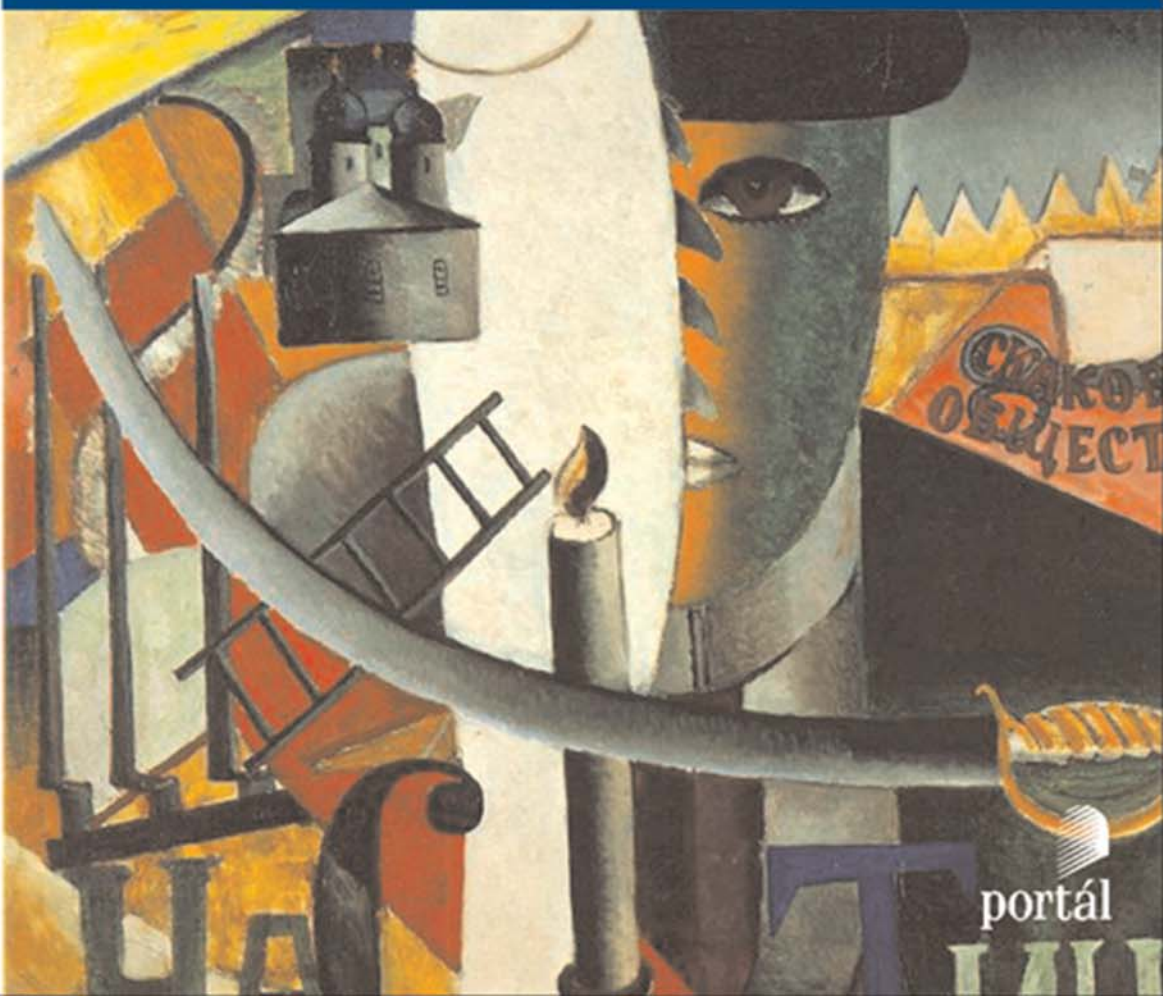


Úzkostné poruchy

Ján Praško

Klasifikace, diagnostika a léčba



Úzkostné poruchy

Ján Praško

Klasifikace, diagnostika a léčba

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Praško, Ján

Úzkostné poruchy : klasifikace, diagnostika a léčba / Ján Praško. –
Vyd. 1. – Praha : Portál, 2005. – 416 s.

ISBN 80-7178-997-6

616.89-008.441

- úzkostné poruchy
- monografie

616.89 - Psychiatrie

Přehled poznatků včetně vlastního výzkumu – práce k habilitaci
Práce byla podpořena výzkumným projektem CNS 1M0002375201

Lektoroval MUDr. Pavel Baudyš, CSc.

© MUDr. Ján Praško, 2005

Portál, s. r. o., Praha 2005

ISBN 80-7178-997-6

Obsah

Úvod	9
-------------	---

ČÁST I

Přístupy k úzkostným poruchám	15
1.1 Historický vývoj pohledu na úzkostné poruchy	16
1.2 Psychoanalytické a neopsychoanalytické koncepty úzkosti	24
1.3 Kognitivně-behaviorální pohled na úzkost a strach u úzkostných poruch	35
Teorie učení	36
Úzkost jako reakce tří systémů	44
1.4 Neuronální okruhy úzkosti a strachu	46
Amygdala a bed nucleus strie terminalis	50
Efekt dřívější zkušenosti	51
Neurální mechanismy úzkosti a strachu	53
Neurotransmitery, které se účastní úzkosti a strachu	56
1.5 Klasifikace úzkostných poruch v MKN-10	61
1.6 Úzkostné poruchy a stigmatizace	63

ČÁST II

Diagnóza a léčba jednotlivých úzkostných poruch 67**2.1 Generalizovaná úzkostná porucha 68**

Charakteristiky	68
Epidemiologie	71
Diagnóza	73
Etiopatogeneze	73
Průběh a prognóza	84
Diferenciální diagnóza	85
Komorbidita	87
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení	89
Léčba	91
Farmakoterapie	93
Specifické psychoterapie	105
Klinické vedení pacienta	112
Prevence	113
Doporučovaný terapeutický postup	113
Kazuistika	114
Souhrn	120

2.2 Panická porucha 121

Charakteristiky	121
Epidemiologie	123
Diagnóza	125
Etiopatogeneze	127
<i>Vlastní studie – Identifikace souvislosti vychytávání ¹⁸FDG PET s mírou symptomatologie u panické poruchy (Pašková, Praško, Horáček et al., 2003)</i>	<i>146</i>
<i>¹⁸FDG PET rozdíly u pacientů s panickou poruchou před a po léčbě kognitivně-behaviorální terapií nebo před a po léčbě SSRI (Praško et al., 2003, 2004; Záleský et al., 2004)</i>	<i>149</i>
Průběh a prognóza	166
Diferenciální diagnóza	167
Komorbidita	172
<i>Ovlivňuje komorbidní porucha osobnosti účinnost léčby u panické poruchy? (Petra Houbová et al., 2004; Praško et al., 2005)</i>	<i>174</i>
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení	186
Léčba	187
Farmakoterapie	188
Specifické psychoterapie	206
Klinické vedení pacienta	216

Prevence	216
Doporučovaný terapeutický postup	219
Kazuistika	217
Souhrn	220
2.3 Smíšená úzkostně-depresivní porucha	221
Charakteristiky	221
Epidemiologie	224
Diagnóza	224
Etiopatogeneze	226
Průběh a prognóza	228
Diferenciální diagnóza	229
Komorbidita	232
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení	232
Léčba	233
Farmakoterapie	233
Specifické psychoterapie	237
Klinické vedení pacienta	248
Prevence	248
Doporučovaný terapeutický postup	249
Kazuistika	250
Souhrn	253
2.4 Agorafobie	254
Charakteristiky	254
Epidemiologie	257
Diagnóza	257
Etiopatogeneze	257
Průběh a prognóza	262
Diferenciální diagnóza	262
Komorbidita	263
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení	264
Léčba	266
Farmakoterapie	267
Specifické psychoterapie	270
Klinické vedení pacienta	277
Prevence	279
Doporučovaný terapeutický postup	280
Kazuistika	280
Souhrn	283
2.5 Sociální fobie	284
Charakteristiky	284

Epidemiologie	285
Diagnóza	286
Etiopatogeneze	286
Průběh a prognóza	292
Diferenciální diagnóza	293
Komorbidita	294
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení	295
Léčba	297
Farmakoterapie	297
Specifické psychoterapie	306
<i>Farmakoterapie versus KBT v léčbě sociální fobie – kontrolovaná studie s dvouletou katamnézou (Praško et al., 2000, 2003)</i>	310
Klinické vedení pacienta	334
Prevence	334
Doporučovaný terapeutický postup	334
Kazuistika	336
Souhrn	339
2.6 Specifické fobie	340
Charakteristiky	340
Epidemiologie	342
Diagnóza	343
Etiopatogeneze	344
Průběh a prognóza	349
Diferenciální diagnóza	349
Komorbidita	350
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení	350
Léčba	353
Farmakoterapie	354
Specifické psychoterapie	356
Klinické vedení pacienta	363
Prevence	363
Doporučovaný terapeutický postup	363
Kazuistika	365
Souhrn	368
Závěr	369
Literatura	371
Rejstřík	409

Úvod

Tato publikace je věnována nejčastějším psychickým poruchám „malé psychiatrie“, se kterými se může setkat jak psychiatr, tak lékař první linie, ale velmi často i internista, neurolog, otorinolaryngolog, plicní lékař a další. Jde o poruchy, u kterých jsou typickými dominujícími příznaky úzkost, strach, obavy a vegetativní příznaky. Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější duševní poruchy, se kterými se lékař může setkat. Rozsáhlá epidemiologická studie, která proběhla ve Spojených státech, ukázala, že někdy během svého života takřka polovina obyvatel trpí nějakou duševní poruchou (Kessler a kol., 1994). Nejčastěji se jedná o závislosti na návykových látkách (26,6 %), na druhém místě jsou úzkostné poruchy (24,9 %) a na třetím afektivní poruchy (19,3 %). Recentní rozsáhlá epidemiologická studie, která se uskutečnila v Evropě (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* – Alonso et al., 2004), zjistila celoživotní prevalenci úzkostných poruch 13,6 % a prevalenci v posledním roce pak 6 %.

Každý lékař se patrně opakovaně setkal s pacienty, kteří trpí náhlými záchvaty bušení srdce, dušnosti, závratěmi, které nemají somatickou příčinu, nebo s pacienty se strachem ze situací, kterých se běžně lidé nebojí. Diagnostika a léčba těchto poruch jsou sice doménou psychiatrie, ale pacient často z obavy před „značkou“ psychiatrického pacienta tam vůbec nedojde. Jiní přicházejí k psychiatrovi jako k poslední instanci, „když už nic nepomohlo“ nebo „se nic jiného nenašlo“ a lékaři jim řekli, že je „to od nervů“. Zpravidla je takový pacient zklamaný a nadměrně soustředěný na své potíže. Za otázku cti pak může pokládat, aby psychiatrům ukázal, že to „od nervů“ není. Taková léčba je nesmírně těžká. Přitom včasná léčba zpravidla obtížná není.

V žádné oblasti psychiatrické diagnostiky se neudálo tolik změn jako u poruch projevujících se úzkostnými projevy. Potíže z tohoto okruhu byly nejdříve nazývány neurastenií, psychastenií, poději byly viděny jako jedna entita – neurózy – a nerozlišovalo se mezi nimi. Po zavedení operacionální diagnostiky se však objevila celá řada poruch, které lze relativně dobře od sebe rozlišit a diagnostikovat. Na druhé straně mezi jednotlivými poruchami existuje mnoho společných bodů a u řady pacientů se objevují příznaky několika úzkostných poruch. Mluvíme pak o komorbiditě, jako by šlo o více poruch najednou, je však nutné si uvědomit, že jde o poruchu jednu, která se takto projevuje.

Úzkostné poruchy byly dlouhou historií doménou psychoanalyticky orientovaných psychoterapeutů. Později byly vyvinuté efektivní behaviorální a kognitivní terapeutické postupy, které částečně psychoanalytické postupy z této oblasti vytlačují. V posledních dvaceti letech se navíc ukázalo, že farmakoterapie má podobnou účinnost u nekomplikovaných úzkostných pacientů jako psychoterapie, a tak v současné době bývá nejvíce úzkostných pacientů léčeno právě farmaky.

Úzkostné poruchy by se daly zjednodušeně definovat jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím. Úzkost se u těchto poruch může objevovat buď v náhlých záchvatech či typických situacích, nebo jako trvalý fluktuující stav. Míra příznaků je tak velká, že omezují pracovní život, rodinné soužití nebo prožívání volného času.

