

PSYCHOTERAPIE ÚZKOSTNÝCH PORUCH

¹Ján Praško, ²Hana Prašková

¹Psychiatrické centrum, Ústavní 91, Praha-8, 181 03,

¹Centrum neuropsychiatrických studií

¹3. lékařská fakulta University Karlovy

²Denní psychoterapeutické sanatorium Horní Palata, U Nesypky 12, Praha 5, 150 00

²1. lékařská fakulta University Karlovy

Souhrn: Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy vůbec. Lze je léčit jak psychoterapeuticky (individuální, skupinová, kognitivně behaviorální terapie), tak farmakoterapeuticky (antidepresiva nebo anxiolytika). Psychofarmaka zpravila působí dříve. Psychoterapie je náročnější, její výsledek je však trvalejší. U těžších úzkostných poruch je optimální kombinace obou přístupů. Akutní intenzivní psychoterapie trvá 6–12 týdnů. Psychodynamická psychoterapie je zaměřena nikoliv na přímé snížení úzkostnosti, ale na budování osobnosti, která má dobrou schopnost úzkost snášet. Skupinová psychoterapie pomáhá porozumět způsobům, jakým se člověk vztahuje k druhým, a uvědomit si formy chování, které vedou ke stresu. Nejvíce výzkumně ověřeným psychoterapeutickým směrem, používaným pro léčbu úzkostných poruch je kognitivně behaviorální terapie. Je založena na principech teorie učení. Podle logického plánu se pacient postupně učí dovednostem, jak zvládat své epizody obav a starostí, panické záchvaty, fobické vyhýbavé chování, jak zmírnit úzkost, naučit se dobře komunikovat i jak efektivně řešit životní problémy.

Klíčová slova: úzkostné poruchy, psychoterapie, psychodynamická, skupinová, kognitivně behaviorální

Abstract: Anxiety disorders are the most common of all psychiatric disorders and result in considerable functional impairment and distress. The major anxiety disorders are panic disorder, generalized anxiety disorder, mixed anxiety depressive disorder, agoraphobia, social phobia and specific phobia. Psychotherapy is the treatment of choice for these disorders. Supportive, psychodynamic or group psychotherapy alone or in addition to medication might be helpful for some of these patients. But real effectivity is unknown yet because lack of studies. Cognitive-behavioral therapy demonstrated long term effectivity in most patients with anxiety disorders in many research studies. Recent studies show that exposure, cognitive restructuring and social skills training may be of significant benefit in most patients with anxiety disorders.

Key words: anxiety disorders, psychotherapy, psychodynamic, group, cognitive behavioral.

Práce byla podpořena projektem 1M0002375201

(doplňující text pro výuku Lékařské psychologie a psychoterapie I.LF UK Praha)

Úvod

Úzkostné poruchy jsou heterogenní skupinou psychických poruch, u kterých je úzkost dominantním fenoménem. Vyznačují se záchvatovými nebo kontinuálně fluktuujícími stavy, při kterých se bez vázanosti na reálné nebezpečí objevují tělesné a psychické projevy úzkosti. Úzkost i strach mají pro organismus adaptivní funkci. 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 když se objevují v *nepřiměřených situacích*. V těchto případech zpravidla *negativně zasahují do života* jedince. 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*. Mezi úzkostné poruchy patří (MKN-10, 1996):

