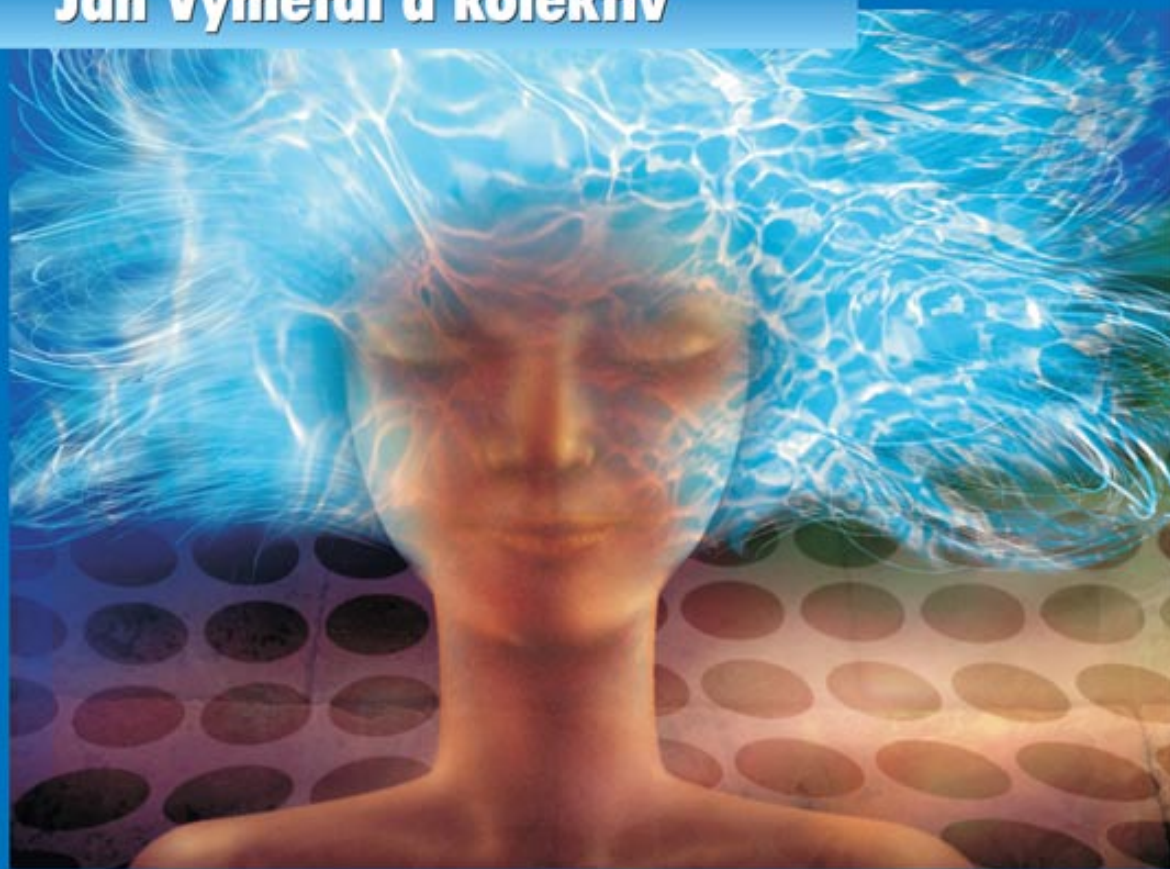


Jan Vymětal a kolektiv



SPECIÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

2., PŘEPRACOVANÉ A DOPLNĚNÉ VYDÁNÍ



 **GRADA**

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umísťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

Publikace slouží jako učební text pregraduálního
a postgraduálního studia psychoterapie na 1. LF UK v Praze.

prof. Jan Vymětal a kolektiv

SPECIÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

2., přepracované a doplněné vydání

Autorský kolektiv

doc. PhDr. Karel Balcar, CSc.

Mgr. Katarina Durecová

PhDr. Šárka Gjuričová

PhDr. Ing. Karel Hájek, PhD

PhDr. Ing. Ingrid Hanušová

doc. PhDr. Jana Kocourková

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.

MUDr. Hana Prašková

PhDr. Vladimír Špalek

MUDr. prom. psych. Jan Špitz

Vladimír Vavrda, PhD.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400

www.grada.cz

jako svou 2795. publikaci

Odpovědná redaktorka Helena Varšavská

Sazba a zlom Milan Vokál

Počet stran 400

Vydání 1., 2007

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2007

Cover Photo © MUDr. Pavel Žáček

ISBN 978-80-247-1315-1 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-6997-4 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

AUTORSKÝ KOLEKTIV	11
-----------------------------	----

ÚVODNÍ POZNÁMKA	13
---------------------------	----

DÍL I. OBECNÁ ČÁST

1. POJETÍ ÚZKOSTI A STRACHU V PSYCHOLOGII	19
<i>(Jan Vymětal)</i>	

1.1	Vymezení pojmů	19
1.1.1	Etymologické uvedení	19
1.1.2	Historický pohled	20
1.1.3	Vymezení úzkosti a strachu	21
1.2	Úzkost a strach v psychologii	24
1.2.1	Experimentální přístup	24
1.2.2	Vztahový přístup	28
1.2.3	Faktorověanalytický přístup	32
1.3	Integrativní pojetí úzkosti a strachu v psychologii	34
1.3.1	Výkladová rovnice lidského chování	34
1.3.2	Dynamika dějů vyvolávajících u člověka aktuální úzkost a strach	36
1.3.3	Porozumění úzkosti a strachu	38
	Souhrn	39

2. ONTOGENEZE ÚZKOSTI A STRACHU	41
<i>(Vladimír Vavrda)</i>	

2.1	K povaze vývoje úzkosti	41
2.1.1	Úvodem	41
2.1.2	Dva zdroje úzkosti	42
2.1.3	Vývoj jako zdroj úzkosti	42
2.1.4	Význam matky a prostředí ve vývoji úzkosti	43
2.1.5	Obecný vývoj úzkosti	44
2.2	Vývoj úzkostných prožitků a mechanismů jejich zvládání v dětském věku	45
2.2.1	Vývoj úzkosti a mechanismů jejího zvládání v raném věku	45
2.2.2	Úzkosti v předškolním a školním věku	51
2.3	Úzkosti v období dospívání a dospělosti	55
2.3.1	Úzkosti v dospívání	55
2.3.2	Úzkosti v období dospělosti	57
2.3.3	Úzkosti v období involuce	60
	Souhrn	62

3. ÚZKOSTNÉ PORUCHY V KLINICKÉ PRAXI	65
<i>(Jana Kocourková)</i>	
3.1 Normální a patologická úzkost	65
3.2 Psychologické a biologické pozadí úzkosti	66
3.3 Úzkostné poruchy	68
3.3.1 Fobické úzkostné poruchy (F40)	68
3.3.2 Jiné úzkostné poruchy (F41)	71
3.4 Další neurotické poruchy s výraznou úzkostnou symptomatikou	73
3.4.1 Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)	73
3.4.2 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)	74
3.5 Úzkostnost jako osobnostní charakteristika	76
3.5.1 Anankastická porucha osobnosti (F60.5)	77
3.5.2 Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti (F60.6)	78
3.5.3 Závislá porucha osobnosti (F60.7)	78
3.6 Úzkost ve vztahu k ostatním poruchám	79
3.7 Specifické úzkostné poruchy v dětském věku	80
3.7.1 Separační úzkostná porucha v dětství (F93.0)	80
3.7.2 Fobická úzkostná porucha v dětství (F93.1)	81
3.7.3 Sociální úzkostná porucha v dětství (F93.2)	82
Souhrn	82

DÍL II.

PSYCHOTERAPIE ÚZKOSTI A STRACHU Z POHLEDU JEDNOTLIVÝCH SMĚRŮ A PŘÍSTUPŮ

4. BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUPY	85
<i>(Katarina Durecová)</i>	
4.1 Léčba úzkosti a strachu v behaviorálních terapiích	85
4.1.1 Pojetí úzkosti a strachu v behaviorálních terapiích	85
4.1.2 Modely strachu a úzkosti vycházející z teorie učení	86
4.1.3 Modely úzkosti a strachu vycházející z kognitivně-behaviorálních přístupů	100
Souhrn	115
5. ROGERSOVSKÝ PŘÍSTUP	117
<i>(Jan Vymětal)</i>	
5.1 Charakteristika rogersovské psychoterapie	117
5.2 Vznik úzkosti a strachu	118
5.3 Vlastní léčba	121
5.3.1 Indikace	121
5.3.2 Akceptace – bezvýhradné přijetí pacienta	123
5.3.3 Empatie – porozumění vcítěním	123
5.3.4 Autenticita – opravdovost, ryzost osobnosti	124
5.3.5 Sebeexplorace a explikace	126
5.3.6 Psychoterapeutický proces	127
5.4 Kombinace s jinými postupy	131
Souhrn	132

6. PSYCHOTERAPIE ÚZKOSTI A STRACHU Z HLEDISKA	
PSYCHOANALYTICKÉ PSYCHOTERAPIE	133
<i>(Vladimír Vavřda)</i>	
6.1 Úvodem	133
6.1.1 Psychoanalytická psychoterapie z hlediska nozologických kategorií	135
6.1.2 Základní východiska	136
6.1.3 Krátký historický přehled	137
6.2 Rané formy úzkosti	138
6.2.1 Anihilační úzkost	138
6.2.2 Úzkost z diferenciací/dediferenciací	141
6.2.3 Strach z odvet	142
6.2.4 Separační úzkost	144
6.2.5 Strach ze ztráty lásky	146
6.3 Úzkosti v subjektivním modu prožívání	148
6.3.1 Vývoj subjektivního modu	148
6.3.2 Úzkost v subjektivním modu prožívání	149
6.4 Úzkost na základě identifikace a traumatická úzkost	150
6.4.1 Úzkost v důsledku identifikace s objektem	150
6.4.2 Traumatická úzkost	151
Souhrn	152
7. PSYCHOTERAPIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH Z POHLEDU	
LOGOTERAPIE	153
<i>(Karel Balcar)</i>	
7.1 Logoterapeutický přístup a logoterapeutické metody překonávání chorobné úzkosti a strachu	154
7.1.1 Paradoxní intence	156
7.1.2 Dereflexe	157
7.1.3 Postojová změna	157
7.2 Léčba úzkostných poruch paradoxní intencí	159
7.2.1 Logoterapeutické postupy při léčbě úzkostných a fobických neuróz a reakcí	159
7.2.2 Logoterapeutické postupy při léčbě úzkostí a strachem motivovaných kompulzivních poruch	162
7.3 Léčba úzkostných poruch dereflexí	165
7.3.1 Logoterapeutické postupy při léčbě úzkostí a strachem podmíněných psychofyziologických poruch	167
7.3.2 Logoterapeutické postupy při léčbě úzkostí a strachem podmíněných poruch praktického výkonu	170
7.4 Léčba úzkostných poruch postojovou změnou	172
7.4.1 Logoterapeutické postupy při překonávání škodlivého strachu a úzkosti z ohrožení zdraví či jiných životních hodnot	172
7.5 Logoterapeutická strategie při léčbě úzkostných poruch	175