Tělesné funkce a procesy, jejich regulace, vnímání, emocionální stavy, kognitivní zpracování – to vše je integrálně propojeno. Naše myšlenky, představy a emoce mají vždy také tělesné vyjádření. Oddělování těla a duše je umělým výtvozem. Emoční prožitky jsou zpětně ovlivněny vnímáním tělesných procesů a samy vedou opět k tělesným reakcím. Vnímání ve smyslu orientace a tělesné reakce jako pohotovosti k jednání jsou tedy celistvé procesy, které umožňují následné cílené chování. Takovými celistvými psychicko-tělesnými vzorci jsou úzkost a strach. Úzkost primárně slouží k vyhledávání nebezpečí a je vlastně orientační reakcí. Strach je pak reakcí na rozpoznané nebezpečí. Úzkost i strach tedy mají pro organismus adaptivní funkci. Fylogeneticky vznikly v říši zvířat a sloužily k adaptaci. Vyostrují smysly, mobilizují energii a pomáhají organismu ubránit se, utéct nebo vyhnout se, když se objeví nebezpečí. Jsou to komplexní reakce, při kterých je afekt spojený jak s tělesnými reakcemi (zrychlení tepu, zvýšená sekrece potu, suchost sliznic atd.), tak s kognitivními reakcemi (zjednodušení vnímání, zrychlení myšlení, specifické kognitivní vzorce atd.). Úzkostí začíná komplexní behaviorální program, který slouží ke kontrole a odvrácení nebezpečí. Výsledkem tohoto procesu může být: a) že situace, která spustila úzkost, je rozpoznána jako neškodná a proces úzkosti je postupně zastaven; b) že vyvolávající moment je rozpoznán jako ohrožující a vede k aktivní reakci (boj nebo jiný způsob aktivního vypořádání);

c) že ohrožení je rozpoznáno jako nekontrolovatelné a následuje úniková reakce. Úzkost a kontrola jsou navzájem spjaté. To umožňuje řídit reakci k překonání ohrožující situace.

Zkušenost strachu a úzkosti je pro lidský druh univerzální v průběhu historie všech kultur. Řada myslitelů je zařadila mezi centrální zkušenosti lidského života a existence. Problém začíná tam, kde se úzkost či strach objevují **příliš často, trvají příliš dlouho** a jejich **intenzita je** vzhledem k situaci, která je spustila, **příliš velká** nebo se objevují v **nepřiměřených situacích**. V těchto případech zpravidla negativně zasahují do života jedince. Mírné obavy a úzkost jsou tedy zcela normální a prožívá je v životě každý. Jsou užitečné a důležité, pokud nepřerostou určitou míru. Nálezy z posledních dvaceti let však ukazují, že výrazné úzkostné projevy se objevují u značné části populace. Mluvíme o úzkostných poruchách. 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 po-

Tab. 1.1

Typické příznaky úzkosti

Psychické příznaky	Somatické příznaky
pocit ohrožení	napětí ve svalech
pocit napětí	zkrácení dechu, hyperventilace
strach	bolesti v zádech, hlavy, ve svalech,
nadměrné obavy a starosti	třes, cukání, roztřesenost
katastrofické myšlenky a představy	zvýšená unavitelnost
traumatické vzpomínky	vegetativní hyperaktivita
obtíže s koncentrací	– tachykardie
nespavost	– pocení
nadměrná bdělost a ostražitost	– červenání nebo blednutí
ospalost	– studená akra
lekavost	– časté močení
podrážděnost	– průjem nebo zácpa
pocit vnitřního chvění	– meteorismus
depersonalizace a derealizace	– sucho v ústech
pocit psychické únavy a vyčerpanosti	– tlaky v žaludku
neschopnost odpočívat	– regurgitace
záchvaty panické hrůzy	– nauzea
anticipační úzkost	parestézie
	obtíže s polykáním
	„knedlík v krku“
	viření v žaludku
	píchání u srdce, sevření na hrudi
	snížené libido

Tab. 1.2

Základní charakteristiky jednotlivých úzkostných a fobických poruch (Prašková a Praško, 1999)

Porucha	Typické příznaky	Hlavní obava	Epidemiologie	Průběh	Farmaka	Psychoterapie
Panická porucha	Náhlé nečekané záchvaty paniky s intenzivními vegetativními příznaky.	Zemřu. Zkolabuji. Mám infarkt. Zešlím. Ztratím kontrolu.	Celoživotní prevalence 1,5–3,5 %. Roční prevalence 0,5–2,3 %.	Vinovitý, bez léčby zpravidla chronický. Sekundárně agorafobie, deprese.	Clomipramin Imipramin SSRI Venlafaxine Moclobemid Tranylcypromin Alprazolam Clonazepam	Edukace Kontrola dechu Interceptivní expozice Změna katastrofické interpretace Relaxace Řešení problémů
Generalizovaná úzkostná porucha	Alespoň 6 měsíců trvá výrazné napětí, fluktuující úzkost, strach a obavy z každodenních událostí a problémů. Příznaky vegetativního podráždění.	Starosti o zdraví svoje i rodiny, o práci, finance, zvládání každodenních záležitostí.	Celoživotní prevalence 5–15 %. Roční prevalence 2–4 %.	Vinovitý a bez léčby zpravidla chronický.	Alprazolam Clonazepam a další BZD Amitriptylin Doxulepin Clomipramin SSRI Buspiron Venlafaxin	Edukace Relaxace Změna katastrofických interpretací Řešení problémů Asertivita Plánování času
Smíšená úzkostně depresivní porucha	Jsou přítomny příznaky úzkosti a deprese, ale žádný typ příznaků není vyjádřen do té míry, aby opravňoval ke stanovení samostatné diagnózy kterékoliv z obou poruch.	Nic nezvládnou. Nikdo o mne nestojí. Věci dopadnou špatně.	Aktuální prevalence v primární péči 4,1 %.	Chronický nebo periodický, častá invalidizace.	SSRI Tianeptin Moclobemid Venlafaxin Bupropion	Edukace Plánování aktivit Změna katastrofických scénářů Nácvik komunikace
Agorafobie	Strach z cestování, opuštění domova, davu nebo veřejných prostranství. Při expozici vegetativní příznaky. Systematické vyhýbání se těmto situacím.	Zkolabuji tam. Nikdo mi nepomůže. Nevydržím tělesné příznaky. Pomoc bude daleko.	Celoživotní prevalence 4–6 %. Roční prevalence 1,5–3 %.	Bez léčby zpravidla chronický, méně často vinovitý s remisemi.	Clomipramin Imipramin SSRI Venlafaxin Moclobemid Tranylcypromin Alprazolam Clonazepam	Edukace Změna katastrofické interpretace Expozice in vivo Řešení problémů
Sociální fobie	Strach z pátravých pohledů druhých, ze ztrapnění a zesměšnění. Vegetativní příznaky při expozici. Vyhýbání se sociálními situacím.	Bude to trapné. Budou se mi třást ruce, budu se červenat apod. Znemožním se. Nevydržím příznaky.	Celoživotní prevalence 10–16 %. Roční prevalence 1,5–3 %.	Bez léčby chronický s mírným kolísáním. Sekundárně deprese a častá závislost na alkoholu.	Moclobemid SSRI Venlafaxin Clonazepam Bupropion	Edukace Změna katastrofické interpretace Nácvik komunikace Expozice in vivo
Specifická fobie	Jde o iracionální strach např. z pavouků, psů, výšky, bouřky, tmy, pohledu na krev. Vyhýbání se těmto situacím.	To nedokážu vydržet. To bych zemřela strachy.	Celoživotní prevalence 12 %. Roční prevalence 4–7 %.	Bez léčby chronický, některé, jež začaly v dětství, spontánně odezní v dospělosti.		Edukace Expozice in vivo

ruch. Jaké jsou nepřímé náklady, to si netroufá nikdo odhadovat. I přes velký pokrok v diagnostice a léčbě zůstává stále řada lidí postižených úzkostnou poruchou nediagnostikovaná nebo nedostatečně léčená. Částečně je to způsobeno strachem ze značkování, takže postižení raději vyhledávají somatické lékaře než psychiatry, ale z velké části se na tom podílí i fakt, že v primární péči není věnována diagnostice a léčbě úzkostných poruch dostatečná pozornost.

Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné přesněji definovat. Je to pocit, jako by se něco ohrožujícího mělo stát, ale postižený si neuvědomuje, co by to vlastně mělo být. Je ve stavu připravenosti na nebezpečí. **Strach** můžeme definovat jako emoční a fyziologickou reakci na konkrétní nebezpečí. Strach má tedy na rozdíl od úzkosti konkrétní objekt. Intenzita úzkosti i strachu může být různá. Může se projevit jen mírnou nepohodou nebo nervozitou, na druhé straně stavem hrůzy a paniky. Úzkost může **volně plynout** bez omezení na zvláštní okolnosti, nebo se projevit v záchvatech. Pokud se objeví náhle a bez zjevné příčiny, mluvíme o spontánní úzkosti, případně **spontánním záchvatu paniky**. Pokud se týká konkrétních situací (jde tedy o strach), kterých se běžně lidé nebojí, jde o **fobii**. Pokud se rozvine při očekávání ohrožující situace, mluvíme o **anticipační úzkosti**.

Přístupy k úzkostným poruchám

1.1 Historický vývoj pohledu na úzkostné poruchy

Snad první literární popisy stavů úzkosti jsou popsány v sumerském eposu O Gilgamešovi (3. tisíciletí před Kristem), kde jsou popsány obavy ze smrtelnosti. I když staří Řekové měli výrazy pro mánii, melancholii, hysterii a paranoi (etymologicky jsou to všechno slova řeckého původu), chyběl jim pojem pro úzkost. Dokonce i v moderní řečtině se úzkost vyjadřuje slovem *anesuchia*, které znamená „neklidný“ nebo „neuvolněný“. Římané používali výraz *anxietas*, který znamenal přetrvávající stav ustrašenosti a výraz *angor*, který naopak znamenal náhlý intenzivní strach, blízký dnešnímu konceptu paniky. *Angor* také znamená škrtit, od slova *ango* – tlačit něco dohromady. Idea zúžení má další konotaci v latinském *angustia* (úžina), *angina* (sevržení na hrudi), francouzském *angoisse* (akutní stav úzkosti) a německém *angst* (strach) (podle Stone, 2002). Mezi řeckými bohy to byl Phobos, který měl za úkol vnuknout nepřítelům strach, aby utekli již před bojem. Jeho otcem byl bůh války Arés a matkou Afrodité. Známá je také postava Pana, boha pastvy a ochránce stád, od jehož jména je odvozen termín panika. Podle řecké mytologie tento trpasličí bůh, ošklivý, kozorohý a celý pokrytý srstí, žil osaměle a byl velmi náladový. Když kolem jeho skrýše šel náhodný poutník, Pan náhle vyskočil z úkrytu s děsivým výkřikem. Hrůza, kterou poutník zažil, je přirovnávána k panice. Je zajímavé, že ošklivý Pan byl tak ješitný, že se domýšlel, že hraje hudbu lépe než vládce Múz Apolón a vyzval ho k souboji. Jednoznačně prohrál a o to více strašil poutníky. Ve starověké literatuře se však objevují výrazy vyjadřující úzkost a strach vzácně. Snad proto, že odvaha byla pokládána za jednu z největších ctností. Naproti tomu v bibli se o strachu, hrůze a úzkosti lze dočíst poměrně často. Bibličtí hrdinové nejsou tak odvážní, jak je tomu u antických. Spíše mají pocity úzkosti a viny, trpí bázní a strachem z Boha (podle Vymětal, 1999). Pro křesťany je úzkost spojena s hříchem a neschopností vyrovnat se s odpovědností (podle Berrios a Link, 1995).

Přestože mnoho odkazů na stavy strachu a neklidu se objevuje již v nejstarších psychiatrických knihách, jako je Burtonova *Anatomie melancholie* (1621), termín úzkost se v psychiatrické literatuře objevuje mnohem později. I když Burton předpokládal určité spojitosti mezi poruchami mysli a tělesnými příznaky, on i další generace lékařů po něm pokládali jednotlivé příznaky úzkosti spíše za manifestaci další oddělené poruchy, např. hyperventilaci za projev plicní abnormality, oprese v žaludku za něco, jež má co do činění hlavně s trávicím systémem, palpitace za odraz onemocnění srdce, závratě za poruchy středouší.