- *Panická porucha*: Hlavním rysem jsou opakované záchvaty masivní úzkosti (paniky), které však nejsou omezeny na žádnou určitou situaci. Pacient je neumí plně předvídat. Při záchvatu dochází náhle k rozvoji intenzivního strachu, dojmu, že se něco hrozného přihodí a pocitu ztráty kontroly. Záchvat (ataka) je spojen s řadou intenzivních tělesných příznaků: bušením srdce, bolestí na hrudi, pocity dušení, závratěmi, třesem, pocením a dalšími tělesnými příznaky. V úzkostných myšlenkách se objevuje strach z omdlení, ze smrti, ze ztráty sebeovládání nebo ze zešlení. Jednotlivé ataky obvykle trvají 5-20 minut.
- *Generalizovaná úzkostná porucha*: Typickým projevem této poruchy je *nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami*. Jde často o běžné každodenní starosti, o obavy o zdraví svoje i rodiny, obavy o finanční záležitosti, strach ze selhání v práci, obavy z budoucnosti. To vede k úzkostnosti, únavě a nepříjemným tělesným pocitům. Příznaky se objevují nenápadně a pozvolna. *Z tělesných příznaků* dominuje svalové napětí, roztřesenost, závratě, nevolnost, bolesti hlavy, bušení srdce, nadměrné pocení apod. Většinou je zhoršen spánek, zejména večer. Stav je měnlivý a většinou trvá léta.
- *Smíšená úzkostně depresivní porucha*: U smíšené úzkostně depresivní poruchy se mísí příznaky úzkosti s příznaky deprese, nicméně ani příznaků deprese ani příznaků úzkosti není tolik, aby zdůvodňovaly diagnózu depresivní poruchy či některé z úzkostných poruch. Typická je trvalá nebo vracející se dysforická nálada, obtížná koncentrace nebo pocit „prázdná v hlavě“, obtíže s usínáním nebo udržením spánku, neklidný spánek, pocit únavy, nedostatku energie, podrážděnost, nadměrná ostražitost, tendence k plačtivosti po nepatrných podnětech, pesimistická očekávání do budoucna, anticipace horšího, nízké sebevědomí.
- *Agorafobie*: Agorafobie se projevuje strachem z otevřených prostranství, přeplněných míst, z opuštění domova, z obchodů, cestování dopravními prostředky, z jízdy výtahem, z uzavřených prostor, apod. Úzkost je vyvolána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa bezpečí.
- *Sociální fobie*: Sociální fobie se projevuje strachem a vyhýbáním se situacím, v nichž může být člověk pozorován a posuzován druhými. Tato fobie může mít formu jedení a pití před lidmi, strachu z psaní před druhými, ze setkání s neznámými lidmi nebo z mluvení na veřejnosti, apod.

- *Specifické fobie:* Jako *specifickou fobii* označujeme nerozumný a přehnaný strach z určitého konkrétního objektu nebo situace. Strach je obvykle omezen na tuto situaci nebo objekt a postižený netrpí příznaky úzkosti, pokud se nesetká nebo se neobává setkání s fobickým podnětem. Mezi nejčastější specifické fobie patří fobie ze zvířat, zvláště ze psů, hadů, hmyzu a myší. Dalšími běžnými fobiemi jsou klaustrofobie (strach z uzavřených prostor) a akrofobie (strach z výšek), z bouřky.

Rozsáhlá epidemiologická studie, která proběhla ve Spojených státech ukázala, že někdy během svého života takřka polovina obyvatel trpí nějakou duševní poruchou (Epidemiological Catchment Area Study, Kessler a spol. 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%). Bodová prevalence (tj. kolik lidí trpí danou poruchou v určitém čase) úzkostných poruch je podle této studie 7,3% populace.

Cíle léčby úzkostných poruch

Hlavním cílem léčby úzkostných poruch je odstranit vyhýbavé chování a snížit úzkost v situacích, kterých se pacient obává. Až v dalším sledu je pomoci mu změnit životní situaci, pokud je úzkostnou poruchou postižená nebo s ní souvisí. Z dlouhodobého hlediska je cílem zabránit novému vzniku situační úzkosti a vyhýbavého chování, ale i sekundárních důsledků, jako je abusus alkoholu, benzodiazepinu nebo jiných návykových látek a prevence deprese. K dosažení těchto cílů je ovšem nejdříve potřebné vytvořit dobrý terapeutický vztah, který umožní kvalitní spolupráci pacienta, ať je léčen psychoterapií či farmakoterapií. Schématicky jsou všeobecné cíle léčby uvedeny v následující tabulce.