7.6	Praktická podoba logoterapie	177
7.6.1	Cíle a metody logoterapie vzhledem k věku	177
7.6.2	Formy logoterapeutické práce	178
	Souhrn	179
8.	SYSTEMICKÁ TERAPIE ÚZKOSTI	181
	<i>(Šárka Gjuričová, Jan Špitz)</i>	
8.1	Teoretická východiska a vlivy v systemické rodinné terapii	181
8.1.1	Východiska současné systemické terapie	181
8.1.2	Modely změny: proměny pojetí terapeutické změny a role terapeutů	182
8.2	Úzkost v systemickém přístupu	184
8.3	Systemická terapie	185
8.3.1	Mechanismy změny v systemické terapii	185
8.3.2	Terapeutický proces v systemické terapii	186
8.4	Systemická terapie úzkosti: Problém školní fobie jako ukázka práce systemického terapeuta	189
8.4.1	Struktura úvodního sezení	189
8.4.2	Další průběh terapie	192
8.5	Terapeutická práce u somatických projevů úzkosti	193
8.6	Psychotické onemocnění a možnosti systemické terapie	197
8.7	Práce terapeuta s párem: Panická reakce a agorafobie	198
8.7.1	Terapie	199
8.8	Terapie s využitím sociálních konstrukcí a narativních prvků	200
8.8.1	Externalizace	201
8.8.2	Struktura externalizujícího rozhovoru s dospělým klientem	202
8.8.3	Externalizační rozhovor s dětmi	202
8.8.4	Terapie problému fobie s užitím prvků systemické a narativní terapie	203
	Souhrn	204
9.	HYPNOTICKÁ PRÁCE S ÚZKOSTÍ A STRACHEM	207
	<i>(Vladimír Vavřda)</i>	
9.1	Úvodem	207
9.1.1	Úzkost jako interferující faktor při indukci hypnotického tranzu	208
9.1.2	Hloubka hypnotického tranzu	208
9.1.3	Indikace	209
9.2	Oblasti využití hypnoterapie	210
9.2.1	Využití hypnózy v akutní péči	210
9.2.2	Systematická hypnoterapie	211
9.3	Hypnoterapie u dětí	216
	Souhrn	217
10.	PSYCHOSOMATICKÉ PŘÍSTUPY LÉČENÍ STRACHU A ÚZKOSTI	219
	<i>(Karel Hájek)</i>	
10.1	Obecné psychofyzikální zákonitosti a vymezení pojmů	219
10.1.1	Vnímání	219
10.1.2	Tělesně zakotvené prožívání	222

10.1.3	Myšlení a představování	223
10.1.4	Intencionalita mysli předcházející tělesnému pohybu	224
10.2	Strach a úzkost v procesech mysli a těla	224
10.2.1	Situace ohrožení a její zvládání	225
10.2.2	Krise, nárůst strachu a úzkostí, vznik fobií	226
10.2.3	Psychoterapeutické přetnutí cyklů patologického strachu a úzkosti	226
10.3	Přesun pozornosti	227
10.3.1	Čtvero zakotvení	227
10.3.2	Cvičení na získání vlastní zkušenosti s přesunem pozornosti	230
10.4	Postupy zvládání strachu a úzkosti s cílem navodit klid	232
10.4.1	Techniky sloužící ke kultivaci soustředění mysli	232
10.4.2	Techniky navozující změnu představování v mysli	234
10.4.3	Techniky vedoucí přímo k somatickému uvolnění	236
10.5	Postupy zvládání strachu a úzkosti porozuměním tělesnému pocíťování	244
10.5.1	Meditace všímavosti a vhledu	245
10.5.2	Focusing	247
10.5.3	Personifikace patologických komplexů strachu či úzkosti	252
	Souhrn	257
11.	EXPRESIVNÍ POSTUPY	259
	<i>(Ingrid Hanušová)</i>	
11.1	Vymezení pojmů	259
11.2	Psychodrama a dramaterapie	261
11.2.1	Psychodrama	261
11.2.2	Dramaterapie	270
11.2.3	Podobnosti a rozdíly dramaterapie a psychodramatu	272
11.3	Terapie hrou	273
11.4	Arteterapie	274
11.4.1	Jiné arteterapeutické techniky	282
11.5	Muzikoterapie	284
11.5.1	Receptivní muzikoterapie	286
11.5.2	Aktivní muzikoterapie	286
11.5.3	Některé techniky muzikoterapie	287
11.5.4	Taneční terapie	289
11.6	Psychogymnastika (psychopantomima)	290
	Souhrn	292

DÍL III. DODATKY

FARMAKOTERAPIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH	295
<i>(Ján Praško, Hana Prašková)</i>	
Klasifikace neurotických poruch, poruch vyvolaných stresem a somatoformních poruch	296
Diagnostický postup, vyšetření a hodnocení u úzkostných poruch	297
Diferenciální diagnóza úzkostných a neurotických poruch	300
Všeobecné cíle léčby	302

Rozhodování o farmakoterapii	303
Klinické vedení pacienta	304
Psychofarmaka užívaná k léčbě úzkostných a neurotických poruch	305
Psychofarmakoterapie jednotlivých úzkostných a neurotických poruch	313
Panická porucha	313
Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)	316
Smíšená úzkostně-depresivní porucha	319
Agorafobie	321
Sociální fobie	323
Specifické fobie	325
Obsedantně-kompulzivní porucha	327
Akutní reakce na stres	330
Poruchy přizpůsobení	331
Posttraumatická stresová porucha	335
Disociační poruchy	339
Souhrn	362
ÚZKOST A STRACH VE FILOZOFICKÉ REFLEXI	365
<i>(Vladimír Špalek)</i>	
Zrození strachu	365
Duchovní situace 20. století přináší obrat	366
První reflexe úzkosti a strachu	367
Anticipace porozumění úzkosti u Aristotela	368
Pokusy eliminovat strach ze smrti	371
Nikoli eliminovat, nýbrž zkušenost záporu uchopit – G. W. F. Hegel	374
Kierkegaard upozorňuje na diferenci jako první	377
Úzkost je zachycena vzhledem básnění	378
Zahlédnutí dna – M. Heidegger	379
Souhrn	382
LITERATURA	383
REJSTŘÍK VĚCNÝ	391
REJSTŘÍK JMENNÝ	395

AUTORSKÝ KOLEKTIV

doc. PhDr. Karel Balcar, CSc. (1939) – Oddělení lékařské psychologie, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Mgr. Katarina Durecová (1956) – Oddělení lékařské psychologie, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

PhDr. Šárka Gjuričová (1946) – ředitelka Institutu rodinné terapie v Praze, klinická psycholožka fakultní nemocnice Praha-Motol

PhDr. Ing. Karel Hájek, PhD (1966) – vedoucí Oddělení psychoterapie Ústavu pro humanitní studia, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, soukromá psychiatrická praxe

Ing. PhDr. Ingrid Hanušová (1956) – Oddělení psychoterapie Ústavu pro humanitní studia, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, odborná asistentka, soukromá psychiatrická praxe

doc. PhDr. Jana Kocourková (1948) – vedoucí klinický psycholog, Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

doc. MUDr. Ján Praško, CSc. (1956) – vedoucí lékař Oddělení pro léčbu úzkostných poruch a depresí, Psychiatrické centrum Praha

MUDr. Hana Prašková (1956) – Oddělení psychoterapie Ústavu pro humanitní studia, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, odborná asistentka, lékařka Denního sanatoria Horní Palata v Praze 5

PhDr. Vladimír Špalek (1945–2004) – naposledy pracoval v Oddělení lékařské etiky, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

MUDr. prom. psych. Jan Špitz (1932–2001) – naposledy pracoval jako ordinář pro rodinnou terapii, Fakultní nemocnice Praha-Motol

Vladimír Vavrda, PhD (1966) – Oddělení psychoterapie Ústavu pro humanitní studia, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, odborný asistent, soukromá psychoterapeutická praxe

prof. PhDr. Jan Vymětal (1945) – přednosta, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

ÚVODNÍ POZNÁMKA

Předložená kniha je učebním textem určeným především studentům lékařských fakult a postgraduálního studia psychoterapie, psychopatologie a lékařské psychologie. Jedná se o druhé vydání, přičemž první práce vyšla v roce 2000 péčí Psychoanalytického nakladatelství Jiřího Kocourka v Praze. Toto druhé vydání, po sedmi letech, jsme proto museli aktualizovat a doplnit.

Cílem publikace je čtenáře seznámit se současnými psychologickými a psychoterapeutickými pohledy na úzkost, strach a ukázat, jak je lze psychologickou cestou léčebně ovlivňovat. Proto je kniha o psychoterapii úzkosti a strachu zároveň i monografií.

Zmíněné emoce jako téma jsme zvolili proto, že doprovázejí lidskou bytost po celý její život. Podílejí se na formování osobnosti člověka a jeho vztahů, jsou důležitým vnitřním regulativem chování, čili přispívají k naší aktivní i pasivní adaptaci. V lidském životě mají nezastupitelnou a pozitivní úlohu, avšak vedle toho mohou způsobovat, případně doprovázet, poruchy zdraví a přispívat tak k lidskému utrpení. Jejich mírnění a odstraňování psychologickou intervencí představuje jednu z možností zvládnutí těchto emocí a lze takto přispět k příznivému rozvoji osobnosti člověka a ke zkvalitnění jeho života.

Druhým důvodem, proč se jimi podrobněji zabýváme, je skutečnost, že jsou výborným příkladem propojenosti lidského organismu a prostředí. Vyjadřují jednotu psychosociálních, biologických, duchovních i ekologických dějů a vlivů. Je zajímavé, že předchozí konstatování koresponduje s novějšími výzkumy v neurovědách, které vedou ke zjištění, že se zdají být na první pohled paradoxní. Prokazují totiž významný vliv lidské subjektivity a psychologických proměnných na biologickou stránku člověka, postihují nejen úroveň neuroendokrinní a psychoneuroimunologické, ale také ovlivňují naše představy z hlediska genetického. Možnost ovlivnění exprese genů psychickými vlivy tak představuje zcela zásadní zlom v chápání psychofyzického bytí člověka.

Významnou roli v této souvislosti přisuzujeme učení, jímž lze modulovat neuronální procesy a struktury CNS. Předchozí zjištění mají oporu i v logice, neboť předpokládáme, že základem psychických procesů a projevů jsou neuronální děje. Jestliže máme zároveň za prokázané, že psychické procesy a projevy člověka jsou dlouhodobě ovlivnitelné a měnitelné psychoterapií, pak z toho plyne, že i biologická stránka lidského jedince je takto modifikovatelná.

Výše nastíněný pohled odpovídá současnému paradigmatu medicíny i obecněji – věd o člověku.

Třetím důvodem našeho zájmu o emoce úzkosti a strachu je to, co bychom nazvali „stavem světa“. Máme na mysli skutečnost nebývalých protikladů a proměn našeho života. Prudké urychlení vývoje, tento „úprk času“ znesnadňuje reflexi toho, co se

děje, tedy život v nahlédnutí sebe sama. Stále obtížnější porozumění světu i jeho narušující rozpornost vedou ke znejistění lidského jedince, obavám, případně i k extrémnímu chování a myšlení člověka, čehož jsme svědky i v rámci běžného dne. Úzkost, strach a agresivita jsou ve vztahu interdependence (cirkulární kauzality), tedy vzájemného ovlivňování a zesilování. I takto lze rozumět jejich nárůstu v projevech jedince i celých společností.

Publikace je rozdělena do tří částí: obecné, speciální a závěr knihy tvoří dodatky.

V obecné části vymezujeme úzkost a strach ze zorného úhlu dnešní psychologie, následuje jejich přiblížení z pohledu ontogeneze a nakonec zařazení do rámce současně platné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

Ve speciální části se seznámíme s osmi významnými psychologickými přístupy k této problematice. Samozřejmě se jedná o výběr z více možností, přičemž jeho kritérii jsou vědeckost a praktická upotřebitelnost. Nalezneme zde, jako ukázkou nových myšlenkových proudů, i přístup integrující psychologické poznatky inspirované křesťansko-židovskou a buddhistickou tradicí, jenž nalézá uplatnění zvláště při prevenci a regulaci nežádoucích psychosomatických stavů a dějů. Z důvodu rozsahu knihy jsme nezařadili do práce směry, které se bezesporu v praxi osvědčují, jako je tvarová psychoterapie či transakční analýza (a ve výčtu by bylo možné pokračovat).

Dodatky obsahují dva příspěvky: farmakoterapii úzkostných poruch a filozofickou reflexi tématu. V dodatcích se nalézají proto, že bezprostředně s psychoterapií úzkosti a strachu nesouvisejí, avšak nesporně přispívají k jejímu pochopení. Bohužel se nám nepodařilo obstarat souhlas s otištěním příspěvku *Socioterapie úzkosti* autora MUDr. Jana Pfeiffera, který pobývá dlouhodobě v cizině. Zájemce o tuto důležitou oblast proto odkazujeme na prvé vydání knihy, kde jej nalezneme.

Kniha volně navazuje na *Obecnou psychoterapii*, jež vyšla ve druhém vydání u stejného nakladatele (Grada Publishing) v roce 2004.