Poprvé se termín úzkost (*anxiety*) objevuje v lékařské literatuře z první poloviny 18. století, kdy ještě nemůžeme mluvit o psychiatrii (tento termín se začíná užívat od roku 1808 zásluhou Johanna Reila). V Anglii sir Richard Blackmore (1653–1729) začal používat termín *vapour* pro stavy, které bychom dnes hodnotili jako úzkostné poruchy. Věřil, že v těchto stavech mohou pomoci opiáty. Dalším Angličanem, který věnoval pozornost popisu úzkostných stavů (byť jen okrajově vedle popisu psychotických stavů), byl William Battie (1703–1776). Rozlišoval mezi „šílenstvím“ a „úzkostným stavem“ („*madness*“ and „*anxiety*“) a byl přesvědčen, že úzkosti lze rozumět spíše v termínech tělesného než duševního prožívání. Zaznamenal také, že mnoho lidí s psychózou mívá také období, kdy prožívají silnou úzkost. Jeho současník James Vere (1700–1779) jako první poukázal na to, že „nervozitě“ může být porozuměno jako vnitřnímu konfliktu mezi „nižšími instinkty a morálními instinkty“. Za základní principy, které ovládají jak člověka, tak nižší tvory, považoval „chuť a touhu versus averzi a nechuť“. Tím o více než století a půl předešel jak tripartitní model Freuda, tak jeho teorii libida. Ve Francii byly úzkostné stavy poprvé zmíněny v textech Boissiera de Sauvages (1752). Psal o „panofobii“, generalizovaném stavu úzkosti, který se projevuje nočními děsy, intenzivním třesem těla, nespavostí a pocity hrůzy, které pocházejí z „nadměrné představivosti“. V průběhu celého 18. století lékaři považovali za mentální poruchy jen závažné psychotické stavy a méně závažné nemoci považovali za „nervové abnormality“. Převažující pojetí bylo radikálně biologické. Vycházel z něho i skotský lékař William Cullen (1710–1790), od kterého pochází termín „neuróza“. Tento termín poprvé použil v roce 1769. Tehdy napsal: „Na tomto místě navrhuji, abychom pod pojmem neurózy chápali všechna nevysvětlitelná ovlivnění smyslů a emocí, které nesouvisí s hyperpyrexii jako primární chorobou. Nesouvisí s lokálními afekcemi jednotlivých orgánů, ale s obecným ovlivněním nervového systému a s těmi faktory, které mají především vliv na smysly a emoce“ (podle Raboch et al., 1999). Neuróza v té době byla často dávána do souvislosti s nedostatkem morálky a byly jí přisuzovány degenerativní tendence (podle Berrios a Link, 1995). Tato představa „nemocných nervů“ je stále ještě v kulturním povědomí. V Americe Cullenův žák Benjamin Rush (1746–1813) pojímal úzkostné poruchy velmi „somaticky“, nicméně více rozvedl pohled na fobie, kde rozeznával „pochopitelné“ strachy, jako je strach ze smrti nebo chirurgického výkonu, a „nesmyslné“ strachy, jako je strach z bouřky, duchů, mluvení před lidmi, ze zvířat, hmyzu, cestování lodí apod. (Rush 1812). Rok poté vyšla ve Francii kniha Landre-Baeuaise (1813, podle Berrios a Link, 1995) s popisem úzkostných stavů (*angoisse*), ve kterých autor popsal soubor příznaků s neklidem, strachem, úzkostí až agitací doprovázených somatickými příznaky. Tyto stavy však autor vnímal jen jako součást melancholie. Dalším termínem, do kterého se daly zařadit úzkostné poruchy, byla „monománie se strachem“ (Alexander Morrison, 1826).

Na počátku 19. století se objevuje zjevný posun ve vnímání duševních poruch – jejich příčiny jsou častěji hledány v psychologických a sociálních jevech. Romantismus v literatuře, zejména Goethovo „Utrpení mladého Werthera“, poprvé publikované v roce 1774, a vlna suicidálních pokusů, které román inspiroval, ovlivnily i pohled lékařů. Friedrich Beneke (1798–1854) např. tvrdil, že určité „ideje“ nebo postoje mohou být vyjádřeny symbolicky v psychosomatických reakcích (podle Stone, 2002). Podobně vídeňský baron Ernst von Feuchtersleben (1806–1849) zdůrazňoval roli konfliktu (stejně jako 50 let před ním Vere) jakožto jádrové příčiny duševních poruch. Konfliktu rozuměl jako boji mezi iracionálními impulzy a smysluplnými postoji a očekáváními jedince. Úzkost a napětí, které z konfliktů vznikají, mohou vést jak k chronickému stavu úzkosti, tak k organickým poškozením srdce a trávicího systému (podle Berrios a Link, 1995). Tím významně předznamenal psychodynamické pojetí, které vznikalo o půl století později.

Dánský myslitel a teolog S. Kierkegaard (1813–1855) ve svých dílech *Strach a děs* (1843) a *Pojem úzkosti* (1844) zdůraznil, že člověk, který je vytrháván z věčnosti do času, z nekonečnosti do konečnosti a z nevyhnutelnosti do svobody, se ocitá nad propastí, která ho plní neustálou úzkostí a vede k nábožnosti. Dostatečné řešení této úzkosti neviděl ani v náboženství, protože v tom se jen prohlubuje vědomí úzkosti vyplývající z nemožnosti překročit propast oddělující časovou konečnost člověka od věčné nekonečnosti. Aby člověk zapomněl na věčnost, usiluje se zaměřit na věci svojí individuální existence a v ní najít odůvodnění svého konání (později na jeho myšlenky navazují existencialisté – Nietzsche, Heidegger, Jaspers, Sartre, Marcel a u nás Patočka, v psychoterapii pak deseinsanalýza).

Fenomenologicky podrobně popsal panické záchvaty v první polovině 19. století v Německu lékař Otto Domrich (podle Angst, 1995) jako syndrom, kdy dochází ke kombinaci silné úzkosti s kardiopulmonálními příznaky. Popsal také případy, kdy k tomuto syndromu dochází po traumatických zážitcích v bitvách. Také Jean-Etienn Esquirol (1772–1840), který se sice přímo úzkostným poruchám nevěnoval, detailně však popsal kazuistiky pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou (Stone, 1997).

V první polovině 19. století byly však tělesné a duševní příznaky posuzovány odděleně. Vegetativní příznaky byly považovány za somatickou poruchu (Da Costa v roce 1871 tak popsal „dráždivé srdce“). V terapii se snažili lékaři ovlivnit přímo tyto orgány. Jako první Feuchtersleben v roce 1847 uvažoval o úzkosti jako o příčině organických poruch, konkrétně trávicího systému a srdce (podle Raboch et al., 1999). Úzkost byla tehdy považována za součást poruchy nálady. Jedním z prvních, kdo oddělil úzkost od deprese, byl Charles Darwin. Ve svém nejznámějším díle *O vzniku druhů přírodním výběrem* (1859) spojil depresi s negativně prožitými zážitky v minulosti, zatímco úzkost s obavami z událostí budoucích.

V druhé polovině 19. století byly už úzkostné stavy rozeznány, zejména jejich intenzivní a persistentní formy a našly si své místo v psychiatrické nologii. V Německu Wilhelm Griesinger (1817–1869) vnímal psychické a somatické nemoci jako kontinuum. Předpokládal neuropatologické příčiny psychických poruch. Byl však také přesvědčen, že pro rozvoj psychické poruchy je důležitá zranitelná osobnost, jejíž součástí je nevyrovnaný temperament. Na jedné straně předpokládal, že i úzkostné stavy musí vycházet z „organické“ podstaty, na druhé straně sdílel romantickou představu svých předchůdců, že silné afekty jsou schopny spustit psychickou nemoc. Ta se objeví v důsledku konfliktu, který souvisí s potlačováním sexuálních pudů (Griesinger, 1861). Podobnou teorii ve stejné době, která o generaci před Freudem předznamenávala vznik psychoanalýzy, vyslovil Heinrich Wilhelm Neumann (1814–1884). Neumann se díval na psychickou poruchu jako na dynamický proces. Za normálních okolností osobnost dosahuje svého vývoje směrem ke svobodě díky postupnému rozvoji svých schopností. V patologii je harmonický rozvoj narušován neklidem pudů, obzvláště sexuálních. Pokud tyto pudy nejsou satureovány, dochází k rozvoji úzkosti. Navíc, pokud jsou ohroženy některé životní funkce, instinktivní potřeby se začnou objevovat ve vědomí zamaskované jako nadměrné obavy a starosti nebo zdánlivě bezdůvodné tělesné projevy. Neumannova teorie tak předchází Freudovu teorii úzkosti z roku 1923, kdy Freud mluví o „signální úzkosti“. V roce 1872 popsal Westphal agorafobii jako strach z otevřených prostranství, ale také z divadel, kostelů, trhů a mostů. Dagonet (1876) popsal několik forem úzkosti pod širokým názvem *lypemánie*. Charakterizoval hypochondrii (*lypemanie hypochondriaque*), úzkostnou depresi (*lypemanie anxieuse*) a smíšenou úzkostnou poruchu (s prvky OCD, GAD, hraniční poruchy osobnosti – *angoisse morale*). Leroux (1889, podle Berrios a Link, 1995) popsal *vertigo* jako příklad panické ataky. *Panophobia* nebo *lypemanie anxieuse*, termíny, které začaly být v Evropě používány v druhé polovině 19. století pro dnešní generalizovanou úzkostnou poruchu, byly nahrazeny v Americe pojmem neurastenie, který vytvořil neurolog George Miller Beard (1839–1883). Pod tento pojem zahrnoval syndrom chronické duševní a tělesné slabosti a únavy následkem „vyčerpání nervového systému“. Beard se stal známým aplikací elektrického proudu „volto–galvanické stimulační“ nebo „faradické stimulační“ u pacientů s neurastenií. Pojem neurastenie se stal natolik populárním, že mnoho praktických lékařů ho začalo používat na všechny formy úzkostných poruch (u nás přetrvává u mnohých somatických lékařů dosud).

Pierre Janet (1859–1947), přednášející na Sorbonně, se zabýval sugescí a hypnózou. Zdůrazňoval procesy probíhající mimo lidské vědomí. Ve své teorii o automaticky a nevědomě působících procesech, které mohou vytvořit samostatné útvary v nevědomí, vypracoval dodnes užívaný koncept disociace, typický jak pro hysterii, kterou se zabýval, tak do značné míry pro všechny neurózy. Pro Janeta byl hlavní cíl psychoterapie v navození rovno-

váhy mezi tím, co si člověk uvědomuje, a nevědomou oblastí psychiky. Janet mluvil spíše o „tendencích“ než o pudích a zabýval se situací „zde a nyní“, nikoliv dětstvím a vývojem osobnosti. Velmi precizně popsal psychologické napětí, pocity a myšlenkové procesy pacienta. Pocity jsou podle něj jen druhotné stavy psychiky, které řídí vyjádření a ukončení určitého chování. Jejich účinnost závisí na jejich „energii“ a integrativní kapacitě jedince. Při nedostatečné energii i nedostatečné integrativní kapacitě se objevuje primitivní chování. Úzkost je jednou z manifestací takového selhání (Janet, 1926).

Sigmund Freud (1856–1939), zakladatel psychoanalýzy, se zabýval nevědomými procesy a psychickými obrannými mechanismy (např. vytěsnění, racionalizace, popření). Základní motivace člověka podle něj vychází z hlubin nevědomí, kde jsou lokalizovány základní pudové síly, pud sexuální (libido) a pud destruktivní (thanatos). Zpočátku Freud chápal úzkost jednoduše jako fyziologický následek nevybitého sexuálního napětí, později ji spojuje se separací od matky, nakonec ji bere jako reakci ega na zvýšené pudové nebo emoční napětí pocházející z vnitřního konfliktu. Podle Freuda vývoj libida prochází v ontogenezi řadou fází (orální, sadisticko-anální, falickou, oidipovským komplexem, pak obdobím latence a normální genitální sexualitou). Člověk se socializuje ve vztahu k nejbližším v prvních letech života tím, že se učí zvládat své pudové potřeby. Nevědomé potřeby vedou k vytváření napětí-puzení, které se dostává do konfliktu s požadavky okolí. Primárně máme tendenci vyhledávat příjemné a libé (princip slasti) a vyhnout se nepříjemnému, což podléhá kontrole okolí (hrozba trestu za tato přání), proto se to učíme postupně dělat společensky únosným způsobem. Libido a požadavky vyplývající ze sexuálního pudu se dostávají do konfliktu se společenskými, mravními, estetickými a dalšími normami společnosti. Proto je vědomé já musí pomoci cenzury ovládnout a vytěsnit zpět do nevědomí. Pro souhrn norem zavedl pojem Superego, pudový základ nazval Id a regulující instanci komunikující s realitou Egem. Freud pokládal vnitřní konflikt mezi nevědomými pudovými, zvláště sexuálními, tendencemi a zvnitřnělou morálkou, tedy mezi Superego a Id, za zdroj napětí, úzkosti a neuróz vůbec.

Freud použil termín úzkostná neuróza poprvé v roce 1895. Sám upozornil, že tento termín už dva roky předtím použil Ewald Hecker. Nicméně Freud odlišil **úzkostnou neurózu** a **neurastenii** jako dvě odlišné entity, což jeho předchůdce neudělal. Do Freudovy koncepce úzkostné neurózy patřila: a) všeobecná podrážděnost, b) úzkostné očekávání, které může mít také formu pedanterie, skrupulóznosti nebo váhavosti, c) celkové napětí, d) rudimentální úzkostné záchvaty, e) nespavost a noční můry, f) závratě, g) fobie z hadů, tmy apod., ale také agorafobie, h) trávící potíže, i) parestézie, j) chronické stavy, jako je stálý pocit únavy. Úzkostnou neurózu a neurastenii počítal mezi tzv. aktuální neurózy, naproti tomu mezi psychoneurózy řadil hysterii, fobickou neurózu a obsedantní neurózu. Freud také popsal dva základní typy příznaků úzkostné neurózy: příznaky úzkostného očekávání a přemýšlení starostí (dnešní

generalizovaná úzkostná porucha) a příznaky úzkostných atak charakterizovaných náhlým vznikem strachu, narušením dechových funkcí, kardiálních příznaků, tremorem, vertigem, průjmy, nespavostí, pocením (dnešní panická porucha). Také si povšiml, že u některých pacientů se oba typy příznaků vyskytují současně (dnes mluvíme o komorbiditě), častěji se však objevují odděleně. Popsal i další znaky úzkostné neurózy, jako je vyhubavé chování, vysoký stupeň komorbidity s depresí a hysterií. Předpokládal, že hereditární a biologické faktory u těchto lidí interagují s osobní historií, zejména s vývojem v raném dětství.