Tabulka: Všeobecné léčebné cíle

- vytvořit terapeutický vztah
- edukace pacienta (a blízkých osob)
- stanovit přiměřené cíle
- zmírnit příznaky úzkosti
- postupně odstranit vyhýbavé chování
- v případě problémů v životě jejich systematické řešení
- rehabilitace
- udržování dosaženého pokroku a prevence relapsu

Terapeutické možnosti u úzkostných poruch

Úzkostné poruchy lze léčit jak psychoterapeuticky (individuální, skupinová, kognitivně behaviorální terapie), tak farmakoterapeuticky (antidepresiva nebo anxiolytika). Psychofarmaka zpravidla působí dříve. Psychoterapie je náročnější, její výsledek je však trvalejší. U těžších úzkostných poruch je však optimální kombinace obou přístupů. Vzhledem k tomu, že úzkostné poruchy vesměs mívají chronický průběh, léčba anxiolytiky benzodiazepinové řady (alprazolam, clonazepam, diazepam, oxazepam, chlordiazepoxid a další) není nejvhodnější, protože snadno na ně vzniká tolerance a závislost. Vhodnější je podávání nebenzodiazepinových anxiolytik (buspiron) nebo antidepresiv (clomipramin, citalopram, escitalopram, fluvoxamin, fluoxetin, moclobemid, paroxetin, sertralin, venlafaxin). Léčba úzkostných poruch bývá zpravidla dlouhodobá. První známky zlepšení po léčbě se neobjevují dříve než za 3 až 6 týdnů. Vhodné je pokračovat v léčbě alespoň 12–18 měsíců po odeznění

příznaků. To platí pro užívání antidepresiv či buspironu. Vysazování antidepresiv je zpravidla postupné. Pokud se však příznaky objeví znovu, je na místě se k lékům vrátit a v terapii pokračovat. Závislosti se bát není třeba, protože u antidepresiv ani buspironu nevzniká. Benzodiazepinová anxiolytika by se neměla podávat déle než 4 měsíce. Vzhledem k možné závislosti je lepší se jejich dlouhodobému užívání vyhnout. Jejich vysazování musí být pomalé, o 1/8 dávky za týden.

Psychoterapie

Nejdůležitějším psychoterapeutickým přístupem k léčbě úzkostných poruch je psychoterapie. Je srovnatelně účinná s farmakoterapií v léčbě akutních stavů, po ukončení léčby je však její efekt trvalejší. Je limitována především dostupností a větší časovou náročností. Akutní intenzivní psychoterapie trvá 6–12 týdnů; záleží na frekvenci setkání. Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem trpícím úzkostí děje. Pomáhá nalézt události v životě, které s rozvojem poruchy souvisejí. Snaží se pomoci změnit vztahy, které se na rozvoji a udržování úzkosti podílejí. Učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a s problémy v životě, a posléze trénuje dovednosti, které umožňují předcházet novým problémům. Psychoterapeutický přístup poskytuje bezpečný prostor, ve kterém se úzkostný člověk může projevit a vyjádřit všechno, co ho trápí. Terapeut pomáhá postiženému:

- porozumět tomu, jak souvisejí minulé zážitky, současné vztahové a životní problémy s příznaky úzkosti;
- najít cesty, jak současné životní problémy překonat;
- vytvořit pocit bezpečí, samozřejmosti a přirozené kontroly nad svým životem

Největší zkušenosti jsou u úzkostných poruch s těmito psychoterapeutickými přístupy:

- dynamická psychoterapie a psychoanalýza
- skupinová psychoterapie
- kognitivně behaviorální terapie