Dále si dovoluji upozornit, že publikace je v prvé řadě učebním textem, proto zde nejsou uvedeny odkazy a citace v rozsahu, jako je obvyklé a nutné u vědeckých publikací. Z didaktických důvodů jsem také při konečné redakci v několika případech ponechal překrývání dílčích témat. Takto je jejich význam zdůrazněn – a významné části zopakovány.

Závěrem děkuji všem spoluautorkám a spoluautorům za velmi dobrou spolupráci. Zejména mne těší, že se na ní podíleli učitelé všech tří pražských lékařských fakult Univerzity Karlovy spolu s odborníky z praxe. Je však mou smutnou povinností upozornit, že se druhého vydání knihy nedožili dva spoluautoři, kolegové Vladimír Špalek a Jan Špitz, na něž si dovoluji krátce vzpomenout následujícími řádky.

Filozof Vladimír Špalek (1945–2004) se významným způsobem podílel na vytváření filozofických základů lékařské psychologie a lékařské etiky. Od převratu až do konce života pracoval jako odborný asistent na Oddělení lékařské etiky na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. O kolegovi Vladimíru Špalkovi je méně známo, že patřil mezi spolupracovníky a osoby blízké prof. Janu Patočkoví (1907–1977). V odborném filozofickém světě je ceněn zejména pro překlady G. W. F. Hegela, E. Husserla a I. Kanta do češtiny.

Pedopsychiatr a psycholog Jan Špitz (1932–2001) stál spolu s prof. Janem Fischem (1913–1976) v roce 1971 u zrodu Dětské psychiatrické kliniky, nynější 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze-Motole. Na klinice pracoval zhruba třicet let.

V posledním období života působil jako ordinář pro rodinnou terapii na Fakultní nemocnici v Praze-Motole. Jeho význam pro dětskou psychiatrii a psychologii je zřetelný, neboť v rámci terapie dětských psychiatrických pacientů k nám zavedl a rozpracoval léčebné společenství (komunitní systém), stejně jako léčbu orientovanou na celou rodinu. Bez kolegy Jana Špitze by i naše psychoterapie dětí, rodinná a systemická terapie byly rozhodně chudší.

Na Vladimíra Špalka a Jana Špitze rád vzpomínám, protože v dobách nesvobody patřili mezi mravně pevné a spolehlivé kolegy, kteří i ve ztížených společenských poměrech u nás pěstovali a rozvíjeli vzdělanost. Jejich skromnost a moudrý postoj byly důvodem, proč se v novější době vyhýbali popularitě („zviditelňování“), proto jejich vliv zůstává nenápadný, avšak trvalý.

Při této příležitosti bych rád pozdravil i nestora české psychoterapie Jaroslava Skálu, který v květnu 2006 oslavil devadesátiny. Jaroslav Skála nesčetněkrát v dobách minulých prokázal svoji statečnost a byl tím, kdo u nás ve vývoji psychoterapie ukazoval směr. Pro nás mladší znamenal a znamená přirozenou autoritu. Za sebe i psychoterapeutickou obec přeji Jaroslavu Skálovi dobré zdraví a pohodu!

A zcela závěrem pak děkuji za vzornou spolupráci, pečlivost a starostlivost paní vedoucí redaktorce Mgr. Gabriele Plickové a odpovědné redaktorce paní Heleně Varšavské, jejichž péčí kniha vychází ve velmi pěkném provedení.

Praha, 1. 12. 2006

Za kolektiv autorů: prof. PhDr. Jan Vymětal

DÍL I.

OBEČNÁ ČÁST

1. POJETÍ ÚZKOSTI A STRACHU V PSYCHOLOGII

(Jan Vymětal)

První kapitola sestává ze tří částí. Začíná přiblížením pojmů úzkost a strach z pohledu jazykového a historického a nakonec jsou pojmy vymezeny psychologicky. Následuje hlavní část, ve které o nich pojednáme z hlediska experimentální psychologie, vztahového a faktorově analytického přístupu. Třetí, závěrečná část patří integrativnímu pojetí úzkosti a strachu v psychologii.

1.1 VYMEZENÍ POJMŮ

Z lidského jazyka lze mnohé vyčíst o duševním životě i chování člověka. Je tomu tak proto, že jazyk (a řeč) doprovázejí lidskou bytost po celou dobu její existence jako druhu, stejně tak po celou dobu jejího individuálního života. Proto i k psychologickým pojmům úzkosti a strachu se nejdříve přiblížíme poukazem k etymologii obou výrazů a jejich vyjádřením v několika jazycích.

1.1.1 ETYMOLOGICKÉ UVEDENÍ

Staročeská *úzkost* znamenala úžinu, rozsedlinu, propast, ale i sklíčenost, tíseň a nesnáz. Latinsky se řekne úzkost *angor*, a tento výraz má blízko k *angustus* – těsný, úzký (zde lze vidět blízkost k německému *Angst* a anglickému *anxiety*, kde zároveň znamená i touhu). Řečtina tento výraz vyjadřuje slovem *thlipsis*. Hebrejsky se úzkost řekne *cará* a slovo znamená nejen úzkost, nýbrž i úžinu, bídu a soužení.

Vidíme, že jazyky nás upozorňují na základní charakteristiku úzkosti (a touhy), jíž je těsnost, sevřenost. Úzkost znamená i soužení a nesnáz.

Strach (na rozdíl od úzkosti) znamená obavu z něčeho konkrétního, což může budit i úctu a respekt.

Staročeské *strachovanie* bylo užíváno ve významu obav o něco či z něčeho. *Strach mě jest* vyjadřuje, že se bojím. Zde cítíme blízkost se staroiránským *bháyaté* (bátí se). Starý je i výraz *strašák*, ukrajinsky *strachopud*, tedy *strach budící*. Latina má pro strach výrazy *timor*, *metus*, *terror*, jež jsou (na rozdíl od úzkosti) používány v souvislosti s objektem. Řecky se vyjádří slovem *fobos* (německy *Furcht*, anglicky *fear*), současně však znamená i respekt, úctu (německé *Ehrfurcht* znamená hlubokou, zbožnou úctu). Strach se hebrejsky řekne *pachad* nebo *jir'a*. Zvláště častější výraz *jir'a* je dvojnásobný – vyjadřuje nejen obavu s negativním nábojem, ale také pozitivně vnímanou zbožnou úctu.

V textu je naznačeno, že emoce mohou být prožívány a hodnoceny dvojznačně. Vždy záleží na jejich intenzitě a kontextu, zda je prožíváme spíše jako příjemné či nepříjemné, žádoucí nebo nežádoucí.

1.1.2 HISTORICKÝ POHLED

Úzkost a strach nebyly v dějinách myšlení – až po dvacáté století – žádným velkým tématem. Obrat nastává v našem století nejen díky psychologii (výzkum emocí a motivace) a psychoterapii (navozování změny v osobnosti i chování), nýbrž i vlivem vývoje lidské civilizace a „stavu světa“. Nyní uvedeme několik momentů a souvislostí, jimiž ilustrujeme vývoj pohledů na tyto základní lidské emoce.

Ve starověké literatuře se vyskytují výrazy úzkost a strach velmi vzácně. Možná proto, že odvaha byla prohlášena za jednu z největších ctností. V řeckém Panteonu se vyskytoval bůh Phobos (původ slova fobie), jehož úkolem bylo vnuknout nepřítelům strach, aby utekli už před bitvou. Také postava Pana (odtud snad pochází výraz panika) je známa tím, že strašil a děsil poutníky.

Antičtí filozofové se úzkostí a strachem zabývali jen okrajově (např. Aristotelés, stoikové), ovšem zhlédli témata, jež se dodnes řeší. Za mnohá zmiňme vztah člověka ke smrti či strach jako žádoucí vnitřní regulativ chování (bližší viz závěrečný příspěvek VI. Špalka).

Nutno však upozornit na bibli, v níž je skrytá hluboká psychologická zkušenost. V bibli se o strachu, „bázní a chvění“ mluví často. Lidský strach je brán zcela vážně, možná i proto, že bibličtí hrdinové neodpovídají ideálu antických reků. Jsou to lidé svou morálkou i odvahou spíše průměrní, kteří se ovšem ve svých životech setkávají s Bohem a řešení vztahu k němu do značné míry jejich životy formuje.

Pro ilustraci: v českém ekumenickém překladu bible (1992) se výraz bázeň vyskytuje 122×, strach 105×, hrůza 67×, úzkost 31×, tíseň 26× a sloveso bát se 212× (Michal, 1994).

O strachu se zde mluví zpravidla v těchto souvislostech: následek viny, obava z prázdnoty, utrpení a jeho nesmyslnost, bázeň vznikající ze setkání s Bohem a jeho svrchovaností (bojím se a zároveň chci porozumět). Mnohý strach v konkrétní situaci je v bibli přemožen strachem z Boha – bohabojností. Kdo se bojí poslední autority, ten se přestává bát autorit předposledních. Přiznáním si strachu a přijetím toho, že strach může být spojen také s radostí a láskou, se lze od nepřiměřeného a přebýjícího strachu osvobodit.

U bible jsme se zastavili i proto, že obsahuje existenciální momenty, v nichž úzkost a strach hrají významnou roli. Jistě není náhoda, že dánský myslitel S. Kierkegaard (1813–1855) byl teologem, který jako první zřetelně pojmenoval strach (bázeň) z něčeho konkrétního, čemu se lze postavit, a úzkost nemající objekt, a představující proto ohrožení nebytím a ztrátou smyslu. U tohoto myslitele také nalezneme rozlišení mezi jejich vrozeným podílem (souvisejícím podle jeho názoru s dědičným hříchem a vinou předků) a podílem, jež člověk vytváří vlastním životem. Tato témata byla později rozpracována řadou filozofů lidské existence, posléze i M. Heideggerem (1889–1976) a našim J. Patočkou (1907–1977) (podrobněji viz příspěvek VI. Špalka).

V historii zkoumání emocí však nelze opominout přírodovědce Ch. Darwina (1809–1882), který je pro nás významný knihou *Výraz emocí u člověka a u zvířat*, jež

vyšla česky v roce 1964 (Darwin, 1964) a v níž popisuje projev emocí tak, jak je přístupný vnějšímu pozorovateli.

Pokud jde o vývoj obou pojmů v psychologii, obrátíme pozornost do druhé poloviny 19. století, kdy se psychologie začíná od filozofie oddělovat přijetím přírodovědné metodologie. Paralelně zde vedle sebe stojí duchovědná psychologie rozumějící (hlavní metodou je introspekce), jejíž představitelem byl W. Dilthey (1833–1901), a psychofyzika, reprezentovaná W. Wundtem (1832–1920), jenž zavedl do psychologie experiment a vzor pro psychologii vidí ve fyzice. Zakladatelem psychofyzilogické tradice ve výzkumu emocí se stal W. James (1842–1910), který zcela „moderně“ vnímal souvislost mezi podnětem, jeho zhodnocením subjektem a následnou tělesnou reakcí, jež teprve vyvolává emoci (známý je příklad, kdy prý strach z medvěda nepocítujeme tehdy, jestliže se s ním setkáme, nýbrž teprve tehdy, když začneme utíkat). Nutno zmínit i I. P. Pavlova (1849–1936) a jeho experimenty s podmiňováním reakcí u zvířat, u nichž vytvářel experimentální neurózy jako reakci na nejednoznačné podněty vedoucí k vnitřnímu „konfliktu“.

Ve stejné době jako I. P. Pavlov žije a pracuje zakladatel psychoanalýzy S. Freud (1856–1939). V psychoanalýze hrají úzkost a její dynamika centrální roli ve formování osobnosti i pro zdraví člověka. Od té doby se úzkost stává základním pojmem psychopatologie a významným pojmem v psychoterapii, klinické psychologii a psychiatrii. Bez nadsázky lze konstatovat, že v současné medicíně je přijímán jako důležitý vliv emocí (tedy i úzkosti a strachu) na etiopatogenezi poruch zdraví. Je tomu tak proto, že člověk, jak bylo prokázáno, ve zdraví i v nemoci tvoří biologickou, ekologickou a psychosociální jednotu.

Závěrem tohoto letmého pohledu na historii pojmů úzkosti a strachu dodejme, že jsou součástí žitého a přirozeného světa člověka odjakživa a stále – od narození až po ukončení života.

Nyní obrátíme naši pozornost k poznatkům současné psychologie o úzkosti a strachu.