Freud obohatil psychoterapii v mnoha směrech. Pochopil, že psychoterapie probíhá ve vztahu mezi analytikem a analyzovaným, kde analyzovaný prožívá mnoho z toho, co pociťoval k důležitým osobám ve svém životě (zejména k matce a otci) a svá dětská očekávání a postoje přenáší na analytika. Tento proces označil jako **přenos**. Pokrok v léčbě se děje zejména tím, že tento přenos je analytikem interpretován – uvědomuje se souvislost mezi minulými a současnými očekáváními a potřebami. Významnou roli hraje v analýze odpor analyzanta, který se projevuje nechutí pokračovat v analýze. Cílem psychoanalýzy je, aby si pacient uvědomil svoji nevědomou motivaci a integroval ji do vědomého života. Freud také upozornil na **protipřenos**, což je vlastně přenos analytika na analyzanta. Protipřenos rovněž musí být zvědomen a odstraněn, jinak analýza nepokračuje nebo může dojít k poškození pacienta.

Dalším významným psychiatrem počátku 20. století, který se zabýval úzkostnými stavy, byl Ribot. Ribot ukázal na rozdíl mezi generalizovanou úzkostí (tehdy *panthophobia*) a specifickými fobiemi z různých objektů a zvířat.

Alfred Adler (1870–1937) byl původně Freudovým žákem, po roce 1911 se však od původní analytické skupiny oddělil se svou vlastní teorií. Podle Adlera jsou „problémy života vždy sociální“. Pokud pro Freuda bylo zásadní komponentou zdravého života „pracovat a milovat“, pro Adlera kromě lásky a práce potřebuje zdravé fungování i pocit spolupatříčnosti s jinými lidmi a starost o jejich blaho. Individuální psychologie, jak Adler svůj směr nazval, pokládá podobně jako psychoanalýza za významného činitele duševního života nevědomí. Ovšem Adler nepovažoval pro lidský vývoj za rozhodující sexuální pud, ale životní cíl. Ten je určován zejména dvěma faktory: potřebou začlenit se (sounáležet, mít zájem o ostatní) a potřebou se ve společnosti uplatnit (touha po moci, nadřazenosti, sebeuplatnění). Adlerův pojem lidské motivace je opakem Freudova. Podle Adlera je naše chování determinováno naším vnímáním toho, co bychom chtěli dosáhnout v budoucnosti (tedy perspektivou), a nikoliv tím, co se stalo v minulosti. Podle Adlera tedy hlavní podíl na vzniku neuróz nemají biologické pudy, ale sociální prostředí. Na základě vrozené tendence, potřeby se začlenit, kterou nazval „společenským citem“, dochází k obtížím pro některé skutečné nebo domnělé nedostatky (vznikají kritikou, odmítáním druhými nebo pouhým porovnáváním se s nimi) a k roz-

voji „pocitu méněcennosti“ (Adler, 1995). Postižený se cítí odstrčený a ponížený. Pocit méněcennosti vede ke snaze se ho zbavit pomocí kompenzace. Pocit inferiority je podle autora úplně normální, všichni začínáme život jako malé slabé děti. Jak se během života setkáváme s novými a neznámými úkoly, pocit inferiority narůstá. To vede ke snaze se naučit tyto problémy zdolávat, pocit inferiority je tedy silným motivačním faktorem. Pocit inferiority podněcuje snahu u superioritu. Podle Adlera veškeré chování člověka je určeno cílem, „který není nic jiného, než převaha, moc a překonání druhého“. Veškerá selhání neurotická, alkoholická, psychotická, kriminální, prostituce i jiná jsou podle Adlera selháními v rámci nedostatku sociálního zájmu. Postižení jedinci mají problémy v práci, v přátelství, v sexu aj. a nevěří, že je možné je řešit kooperací. Příliš směřují k osobní superioritě a jejich triumfy mají význam jen pro ně samé, nedokážou se o ně podělit s druhými. Jejich křečovitá snaha po superioritě vede k selhání. Neuróza je vlastně „útekem do nemoci“, fiktivním zvýšením hodnoty, kdy za neschopností stojí výmluva na nemoc: „nebýt potíží, dokázal bych...“. K záchraně pocitu vlastní hodnoty se přesouvá výkonnost do fiktivních oblastí, jako je „úplná dokonalost“ nebo „láska ode všech“ či „nikdy neprožívat žádnou agresi“ apod. Protože tyto fiktivní cíle jsou nedosažitelné, selhání je přičítáno nemoci. Role nemocného dává postiženému plné právo na ohledy druhých, pozornost, péči a často i moc nad ostatními (Adler, 1993). I když terapeuticky se individuální terapie zabývá spíše přítomností a budoucností, Adler sám byl přesvědčen, že k neuróze vychovávají dva excentrické způsoby výchovy: výchova nadměrně trestající a odmítající, na druhé straně výchova rozmazlující. Nadměrně kriticky vychovávaná osoba již předem nevěří v úspěch své snahy, naproti tomu rozmazlená osoba očekává, že „bude jen brát, aniž by dávala“. Tento člověk dělá pro druhé jen minimum nebo vůbec nic, neustále manipuluje druhé k tomu, aby plnili jeho potřeby (Adler, 1993).

Alternativní pohled na úzkostné stavy se objevil v návaznosti na Pavlovovy pokusy s podmiňováním v tzv. behaviorální terapii. Hlavní teoretik počátku behaviorální terapie, Burrhus Frederick Skinner (1904–1990), svými pokusy vytvořil základ pro nový pohled na poruchy chování jako naučené pomocí podmíněné reakce na obávanou situaci a udržované pomocí principů operantního podmiňování. Pokud je neurotické chování naučené, musí se řídit experimentálně zjištěnými zákony učení, tzn. může se přeučit nebo odučit. K vyléčení neurózy tedy vede přímá změna v chování. Pokud terapeut uspořádá vhodně podmínky, probíhá učení nebo odnaučování automaticky. Skinner se soustředil na nejjednodušší behaviorální události. Odvodil svoje zákony chování z precizních experimentů. Proto je jeho názor pevněji zakotvený v laboratorním výzkumu než většina jiných přístupů k psychologii úzkosti a chování. Vycházel z prací I. P. Pavlova o klasickém podmiňování, ale všiml si, že mnohé druhy chování se do tohoto paradigmatu nehodí, protože prvky, které posilují určité chování, jako je chvála nebo kritika, obvykle nepředchá-

zejí určité chování, ale následují po něm. I když svoje experimenty dělal převážně na holubech a krysách, jeho teoretický model vedl k rozvoji behaviorální terapie úzkostných poruch. Na Skinnera navazovali svými pracemi Hans J. Eysenk (nar. 1916) a Joseph Wolpe (nar. 1915). Wolpe definoval neurotické chování jako „přetrvávající návyk neadaptivního chování získaného učením u fyziologicky normálního organismu“ (citováno podle Kratochvíl, 1997). Podobně Eysenk je přesvědčen, že neurotické příznaky jsou z nějakého důvodu neadaptivní naučené vzorce chování. Někdy jde o naučení se neadaptivní reakci (např. u specifických fobií), jindy o chybění adaptivního chování, které dosud nebylo naučeno (např. chybění sociálních dovedností u sociální fobie). Wolpe vypracoval na základě výsledků výzkumů s podmiňováním teorii o recipročním útlumu, kterou použil jako výklad pro efektivnost psychoterapie. Podle této teorie se úzkostné chování naučí podmiňováním v situacích vyvolávajících strach, udržováno je pak operantním podmiňováním (většinou pomocí vyhýbání se). Efektivní léčba vytváří podmínky pro reciproční útlum strachových reakcí tím, že je současně vyvolána strachová reakce a současně reakce, která je fyziologicky se strachem neslučitelná (relaxace, příjem jídla, reakce sebeprosazení, sexuální reakce).

Přestože jednotlivé znaky úzkostných poruch pod různými názvy a mechanismy jak k úzkostem dojít byly popsány v první polovině 20. století velmi podrobně, psychopatologické popisy byly natolik různorodé, že nebylo možné vymezit jednotlivé diagnostické jednotky. Změna postojů se objevila po uveřejnění prací Kleina a Finka (1962, 1964), kteří ukázali, že pacienti s panickými atakami dobře reagují na léčbu imipraminem, zatímco pacienti s úzkostnou poruchou bez panických atak nikoliv. Klein a Rabkin (1981) předpokládali, že panická úzkost je kvalitativně odlišná od všeobecné úzkosti či úzkosti z očekávání. Tento názor se prosadil i při vytváření diagnostického manuálu DSM-III (APA, 1980), kde se poprvé objevilo rozčlenění jednotlivých úzkostných poruch, jak je známe dnes.

1.2 Psychoanalytické a neopsychoanalytické koncepty úzkosti

Psychoanalýza vyvinula originální koncepty vzniku a rozvoje úzkostných poruch, které souvisejí s vývojem osobnosti. Jednotliví autoři předpokládají, že úzkostné poruchy vznikají u lidí, kteří k tomu mají od dětství dispozici v neurotické struktuře osobnosti, v důsledku které nejsou schopni zvládat vnitřní konflikty. Moderní autoři (např. Gabbard, 1994) vlivem novějších nálezů z genetiky a neurobiologie však kromě psychogeneze uznávají i hereditární temperamentovou komponentu. Modely úzkostných poruch se však u psychoanalyticky orientovaných autorů míchají s modely poruch osobnosti a neodpovídají moderní klasifikaci. Na druhé straně pro klinickou práci je psychoanalytický pohled inspirující, protože ukazuje na možné intra- a interpersonální problémy, se kterými se pacient v terapii potřebuje vypořádat.

Freudova analýza úzkosti z hlediska normálního a abnormního fungování měla velký vliv na pozdější teoretiky a nadále ovlivňuje mnohé kliniky. Rozlišuje mezi **realistickou úzkostí**, která je přiměřenou reakcí na reálně ohrožující situace ve vnějším světě, **neurotickou úzkostí**, která je zjevně neúměrná objektivnímu nebezpečí a je vlastně strachem z potrestání nějakým imaginárním vnějším zdrojem, a **morální úzkostí**, která se objevuje, když porušíme zvnitřnělé rodičovské normy. Freud byl přesvědčen, že neurotická úzkost souvisí s nevědomými intrapsychickými konflikty mezi nepřijatelnými impulzy a požadavky reality. Neurotická porucha vzniká z psychických traumat, která vedla k silným afektům a nebyla z různých důvodů odreagována (jejich projev byl vinou vnitřního konfliktu zadržen). Afekt, který nebyl odreačován přirozenou cestou, nemizí, ale zůstává, intervenuje v psychice a je odreačován v neurotických příznacích. Původ vnitřních konfliktů je v raném dětství a souvisí se způsoby výchovy. Dále neurotická úzkost souvisí s používáním obranných mechanismů, které se snaží vytěsnit zakázané impulzy a emoce. Přivedení nevědomých konfliktů a emocí do vědomí vede z hlediska psychoanalýzy k odstranění maladaptivních obranných mechanismů a k odeznění poruchy.

Podle Freuda všechny myšlenky, emoce a činy mají svoji příčinu a většina z nich je způsobena neuspokojenými pudy a nevědomými přáními. Rozeznával **vědomí**, tedy to, co si uvědomujeme, pak **předvědomí**, kde jsou všechny informace, jež nyní sice nejsou přítomny ve vědomí, ale když chceme, jsme

schopni si je vybavit, a **nevědomí**, skladiště impulzů, vášní a nedostupných vzpomínek, které působí na naše myšlení a chování (Freud, 1901, česky 1996). Nevědomí je tedy oblast prožívání, která nám běžně není přístupna. Buď proto, že její obsahy nikdy vědomé nebyly (např. stopy událostí, které se odehrály v raném dětství dříve, než jsme začali používat jazyk), nebo proto, že její obsahy jsou potlačené nebo vytěsněné z vědomí, protože jsou nějakým způsobem ohrožující. Předpokládal, že člověk je uzavřený energetický systém, kde vládne princip zachování energie. Ta může nabývat různých forem, ale nelze ji vytvořit ani zničit. Každý člověk má určité množství psychické energie, kterou označil jako **libido** (slast). Pokud dojde k vytěsnění zakázaného činu nebo impulzu, jeho energie hledá ventil někde jinde v systému a může se projevit v jiné, maskované podobě. Může se projevit ve snu, přecheknutí nebo neurotických příznacích. Například syn si nedokáže připustit, že cítí agresi vůči svému otci. Pocit agrese je totiž v rozporu s jeho přesvědčením, že svého otce musí milovat. Kdyby si agresi připustil, mohl by se podle toho chovat, a tím riskovat ztrátu otcovy přízně. Proto kdykoliv by syn cítil vztek, místo toho se objeví úzkost, která slouží jako signál potenciálního nebezpečí. Postupně každý i drobný a nevyjádřený nesoulad s otcovými názory vede k rozvoji silné úzkosti. Neurotické symptomy, sny, ale i chybné úkony a přecheknutí jsou rovněž projevem psychické energie, které je bráněno v přímém vyjádření. Jakým způsobem dochází k vytěsnění, vysvětluje strukturální model psychiky. Ve svém **strukturálním modelu** rozdělil osobnost na tři hlavní systémy, které jsou ve vzájemné interakci a řídí lidské chování:

■ **Id** je nejprimitivnější částí osobnosti, původní osobnostní systém, ze kterého se později vyvíjí ego a superego. Skládá se ze základních neinhibovaných biologických pudů: potřeby jíst, pít, vylučovat a získávat slast. Podle Freuda k základním pudům patří také agrese. Id hledá bezprostřední uspokojení impulzů a řídí se **principem slasti**: usiluje o získání slasti a vyhnutí se bolesti, bez ohledu na vnější okolnosti. Id je přítomno již u novorozence. Je úplně nevědomé a nemá žádné přímé poznání vnějšího světa, je však v úzkém kontaktu s tělesnými procesy a odvozuje z nich psychickou energii, která pak pohání operace všech tří systémů. Id je bodem kontaktu mezi energií těla a energií osobnosti. K dosahování svých cílů disponuje Id dvěma procesy: reflexní činností, která umožňuje řešit jednoduché formy excitace a funguje bezprostředně, a tzv. **primárním procesem**, kdy si Id vytváří představu něčeho, čím může snížit svoje napětí, např. hladové dítě touží po jídle. Procesu utváření obrazu objektu, který redukuje napětí, se říká **splnění přání**. Typickým příkladem toho je noční sen nebo denní snění. Ovšem utvoření představy nemůže uspokojit potřebu – proto se muselo vytvořit odlišení představ od objektů v realitě. Vzniká Ego a jeho hlavní prostředek operování, **sekundární proces**. Id investuje psychickou energii (katektuje) do jakéhokoliv objektu, který se zdá, že by uspokojil jeho potřeby. Ego investuje energii jen do reálných, potřebu uspokojujících objektů.