Dynamická psychoterapie a psychoanalýza

Psychoanalytický přístup je založen na předpokladu, že aktuálně přítomné chování, emoce a vztahové vzorce jsou hluboce ovlivněny minulými zkušenostmi, nejvíce z raného období života daného jedince. Psychoanalytický pohled mluví o tom, že u osob postižených úzkostnými poruchami potlačená přání (sexuální i agresivní) hrozí průnikem do vědomí a způsobují úzkost. Jde vlastně o konflikt mezi pudovou částí osobnosti – id – které zjednodušeně reprezentuje dítě v nás (toužící po příjemných pocitech, sexualitě, moci apod.) a superegem, které hlídá společenské normy a konvence – zjednodušeně reprezentuje rodiče v nás. Aby tento konflikt neustále na člověka nedotíral, zdravý člověk ho vytěsňuje (nepustí do vědomí) nebo sublimuje (převeď např. do energie tvořivosti). Vytěsnění jako obranný mechanismus však u úzkostných poruch nefunguje dostatečně. Napětí pramenící z intrapsychického konfliktu je pak projikováno na zevní nepodstatné problémy (např. zda stihnu všechno vyprat a vyžehlit, zda nezkolabují v metru, nezesměšním se před lidmi). Psychodynamická psychoterapie a psychoanalýza jsou zaměřeny nikoliv na přímé snížení úzkostnosti, ale spíše na vybudování osobnosti, která má mimo jiné dobrou schopnost úzkost snášet. Postupně umožňuje zvědomění nevědomých konfliktů a

jejich řešení. To pomáhá úzkostnému člověku osvobodit se od závislosti na druhých, uvědomit si svoji hodnotu, naučit se odvaze postavit se za sebe. Buduje tak sebevědomí, které je nejlepší ochranou před úzkostí. O účinnosti psychoanalýzy a psychodynamické psychoterapie u úzkostných poruch mnoho nevíme, protože v této oblasti schází kontrolovaný výzkum.

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie se u úzkostných poruch používá relativně často, ale o její účinnosti toho rovněž moc nevíme. Kontrolovaný výzkum chybí. Ve skupinové dynamické nebo interpersonální psychoterapii bývají léčeni zejména pacienti trpící generalizovanou úzkostnou poruchou a smíšenou úzkostně depresivní poruchou – vesměs ve skupině dobře profitují, zejména, pokud je skupinová práce kombinovaná s farmakoterapií. Pacienti trpící fobiemi ze skupin profitují méně – vesměs jsou skupinou chráněni a atmosféra přijetí je nenutí k vystavení se obávaným podnětům. Pacienti trpící sociální fobií nejčastěji skupinovou terapii rovnou odmítnou. Pokud však tento formát jsou schopni přijmout a ve skupině se otevřít, je pro ně skupinová psychoterapie velmi prospěšná jak v porozumění svojí problematice, tak v nábídku nových sociálních dovedností, ke kterému ve skupině dochází. Zařazení do skupiny je zejména těžké, pokud je intenzita úzkostných příznaků velmi vysoká a pokud má pacient komorbiditu s vyhubou poruchou osobnosti nebo depresivní poruchou. V takovém případě nejdříve potřebuje kognitivně - behaviorální přípravu - pak je schopen profitovat i z interpersonální skupiny.

Skupinová psychoterapie svojí důvěrnou atmosférou pomáhá ujasnit si vlastní situaci ve světě, porozumět způsobům, jakým se člověk vztahuje k druhým, a uvědomit si formy chování, které vedou ke stresu. Skupina je prostředí, které umožňuje jejím příslušníkům prožívat svoji individualitu a její změnu prostřednictvím reflexí a změn ostatních členů skupiny i přes změny skupiny samotné. Základní ideje skupinové psychoterapie jsou:

- Autonomie člověka a jeho zdroje psychického a sociálního zrání jsou umocňovány kontaktem a komunikací s druhými lidmi.
- Vlastní pochopená zkušenost je stabilnější než zkušenost, která se předává jenom zvenčí.

Základní idea skupinové psychoterapie vychází z předpokladu, že léčené problémy vznikly v malých přirozených skupinách jako jsou rodina, školní třída nebo pracovní kolektiv, které mohou formovat nebo deformovat psychiku a chování člověka. V terapeutické skupině je možné tyto poruchy diagnostikovat a léčebně korigovat. Člen skupiny se učí porozumět způsobům, jak si tvoří svoje vztahy na základě konfrontací s členy skupiny a interpretace skupiny. Náhled znamená pochopení, čím jsou jeho vztahy podmíněny, odkud pochází jeho vztahové vzorce a jak se projevují v chování k druhým, případně jak je prožívají druzí. Úkolem člena skupiny je však nejen pochopit podmíněnost svých vztahů a najít jejich lepší polohu, ale také změnit své chování k druhým, které z těchto vztahů vyplývá.