1.1.3 VYMEZENÍ ÚZKOSTI A STRACHU

Úzkost a strach řadíme mezi emoce (lat. *movére* – pohnout), tedy psychické stavy a děje, jež stále doprovázejí náš duševní život. Pocítujeme (prožíváme a vnímáme) je bezprostředně a jsou subjektivně zcela evidentní. Silnější emoce cítíme v těle jako přechodné tělesné změny (např. tachykardii), proto je máme tendenci do těla také lokalizovat.

Emoce, tedy i úzkost a strach, mají vrozený (konstituční) základ, jsou doprovázeny převážně nespecifickými fyziologickými změnami, avšak specifickým výrazem v obličejí, jenž je interkulturálně shodný, proto i srozumitelný. Také jejich prožívání (např. hněvu, strachu) je specifické a nezaměnitelné.

Emoce jsou dobrým příkladem propojenosti duševních a tělesných dějů, tedy psychosomatické jednoty člověka.

Mezi úzkostí a strachem není přesná hranice a pojmenování těchto psychických stavů a dějů je věcí konvence, popř. jazykového citu. V jazyce máme pro ně k dispozici celou řadu výrazů, jimiž zachycujeme jejich kvalitu i kvantitu (např. obezřetnost, nejistota, obava, tíseň, úlek, hrůza, děs, panika...).

Strach je averzivní reakcí na určitou poznanou (konkrétní) skutečnost, která v jedinci vyvolává prožitek ohrožení. Má signální a ochrannou funkci.

Strach může být **racionální** (druhými pochopitelný, případně i sdílený, přirozený) nebo **iracionální** (pro druhé nepochopitelný, nepřiměřený).

Úzkost je nepříjemný citový stav a na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitou skutečnost, která ji vyvolává.

Úzkost je původním naladěním lidského jedince a reakcí na tušené a neznámé nebezpečí. Subjektivně bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je obvykle horší než událost sama, pokud je jasně poznána.

U člověka mají úzkost a strach zároveň ráz **nekontrolovatelnosti a nepředvídatelnosti**, čili patří k nim i prožitek (a další obava) ze ztráty kontroly – nejen při zvládnání těchto situací, ale i při sebeovládání. Proto mívají zvýšeně úzkostní lidé strach z vlastních reakcí a prožitků (např. hněvu, zoufalství).

Úzkost a strach se projevují v rovině:

- psychické (pocitem sevřenosti a tísně, ohrožení, závratí, nabuzenosti a neklidem apod.),
- mimické (rozšířením žíltelic, vyvalením očí, hypomimií, otevřením úst apod.),
- somatické (tachykardií, svalovým napětím, chvěním, nauzeou, pocitem sucha v ústech, zblednutím apod.),
- chování (nejčastěji strnutím, uhýbáním, obranným chováním či útekem),
- výkonu (nižší hladina úzkosti a strachu výkon zvyšuje, vyšší hladina úzkosti a strachu výkon snižuje apod.).

Předchozí projevy se navzájem ovlivňují, zejména roviny psychická, somatická a rovina chování. Platí zde zákonitosti interdependence (cirkulární kauzality), avšak pro každého lidského jedince je určitý způsob odpovědi typický, převládající a poměrně stálý. Buď reagujeme spíše v rovině psychické, nebo v rovině somatické (a to je významné pro volbu způsobu léčby).

Ve starší literatuře se setkáváme s tzv. ekvivalenty úzkosti, kam bývají řazeny neúzkostné projevy – např. z oblasti nutkavých jevů (nutkání na stolici) či přímo nežádoucí somatické reakce a funkční změny, pro které neměla tradiční medicína vysvětlení. Častý úspěch psychotherapeutické léčby v těchto případech může svědčit o jejich psychosociální etiologii a pro psychosomatický přístup. Nutno však podotknout, že z úspěšnosti určité léčby nelze přímo usuzovat na etiologii. Psychotherapie je někdy úspěšná i u typicky organicky podmíněných poruch tím, že mobilizuje nespecifické biologické obranné mechanismy, jako je například imunita. Naopak biologická léčba může být úspěšná u psychogenních poruch.

Úzkost a strach jsou prastaré emoce, jejichž původním účelem je chránit jedince před poškozením a vůbec ohrožením. Přispívaly k jeho adaptaci. V tomto významu, podobně jako je tomu u fyzické bolesti, byly a dodnes jsou nezbytné pro přežití jedince (a druhu) a v tom jsou v antropogenezi nezastupitelné.

Úzkost a strach jsou činitelé, podílející se významně na formování, rozvoji osobnosti a na socializaci člověka, jsou tedy i prostředkem ontogeneze (včetně její duševní a duchovní dimenze).

Tím, že se s určitým strachem vyrovnáváme a překonáváme jej, otevírají se nám nové možnosti a náš vnitřní růst může pokračovat.

Také pocity viny (vznikají zpravidla tehdy, jestliže je naše sebehodnocení v rozporu s námi přijímaným hodnotovým systémem) jsou doprovázeny a akcentovány úzkostí, případně strachem. Představují důležitý vnitřní regulativ chování, vedoucí k odpovědnému a svobodnému (reflektovanému) lidskému jednání.

Prožitek úzkosti poukazuje k naší situaci ve světě, neboť ji zažíváme zejména tehdy, nejsme-li dobře vztahově a hodnotově zakotveni a jsme-li ohroženi ztrátou životního smyslu. Také vnitřní prázdnota, případně prožitek nudy bývají dříve či později provázeny úzkostí. Úzkost je tak ukazatelem na cestě vedoucí k porozumění sobě, což dobře vědí mnozí psychoterapeuti.

Úzkost a strach do našeho života patří a jejich význam je pozitivní. Ovšem tehdy, jsou-li „normální“, zvládnutelné a srozumitelné. Jiná situace nastává, jak známe z klinické praxe, jestliže se vymknou ovládnutí jedincem a ve své intenzitě a kvalitě se stanou neovládnutelným utrpením a posléze zdravotním problémem.

Bývá to v případě úzkostných poruch (např. agorafobie), některých poruch osobnosti (např. závislá porucha osobnosti), ale i v rámci psychóz, kdy dochází k dezintegraci osobnosti a tento proces je velmi často provázen manifestní úzkostí. Úzkost bývá u vážně duševně nemocných tak silná, že zakalí vědomí, uvolní a spustí iracionální agresivitu. Úzkost a nepřiměřené obavy doprovázejí také některé převážně somatické poruchy zdraví, jako jsou poruchy funkce štítné žlázy, mozkové nádory či dekompenzace oběhového systému.

Člověk trpící nadměrnou úzkostí či strachem zpravidla dříve či později sám vyhledá odbornou pomoc, která začíná navázáním důvěryhodného vztahu a diagnostikou s cílem určit kvalitu těchto emocí, porozumět jejich vzniku a mechanismu udržování.

V psychologii uvažujeme o úzkosti a strachu jako o určitém stavu i jako o osobnostním rysu.

Stavem míníme aktuální úroveň této emoce, tedy její momentální kvalitu i kvantitu, již lze měřit a srovnávat.

Zdá se, že stav je především výslednicí pocitu našeho znejistění a ohrožení, jenž je dán vnímaným nebezpečím a okolnostmi představujícími naopak naši ochranu a podporu (např. přítomnost či nepřítomnost rodiče v situaci, která je pro batole zcela nová).

Osobnostní rys – úzkostnost je dispoziční pojem a vyjadřuje trvalejší charakteristiku člověka. Představuje míru pohotovosti k bojácnému chování a prožívání. Také úzkostnost lze měřit a srovnávat.

Úzkostnost je dána zejména konstitučně (tedy i geneticky), avšak také interpersonální zkušeností lidské bytosti zvláště v počátečních letech života (blíže viz následující oddíl 1.2 a 2. kapitolu).

1.2 ÚZKOST A STRACH V PSYCHOLOGII

Problematika emocí je důležitým tématem teoretických i aplikovaných psychologických oborů. Vzhledem k různosti psychologických škol a přístupů, včetně pokusů o jejich integraci, by i jejich stručný přehled představoval práci o rozsahu encyklopedie. Proto vybíráme jen ty přístupy a poznatky, které nám přiblíží úzkost i strach komplementárně a ve vztahu k psychoterapii. Odpovídají současné úrovni poznání, jak se lze přesvědčit z odkazové literatury.

1.2.1 EXPERIMENTÁLNÍ PŘÍSTUP

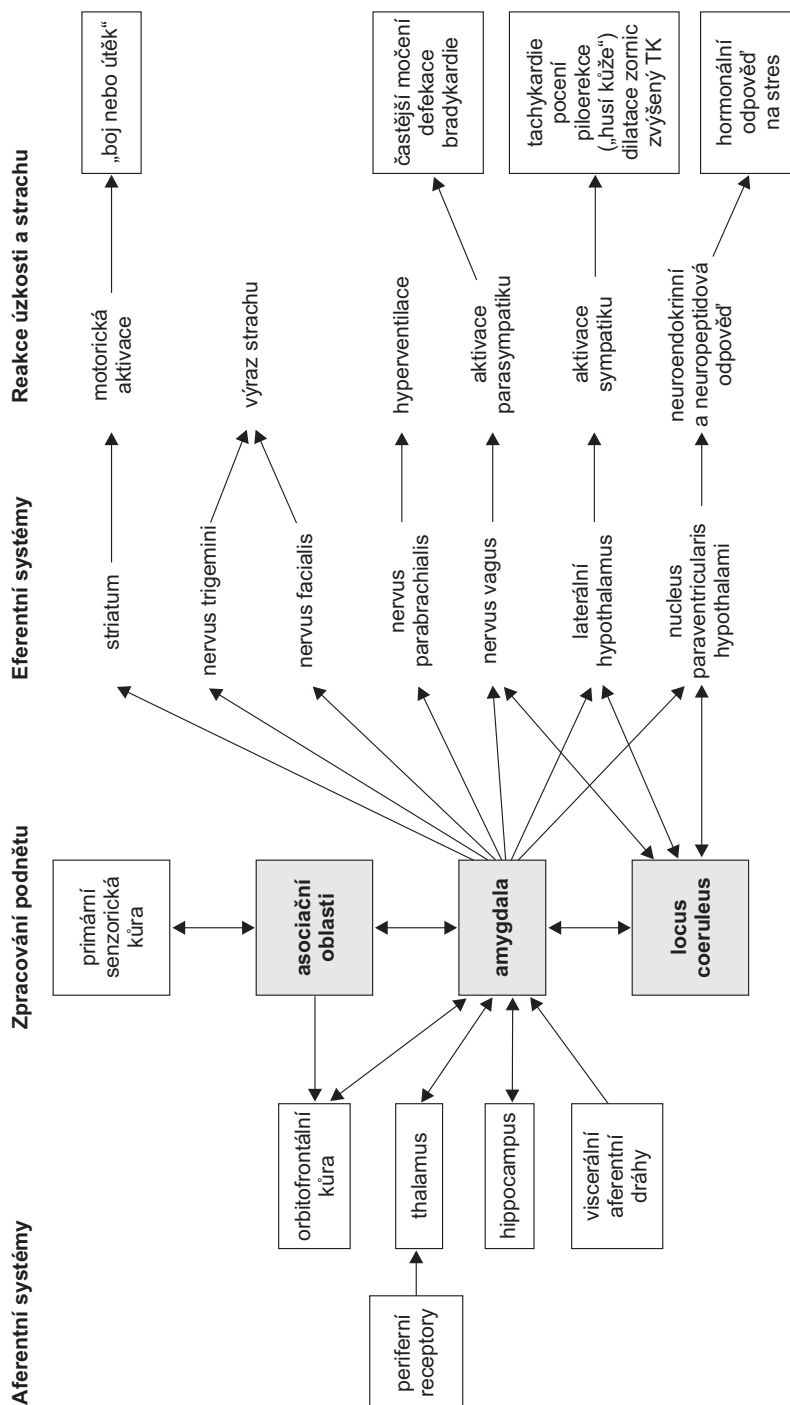
Experimentální přístup v psychologii se opírá o metodologii, která se pokouší výběr a zpracování empirických dat objektivizovat. Lze sem například zařadit psychofyziologii a neurofyziologii úzkosti a strachu, přičemž obecným psychologickým oborem, jenž se touto problematikou zabývá, je **biologická psychologie**, překrývající se do značné míry s neurovědami.

