

PSYCHOTERAPIE ÚZKOSTNÝCH STAVŮ

MUDr. Michal Kryl

Psychiatrická klinika LF UP Olomouc

Úzkost je existenciálním prožitkem. Dítě separované od matky, dospělý postrádající v nudě konzumního života jeho smysl i osamělý stařec v předtuše smrti zažívají tento strach z nebytí, ze ztráty sebe sama, z ohrožení tělesné i duševní existence. Úzkost je zároveň centrálním symptomem v etiopatogeneze a dynamice neurotických, stres-dependentních i psychosomatických poruch. S masivní úzkostí bojuje člověk v psychóze i deliriu, úzkost je věrnou družkou deprese. Níže uvedená schémata pojednávají úzkost z hlediska možného psychoterapeutického ovlivnění.

PŘÍZNAKY ÚZKOSTI

Psychické	pocit ohrožení, obtíže s koncentrací, nadměrná bdělost, nespavost, snížené libido, pocit „knedlíku v krku“ nebo chvění v ústech, pocity podrážděnosti, očekávání „nejhoršího“, obavy
Tělesné	třes, cukání, rozechvělost, bolesti v zádech nebo hlavy, napětí ve svazech, zkrácení dechu, hyperventilace, unavitelnost, úleková reaktivita, vegetativní hyperaktivita (bušení srdce, nutkání na stolicí, na močení), pocity závratí, pocity nestability v prostoru, parestézie, dysfagie

PSYCHOTERAPEUTICKÉ METODY ZACHÁZEJÍCÍ S ÚZKOSTÍ

Hlubinné směry – psychoanalýza, psychoanalytická, dynamická a interpersonální psychotherapie (úzkost je reakce na pudové nebo emoční napětí; bazální úzkost vzniká v primární rodině nedostatkem základní důvěry; úzkost na bázi psychotraumat; dopad úzkosti na vztahy a interpersonální chování)	postupy: technika volných asociací, analýza a interpretace odporu, přenosu a obran před úzkostí, interpretace snů, hledání souvislostí mezi současnými postoji, prožíváním či chováním a zážitky z dětství, snaha o dosažení náhledu a emoční korektivní zkušenosti, vedení k lepší adaptaci na současnou životní situaci atd.
Kognitivní terapie (úzkost je důsledek iracionálního myšlení)	postupy: edukace, diskuze, boření iracionálních názorů a obran, vedení k akceptaci a přijetí zodpovědnosti za své problémy, dosažení změn v životních postojích
Behaviorální terapie (úzkost je podmíněně naučená)	postupy: protipodmiňování – systematická desenzibilizace (spárování úzkost inhibující reakce s podnětem zúzkostňujícím), relaxace, nácvikové postupy jako je sebeprosazování aj.
Kognitivně behaviorální terapie (syntéza předchozích dvou tezí)	postupy: edukace o vzniku, povaze a udržování úzkosti, nácvik relaxačních postupů, expozice úzkostným objektům nebo uměle navozené úzkosti, zpochybňování katastrofických myšlenek, zvládání vyhybbavého chování, řešení problémů aj.
Biofeedback	postupy: monitorování napětí (a uvolnění) pomocí speciálního přístroje, ovlivňování úzkostného napětí principem expozice a relaxace
Hypnoterapie	postupy: sugesce klidu, sugesce úzkosti a následného klidu, autostimulační manévry (např. stisk prstů navodí zklidnění)
Relaxační metody	autogenní trénink, progresivní myorelaxace podle Jacobsona, Östova aplikovaná relaxace, dechová zklidňující cvičení atp.
Některé další postupy	dereflexe (zaměření pozornosti jiným směrem), paradoxní intence (záměrné vyvolávání úzkosti), persuáze (přesvědčování)

PSYCHOTERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP K ÚZKOSTNÉMU PACIENTOVÍ

Obecné zásady

- volit vřídlost a pevnost (mobilizovat dospělé Já, zabráňovat další paciento-
vě regresi)
- udržovat oční kontakt (ale „nepropichovat očima“)
- šetřit gesty (mohou zneklidnit)
- umožnit ventilaci emocí (pláč, křik, vztek)
- akceptovat pacientovu situaci – projevit pochopení pro jeho pocity, pomoci
mu je uchopit a pojmenovat
- vést pacienta
 - klást otázky, rekapitulovat, shrnovat (tvorba struktury)
 - zadávat jednoduché instrukce a vyzdvihovat jejich úspěšné splnění (tzv.
kotvení)
- pracovat s katastrofickými scénáři
 - zpochybňování obav
 - technika nafouknutí (přehnání obavy do absurdity, zesměšnění, úleva)

Deset bodů krizové intervence u akutního stavu úzkosti (panického záchvatu)

1. zpomalit tempo vlastního dechu a řeči, zaujmout pevnou, ale pohodlnou tělesnou polohu s dobrým kontaktem nohou se zemí (tzv. grounding)
2. získat informace o pacientovi – byl již somaticky vyšetřen?
3. informovat pacienta o našem záměru snížit jeho úzkost
4. vysvětlit pacientovi, že jde o stav úzkosti, nikoli o ohrožení života
5. zaměřit pozornost na dýchání pacienta, vést jej k pomalému a pravidelnému dechu při zavřených ústech
6. zaměřit pozornost na místa tělesného napětí, facilitovat zde napětí s pomalým nádechem a uvolnit s pomalým výdechem
7. nalézt spouštěče úzkosti spolu s pacientem a vést jej k porozumění vzniku paniky
8. zpochybnit katastrofické interpretace úzkosti („Už se vám to někdy stalo? A jak to tehdy dopadlo?“ nebo „Co svědčí pro vaši obavu?“ atp.)
9. ocenit pacienta za zvládnutí instrukcí a vyzdvihnout účinnost postupu
10. nasměrovat pacienta do psychoterapeutické péče

Literatura

1. Condrau G. Sigmund Freud & Martin Heidegger, daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie. Triton. Praha, 1998: 90–91.
2. Honzák R. Komunikační pasti v medicíně. Galén. Praha, 1997: 109–113.
3. Knoppová D, et al. Telefonická krizová intervence. Remedium. Praha, 1997: 107–111.
4. Kratochvíl S. Základy psychoterapie. Portál. Praha, 1998: 20–47, 59–79, 133–157.
5. Miller RC. Biofeedback and behavioral medicine. Guilford Press, Treating the symptom, the syndrom, or the person? Psychotherapy, 1999; 31: 161–169.
6. Možný P, Praško J. Kognitivně behaviorální terapie, úvod do teorie a praxe. Triton. Praha, 1999: 90–158, 169–175, 184–191.
7. Nakonečný M. Lexikon psychologie. Vodnář. Praha, 1995: 241.
8. Nakonečný M. Psychologie osobnosti. Academia. Praha, 1995: 223–226.
9. Poněšický J. Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Triton. Praha, 1999: 19–27.
10. Prochaska JO, Norcross JC. Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi. Grada Publ. Praha, 1999: 219–285.
11. Shear MK, Weiner K. Psychotherapy for panic disorder. J. Clin. Psychiatry (US), 1997; 58 (Suppl. 2): 38–43, discussion 44–45.
12. Smolik P. Duševní poruchy a poruchy chování. Maxdorf Jessenius. Praha, 1996: 247.
13. Wolpe J. The practice of behavior therapy (2nd ed.) Elmsford, Pergamon. New York, 1973: 17.