Skupina je prostředí, které umožňuje cítit se postupně natolik bezpečně, aby její členové mohli opustit neadaptivní přesvědčení, postoje a chování a pomocí posilování ostatními je mohli změnit na zdravější postoje a chování, nejdříve ve skupině a pak i mimo ni. Společné zkoumání skupinových přenosových reakcí

umožňuje uvědomit si procesy, které mají původ v minulosti „tehdy a tam“ a nahradit je vztahy ukotvenými v dynamické přítomnosti „zde a nyní“.

Pavel je velmi kritický k ostatním členům skupiny, neustále na nich nachází chyby a říká jim je. V průběhu terapie je se svým chováním konfrontován. Je zjevné, že se stejným způsobem chová ke své ženě a dětem. Rodina se mu proto snaží vyhýbat. Přitom Pavel zjevně má všechny členy rodiny velmi rád. Ve skupině vychází najevo, že Pavel byl velmi kritizován svým otcem a stále má pocity vlastní nedostačivosti. Když nachází chyby na okolí, cítí se lepším. Neuvědomuje si však, že dělá svým blízkým to samé, co jemu otec. Ve skupině se Pavel postupně učí všimnout pozitivního chování ostatních a uznávat ho. Postupně dovednost přenáší i do rodiny.

Kognitivně behaviorální terapie

Nejvíce výzkumně ověřeným psychoterapeutickým směrem, používaným pro léčbu většiny úzkostných poruch je kognitivně behaviorální terapie (KBT). KBT je založena na principech teorie učení; jak se člověk v průběhu života naučil být úzkostným, může se naučit být k úzkosti odolným. KBT je založena na jasném programu jednotlivých kroků, který je do značné míry přizpůsoben individualitě každého pacienta. Podle logického plánu se pacient postupně učí dovednostem, jak zvládat své epizody obav a starostí, panické záchvaty, fobické vyhýbavé chování, jak zmírnit úzkost, naučit se dobře komunikovat i jak efektivně řešit životní problémy. Častým problémem lidí trpících úzkostnou poruchou bývá chybění některých dovedností, jde např. o dovednost zvládat příznaky stresu (kontrolovaných dýcháním, relaxací), komunikační dovednosti (například schopnost říci ne, snášet přirozeně kritiku, dovednost povzbudit druhé apod.), dovednost plánovat si čas, a dovednosti řešit problémy systematickým způsobem. Řešení problémů metodou „pokus–omyl“ je velmi namáhavé, a proto i běžné každodenní problémy nabývají nadměrné obtížnosti. Kognitivně-behaviorální terapie probíhá spíše jako výuka dovednosti, s vysvětlováním, nácvikem i domácími úkoly. S rozvojem dovednosti jak zvládat úzkostné problémy dochází i ke zvyšování sebedůvěry. KBT úzkostných poruch zpravidla probíhá ambulantně. Podrobně jsou kroky popsány v publikacích o kognitivně behaviorální terapii (Možný a Praško 1999, Praško a Kosová 1998). S pacienty obvykle pracujeme jednou týdně, v celkem 5-ti až 20-ti sezeních.

Hlavním cílem **první části léčby** je zmírnit příznaky. K tomu slouží především edukace, kognitivní rekonstrukce a relaxace (u GAD a smíšené úzkostně depresivní poruchy), interoceptivní expozice a dechový trénink (u panické poruchy) a expozice in vivo (u agorafobie, sociální fobie, specifické fobie) nácvik sociálních dovedností (u sociální fobie). Signály bezpečí spojené s terapeutem, strukturou sezení, skupinou či léčebným zařízením je nutno postupně omezovat přesunem zodpovědnosti na pacienta samotného, hlavně pomocí *domácích úkolů*. Jde o to aplikovat kroky dosažených během terapeutického sezení do přirozených podmínek

