvrdilo sa to aj v testoch. Zostala mu ľavostranná hemiparéza, ktorá ho len mierne pohybovo hendikepovala ale iné postihnutie bolo omnoho závažnejšie: stratil schopnosť odčítavať mimický prejav druhých ľudí. Stratil cit pre vnútorný svet pacientov. Tí sa mu začali vyhýbať. Bol to dôvod k odchodu do dôchodku.

Neurobiológia – čo sa deje pri emóciách?

Aspoň heslovite sa ešte pozrime na *neurobiologické aspekty emócií (12).* Emócie podobne ako vnímanie a konanie sú v mozgu kontrolované zvláštnymi neurálnymi okruhmi. Keďže emócie môžeme prežívať vedomo, zúčastňuje sa na nich kognitívny element – s najväčšou pravdepodobnosťou mozgová kôra. Ale súčasne sú sprevádzané autonómnymi, endokrinnými a motorickými reakciami, čo svedčí pre účasť subkortikálnych štruktúr: do centra pozornosti sa dostala špeciálne amygdala, hypotalamus a mozgový kmeň. Periférne reakcie pripravujú telo k akcii a slúžia tiež k signalizácii pre druhých ľudí v emočnom stave. Emočné správanie sa v súčasnosti považuje za výsledok interakcie medzi perifémymi a centrálnymi faktormi. Význam vnímania telesných zmien z periférie pre prežívanie emócie zdôraznili už J.JAMES a K.LANGE a v súčasnosti rozvíja ich teóriu A. DAMASIO (7). Model neurálnej siete pre emócie vychádza z limbického okruhu: hypotalamus, corpora mamillaria, predné talamické jadrá, gyrus cingulí, hipokampálna formácia, ale ďalšie poznatky nútili zakomponovať do modelu aj prefrontálny kortex, asociačný kortex a amygdalu. Schématicky to znázorňuje obrázok č. 9.

Obrázok č.9 – Model neurálnej siete pre emócie (12).

Neurobiológia kráča míľovými krokmi ale mnohé indície o význame hypotalamu, amygdaly a prefrontálnej kôr sú známe už desaťročia. Zvlášť diferencované poznatky sú známe z efektov dráždenia rôznych štruktúr amygdaly. Tieto poznatky umožňujú modelovú predstavu cez aké štruktúry a akými „mechanizmami" pôsobí amygdala pri podmienenom alebo nepodmienenom strachovom podnete (12).



anatomický cieľ	efekt dráždenia amygdaly	správanie alebo známky strachu alebo úzkosti
laterálny hypothalamus	→ sympatiková aktivita	→ tachyk., kožná galv. reakcia mydriáza, ↑TK
dorzálne motor. j.n. vagus n. ambiguus	→ parasymp.akt.	žal. vredy, močenie defekácia, ↓P
n. parabrachialis	↑ dýchanie	→ pocit nedostatku vzduchu
area tegment. ventr. locus coeruleus nerv. tegment.lat.dors.	↑ dopamin ↑ Na, ↑ Ach	→ akt. správ. a EEG ↑ vigil.
n. retic.pont.caud.	↑ refl.	→ úľak r.
centr. šeď	→ ustrnutie	→ ustrnutie
n.V., VII	→ otvorené ústa pohyby sánkou	→výraz strachu v tvári
n. paraventr. hypothalami	↑ ACTH	→ kortikosteroidy stresová reakcia

Obr. č.10 Neurobiologický aspekt úzkosti – amygdala (12).

Neurobiológia a psychoterapia

Verím, že za nejaký čas budú vedieť neurobiológovia odpovedať na našu otázku, čo sa približne deje v mozgu, keď pacient s úzkostnou poruchou je v rámci terapeutickej regresie privedený terapeutom k imaginovaniu kľúčovej patogénnej situácie, ktorá reprezentuje jeho opakované zneistenie, napr. v interakcii s plačúcou, bezmocnou matkou, keď mal 4 roky a

kedy mal pocity, že stratil najdôležitejšiu istotu vo svojom živote – oporu a upokojenie poskytujúcu matku. A v imaginácii je v tej situácii nielen ako malý chlapec ale aj ako dospelý s terajšími schopnosťami a skúsenosťami a je schopný byť tomu malému bezradnému a opustenému chlapcovi oporou, dokáže ho upokojiť a povzbudiť, nežne sa ho dotýkať a hovoriť s ním, objať ho. Po takomto imaginačnom ošetrení zraneného dieťaťa v sebe, ako to neraz v terapii navodzujeme a pozorujeme, sa obvykle redukuje alebo až vyhasne úzkostná symptomatika.

Záverom – k terapii

Iste bude pre nás zaujímavé vedieť čo všetko, aké procesy sa pri takejto terapii odohráva v mozgu. Ale psychoterapeuticky môžeme efektívne s pacientami pracovať už teraz!