■ **Ego** se vyvíjí z **Id** tak, jak se dítě učí brát ohled na požadavky skutečnosti. Ego se řídí **principem reality**, tj. uspokojení impulzů musí být oddáleno, dokud pro ně nenalezne vhodné podmínky. Rozhoduje, které impulzy **Id** budou uspokojeny a jakým způsobem, jaké chování je vhodné a jaké nikoliv. Ego tedy dočasně vylučuje princip slasti, který požaduje okamžitou akci a pomocí sekundárního procesu – realistického myšlení – odkládá akci, až pokud nenajde objekt uspokojující potřebu. Sekundární proces zahrnuje **testování reality**. Ego si vytváří určitý plán pro uspokojení potřeby a pak ho testuje, aby zjistilo, zda bude fungovat. Ego funguje jako prostředník mezi požadavky **Id**, vnější reality a **Superega**. Přesto však Ego získává energii z **Id** a jeho konečným záměrem je prosadit cíle **Id**. Ego však musí uspokojovat i požadavky další instance, **Superega**.

■ **Superego** je zvnitřněná reprezentace rodičovských hodnot a morálky společnosti. Patří sem svědomí člověka a obraz ideálně mravné osoby. Vzniká jako reakce na odměny a tresty rodičů. Dítě postupně zvnitřní ty způsoby chování, které rodiče schvalují do svého Ego-ideálu, a ty, které neschvalují, do svého svědomí. Tyto dva subsystémy **Superega** pak dítě odměňují pocity hrdosti za schvalované chování a za neschvalované ho trestají pocity viny. Rodičovskou kontrolu tak nahrazuje sebekontrola. Porušení požadavků **Superega**, nebo dokonce i to, že se jen objeví zakázaný impuls, vzbuzuje úzkost. Je to úzkost, která původně patřila strachu ze ztráty rodičovské lásky. Pokud byly požadavky rodičů nadměrné a rigidní, člověk může mít pocity viny a tlumit všechny sexuální a agresivní impulzy. Podobně jako **Id** je **Superego** neracionální. Vyžaduje dokonalost. Často trestá tvrdě nejen nepříjemné chování, ale i myšlenky na ně. Snaží se podobně jako Ego kontrolovat impulzy **Id**. Ego vnucuje morální cíle a usilování o dokonalost.

U dobře integrované osobnosti si Ego udržuje pevnou, ale pružnou kontrolu. Vládne princip reality. Podle Freuda celé **Id**, a většina **Ega** a **Superega** jsou součástí nevědomí.

Osoby, které jsou puzeny k tomu, aby udělaly něco zakázaného, začínají prožívat úzkost. Aby jedinec snížil úzkost nebo zabránil vůbec jejímu vzniku, může použít několik **obránných mechanismů**. Obranné mechanismy mají dva zvláštní charakteristické znaky: operují nevědomě a překrucují nebo zkreslují realitu. Nejzákladnějším je **vytěsnění**, kdy ego vytlačí ohrožující myšlenky, vzpomínky a zakázané impulzy z vědomí do nevědomí. I když je vytěsnění silným mechanismem, potlačený materiál si někdy proráží cestu do vědomí nebo nachází výraz v nějaké maskované podobě. Pak jsou použity dodatečné obranné mechanismy, jako je **projekce**, **reaktivní výtvar**, **fixace** a **regrese** – které různými způsoby popírají realitu nebo mění její vnímání. Všechny tyto mechanismy vyžadují množství energie. Vytěsnění konfliktu vytváří předpoklad pro vznik neurózy. Úzkost je pak signálním afektem, který upozorňuje na vnitřní nebezpečí a vede ego k mobilizaci obranných mecha-

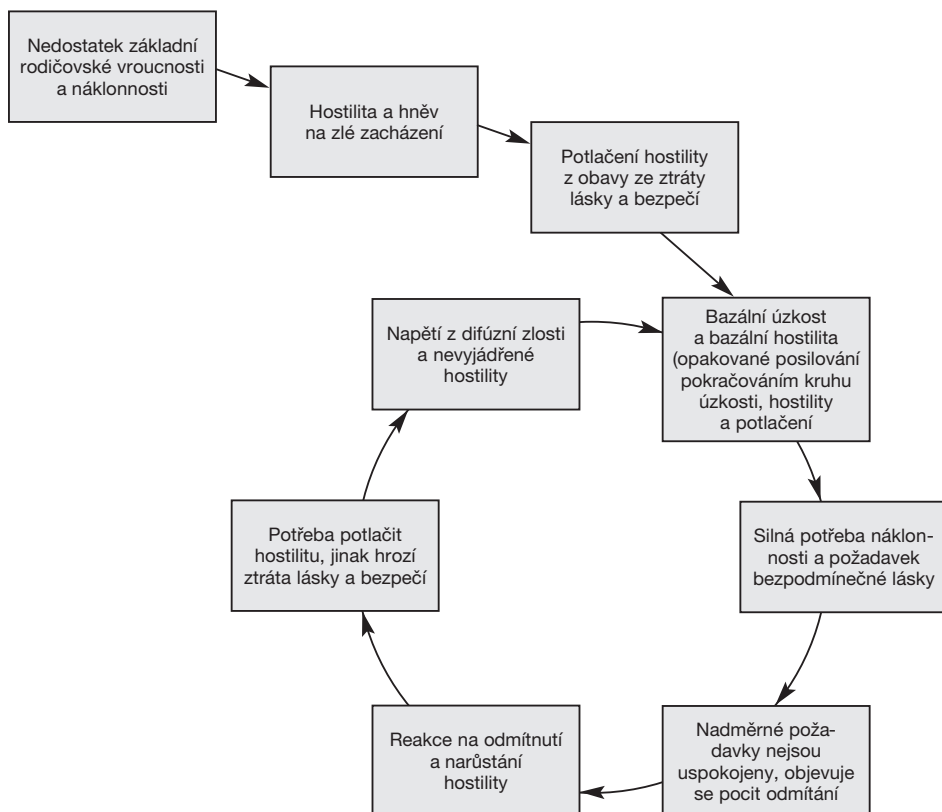
nismů. Úzkost je pro Ego signálem, že nebezpečí je bezprostřední a že, pokud se nepodniknou přiměřená opatření, Ego může být přemoženo. Úzkost tedy motivuje k akci – aby se člověk vyhnul vnějšímu nebezpečí, aby inhiboval pudový impuls, nebo aby poslechl hlas svého svědomí. Pokud si Ego nedokáže poradit s úzkostí racionálními metodami, musí použít nerealistické obranné opatření. Neurotická úzkost tedy podle Freuda pramení ve zkušenostech raného dětství, ve kterém rodičovské chování a nácvik byly tvrdé nebo bezohledné. Neuroticky úzkostný člověk se bojí (imaginárního) trestu, který dostane od (imaginární) rodičovské nebo jiné autority za uspokojení svých pudových impulsů. Od ní rozlišuje morální úzkost, která se objevuje tehdy, když člověk poruší své zvnitřnělé rodičovské normy – člověk se tedy obává vědomě svého svědomí. Rozdíl mezi neurotickou a morální úzkostí je v tom, že při morální úzkosti je člověk racionálně schopen o problému uvažovat. I když Superego uplatňuje svoje požadavky, Ego se rozhoduje, zda je přijme, či nikoliv. Při neurotické úzkosti je člověk v takové tísní, že není schopen jasně přemýšlet a volit.

Freudovy ideje byly a jsou dosud velmi podnětné. Pozitivem jeho teorie pro chápání úzkostných poruch je snaha zobrazit pacienty se všemi jejich tělesnými a psychologickými atributy žijící ve vnější realitě a zčásti ve světě fantazie, s vnitřními konflikty a poháněné silami, o kterých moc nemusí vědět. Mnohé jeho názory se vyvíjely v pracích následovníků a stále mají dodnes co říct v klinické praxi, zejména v psychoterapii. Není pochyb, že práce Sigmunda Freuda měla mimořádný vliv na moderní život. I když řada aspektů jeho teorie je neverifikovatelná, nelze přehlédnout široký všeobecný vliv, který tato teorie měla na další teoretiky, výzkumníky a psychoterapeuty. Významně ovlivnil i kulturní dění (surrealismus). Moderní dynamická psychoterapie je bez Freudovy psychoanalýzy prakticky nemyslitelná. Na druhé straně žádná jiná psychologická teorie nebyla podrobena tak často kritice. Od kritiky na úrovni viktoriánského pobouření nad „všudypřítomnými“ sexuálními motivacemi, až po moderní kritiku, která vytýká Freudovým teoriím nedostatky vědecké metody. Chybí kontrolované testování hypotéz, jejich ověřování, kvantifikace. Freudovy konstrukty jsou spíše poplatné době v přijímání jedné jejich doktrín a odmítání druhých. Jeho pozorování nelze zopakovat za kontrolovaných podmínek.

Jako reakci na Freudovu analýzu vznikla koncem třicátých let tzv. **neopsychoanalýza** (Karen Horneyová, Erich Fromm, Harry Stack Sullivan a další), která opustila Freudův biologismus a opřela se zvláště o klinická sociálně-psychologická hlediska. Pěstovala „psychoanalýzu bez libida“. Neopsychoanalytici si cenili Freudových objevů funkce nevědomí a forem, v nichž se transformují neuspokojené touhy, vycházejí však ze sociální situace člověka a studují zvláštnosti jeho sociálních vztahů. Vzhledem k tomu, že Karen Horneyová a Harry Stack Sullivan se hodně zabývali úzkostí a neurózami, jejich koncepty mají co říct i dnes.

Podle Karen Horneyové (1895–1952) je úzkostné chování podmíněno poruchami v lidských vztazích v dětství, ale i sociálními a kulturními faktory. Na rozdíl od ortodoxních psychoanalytiků, od kterých se oddělila, položila důraz na naučené chování. Za základní potřeby člověka považuje reakce mající vztah k **uspokojení**, reakce mající vztah k **bezpečí** a snahu po **vnitřní jednotě individua**. Byla přesvědčena, že „láska a teplo domova“ umožní člověku vyhnout se neurotickým konfliktům a úzkosti. Podle Horneyové všichni zažíváme to, co němečtí filozofové nazývali *Angst der Kreatur* (strach živé bytosti). Jde o poznání, že tváří v tvář obrovským a nekontrolovatelným silám přírody se v zásadě cítíme bezmocní a zranitelní. Tento normální typ úzkosti nejspíše zažíváme v dětství. Láskyplná péče rodičů nám však pomáhá se s touto úzkostí vyrovnat. Bez optimální péče se však může rozvinout **bazální úzkost** a **bazální hostilita**. Podle Horneyové jsou neurózy způsobené vzorci

Obr. 1.1 Základní bludný kruh neurózy (podle Horneyové, 1945)



chování, které se dítě naučilo v rodině; v přísném nebo odmítavém chování rodičů k dítěti. To vede k bezmoci, pocitům izolace a úzkosti. Pokud dítě nedostává potřebné množství lásky, uznání a vřelosti, objevují se u něj agresivní pocity, které vedou k pocitům viny (protože se zároveň bojí ztráty rodičů). Konflikt protichůdných tendencí vede nakonec k vytvoření třech **neurotických postojů**: a) podrobnosti, b) stažení se do sebe, c) útočnosti. Ty vedou k chování, které vede k dalším konfliktům a vzniku dalších problémů, čímž se bludný kruh uzavírá v dospělém vztahu: úzkost a hostilita vedou k tomu, že lidé, kteří jimi trpí, věří, že se musí chránit a opatrovat svoje bezpečí. Projevit strach znamená ukázat svoji slabost, projevit hněv přináší riziko potrestání, ztráty lásky a bezpečí. Potlačováním dále roste bazální napětí. Bazální napětí vede k intenzivní potřebě náklonnosti, kam patří i požadování bezpodmínečné lásky a testování druhého, nakolik miluje. Pokud tento požadavek není uspokojen (a potřeba je tak nadměrná, že ani uspokojen být nemůže), narůstá tenze i hostilita. Hostilita však musí být potlačena pro riziko ztráty vztahu. Napětí dále roste.