V současné době jsou již známy mozkové struktury tvořící **neuronální okruhy úzkosti a strachu**. Zdůrazněny jsou některé oblasti mozkové kůry, thalamus, zvláště však amygdala („emoční paměť“), locus coeruleus (jádro v mozkovém kmeni obsahující více než polovinu všech noradrenergických neuronů) a hippocampus.

Z mozkové kůry je důležitá ještě účast asociačních oblastí, v kterých dochází k tvorbě tzv. kognitivních map, kde jsou dlouhodobě uloženy informace o strachových podnětech a celém jejich kontextu, s nimiž je vždy porovnávána nová zkušenost. Dále je zřejmá důležitost prefrontální kůry, která nakonec rozhodne o tom, jakou strategii chování po daném podnětu zvolíme, zda situaci řešíme aktivně, únikem, zajištěním se apod. U rozvinuté úzkostné poruchy se podkorové limbické okruhy (hlavně amygdala, hippocampus, thalamus, hypothalamus a bazální ganglia) vymknou z kontroly prefrontální kůry a pomocí zobrazovacích metod (PET, SPECT) zde zaznamenáme zvýšenou aktivitu, zatímco u prefrontální kůry je snížena. Jak po úspěšné psychoterapii, tak po úspěšné farmakoterapii dochází například u obsedantně-kompulzivní poruchy ke zvýšení aktivity prefrontální kůry a ke snížení aktivity limbických oblastí.

V posledních letech bylo zjištěno, že podmiňování úzkostných i strachových reakcí se odehrává v amygdale a amygdala reaguje na ohrožující podněty i tehdy, jestliže si je neuvědomujeme. Může dojít k zesílení aktivity autonomního nervového systému, k vyplavení hormonů z kůry nadledvin a k vzniku nežádoucích psychosomatických symptomů – aniž bychom prožívali úzkost a strach (Grawe, 2004). To jsou důležitá zjištění i pro psychoterapii, neboť se zde dotýkáme nevědomých procesů.

Neuronální okruh umožňuje, a to je pro nás důležité, **neuroendokrinní a svalově motorické reakce**, přičemž vegetativní změny, jež se u jedince objevují v souvislosti s úzkostí a strachem, jsou zprostředkovány **sympatickým a parasympatickým nervovým systémem** (blíže viz Birnbaumer, Schmidt, 1996).



Obr. 1.1 Zpracování strachových podnětů (podle J. Praška)

Rovina neurobiologická (zejména neurofyzilogická a neuroendokrino-logická) je poměrně rozpracována a v posledních letech se mohutně rozvíjí díky moderní přístrojové technice (např. neinvazivním zobrazovacím postupům) a také proto, že zde lze experimentovat.

V oblasti **neurovědy** bylo uskutečněno ohromné množství výzkumů, které přinesly až nepřehledné množství poznatků o lidském mozku, psychice a chování. V souvislosti s psychoterapií je významné zjištění, že psychoterapie působí na biologickou stránku člověka, jež je (do určité a někdy i značné míry) měnitelná v pozitivním i negativním směru psychologickou cestou. Konkrétně lze psychologickými prostředky modulovat neuronální procesy a struktury. Touto problematikou se zabývá **neuro-psychoterapie** a nepřekvapuje, že dokonce dochází ke splývání psychologických a biologických disciplín (cognitive neuroscience, affective neuroscience). Zájemce o tuto oblast odkazujeme na přehledovou studii německého psychologa K. Graweho (1943–2005) (Grawe, 2004).

Z pohledu teorie i praxe psychoterapie (např. na rozdíl od psychofarmakologie) jsme však v přebírání poznatků zdrženlivější, neboť psychologické proměnné (osobnost, oblasti psychických funkcí apod.) jsou komplexní povahy, mnohostranně determinované (a také nedeterminované) a neplatí zde pouze lineární a příčinně kauzální vztahy. Přesto zde vidíme významné místo interdisciplinární spolupráce při zachování specifity oborů (např. fyziologii nelze zcela převádět na psychologii a naopak).

Z hlediska experimentální psychologie jsou úzkost a strach především naučené **klasickým a instrumentálním (operantním) podmiňováním** v situacích, jež je zcela přirozeně vyvolávají (např. fyzická bolest, silný hluk a vůbec všechny podněty neobvykle silné, neznámé, nečekané, vyvolávající zprvu úlekovou reakci a později strach). Svůj podíl zde mohou sehrát i další formy učení – priming a habituační učení, ovšem prvně zmíněné způsoby učení jsou pro vznik a udržování úzkostných a strachových reakcí nejdůležitější.

Při klasickém podmiňování je reflexní reakce vyvolána spojením podmiňového (určitý signál – např. zvuk) a nepodmiňového (např. bolest) podnětu. Tento způsob učení, jak je všeobecně známo, popsal a experimentálně využíval ruský fyziolog I. P. Pavlov (1849–1936).

Instrumentální (operantní) podmiňování je způsob učení, kdy reakce organismu není reflexní povahy, nýbrž vzniká jako aktivita jedince, přičemž toto chování je určováno jeho následky (opakujeme to, co vede k příjemným následkům, a naopak se vyhýbáme nepříjemným podnětům). Zmíněný způsob učení rozpracoval americký psycholog B. F. Skinner (1904–1990).

Třetím zdrojem osvojování úzkosti a strachu představuje **učení nápodobou** (observační, imitační, zástupné), tedy přebírání určitého chování od vzoru, jež posléze vyvolá i příslušnou prožitkovou (i fyziologickou) reakci. U člověka lze samozřejmě vyvolat zmíněné emoce i dodáním určitých **informací** a jejich **kognitivním zpracováním**, což je čtvrtý způsob jejich osvojení (blíže viz 4. kapitulu K. Durecové).

Neprůměřené úzkosti a strachy se pak udržují vyhýbáním se podnětům vyvolávajícím strach (tím se nepřiměřené reakce posilují a nemůže dojít ke korektivní zkušenosti). Udržují se i obavnými představami a myšlenkami, jež je též posilují. Význam

učení zdůrazňujeme proto, že přizpůsobení organismu v prostředí spočívá ve schopnosti spojit staré zkušenosti s novými.

Úzkost a strach lze popsat jako **poplachové reakce**, vedoucí k aktivaci motorických komponent s následným útekovým, vyhýbavým či obranným chováním. Zmíněné reakce zahrnují kupříkladu zvýšenou kardiovaskulární, elektrodermální, elektromyografickou aktivitu i změněnou elektrickou aktivitu CNS, jež lze měřit neinvazními způsoby (EEG, EMG, PET apod.). Stále větší důraz klademe na **podíl kognitivních pochodů** (lat. *cógnoscere* – poznávat) při vzniku a udržování nepřiměřených emočních reakcí. Kognitivní zde znamená vše, co na psychologické úrovni souvisí s příjmem, uchováním, zpracováním, případně i předáním informací (vnímání, myšlení, představování apod.).

Fyziologické reakce, doprovázející úzkost a strach, se však nezdaří být při celkovém zhodnocení specifické. Ve stavu úzkosti či strachu, jak je všeobecně známo, se zvyšuje srdeční aktivita, vodivost kůže, mění se dechová frekvence, svalové napětí roste atd. Pokud jde o EEG, tak u pacientů s úzkostnou poruchou nebyly shledány specifické rozdíly ve srovnání s kontrolní skupinou. Ovšem při relaxaci narůstá alfa-aktivita.

Nutno upozornit, že biosignály (fyziologické parametry) podléhají vlivu doprovodných kognicí (představ, myšlenek, postojů apod.) i bezprostřední sociální interakci. Proto jejich snímání vyžaduje standardní podmínky a k vyhodnocování je třeba metodologické zkušenosti. Musíme například počítat s tím, že mnohé děje jsou cyklické povahy, existuje jev zvaný regrese k průměru apod. Proto je třeba doporučit, aby se měření prováděla opakovaně a současně se zachycovalo více parametrů, jež porovnááme.

U **osobnostního rysu úzkostnosti** bylo metaanalýzami potvrzeno (Myrtek, 1998), že vysoce souvisí s vegetativní labilitou. Lidé více úzkostní reagují silněji fyziologicky na vnímané nebezpečí a tyto hodnoty se jen pozvolna vrací do výchozího stavu. Tito lidé mají sklon si stěžovat na své tělesné obtíže (častěji navštěvují lékaře), zároveň se u nich projevuje lehčí depresivní symptomatika a jsou celkově méně psychicky i fyzicky odolní. Též se snadněji učí a déle si pamatují podněty a okolnosti související s úzkostí a strachem. Je zajímavé, že se u nich vyskytuje statisticky častěji krevní skupina B a mívají vyšší koncentraci kortizolu (steroidní hormon s imunosupresivním účinkem, vyplavujícím se při stresu).

Biosignály (psychofyziologické ukazatele) jsou pro psychoterapii důležité, neboť na nich lze sledovat její průběh a výsledek. Samozřejmě jen u těch psychotherapeutických postupů, kde dochází ke změnám, jež jsou takto zachytitelné.

Kupříkladu sledujeme a porovnááme u pacientů změny ve vodivosti kůže (kožně galvanický reflex) při prezentaci podnětů vyvolávajících strach. Tím vlastně objektivizujeme aktivitu sympatiku v průběhu i závěrem léčby (např. relaxace), neboť právě tuto aktivitu chceme ovlivnit.

Závěrem upozorňujeme, že otázka vlivu **dědičnosti** na úzkostnost, úzkost a strach není zatím uspokojivě vyřešena. Možná i proto, že jsou „různé“ úzkostnosti, úzkosti i strachy a také lze očekávat jejich polygenetickou podmíněnost. Zdá se, že dědičná není pravděpodobnost výskytu určité úzkostné poruchy, ale nespecifická zranitelnost k úzkostným poruchám vůbec. Bylo například zjištěno, že jednovaječná dvojčata

mají jednoznačně vyšší konkordanci ve výskytu panické poruchy než dvojčata dvojvaječná. Praktici se však shodují v názoru, že dědičná není pravděpodobnost výskytu určité poruchy, nýbrž jejího obrazu (např. obsedantní, úzkostný). Dále pak, že konstitučně (tedy i dědičně) jsou ve výsledném působení více ovlivněny vlastnosti, jež se u určité skupiny jedinců nalézají v extrémní hodnotě, než u skupiny jedinců s průměrnou hodnotou těchto vlastností.

Pokud jde o souvislost psychoterapie a genetiky, tak převratně působí hypotéza o tom, že lze psychologickou cestou ovlivňovat i expresi genů v nervových buňkách (Kandel, 1996).

1.2.2 VZTAHOVÝ PŘÍSTUP

Vztahovým přístupem k naší problematice míníme, že k úzkosti a strachu přistupujeme z hlediska jejich geneze, udržování, dynamiky a vůbec funkce i významu v kontextu vztahové charakteristiky lidské bytosti.

Tento přístup je příznačný pro psychologii a psychoterapii hlubinnou (např. školu analytickou, individuálněpsychologickou a psychoanalytickou) a humanistickou (včetně logoterapie, existenciálního i rogersovského přístupu a daseinsanalýzy). Jedná se o směry „odkrývající“, kladoucí důraz zvláště na interpersonalitu a smysl lidské existence. Mezosobní vztahy jsou také východiskem systemického (rodinněterapeutického) přístupu (blíže viz 8. kapitolu).

Psychologická léčba se provádí zejména prostřednictvím určitých kvalit psychoterapeutického vztahu, jimiž navozujeme u pacienta (a často i jeho nejbližšího sociálního okolí) žádoucí změny.

Vztahy jsme, vztahy žijeme a je sdělujeme, což předpokládá naši **otevřenost** (vůči sobě i druhým), neboli možnost **bezprostřední** (ničím nezprostředkované, přímé) zkušenosti.

Vztahování stejně jako otevřenost a individuální konečnost (smrtelnost) patří podstatně – bytostně k člověku.

V souvislosti s naším tématem a z didaktických důvodů však pojednáme o úzkosti a strachu relativně odděleně, a to pouze z hlediska:

- a) vztahu, který má lidský jedinec sám k sobě,
- b) vztahů, které má s druhými lidmi.