Záverom ešte jedna poznámka k farmakoterapii (3,15): Zlaté pravidlo je, že benzodiazepíny spravidla nepodávame pri úzkostných poruchách dlhšie než 6 týždňov, aby sme sa vyhli vzniku závislosti, ktorá sa často lieči ešte ťažšie ako samotná úzkostná porucha. BZD nevysadzujeme naraz ale postupne, spravidla tak, aby sme to stihli najneskôr do uvedených 6 týždňov. Ak už psychofaramaká pri úzkostných poruchách, tak antidepresívne (špeciálne SSRI) niekedy aj v2-3 násobných dávkach (napr. pri OCD) než pri úvodnej liečbe depresií. Sú už dostupné aj nepsychiatrom ako generiká; podávanie plánujeme na dlhšiu dobu – obvykle minimálne na rok, ak treba roky. Zatiaľ čo zlepšenia vplyvom psychoterapie majú stabilné pretrvávanie, vysadzovanie farmakoterapie môže viesť k relapsu symptómov. Vysadzovanie treba robiť postupne, rozložiť na týždne až mesiace. Ak je potrebná dlhodobá liečba antidepresívami, nemusíme sa obávať vzniku závislosti.

Literatúra

1. ARBEITSKREIS OPD (Hrsg): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. H.Huber, Bern, 1996

2. BENEDETTI, G.: Psychodynamik als Grundlagenforschung der Psychitrie. IN K.P.KISKER et al (Hrsg): Psychiatrie der Gegenwort. Grundlagen und Methoden der Psychiatrie. Teil 1. Springer, Berlin, 1979

3. BENKERT, O., H.HIPPIUS: Príručka psychiatrickej farmakoterapie. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2002

4. BLASER, A. et al: Na problém orientovaná psychoterapia. Koncept integrovanej krátkodobej psychoterapia. Vydavateľstvo F, Trenčín, 1994

5. BLEULER, E.: Das autistisch undinsciplinierte Danken in der Medizin und seine Überwindung. Springer, Berlin, 1975

6. BLEULER, E., M. BLEULER: Učebnica psychiatrie. Vybrané kapitoly. Vydavateľstvo F, Trenčín, 1998

7. DAMASIO, A.R.: Descartesův omyl. Rozum a lidský mozek. Mladá fronta, Praha, 2000

8. DÜHRSSEN, A.: Biografická anamnéza z hlbinne-psychologického aspektu. Vydavateľstvo F, Trenčín, 1998

9. HEIGL-EVERS, A. et al: Lehrbuch der Psychotherapie. Fischer, Stuttgart, 1993

10. JUNG, R.: Neurophysiologie und Psychiatrie. In K.P.KISKER et al (Hrsg) Psychiatrie der Gegenwort. Grundlagen und Methoden der Psychiatrie. Teil 2, Springer, Berlin, 1980

11. JÜRGENS, U., D.PLOOG: Od etológie k psychológii. Vydavateľstvo F, Trenčín, v tlači - 2005

12. KANDEL, E.R.et al (Hrsg): Neurowissenscheften. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg 1996

13. KAPLAN, B.J., V.A.SADOCK: Pocket handbook of clinical psychiatry 3. Ed. Lippincott Williams, Philadelphia, 2001

14. LEONHARD, K.: Der menschliche Ausdruck in Mimik, Gestik und Phonik. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1976

15. MÖLLER, H.J (Hrsg): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Thieme, Stuttgart, 2000

16. PETERS, U.H.: Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie, Elsevier, München, 2004

17. RIEMANN, F: Základné formy strachu. Portál, Praha, 1999

18. RUDOLF, G.: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. 4. Afl. Thieme, Stuttgart, 2000

19. SCHULTZ-HENCKE, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. G.Theme, Stuttgart, 1969

20. SCHWIDDER, W: Klinik der Neurosen. In K.P.KISKEN et al (Hrsg): Psychiatrie der Gegenwort, Band II/1, Zweite Auflage, Klinische Psychiatrie I. Springer Verlag, Berlin, 1972

21. SMOLÍK, P.: Duševní a behaviorální poruchy. 2. rozš. vydání Maxdorf, Praha, 2002

22. SPITZER, M: Selbstbestimmen. Gehizuforschung und die Frage: Was sollen wir tun? Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, 2004

23. WETZIG-WÜRTH, H., P. MÜLLER: Psychoterapeutický rozhovor. Terapeuticky účinné dialógy v lekárskej praxi. Vydavateľstvo F, Trenčín, 2004

24. ZÁTURECKÝ, A.P.: Slovenské príslovia a úslovia. Tatran, Bratislava, 1974

MUDr. Jozef Hašto,

Psychiatrické oddelenie NsP

Legionárska 28

911 71 Trenčín e-mail: hasto@nsptn.sk

ZPĚT