Podle Horneyové mít konflikt není ani zdaleka neurotické. Lidé mají často různá přání, musí se rozhodovat mezi protichůdnými touhami, mezi několika druhy hodnot (Horneyová, 1945). Člověk, který byl láskyplně vychováván, však tyto konflikty zvládá bez větší úzkosti. Ovšem bazální úzkost a hostilita u neurotické osoby vytvářejí vlastní konflikt navíc, konflikt mezi potřebou bezpečí a potřebou projevení základních emocí a myšlenek: „potřeba přežít versus potřeba být“. Proto se lidé s neurotickými rysy pokoušejí zvládnout bazální anxieta a hostilitu různými strategiemi. Jednou z možností je rozvinout **idealizovaný sebeobraz**. Jde většinou o nevědomý obraz sebe jako nositele neohrazených sil a superiorních kvalit. Nositel zpravidla opovrhne aktuálním Self, protože to selhává při plnění požadavků idealizovaného sebeobrazu. Systém sebevědomí se pak skládá ze dvou fenoménů: **neurotické hrdosti** a **sebenenávisti**. Neurotická hrdost je falešná hrdost, protože ji postižený investuje do věcí, které podporují idealizovaný sebeobraz. V chování se projevuje zbytečnými konflikty na místech, kde jsou spíše destruktivní než řešící. Pak místo naplnění potřeby přijetí zažívá člověk odmítání. Pocit nedostatečnosti naplnit idealizovaný sebeobraz vede k druhému fenoménu – sebenenávisti. Každé selhání tuto sebenenávist zvyšuje, navíc zvyšuje tlak na dosažení idealizovaného sebeobrazu. V dalším úsilí o podporu idealizovaného sebeobrazu si lidé obvykle vytvářejí potřebu **měl bych**, tj. řadu přehnaných požadavků na sebe. To, že tyto „měl bych“ pak nejsou schopni zvládat, je dále frustruje a vrací do úzkosti. Další možností je **externalizace** – připisování vlastních selhání jiným osobám, které působí domněle potře. Jinou neurotickou strategií zvládání je **odcizení self**, kdy idealizovaný sebeobraz je nepodobný aktuálnímu Self a externalizace je popřením aktuálního Self. Lidé skrze externalizaci věří, že za jejich těžkosti jsou zodpovědní druzí. Na jejich přátelské projevy pak nemohou reagovat, i když někdy vnímají, že by to bylo

správné. O co více energie je investováno do systému „neurotické hrdosti“, o to méně je k dispozici pro konstruktivní směřování k seberealizaci. Neurotická hrdost zabráňuje rozpoznat, že jedinec je sám iniciátorem vlastního chování, neumí za ně převzít odpovědnost, ale ani ho není schopen změnit. Podle Horneyové (1945) si lidé vytvářejí **vztah k jiným lidem** třemi základními způsoby: a) držením se v pozadí za účelem dosáhnout lásky, b) expanzí za účelem získání dominance, c) rezignovaným odtahováním od druhých při hledání samostatnosti. Všichni lidé používají všechny tyto styly, i když některý v určitých situacích preferují. Lidé, kteří nedokážou zvládnout bazální anxieta, si však rigidně osvojí jeden z těchto stylů, který se pak stává „jejich jediným řešením“ neurotického konfliktu.

1. **Držení se v pozadí.** Jsou to většinou lidé, kteří vyrůstali ve stínu někoho jiného, např. preferovaného sourozence nebo rodiče, který vyžadoval absolutní oddanost. Naučili se ustupovat v naději, že když budou ustupovat, získají náklonnost a lásku. Proto nevyjadřují hněv, nevyjadřují otevřeně své potřeby. Vyjadřují častěji své pocity bezmoci a touhy po podpoře, protože věří, že v submisivní pozici podporu dostanou. Jejich idealizovaný sebeobraz zdůrazňuje schopnost milovat, být nesobecký, obětovat se, unést utrpení. Bývají proto pyšní na dvoji dobrotu, ale zároveň se kritizují, že by měli být ještě lepší. Pokud je okolí nepodporuje, hroutí se do úzkostných stavů nebo do deprese.
2. **Expanze za účelem získání dominance.** Tento styl zvládání neurotického konfliktu vede k tomu, že se jedinec snaží dominovat nad ostatními a dosáhnout svých cílů za každou cenu. Soutěžení s druhými může být otevřené, nebo maskované za přátelské chování. Horneyová rozeznává tři typy expanze:
 - **Narcistickou** expanzi, kdy jedinec projevuje vysokou sebedůvěru a nemá pochybnosti o svých schopnostech, respektive jeho pochybnosti o sobě jsou překryté přesvědčením o své důležitosti, významnosti nebo zvláštních pravidlech. Tito lidé nedokážou snést prohru, kritiku či nepřijetí – buď útočí, nebo se hroutí.
 - **Perfekcionistickou** expanzi, kdy si jedinec vytváří pocit superiority pomocí vysokých intelektuálních a morálních standardů, externalizuje svá selhání. Tito lidé nedokážou tolerovat vlastní chyby, jejich připuštění vede k pocitům sebenenávisti.
 - **Arogantně pomstychtivou** expanzi, kdy lidé, kteří byli ponižováni a odmítáni, jsou přesvědčeni, že druzí jsou nečestní a zlomyslní. Snaží se druhé doběhnout, neodvážejí se ukázat ani tu nejmenší slabost, protože ihned pocítují sebenenávist.
3. **Rezignované odtahování od druhých.** Tento styl řešení vnitřních konfliktů vede ke stažení se z interpersonálních vztahů, a tím i ze života jako takového. Horneyová předpokládá, že u těchto lidí prostředí v dětství mělo na

ně mimořádné požadavky, nebralo ohledy na jejich individualitu a hrozilo jim pohlcení. Mohou mluvit, chovat se i myslet tak, jak se od nich očekává, ale citově se neangažují.

Harry Stack Sullivan (1892–1949) se díval na úzkost jako na „základní příznak“, na kterém může vzniknout další psychopatologie, jako jsou poruchy chování. Vznik úzkosti chápe v kontextu vztahů mezi lidmi. Tenze vytváří kontinuum, kde na jednom konci je úplná relaxace a na druhém totální napětí. Tenze mobilizuje energii k získávání základních potřeb. Má dva prameny; k základním potřebám podle Sullivana patří potřeba uspokojení (spíše biologicky daná) a potřeba bezpečí (spíše interpersonálně podmíněná). Při jejich konfliktu dochází k úzkosti. Úzkost se podle Sullivana na dítě přenáší z jeho matky. Pokud je matka sama úzkostná, a může se to projevit verbálně i mimoverbálně (pohledem, gestem, tónem hlasu), dítě se pokouší vyhnout všemu, co by úzkost mohlo provokovat. Může **unikat do spánku** (somnolentní odloučení), **přízpůsobovat** se v chování přáním a požadavkům rodičů, nebo se snaží zbavit úzkosti **selektivní nepozorností**, kdy zážitky vyvolávající úzkost jsou z vědomí vytěšňovány. Tato selektivní nepozornost může být užitečná, pokud jde o věci, na kterých moc nezáleží, ale pokud ignorujeme věci, na kterých záleží, postupně se můžeme naučit vyřazovat více a více informací, až můžeme ztratit schopnost učit se ze zkušeností. Tím ztrácíme předvídatost a schopnost směřovat chování adaptivním způsobem. To vede k novým konfliktům, které selektivně nechceme vidět a k dalšímu narůstání úzkosti, jež jimž kořenům pak nedokážeme rozumět.

Horneyová i Sullivan byli praktikující psychoterapeuti a své koncepce stavěli na základě vlastních pozorování a závěrů s pacienty. Nevytvářeli hypotézy, které by pak testovali v experimentech. Proto tyto koncepce nemají výzkumnou verifikaci. Na druhé straně upozornili na sociální zakotvenost člověka a souvislost úzkostných stavů s maladaptivní sociální interakcí. Tím předznamenaly další systematictější terapeutické přístupy, zejména pak interpersonální psychoterapii. Jejich koncepce ovlivnily výrazně také zakladatele kognitivní terapie A. T. Becka a Youngovu „Terapii orientovanou na schémata“.

Výzkum, který přispěl k alespoň částečnému potvrzení některých koncepcí psychoanalýzy, se týkal **připoutání** (*attachment*). Většina původních prací na tomto poli byla vykonána psychoanalytikem Johnem Bowlbym v 50. a 60. letech minulého století. Podle této teorie selhání dítěte při utváření bezpečného připoutání v raném věku souvisí s potížemi ve vytváření blízkých vztahů v dospělosti. Připoutáním je myšlena tendence dítěte (nebo mláděte) k vyhledávání určitých lidí a pocit větší jistoty v jejich blízkosti. Tato tendence byla prokázána u různých živočišných druhů (i u těch, kde mládě není závislé na výživě přímo od matky, např. kuřata). Pokusy s opicemi ukázaly, že mládě k matce připoutávají i jiné okolnosti než jen potřeba výživy (Harlow a Harlow, 1969). Mláďata byla záhy po narození **separována od svých matek** a umís-

těna u dvou umělých „matek“ (z drátů). Tělo jedné „matky“ bylo jenom z drátu, tělo druhé bylo navíc pokryto pěnovou gumou a froté látkou (měkkí a lepší pro uchopení). Obě dvě „matky“ měly láhve připevněné na hrudi, ze kterých se mláďata mohla krmit. Pokus měl ukázat, jestli ta „matka“, která byla vždy zdrojem potravy, bude tou, na kterou bude mládě šplhat a držet se jí. Mláďata však vždy šplhala na „měkkou“ matku. Tato „matka“, i když byla pasivní, ale příjemná na dotek, byla zdrojem bezpečí. Také strach, který mládě pociťovalo v cizím prostředí, byl zmírněn, jestliže se mládě mohlo dostat do kontaktu s „měkkou“ matkou. Pokud se mládě drželo této matky, mělo zájem zkoumat předměty, kterých se jinak bálo. Podobné reakce je možné pozorovat u jednoročních až dvouletých dětí, které jsou schopny zkoumat cizí prostředí jenom v tom případě, že je jim matka nablízku. Další studie odhalily i jiné vlastnosti, které mláďata opic hledala u svých matek. Mláďata dávala přednost umělé matce, která se kolébala, oproti nehybné, a dávala přednost teplé matce před studenou. Jestliže si mláďata mohla vybrat mezi oblečenou a drátěnou matkou, které byly stejně teplé, vždy dávala přednost oblečené. Jestliže však byla drátěná matka ohřátá, novorozenci jí dávali do svých prvních dvou týdnů života přednost před oblečenou, ale studenou matkou. Připoutání opičího mláděte k matce je tedy vrozenou odpovědí na určité podněty, které poskytuje. Teplo, kolébání se a potrava jsou důležité, ale **příjemnost kontaktu** – možnost přichytit se a přimknout se k něčemu měkkému – se zdá být pro opice nejdůležitější vlastností. Přestože kontakt s měkkou, umělou matkou poskytuje důležitý rys „mateřské péče“, není to dostačující pro uspokojivý vývoj. Opičí mláďata, která byla u umělých matek a oddělená od ostatních opic v prvních šesti měsících života, později zřídka navazovala normální vztahy s ostatními opicemi (budto se krčila strachy nebo se chovala nepřírovně agresivně) a jejich sexuální chování bylo nepřiměřené. Opičí samičky, které byly ochuzeny o raný sociální kontakt, byly špatnými matkami, s tendencí zanedbávat svoje potomky nebo jim ubližovat. Pro opice je interakce s ostatními členy jejich druhu v průběhu prvních šesti měsíců života rozhodující pro normální sociální vývoj.

Přestože je potřebná opatrnost v přenesení výsledků výzkumů z opic na člověka, zdá se, že připoutání dítěte k matce sleduje stejný účel. Matka poskytuje dítěti jistotu nezbytnou ke zkoumání jeho okolí a utváří základy pro interpersonální vztahy v pozdějších letech. Mary Ainsworthová, jedna z Bowlbyho spolupracovníků, vyvinula laboratorní postup pro hodnocení jistoty připoutání dětí přibližně od 12 do 18 měsíců věku. Postup nazvala **neznámá situace**. Je v něm sledována reakce dítěte na odchod pečující osoby a její následný příchod. Děti lze rozdělit do čtyř hlavních skupin:

- **Jistě připoutané.** Nezávisle na rozrušení při odchodu, při návratu matky navazují kontakt. Některé zareagují na její návrat a přitom si hrají dál. Jiné usilují o tělesný kontakt s matkou. Další jsou zcela zaujaty matkou a proje-

vují úzkost, když odejde. Do této kategorie bylo zařazeno přibližně 60–65 procent amerických dětí.