Zdůrazňujeme, že vztah k sobě a interpersonalita jsou těsně propojené, neboť sebepojetí se formuje v rámci mezosobní zkušenosti a působení (záměrnou i nezáměrnou výchovou). Toto se lapidárně vyjadřuje větou o tom, že abych mohl říci „já“, musím prožít „ty“.

Člověk se vztahuje nejen k sobě a k druhým, nýbrž i k ostatnímu světu a vyšším hodnotám. To vše se však projevuje právě přes vztah k sobě a druhým, proto problematiku vztahování takto zužujeme a pojednáme zde o ní výhradně z psychologického hlediska.

Vztah, který má lidský jedinec sám k sobě

Vztah k sobě souvisí, pokud jde o úzkost a strach, s vnitřní stabilitou (a odolností vůči zátěži), zde zejména se sebehodnocením, tedy jak sebe myslím, prožívám, představuji

si, a nakonec hodnotím. Převážně nepříznivé či vnitřně rozporné (zejména konfliktní) sebezpojetí je živnou půdou pro rozvoj úzkostné symptomatiky, zvláště strachů.

Z vnitřních konfliktů jsou patogenní především konflikty ambivalentní (současně a přibližně stejně silně mne něco přitahuje i odpuzuje, prostě něco zároveň chci i nechci). Obdobně jsou patogenní situace subjektivně neřešitelné, kdy se mám rozhodnout a volit mezi dvěma či více negativními eventualitami.

Zdá se, že patogennost je dána teprve přítomností dalších faktorů, jako je pocíťovaná neschopnost určitou situaci účinně řešit, případně že konflikty či rozhodování jsou neuvědomované.

Významná jsou i tzv. osobnostně (a osobně) slabá místa (*loci minoris resistentiae*), jež vznikají ve vývoji a znamenají, že určité situace výrazně vnímáme a reagujeme na ně nepřiměřeně emočně, tedy i překvapivě silnou úzkostí nebo strachem (někdo jiný třeba hněvem, či lítostí).

Za příklad lze uvést člověka, který ztratí zaměstnání a na tuto událost reaguje silnými pocity viny, pocity nedostatečnosti a ztráty vlastní hodnoty. Následuje u něho prudký rozvoj úzkostné a posléze depresivní symptomatiky. Z anamnézy se dozvíme, že výkon a práce byly v rodině, kde vyrostl, hlavní hodnotou a měřítkem kvality člověka.

Strach mívá v mírnější podobě ráz obavy z něčeho konkrétního, v silnější podobě (strach fobický, děs) má též iracionální (nepochopitelné, „nerozumné“) rysy. Snášíme jej zpravidla lépe než úzkost, jelikož mu snadněji čelíme vzhledem k jeho obvyklé lokalizaci do vnějšího prostoru, tedy „mimo“ nás. Většina lidských strachů je zcela reálných a jsou reakcí na skutečné nebezpečí či jsou výsledkem traumatických zkušeností (např. nešetrný zákrok lékaře vyvolá u pacienta strach z ošetření, jenž se generalizuje, tedy přeneseme a rozšíří i na celou řadu jiných podnětů, které i jen vzdáleně nebo symbolicky připomínají původní strach vyvolávající podnět a jeho kontext). Je zajímavé, že k nepřilíš silnému strachu (a jsme-li v bezpečí) míváme ambivalentní vztah – vzpomeňme, že nejen děti, ale i dospělí se rádi bojí (strašidelné pohádky, horory, tzv. adrenalinové sporty).

Úzkost lze vidět jako reakci na pocit našeho bytostného ohrožení. Subjektivně ji lokalizujeme dovnitř sebe – prožíváme ji proto bez odstupu, je těžko uchopitelná a spojená s neznámem. Obrazně ji lze nazvat „strachem z neznámého“.

Děti mívají strach ze tmy a prožívají úzkost, jsou-li rodiči zanecháni potmě a o samotě. V literatuře je popsán u jednoho domorodého kmene v Keni bůh noci jako ten, jenž „přichází jako závan větru... dělá strach“ (Jung, 1997). Dozvídáme se zde, že tuto úzkost máme v dětské stránce svého nitra, v níž se i my dotýkáme širého, neznámého světa, přičemž temnota ukrývá vše, co je démonické.

Ve vztahovém pojetí hledáme vznik úzkosti v situacích, kdy se individuálně vyčleňujeme z bezpečného prostředí a snadno může dojít k našemu zásadnímu ohrožení.

Jako příklad lze uvést situaci, kdy přicházíme na svět, neboť přecházíme z prostředí bezpečného (zajištěného, „známého“) do prostředí nebezpečného (nezajištěného, „neznámého“). Druhý pól lidského života pak tvoří umírání a smrt. Ty bývají chápány jako druhý a stálý zdroj úzkosti. Nemusi

znamenat jen konec fyzický, nýbrž i ztrátu individuality, rozplynutí, „vymazání“. Jazyk tento stav vyjadřuje souslovím „smrtelná úzkost“.

Z klinické praxe známe silnou úzkost psychoticky nemocných (spojenou s duševním i tělesným neklidem), již dáváme do souvislosti s dezintegrací osobnosti a oslabováním identity. S obdobnými prožitky a projevy se setkáváme u lidí při změněném stavu vědomí, kdy je oslabeno jejich vědomí sebe, případně vůbec na přechodnou dobu mizí.

Úzkosti subjektivně nerozumíme, proto jí tak obtížně čelíme. Vzhledem k ní jsme osobně bezmocní a o to více ji nepříznivě pociťujeme, že nás ohrožuje svojí „vnitřní“ lokalizací. Jak již jsme zmínili, strach vnímáme většinou jako přicházející zvenku. Proto strachy „vnitřní“ (např. z určitého onemocnění či ze „zbláznění“) prožíváme značně úkorně a setkáváme se s nimi velmi často u nemocných s úzkostnými poruchami. Mají blízko k úzkosti, ve kterou mohou přejít, a vzácněji mohou signalizovat prepsychotický stav.

Strachu a úzkosti na individuální rovině čelíme, pokud jde o vyhnutí se jejich nadměrnému množství, zcela automaticky prostřednictvím psychických obranných mechanismů, jejichž úkolem je zmenšovat vnitřní utrpení.

Například nejčastějším způsobem, jak se vyrovnáváme s úzkostí, související se smrtí nebo nicotou, je popření, racionalizace či vytěsnění těchto skutečností. Také se mohu cítit být výjimečný, nezranitelný, nesmrtelný, jak tomu bývá u narcisticky strukturovaných osob, nebo se lze spoléhat v této souvislosti na vědu či náboženství. Překvapující jsou činy lidí neobyčejně odvážných, provozování nebezpečných sportů apod. – zde mluvíme o opačném reagování, čili vyrovnávání se se strachem tím, že se mu naopak úmyslně vystavuji a čelím mu.

Pokud však psychické obranné mechanismy nepracují funkčně („příliš“ racionalizujeme, „příliš“ vytěsňujeme apod.), mohou naopak navozovat větší vnitřní tenzi, úzkost a strach.

Nejběžnější strategií průběžného vyrovnávání se s těmito jevy je, že si je připustíme, uvědomíme, hledáme příčiny jejich vzniku a ty se snažíme odstranit, nebo je jednoduše překonáme. Úzkost je vhodné „převést“ na strach, čili uvědomit si, čím je konkrétně sycena, tedy z „ničeho“ uděláme „něco“.

Kupříkladu nadměrná úzkost související s možností předčasné smrti může být strachem o zajištění závislých osob (např. dětí) po naší smrti, obav z bolestivého procesu umírání, nejistotou, co bude po úmrtí následovat, apod.

Vztahy, které má s druhými lidmi

Vztah s druhými lidmi, tedy soužití s ostatními lidmi, tvoří centrum našeho subjektivního světa. My jsme zde především společně s druhými lidmi – pro ně a oni pro nás. Proto nejlépe člověku porozumíme v jeho interpersonálním kontextu.

Pro vytvoření a udržení duševního zdraví, tedy emoční stability (jejímž dílčím opakem je úzkostnost), považujeme za základ život ve vztazích, jež jsou subjektivně blízké a zároveň bezpečné. Při formování osobnosti dítěte a utváření jeho emoční stability (včetně důvěry v sebe a svět) je od samého počátku života (a možná i v době před narozením) důležité, jakým způsobem je rodiči přijato. Později hraje roli, zda

jsou či nejsou uspokojovány jeho potřeby (blíže viz následující kapitolu). Zde je vysoce žádoucí empatické a dítě ve vývoji potvrzující prostředí a atmosféra, vytvářená péčí rodičů či osob je zastupujících. Prostorů nejisté (např. úzkostná matka, konflikt mezi rodiči, odchod jednoho z nich z rodiny), ambivalentní, případně odmítající či hrubé jednání, působí neurotizujícím způsobem.

Je zřejmé, že tyto vlivy jsou dány zejména osobností rodičů, jejich vzájemným vztahem a uplatňovaným výchovným stylem.

Předchozí skutečnosti byly psychologicky zkoumány a v posledních letech zejména otázky týkající se první vazby mezi dítětem a matkou (attachment, Bindung). Ukázalo se, že tato zkušenost má charakter vtíštění a projevuje se po celý život jak ve způsobech navazování a udržování mezosobních vztahů a v jejich prožívání, tak i v celé řadě vlastností a pohotovostí k jednání (např. agresivnímu chování). Pokud jde o úzkost a strach, tak k jejich nadměrnému rozvoji nepříznivě přispívají zejména matky labilní a „používající“ dítě k vlastní stabilizaci. Z longitudiálních výzkumů však vyplynulo, že případná takto získaná dispoziční zranitelnost (nejistá vazba) má vliv na úzkostné poruchy teprve tehdy, je-li spojena s dalšími nepříznivými vývojovými podmínkami a kritickými životními událostmi, jež se dlouhodobě nedařilo zvládnout. Teprve potom se stává rizikovým faktorem. Jistá vazba je naopak protektivním faktorem. Dále se ukázalo, že zvýšeně úzkostné jsou děti rodičů, kteří jsou vůči nim nepřátelští (poskytují nadměrně často negativní zpětnou vazbu, dítě odmítají a jsou přísní), děti značně omezují, kontrolují a ve svém projevu vůči nim jsou nestáli a nevypočitatelní (Butollo et al., 1999).

Ve vývoji je důležité, aby byla vytvářena průběžná rovnováha mezi stálostí a jejím opakem – proměnlivostí prostředí, stejně jako mezi potřebou dítěte po závislosti a nezávislosti. Upozorňujeme, že prostředí podporující jednostranně závislost a stálost znesnadňuje jeho odpoutání a zrání, tedy utváření identity a vyšších stupňů autonomie. Osoby nadměrně závislé bývají pravidelně úzkostné, nerozhodné a snadno vytvářejí v dospělosti vztahy, jež tuto jejich závislost dále prohlubují.

Jaké vztahy v dospívání a dospělosti vyvolávají úzkost a strach? Máme na mysli vztahy osobně významné, blízké, ve kterých je příznačná odkázanost jednoho na druhého (vztahy partnerské a rodinné včetně příbuzenských, vztahy pracovní a přátelské).

Jsou to vztahy, kde panuje:

- nejistota (včetně ambivalence), nebo
- nepřátelství.

Nejistotu prožíváme tam, kde se nemůžeme na druhého spolehnout a obtížně se ve vztahové situaci orientujeme, čili je pro nás nevypočitatelná.

Například dostává se nám protichůdných, nesouměřitelných informací, setkáváme se častěji s projevem přehlížení, ambivalence – zejména pseudovzájemností a dvojnou vazbou.

Nepřátelství ze strany druhého pociťujeme, chová-li se způsobem, jenž je zjevně či skrytě proti nám zaměřen s cílem nás poškodit, a tím získat nějakou výhodu – ať již subjektivní, či objektivní.

Radíme sem zejména agresivní projevy a komunikaci, zastrašování a projevy snižující důstojnost a rozvracející sebepojetí druhého člověka.

Úzkost a strach můžeme vyvolávat také zpochybňováním hodnot, jež jedinec uznává a považuje pro sebe za závazné. Hodnoty člověka orientují tím, že skýtají kritéria, dle nichž se rozhoduje a jedná, případně poměřuje úmysly a skutky ostatních. Člověk pevnějšího hodnotového systému je v projevu konzistentní a stálá hodnotová orientace přispívá k jeho identitě. Zpochybňováním hodnot navozujeme pochybnosti, jedince můžeme značně destabilizovat až dezintegrovat.

Samozřejmě předchází skutečnosti, jež se týkají komunikace ve vztahu a hodnot, nepůsobí specificky a jejich dopad je modulován zejména osobnostními charakteristikami a ostatním zázemím člověka. U lidí více úzkostných lze však očekávat, že povedou ke zvýraznění prožitků a jednání z oblasti úzkosti a strachu, jak se o tom v klinické praxi běžně přesvědčujeme.

Považujeme za prokázané, že **člověk jakéhokoliv věkového a vývojového období, pokud jde o jeho pozitivní životní pocit a vnitřní stabilitu, potřebuje žít alespoň jeden mezosobní vztah, v němž se cítí být zcela (bezvýhradně) přijat a kde se může chovat autentickým (být sám sebou) a reciprokým způsobem.** Takový vztah skýtá bezpečné prostředí, podporuje osobnostní růst a patří mezi atributy domova. Přítomnost domova (místa známého, bezpečného, jistého a východiska všeho dalšího) je synonymem životní zakořeněnosti, umožňující vést smysluplný život, což je důležitou podmínkou vytvoření a udržení duševního zdraví.

1.2.3 FAKTOROVĚANALYTICKÝ PŘÍSTUP

Faktorové modely osobnosti byly vytvořeny za pomoci faktorové analýzy, patřící mezi matematické metody multivariační analýzy. V současné době jich existuje více. Jedná se o různé postupy, kdy z velkého množství korelací mezi proměnnými určité oblasti získáme matematickou cestou menší počet faktorů, z nichž se jednotlivé komplexnější proměnné skládají.

V našem případě jde o deskripci osobnosti, konkrétně o zjištění osobnostních vlastností a rysů, které nejsou pouze situační, nýbrž stálější povahy (projevují se v mnoha životních situacích člověka).

Pomocí faktorové analýzy se zpracovávají empirická data různé úrovně, získaná od rozdílných skupin osob. Pracujeme kupříkladu s údaji od nepacientů i pacientů různých věkových kategorií a společenského statusu, s údaji pocházejícími z objektivních testů, dotazníkových metod, pozorování atd. Také vlastní matematické zpracování není jednotné. To jsou hlavní důvody, proč výsledky šetření (i modely) nejsou zcela shodné, ale přesto je lze srovnávat.

Tradiční a nejvíce rozšířené jsou faktorové modely osobnosti, jejichž autory jsou R. B. Cattell (1905–1998), H. J. Eysenck (1916–1997) a J. P. Guilford (1897–1987). V posledních letech se u nás stává známým novější model nazvaný Big Five, spojovaný se jmény R. R. McCrae, P. T. Costy, L. R. Goldberga, R. C. Christala, W. T. Normana a E. C. Tupese (blíže viz Hřebíčková, Čermák, 1996). Jedná se o intenci,

kteřá je spojena se jménem R. B. Cattella, snažícího se již ve 40. letech minulého století nalézt základní dimenze osobnosti reprezentované v jazyce.

Faktorové modely osobnosti pak vedly k sestavení psychometrických dotazníků osobnosti, jež měří vlastnosti a rysy osobnosti.

V některých faktorových modelech osobnosti se v oblasti **emocionality** (vyjadřuje druh, sílu, stálost a kontrolu emočních reakcí) vyskytuje faktor, jenž zahrnuje i oblast úzkosti – strachu a bývá vyjadřován výrazy jako emoční labilita (opakem je emoční stabilita), neuroticismus, někdy přímo úzkostnost (opakem je emoční vyrovnanost) apod. Bývá sycen (a v tom se modely částečně různí) charakteristikami a vlastnostmi, jako jsou pocity méněcennosti, plachost, napětí, nervozita, vyšší sebekontrola, bázlivost atd. Opačný pól emoční lability pak tvoří uvolněnost, klidnost, trpělivost, sebejistota – a ve výčtu znaků emoční stability bychom mohli pokračovat.

Je zřejmé, že předchozí vlastnosti souvisejí s dalšími osobnostními charakteristikami, kupříkladu s temperamentem a sebestojetím. Též je všeobecně známo, že vnímání a myšlení jedinců zvýšeně úzkostných bývá rigidnější, jsou sugestibilnější (otázka vztahu k autoritě), obtížněji se soustředí a také u nich konstatujeme jejich menší odolnost vůči psychické i tělesné zátěži. Vyšší úzkostnost je součástí klinického obrazu celé řady poruch zdraví (úzkostné stavy, nepřiměřené strachy, funkční sexuální poruchy apod.).

Dále se ve stručnosti seznámíme s modelem osobnosti **Big Five**, jehož součástí je i dimenze neuroticismu – emoční stability (Hřebíčková, Čermák, 1996).

Zmíněný model obsahuje pět dimenzí osobnosti, jež byly objeveny na základě analýzy slov vyjadřujících vlastnosti osobnosti a vlastnosti chování člověka. Dosud byly provedeny lexikální studie v americké angličtině, holandštině, italštině, maďarštině, němčině, polštině, ruštině a nyní i v češtině. Ze slovníku každého jazyka byla vybrána relevantní přídavná jména (v češtině šlo např. o 4145 slov), jež byla dle určitých pravidel zredukována a podrobena faktorové analýze.

Takto byla osobnost popsána následujícími pěti dimenzemi:

1. Otevřenost vůči zkušenosti (intelekt)
(např. zvědavý – konvenční)
2. Svědomitost
(např. pracovitý – bezcílný)
3. Extraverze
(např. povídavý – vážný)
4. Přívětivost
(např. pomáhající – nespolupracující)
5. Neuroticismus (emoční instabilita)
(např. napjatý – klidný)

Pokud jde o poslední dimenzi, tak ta vyjadřuje míru přizpůsobení, nebo naopak emocionální instabilitu. Rozlišuje jedince náchylné k psychickému vyčerpání a zastávající nerealné ideály od jedinců vyrovnaných a odolných.

Dimenzi neuroticismus (emoční stabilita) lze v tomto pojetí přiblížit a blíže vymezit následujícími atributy:

pól vyššího neuroticismu	– pól nižšího neuroticismu
napjatý	– klidný
neklidný	– relaxovaný
nejistý	– vyrovnaný
nervózní	– stabilní
labilní	– sebejistý
hypochondrický	– spokojený (uvolněný)

U naší populace dosáhly v dimenzi neuroticismu (emoční instability) největší váhy následující výrazy: klidný – nervózní, odolný (vůči stresu) – neodolný (vůči stresu), vyrovnaný – nevyrovnaný.

Faktorové modely osobnosti potvrdily, že úzkostnost je obecným a kvantitativně vyjádřitelným osobnostním rysem, jenž je konstitučně zakotven. Znamená interindividuálně odlišnou připravenost jedince reagovat v situaci vnímaného ohrožení úzkostí a nejistotou. I zde vidíme, že úzkostnost k člověku bytostně patří.

Faktorové modely osobnosti jsou *spíše* statické a deskriptivní povahy. Proto výklad jimi zachycených skutečností, obsahující dynamické a vývojové hledisko, čerpá z poznatků psychologie obecné, vývojové a sociální.

1.3 INTEGRATIVNÍ POJETÍ ÚZKOSTI A STRACHU V PSYCHOLOGII

Podle našeho názoru je integrace i v tak složité oblasti, jakou úzkost a strach bezesporu jsou, možná, neboť různé přístupy a teorie se dnes navzájem inspirují a doplňují. Důraz je položen jak na empirický (a často i základní) výzkum, tak i na zkušenosti kliniků.

Vyjdeme ze zákonitostí a poznatků týkajících se duševního života a chování člověka. Důraz položíme zejména na stránku vztahovou, neboť i fyziologické reakce a připravenost jedince určitým způsobem reagovat jsou těsně spjaty s jeho vztahem k sobě (oblast sebepojetí) i k druhým (oblast interpersonality). Pokusíme se tedy přiblížit emoce úzkosti a strachu z pohledu běžné psychologie, neboť k abnormalitě se lze dostat srovnáním s normalitou.

1.3.1 VÝKLADOVÁ ROVNICE LIDSKÉHO CHOVÁNÍ

Při posouzení vzniku, rozvoje, udržování a případně ukončení nějaké složitější lidské aktivity se pohybujeme v oblastech, které lze vyjádřit následovně:

$$R = \text{fc} (P - O - S)$$

- kde: *R* reakce (projev, odezva)
 fc funkce (není zde míněna funkce v matematickém významu, nýbrž vztahy interdependentní – cirkulárně kauzální povahy)
P podnět (míněna je skutečnost, kterou jedinec bezprostředně a selektivně vnímá, myslí, hodnotí)
O osobnost (člověk jako psychologický celek, jeho povaha, osobnostní rysy a vlastnosti, schopnosti, konstituce, zjev)
S situace (bezprostředně i dlouhodobě působící okolnosti, v rámci kterých se uplatňují ostatní proměnné)

V souvislosti s duševními procesy a chováním uvažujeme zejména následující skupiny proměnných:

1. **Vnější nebo vnitřní podněty** (např. interoreceptivní, sociální, fyzikální, psychické – vzpomínky, fantazie, myšlenky atd.). Na rozdíl od situačních proměnných se jedná o podněty vedoucí k bezprostřední odezvě jedince.

Podněty, na které reagujeme, vybíráme selektivně, tento děj nemusí probíhat vědomě, nýbrž automaticky, tedy i podprahově. Jejich výběr a zhodnocení, eventuálně chybné přisouzení významu, nejsou čistě racionální povahy, neboť jinak bychom je dokázali změnit vysvětlením (to se týká zvláště souvislostí emoční povahy, případně sebepojetí člověka). Selektivnost je dána významem, který pro nás mají – a to je vždy individuální záležitost.

2. Osobnost člověka:

- a) Aktuální vyladěnost (např. zdravotní a psychofyzický stav organismu, stupeň aktivace – „nabuzenosti“ atd.).
- b) Biologické dispoziční proměnné (např. konstituce včetně genetické výbavy, jedinečná kvalita CNS).
- c) Psychosociální dispoziční proměnné (např. temperament, dřívější formativní zkušenosti z období dětství a dospívání, převažující psychické obranné mechanismy, coping mechanismy atd.).

Biologické a psychosociální dispoziční proměnné tvoří individuální predispozici k úzkostnému a bojácnému jednání i prožívání, čili úzkostnost jako osobnostní rys. Jsou součástí psychické odolnosti (vedle identity, autonomie, úrovně intelektu, vztahového zázemí a smysluplnosti vedení života).

- d) Kognitivní proměnné (úroveň mentálních schopností a vůbec způsoby, jimiž se člověk v situacích orientuje, včetně toho, jak je interpretuje a hodnotí).
- e) Vývojové období včetně věku (např. čím mladší dítě, tím citlivější na úzkostně působící vlivy).

3. Situace:

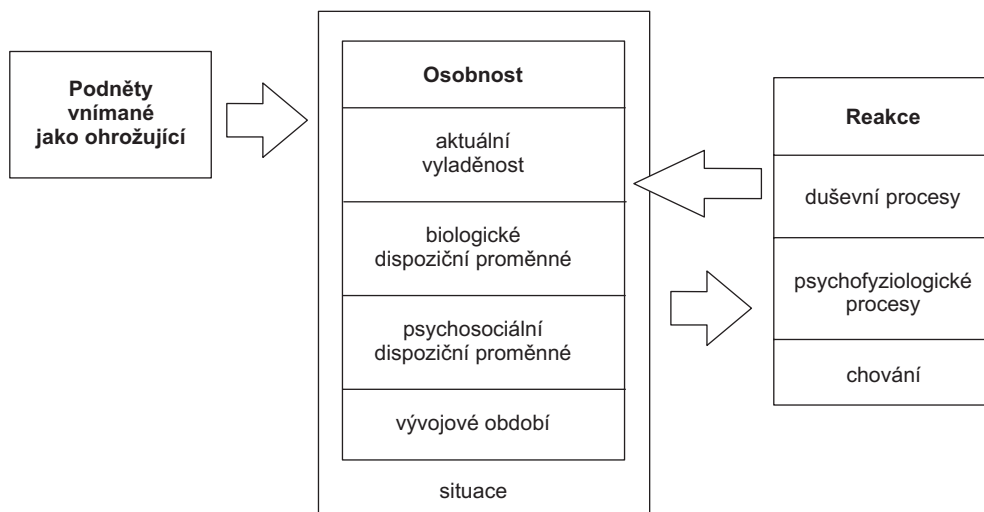
- Situace bezprostředně působící (např. známé či neznámé prostředí, přítomnost signálů bezpečí, jako je blízkost důvěryhodné osoby, jež působí povzbudivě a „antifobicky“). Na rozdíl od vnějších nebo vnitřních podnětů se jedná o proměnné, které „rámuje“ prostor, v kterém probíhají reakce.
- Situace dlouhodobě působící (sem řadíme typ rodiny, v níž dítě vyrůstá, životní pohodu, či naopak svízelnou životní situaci atd.).