■ **Nejistě připoutané: vyhýbavé.** Po návratu matky se vyhýbají interakci s ní. Buď si matky téměř vůbec nevšímají, nebo se střídavě pokoušejí o interakci s matkou a o vyhnutí se vzájemné interakci. Vyhýbavé děti mohou matce věnovat malou pozornost, když je v místnosti, a často nevypadají úzkostně, když odejde. Jestliže jsou úzkostné, nechají se snadno utiшит jak matkou, tak cizí ženou. Do této kategorie bylo zařazeno přibližně 20 procent amerických dětí.

■ **Nejistě připoutané: ambivalentní.** Vzduchují matce v situaci s opětovným shledáním. Vyhledávají tělesný kontakt a zároveň se mu brání. Mohou například plakat, aby je matka vzala do náruče, a pak se vztekle kroutit, aby je položila na zem. Některé se chovají velmi pasivně, pláčou po matce, ale když se matka vrátí, tak se k ní nesnaží přiblížit, a když se přiblíží matka, tak jí vzdorují. Do této kategorie bylo zařazeno přibližně deset procent amerických dětí.

■ **Dezorganizované děti.** Protože některé děti nelze zařadit do žádné z těchto kategorií, autoři novějších studií zavedli kategorii čtvrtou, kterou označili termínem dezorganizované děti. Děti z této kategorie se často chovají rozporuplně. Mohou se například přibližovat k matce a přitom dávat pozor, aby se na ni nedívaly, přibližovat se k ní a potom jí unikat, nebo náhle vykřiknout potom, co je položí na zem. Některé se jeví zmatené, otupělé nebo depresivní. Do této kategorie bývá nyní řazeno až 10–15 procent dětí, a to s vyšším procentuálním výskytem u dětí, jež jsou zanedbané nebo pocházejí z rodin, ve kterých se některý z rodičů léčí na psychiatrii.

Ve snaze vysvětlit rozdíly mezi dětmi v připoutání věnovali výzkumníci největší pozornost chování primárního pečovatele, obvykle matky. Zjistili, že „jistě připoutání“ vytváří „senzitivitu“ pečovatele vůči potřebám dítěte (Clarke-Steward, 1973). Je to zřejmé již ve třech měsících života dítěte. Matky jistě připoutaných dětí například reagují obvykle okamžitě, když je dítě přivolává, a láskyplně je berou do náruče. Rovněž jejich reakce odpovídají více potřebám dítěte. Například při započatí a ukončení krmení dítěte se řídí jeho signály, věnují pozornost tomu, co dítěti chutná a rychlost krmení regulují podle toho, jak rychle dítě jí. Naproti tomu matky „nejistě připoutaných“ dětí reagují spíše na základě svých vlastních potřeb nebo nálad, než na základě signálů dítěte. Jestliže například dítě pláče, aby na sebe upoutalo pozornost, reagují na ně pouze tehdy, když se chtějí s dítětem pomazlit, ale jindy neberou pláč na vědomí. Matky nejistě připoutaných dětí s vyhýbavým chováním v neznámé situaci drží své děti stejně jako matky dětí s jistým připoutáním, ale zdá se, že z blízkého tělesného kontaktu nemají takovou radost a občas se chovají odmítavě. Často odmítají kontakt, když je dítě nešťastné a potřebuje utiшит. Rovněž mají tendenci k rigidnímu a nutkavému chování, často o dítě pečují spíše „podle knihy“, než že by se řídily potřebami dítěte. Zdá se,

že takové chování má za následek konflikt mezi potřebou přiblížit se matce a potřebou vyhnout se kontaktu s ní. Matky nejistě připoutaných dětí, které se v „neznámé situaci“ chovají ambivalentně, jsou ve své péči nesoustavné. Někdy na své dítě reagují citlivě, jindy jsou nepřístupné; a ještě jindy jsou vtíravé, narušují činnost dítěte. Podobně jako u matek s vyhýbavými dětmi problém nespočívá v tom, že se jim věnují příliš málo nebo příliš mnoho, ale že charakter a časování jejich interakce nejsou soustavně přizpůsobovány potřebám dítěte. Výsledkem je, že takové děti jsou ve svých pokusech vyhledávat kontakt frustrovány. To vytváří směs hledání kontaktu a vzteku pozorovanou v „neznámé situaci“. Takové děti se ve srovnání s jistě připoutanými dětmi stávají mnohem úzkostnější při drobných každodenních separacích.

Ne všichni vývojoví psychologové souhlasí s tím, že senzitivita pečovatele je hlavní příčinou chování připoutaného dítěte. Upozornili na vrozený temperament dítěte. Např. děti s „klidným“ temperamentem se mohou stát jistěji připoutanými než děti s „neklidným“ temperamentem. Mimo to reakce rodiče na dítě je často funkcí chování dítěte. Vzorce připoutání mohou odrážet interakci mezi dětským temperamentem a senzitivitou rodiče. Data ze studií však podporují hypotézu senzitivity pečovatele. Bylo například zjištěno, že pláč dítěte se v prvním roce jeho života změní více než senzitivita matky k pláči. Kromě toho senzitivita během tříměsíčního období predikuje pláč dítěte během následujících tří měsíců významně lépe než pláč dítěte senzitivitu matky k pláči. Stručně vyjádřeno, zdá se, že matka ovlivňuje pláč dítěte více než dítě senzitivitu matky k pláči (Isabella a Belsky, 1991).

1.3 Kognitivně-behaviorální pohled na úzkost a strach u úzkostných poruch

Behaviorální pohled předpokládá, že maladaptivní chování je naučené, a proto zkoumá, jak ve specifických situacích dochází k podmiňování strachu a úzkosti a jakou roli při vzniku a přetrvávání úzkostného chování hraje zpevňování. Strach i úzkost jsou považovány za komplexní behaviorální vzorce reakcí organismu. Jsou vyvolány potenciálně ohrožujícími situacemi nebo objekty. Podněty, které tyto reakce navozují, mohou být vnější (např. bouřka, povodeň) nebo vnitřní (např. obavy ze selhání, bušení srdce). Na tyto podněty organismus reaguje tak, aby ohrožení zvládl: fyziologicky (např. hyperventilací, třesem apod.), kognitivně (např. selektivním zaměřením pozornosti, katastrofickými představami a myšlenkami) a motoricky (utíká, vymlouvá se apod.). Strach i úzkost mohou být užitečné, když jsou přiměřené situaci a vedou k jejímu zvládnutí, nebo mohou být nepřiměřené, když reakce je nadměrně silná, nadměrně častá, neodpovídající podnětu nebo vede k neadaptivním důsledkům (např. zabezpečování a vyhýbání se). Behaviorální pohled předpokládá, že projevy strachu jsou zprostředkovány stejnými mechanismy, nezávisle na tom, zda jsou „normální“, nebo patří k psychické poruše. Klasický behaviorální pohled rozumí vzniku nepřiměřeného strachu a úzkosti a tím i úzkostným poruchám jako důsledku maladaptivního učení, které má stejné zákonitosti (klasické a operantní podmiňování) jako učení vůbec. Modernější pohledy připouštějí vliv genetických, evolučních, kognitivních a interpersonálních faktorů. Proto připouštějí i „vrozené strachy“, které jsou geneticky determinované a objevují se i bez předchozí negativní zkušenosti individua (např. separační úzkost v raném věku, strach z výšky), připravené strachy, které se objeví i po nepatrné příhodě s fobickým objektem (např. pavouci, hadi). Předpokládá se, že tyto strachy jsou spouštěny okolnostmi, které v historii člověka představovaly reálnou hrozbu (Durecová, 2000). Naučená úzkost a strach se dají naučit pomocí klasického podmiňování, učení nápodobou nebo předáním informace a udržovat pomocí operantního podmiňování. Podle behaviorálního pohledu mohou vrozené i získané strachy vyhasnout, pokud dojde k opakované expozici – netraumatické konfrontaci s původně obávaným podnětem.

Kognitivní pohled předpokládá, že úzkostné poruchy vznikají na základě maladaptivních kognitivních procesů a mohou tedy být zmírněny změnou těchto chybných kognitivních procesů. Teprve subjektivní význam, který k da-

nému podnětu připojíme, zprostředkuje naši emoční reakci na něj (Beck, 1989). Tyto nepřiměřené kognitivní reakce jsou však také naučeny a mohou představovat automatickou kognitivní podmíněnou odpověď na určitý spouštěč.

Teorie učení

Učení samo může být definováno jako **relativně trvalá změna chování, která vyplývá ze cvičení** (Atkinson et al., 2003). Můžeme rozlišovat mezi čtyřmi základními druhy učení:

- habituace;
- klasické podmiňování;
- operantní podmiňování;
- komplexní učení.

Nejjednodušším druhem učení je habituace. **Habituace** znamená, že postupně začínáme ignorovat podnět, který je pro nás známý a má neutrální nebo málo vážné následky. Prostě si na něj zvykneme. Klasické a operantní podmiňování předpokládá tvorbu asociací (určité události patří k sobě). Klasické podmiňování je proces učení, při němž dochází k asociaci původně neutrálního podnětu s dalším podnětem na základě opakovaného spojení obou podnětů. Při **klasickém podmiňování** se organismus učí, že jedna událost následuje po druhé. Dítě se naučí, že při pohledu na prs bude následovat chuť mléka. U **operantního podmiňování** se organismus učí, že když se chová určitým způsobem, bude to mít určité důsledky. Přejde odměna, trest, nebo naopak se odměna nedostaví a trest nepřijde. U **komplexního učení** jde o složitější děje. Dochází k vytváření mentálních map prostředí (kognitivní mapy) a k používání různých strategií při řešení problémů (dedukce, indukce, zevšeobecnění, selektivní výběr faktů apod.). Kromě toho existuje ještě celá řada dalších typů učení, jako je imprinting, modelování, imitace, zástupné učení. Ty jsou však odvozeny ze základních druhů učení.

Experimentální modely

Empirické základy behaviorální terapie pocházejí z počátku 20. století. Zásluhou I. P. Pavlova a jeho školy byl popsán podmíněný reflex a **klasické podmiňování**. Podání potravy – **nepodmíněného podnětu** psovi vede k **nepodmíněné reakci** – automatickému vzniku slinění. Pokud je s podáním potravy spojen zvuk zvonku – **podmíněný podnět** – dochází po několikerém opakování ke slinění již po samotném zvuku – vzniká **podmíněná reakce**. Pokud po zvuku zvonku přestane následovat nepodmíněný podnět, po několika takových expozicích dojde k postupnému **vyhasnutí** podmíněné reakce. Důležitým zjištěním bylo, že je možné podmiňovat i emocionální reakce, což má

značný význam pro pochopení psychopatologických jevů. Předpokládá se, že tímto způsobem vznikají některé automatizované reakce, například panické ataky či výbuchy hněvu u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Učení formou klasického podmiňování se dá znázornit následujícím způsobem:

Obr. 1.2	Učení formou klasického podmiňování	
nepodmíněný podnět	→	nepodmíněná reakce
nepodmíněný podnět + podmíněný podnět	→	nepodmíněná reakce
podmíněný podnět	→	podmíněná reakce

Dalšími experimenty se ukázalo, že i po vytvoření podmíněné reakce je nezbytné, aby byl podmíněný a nepodmíněný podnět občas aplikován společně, jinak podmíněný podnět postupně přestane vyvolávat (spouštět) podmíněnou reakci – to se nazývá **vyhasnutí** podmíněné reakce. Tento typ učení probíhá automaticky, bez vědomé a volní kontroly.

Pokud je nějaký podmíněný podnět soustavně spojován s nepodmíněným, může pro další nové podněty hrát roli nepodmíněného podnětu. Mluvíme o **podmiňování druhého řádu**. Když pokusný pes viděl pokaždé při výdeji potravy (NP) světlo (PP), začalo samo světlo vyvolávat slinění, podobně jako výdej potravy. Pokud je pak pes umístěn do experimentu, kde při každém pokusu zazní tón, po kterém následuje rozsvícení světla (ne však potrava), dojde k tomu, že nakonec samotné zaznění tónu vyvolá podmíněnou reakci slinění, přestože nikdy nebylo spárováno s výdejem potravy (musí však být občas zpevněno původní spojení: světlo–potrava, jinak by vyhaslo). Poznání podmiňování druhého řádu podstatně rozšířilo působnost klasického podmiňování.

Pokud je podmíněná reakce spojena s určitým podnětem, mohou i jiné podněty, které jsou mu podobné, vyvolávat stejnou podmíněnou reakci. Mluvíme o **generalizaci** (zobecnování). Čím je nový podnět podobnější původnímu podnětu, tím je pravděpodobnější, že podmíněnou reakci vyvolá.