Vlivy ze zmíněných oblastí jsou v **interakci**, nepůsobí jednosměrně a výsledný efekt (např. kvalita a síla určité reakce) je dán výhradně touto interakcí, přičemž podíl (váha) jednotlivých oblastí je individuálně různý.

1.3.2 DYNAMIKA DĚJŮ VYVOLÁVAJÍCÍCH U ČLOVĚKA AKTUÁLNÍ ÚZKOST A STRACH

Vyjdeme z vnějších nebo vnitřních podnětů, jež na jedince působí a jsou jím selektivně vnímány a interpretovány. Tento proces, jak již jsme zmínili, probíhá velmi často automaticky a na neuvědomované úrovni.

Předchozí věta je zdůvodněna i neurofyzilogicky, protože bylo experimentálně prokázáno, že k podmiňování úzkostných reakcí dochází nejen přes kortex, nýbrž i přes thalamus, odkud pak jde signál (a rychleji) do amygdaly (Birbaumer, Schmidt, 1996).



Obr. 1.2 Vznik a rozvoj úzkosti a strachu

Nejdříve dochází ke zhodnocení stupně ohrožení. Toto posouzení intenzity nebezpečí se řídí zvláště předchozí zkušeností člověka s obdobnou situací a podněty, dále záleží na jeho celkové osobnostní výbavě (dispozice biologické a psychosociální) a celkovém aktuálním vyladění. **Vnímáme a hodnotíme celou osobnost.**

Úzkost (spíše difúzní pocit) a strach (spíše konkrétní pocit) tvoří v nepřiměřeném množství nejenom symptomy, ale zároveň působí i jako signály (podněty, spouštěče). Mohou samy o sobě vést k rozvoji dalších reakcí a dějů, jež je zpětně opět posilují, jako je tomu u paroxysmální úzkosti. Lidé zvýšeně úzkostní mají sklon interpretovat vnímané podněty, ať již přicházejí zevnitř organismu či z vnějšího prostředí, jako nebezpečné a ohrožující – nejen pro sebe, ale i pro subjektivně nejbližší osoby.

V psychologii (např. Butollo et al., 1999) jsou známy tři modely, jimiž se vysvětluje vyšší pohotovost reagovat nepřiměřenou úzkostí či strachem.

Jsou to:

- konfliktní model,
- model slabé struktury,
- etologický model.

Konfliktní model se zabývá vnitřními konflikty člověka, a to vědomými i probíhajícími mimo jeho vědomí. Nadměrná úzkost dle tohoto modelu vzniká, jestliže selhávají psychické obranné mechanismy a nejsme schopni ani jiným způsobem určité situace řešit.

Model slabé struktury vysvětluje vnitřní „křehkost“ jedince jako důsledek jeho psychotraumatických zkušeností nebo nedostatku příznivých vývojových podmínek v dětství. Proto později i malé ohrožení může u něho vyvolat překvapivě silnou úzkost, neboť „křehký“ jedinec nemá k dispozici funkční psychické obranné mechanismy. Takoví lidé jsou citlivější vůči běžným krizím a zátěžím.

Etologický model dává vznik úzkosti do souvislosti s vývojem vztahu mezi dítětem a jeho matkou v nejranějším dětství. Pohotovost k úzkostnému prožívání a reagování vzniká tehdy, jestliže člověk neměl možnost vytvořit si pevnou a jistou vazbu vůči matce či osobě ji zastupující.

Na předchozí modely se lze dívat jako na vzájemně komplementární, neboť zdůrazňují různé aspekty téhož. Kupříkladu psychický obranný mechanismus vytěsnění selže, je-li vnitřní konflikt příliš silný, je-li „já“ slabé či nebyla-li dříve matka dostatečně dítěti k dispozici empatickým způsobem.

Pokud jde o patologickou úzkost a strach, nutno uvést, že současně s úzkostnou poruchou je velmi často v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) diagnostikována i porucha osobnosti (v 50 a více procentech). Nejčastěji se jedná o závislou, vyhýbavou a anankastickou poruchu osobnosti. Méně často je diagnostikován hraniční typ emočně nestabilní osobnosti (souvislost zejména s pocity prázdnoty). Kombinace úzkostné poruchy a poruchy osobnosti je pro další průběh onemocnění i terapii méně příznivá, protože dochází k jejich vzájemnému potencionání (Butollo et al., 1999).

Úzkost a strach lze popsat a souvislosti vyjádřit jazyky různých psychologických škol a přístupů. Pomocí jazyka teorie učení lze konstatovat, že jim je vlastní tendence ke **generalizaci** (rozšiřování strachu na obdobné situace a podněty), dále pak že nastává jejich **posilování** (zpevňování) další negativní zkušeností a zeslabování (vyhasínání) **neposilováním**.

U úzkostných poruch se uskutečňuje posilování zejména přes zabezpečovací a vyhýbavé chování – jedinci se sice krátkodobě uleví, ale nezjistí, že by situaci dokázal zvládnout. Jeho důvěra ve vlastní schopnost situaci čelit klesá. Neposilování původních spojení umožní jejich překrytí dalšími zkušenostmi a z praxe víme, že za určitých okolností lze staré spojení oživit, nejde tedy o naprosté a ireverzibilní zapomenutí. Zdá se, že i vyhasínání je aktivní proces, kdy původně strach vyvolávající podnět je postupně spojován se signály bezpečí a posléze tak dojde k přetvoření tzv. kognitivní mapy.

Stejně tak je známo, že úzkost má tendenci se časem měnit ve strach či strachy. Toto konkretizování je subjektivně snesitelnější a terapeuticky vděčnější.

Vidíme, že úzkostnost, úzkost a strach jsou jevy opravdu složité, přičemž okolnosti, jež k nim vedou, jsou individuální povahy a mají různou váhu. Poznání těchto okolností a jejich významu v každém jednotlivém případě je podmínkou účinné pomoci a zároveň zdůvodněním diferenciální indikace k léčbě a diferencovanosti psychoterapeutického postupu.

1.3.3 POROZUMĚNÍ ÚZKOSTI A STRACHU

Chceme-li **porozumět** projevům a příčinám nadměrné úzkosti a strachu (nebo naopak psychické odolnosti) u konkrétního člověka, musíme vyjít z jeho osobnosti. Zejména přihlídneme k vývojovému období a potřebám, jež s ním souvisejí, k jeho předchozím zkušenostem a k funkci psychických obranných mechanismů, jejichž úkolem je právě úzkost snižovat. Žádoucí je i poznání zvládacích strategií (tzv. coping), jimiž se určitý člověk pokouší vyrovnat se zátěží – tedy i náročnou a kritickou životní událostí. Dále zvažujeme jeho aktuální zdravotní stav a celkovou kondici (např. dlouhodobá exhauscce snižuje práh projevu úzkosti, ale i sílu imunitní reakce). Významné je i poznání životní situace – zvláště s ohledem na meziosobní vztahy, důležitá je přítomnost, či absence subjektivně těsných a pozitivních vztahů, ale i otevřená, nebo naopak uzavřená budoucnost. A hlavně, jak člověk sám vše předchozí **vnímá a hodnotí**.

Úzkost a strach varují, že něco není v pořádku, a mobilizují síly ke změně – v nadměrném množství či při dlouhodobém působení naopak ochromují a mohou působit patologenně (psychobiologický stres – fáze vyčerpání, oslabení imunity).

U dětí nadměrná úzkostnost, úzkost a strach bývají zpravidla příčinou i následkem toho, že jsou znejistěné a že si nevěří, případně jsou psychicky traumatizované nebo subdeprivované ve svých základních vývojových potřebách. Postrádají v dostatečné míře oporu, povzbuzení a pocit bezpečí, které jsou zprostředkovány nejbližšími vztahovými osobami, jež představují rodiče (či osoby je zastupující), sourozenci a vrstevníci. Problémem u úzkostných dětí a dospívajících (ale i u mnohých dospělých) také bývá rozpor mezi potřebou nezávislosti (autonomie) a potřebou závislosti na druhých.

U dospělého zvýšeně úzkostného člověka (nejedná-li se o závažné psychické onemocnění či projev převážně somatické poruchy zdraví) bývá často problémem jeho rozkolísané a rozporné sebepojetí. Obvykle na sebe klade vysoké nároky, jimž není schopen dostát, a zároveň se obává sociální odezvy. To vede k jeho narůstající plachosti, sebepodceňování, pocitům viny a vyšší úzkostnosti, k níž se později zpravidla přidává i depresivní symptomatika.

Společným jmenovatelem psychotherapeutické léčby malých, dospívajících i dospělých pacientů je vytvoření bezpečného vztahového prostoru, kde může nastat pravdivější porozumění sobě, a zejména opakovaně proběhne emoční korektivní zkušenost, jež vede k posílení sebevědomí (vnitřní stabilizaci a zvýšení psychické odolnosti), případně k přeučení nežádoucího a naučení neúzkostného chování. Postupně se zvyšuje jejich kompetence (schopnost účinně zasahovat do okolí a řídit sebe sama) a současně se učí jednat neúzkostně.

Psychické jevy se stávají lépe srozumitelné, pokud přihlédneme ke způsobu, jakým vznikají. Proto hned další kapitolu věnujeme problematice úzkostnosti, úzkosti a strachu v ontogenezi člověka.

SOUHRN

Osobnostní rys – úzkostnost je dispozičním pojmem a trvalejší charakteristikou člověka. Představuje míru pohotovosti k bojácnému chování a prožívání. Úzkost a strach jsou stavy patřící mezi základní lidské emoce. Strachem rozumíme reakci jedince na poznanou (konkrétní) skutečnost, jež v něm vyvolává obavu a prožitek ohrožení. Má signální a ochrannou funkci. Úzkost je nepříjemný, difúzní stav a na rozdíl od strachu si člověk neuvědomuje její bezprostřední příčinu. Je původním naladěním lidské bytosti a reakcí na tušené a neznámé nebezpečí. Dle experimentální psychologie jsou úzkost a strach způsoby reagování osvojené mechanismy učení (klasické a instrumentální podmiňování, nápodoba), dále pak mohou být vyvolány a udržovány dodáním určitých informací a jejich kognitivním zpracováním. Ve vztahovém přístupu je analyzován vztah k sobě a vztahy s druhými jako hlavní zdroje úzkosti a strachu. Zdůrazňujeme význam psychických obranných mechanismů a časné dětské vztahové zkušenosti (zejména s matkou či osobou ji zastupující) pro formování osobnosti a duševního zdraví. Ve všech hlavních faktorových přístupech k osobnosti se setkáváme s dimenzí emocionality, jež zahrnuje také úzkostnost jako osobnostní rys. Integrativní pojetí úzkostnosti, úzkosti a strachu vychází ze vzorce: $R = f_c(P - O - S)$, přičemž vzájemné vztahy jsou interdependentní (cirkulárně kauzální). Zdůrazněn je vliv osobnosti člověka, zejména toho, jak podněty selektivně vnímá, zpracovává a interpretuje, na jeho jednání a psychické procesy. Vnímáme a hodnotíme celou osobnost (předchozí zkušenost, aktuální vyladění, osobní loci minoris resistentiae apod.) Úzkostnost, úzkost a strach jsou jevy složité a vedou k nim individuální skutečnosti mající různou váhu. Podmínkou účinné pomoci nemocnému a jeho nejbližším je poznání těchto okolností a jejich významu v každém jednotlivém případě.