Opačný proces se nazývá **podmíněná diskriminace** (rozlišování). Při opakování vystavení podobným podnětům, kdy jeden je spojen s nepodmíněným podnětem a druhý nikoliv, začne organismus rozlišovat mezi oběma podněty. V dalším kole je možné vytvořit ještě menší rozdíl mezi podněty a pokračovat – za čas organismus začne spolehlivě diskriminovat a reagovat jen na podnět spojený s nepodmíněným podnětem. Podmíněná diskriminace vzniká prostřednictvím selektivního posilování a vyhasínání.

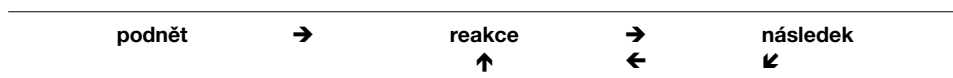
Klasické podmiňování hraje významnou roli v emočních reakcích. Už v raném dětství může být napodmiňováno mnoho strachů i reakcí bezmocnosti. Např. dítě je přivedeno k lékaři, kde opakovaně zažije bolestivý zákrok. Pak stačí, když vidí bílý plášť u kuchaře a může se ho zmocnit úzkost.

U mnohých pacientů trpících úzkostnou poruchou, jako jsou panická porucha s agorafobií, specifická fobie nebo posttraumatická stresová porucha, živé vzpomínky na traumatickou událost (v případě panické poruchy na záchvat paniky a jeho okolnosti), zvýšený arousal autonomního nervstva a flash-backy mohou být vyvolávány různými senzorickými a kognitivními podněty, které byly spojeny s původní traumatickou událostí (Squire a Zola-Morgan, 1991). Následně se postižený začne vyhýbat situacím v životě, které mu tyto podněty navozují a vzniká celková zvýšená emoční podrážděnost. Jak specifické, tak **kontextuální podmiňování strachu**, které se zde objevuje, lze dobře demonstrovat a vysvětlit z experimentů s laboratorními zvířaty. Zvířata vystavená **emočně neutrálním** zrakovým nebo sluchovým **podmíněným podnětům** ve spojení s averzivním nepodmíněným podnětem se naučí **podmíněné emoční reakci** na podmíněný podnět i v nepřítomnosti nepodmíněného podnětu. Podmíněná emoční reakce se však objeví také v situaci, kdy jsou zvířata vložena do prostředí, kde byla původně vystavena averzivním nepodmíněným podnětům. V tomto druhém případě se podnětem stává celá komplexní situace s mnoha původně neutrálními kontextuálními aspekty (Philips a LeDoux, 1992). Pokud podmíněná emoční reakce u laboratorních zvířat jednou vznikne, přetrvává celá léta a je relativně odolná vůči vyhasínání (Davis, 1990). Kontextuální podmiňování strachu vyžaduje expozici více averzivním nepodmíněným podnětům než specifické podmiňování. Navíc čím více intenzita nepodmíněného podnětu stoupá, tím více se organismus stává citlivým k širokému množství podnětů v prostředí.

Druhý princip, známý jako **operantní podmiňování**, byl popsán Američany Thorndikem, Tolmanem a Guthriem (podle Hawton et al., 1991). Zjistili, že když po určitém chování následuje odměna, zvýší se pravděpodobnost dalšího výskytu tohoto chování, zatímco pokud následují nepříjemné důsledky, bude se opakovat méně. Nazvali tento jev **zákonem účinku**. Skinner tento princip později rozšířil o definici **zpevňujícího podnětu**. Pozitivním zpevňováním označil situaci, kdy se chování objevuje s vyšší frekvencí, protože po něm následuje pozitivní událost, negativním zpevňováním pak stav, kdy se chování objeví častěji, protože po něm nedochází k předpokládané averzivní události (příkladem může být vyhnout se situaci, která vyvolává úzkost). Ke snížení četnosti daného chování vedou také další dva typy důsledků. O trestu mluvíme v případě, že se snižuje frekvence určitého chování, protože po něm následuje nepříjemná událost. O frustrujícím chybění odměny mluvíme tehdy, když

Obr. 1.3

Schematické znázornění zákona účinku



se četnost daného chování snižuje díky chybění následné očekávané odměny. Tento typ učení symbolicky znázorňuje obrázek 1.3.

Podle tohoto modelu jsou to tedy následky určitého chování, které se organismus učí a na jejichž základě pak své chování mění. Skinner ve svých pokusech se zvířaty dokázal, že pomocí systematické manipulace s žádoucími (např. potrava) a nežádoucími (např. ranka elektrickým proudem) následky určitého chování lze pokusná zvířata naučit velmi nepřírodným formám chování (což dobře ví každý návštěvník cirkusového představení). Skinner předpokládal, že stejné zákony volby určitého chování na základě jeho následků platí i u člověka. Zjednodušeně řečeno, chování člověka je funkční a směřuje k dosažení žádoucích následků a k vyhnutí se následkům nežádoucím. Antecedenty, tj. podněty, které určitému chování předcházejí, neslouží jako automatické spouštěče tohoto chování, ale upozorňují organismus, že určité žádoucí následky jsou v dané situaci dosažitelné nebo že v ní určité nežádoucí následky hrozí. Přitom jako antecedent mohou sloužit pouze takové podněty, které je organismus schopen odlišit – tzv. diskriminovat – od jiných, neutrálních podnětů. Proto jsou tyto podněty označovány jako **diskriminativní** podněty.

Podle teorie operantního podmiňování je pravděpodobnost určitého chování určována jeho následky. Ve své nejjednodušší formě nepotřebuje tento model k vysvětlení určitého chování žádné další proměnné – tj. žádné procesy myšlení či jiné vnitřní procesy v organismu. Podle tohoto modelu tvoří organismus „černou skříňku“, tj. prostředí, do něhož nelze nahlédnout. Skinner předpokládal, že tyto vnitřní mentální procesy v organismu nejsou přístupné objektivnímu pozorování a zkoumání, a proto u nich nelze uplatnit vědeckou metodologii poznání. Domníval se, že k tomu, abychom dokázali dostatečně přesně předvídat lidské chování a měnit je žádoucím způsobem, postačí zjišťovat zákonitosti vztahu mezi zjevným chováním, jeho antecedenty a následky.

Změnu pravděpodobnosti určitého chování lze dosáhnout systematickou manipulací s následky tohoto chování. Rozlišujeme přitom pozitivní a negativní zpevnění určitého chování a pozitivní a negativní oslabení chování.

Tab. 1.3	Typy operantního podmiňování	
Pravděpodobnost sledovaného chování	Vnější událost následující po sledovaném chování	
	následek následuje (je poskytnut)	následek chybí (je odstraněn)
	↑ pozitivní zpevnění (odměna)	negativní zpevnění (úleva, chybění trestu)
	↓ pozitivní oslabení (trest)	negativní oslabení (chybění odměny)

■ Jako **pozitivní zpevnění** označujeme proces, kdy se chování objevuje s vyšší frekvencí, protože po něm následuje pozitivní událost. Obvykle mluvíme v těchto případech o „odměnách“, určité chování je odměněno tím, že přináší svému nositeli něco žádoucího – např. peníze, obdiv, zájem.

■ Jako **negativní zpevnění** označujeme proces, při němž se pravděpodobnost určitého chování zvýší proto, že po něm nedochází k předpokládané averzivní události (vede k odstranění nebo oslabení určitého nežádoucího vlivu či stavu a tím k úlevě). Například vyhýbavé chování úzkostného člověka je zpevňováno tím, že vede ke snížení jeho úzkosti. Organismus se může naučit reagovat tak, aby ukončil probíhající averzivní událost (např. vyběhnutí z metra u agorafobie), nebo dokonce tak, že předchází averzivní události už před jejím započatím (do metra vůbec nejde). Mluvíme o **únikovém** nebo **vyhýbavém učení**. Únikové učení často předchází vyhýbavému učení.

■ Jako **pozitivní oslabení** označujeme proces, při němž se pravděpodobnost určitého chování sníží, protože vedlo k nežádoucím a nepříjemným následkům. V těchto případech obvykle mluvíme o „trestech“ – když určité chování vede k bolesti, posměchu, úzkosti.

■ Jako **negativní oslabení** označujeme proces, při němž se pravděpodobnost určitého chování sníží, protože nevede k očekávaným žádoucím následkům – např. ochota chodit do práce se sníží, pokud pracovník přestane dostávat plat, který očekává. Mluvíme také o frustrujícím chybění odměny.

Laboratorní experimenty ukázaly, že **bezprostřední posilování** je účinnější, než časově zpožděné, protože čím je doba mezi operantem a posílením delší, tím je síla reakce menší.

Ve skutečnosti se ukázalo, že pravděpodobnost určitého chování v závislosti na jeho antecedentech a následcích lze s potřebnou mírou přesnosti určit pouze v pokusech na zvířatech (a to daleko lépe u některých, například u krys, než u jiných, například u koček) a v laboratorních podmínkách. V reálném životě je chování lidských jedinců daleko obtížněji předvídatelné, a jednotlivé antecedenty a následky daleko obtížněji zjištělné a kontrolovatelné. Přesto je třeba uznat, že principy operantního podmiňování se v běžném životě uplatňují téměř neustále. Každý z nás se snaží chovat tak, aby mu to přineslo žádoucí následky a aby se vyhnul či unikl následkům nežádoucím. Také k druhým lidem se chováme tak, abychom jejich chování buď zpevnili (poděkováním, vyjádřením obdivu nebo tím, že je přestaneme kárat), nebo oslabili (vyjádřením nesouhlasu, kritikou, omezením kontaktu). Své děti vychováváme pomocí principu odměn a trestů již celá staletí.

Vše, co se organismus naučil, ať to bylo klasickým podmiňováním, nebo operantním, má tendenci **generalizovat**, přenést na podobné situace. Pokud je dítě posilováno, aby doma hladilo psa, snadno tuto reakci hlazení generalizuje i na jiné psy. Protože cizí pes na ně může zavrčít, nebo na něj křiknou

rodiče, začne rychle také diskriminovat. Návlek rozlišování bude účinný natolik, nakolik budou jasné rozlišující podněty. Dítě se snadněji naučí rozlišovat, které psy hladit, když dostane instrukci, že „ty, co vrtí ocasem“.

V experimentech se ukázalo, že chování může být napodmiňováno a udržováno, přestože je posilováno pouze ve zlomku případů. Tento jev se jmenuje **částečné posilování**. Jakmile je nějaká operantně podmíněná reakce ustavena, stačí ji už posílit jen občas, a přesto nevyhasne. Dokonce efekt částečného posilování je větší než efekt neustálého posilování, protože organismus na trvalé posilování habituuje. Ukázalo se, že různá schémata posilování určují vzorec reakcí. Rozlišujeme mezi **schématem s fixním poměrem** (například pravidelný plat v práci), **schématem s variabilním poměrem** (např. hra na hracích automatech), kde může dojít ke vzniku vysoké frekvence reakcí.

Tvarování je použití operantního podmiňování na složitější chování. Každý krok, který se má zvíře nebo člověk naučit, je odměňován, ty, které jsou nežádoucí se buď neodměňují, nebo dokonce mohou trestat. Nejúčinnější však bývá tvarování, při kterém se používá pozitivní (odměna) nebo negativní zpevnění (chybění trestu). Zvířata je možné naučit pomocí tvarování nejrůznějším kouskům, které můžeme vidět v cirkuse. Rovněž děti se učí řadu dovedností tvarováním, kdy jednotlivé subdovednosti, například číst jednotlivá písmena, jsou postupně posilovány, až se vytvoří plynulá dovednost číst ve slovech a ve větách. V KBT typicky používáme tvarování při nácviku sociálních dovedností.

Mowerer (1947, 1960) vytvořil **dvoufaktorový model**, ve kterém shrnul poznatky o klasickém i operantním podmiňování v případě strachu a vyhýbavého chování. Strach vzniká po specifickém podnětu klasickým podmiňováním. Zvíře jej začne snižovat tím, že se vyhýbá podmíněnému podnětu. Strachu se tak naučí ve dvou etapách:

1. Určitá situace (klasickým podmiňováním) vede k rozvoji strachu.
2. Očekávání úzkosti se generalizuje i na jiné situace a reakce strachu se rozvíjí i na méně specifické podněty. Jedinec upřednostňuje vyhýbání se situacím, ve kterých strach předpokládá (operantní podmiňování).

Solomon a Wynne (1954) popsali, že k úhybné odpovědi odolné proti vyhasínání vede podmiňování takovými stimuly, které byly spojeny se silně averzivními reakcemi. Úniková odpověď i na neškodné podněty může přetrvávat dlouho po ukončení předcházejícího podmiňování. Na počátku 50. let Wolpe ukázal přístup sloužící k odstranění experimentálně získaného strachu a vyhýbavého chování. Krok po kroku u pokusných zvířat snižoval úzkost tím, že je krmil za podmínek stále více podobných těm, ve kterých dříve dostávala šok. Z jeho experimentů vyplynulo, že ke zmírnění strachu dojde při expozici podnětům úzkost vyvolávajícím a současně úzkost tlumícím (reciproční inhibice), ale jen za předpokladu, že antagonistická reakce je silnější než úzkostná. Toho dosahoval používáním podnětů vyvolávajících úzkost v **hierarchii** – od nejslabšího k silnějšímu. Podle této metody se pacient nejdříve naučil