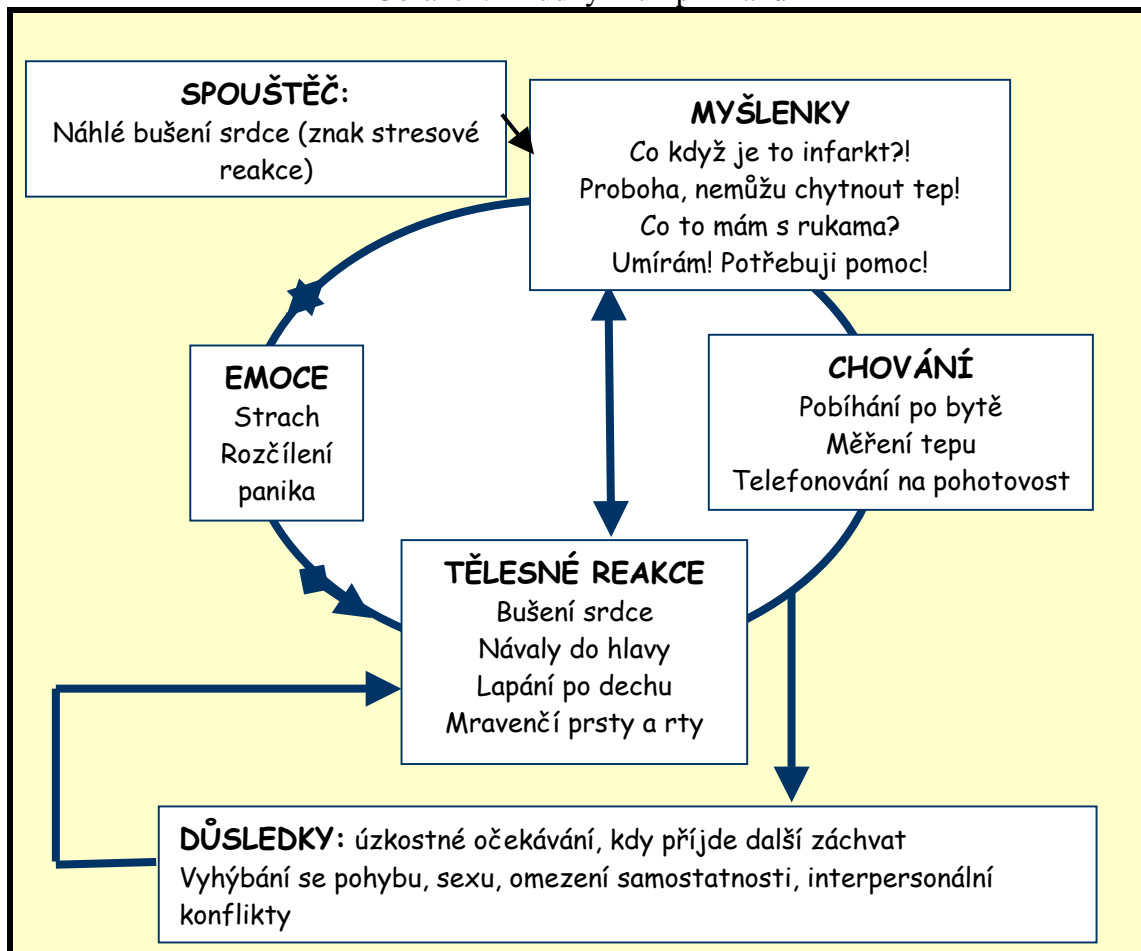
V **druhé části léčby** se zaměřujeme na změnu životních postojů, které souvisí s prožíváním nadměrného stresu v životě (tzv. kognitivní restrukturační) a učíme pacienty, jak přistupovat k řešení problémů v životě. Bývají to nejčastěji problémy partnerské, sexuální, pracovní nebo jiné sociální.

Edukace pacienta

Léčbu zahajujeme edukací. Pacient potřebuje získat jednoduché a přitom adekvátní informace o tom, co se s ním děje - **edukace o psychické poruše**. V druhém kroku se

potřebuje dozvědět, jakým způsobem se bude léčit - **edukace o léčbě**. Pacient obdrží adekvátní informace o úzkostné poruše, současně dostane psaný text, který mu vše stručně opakuje. Model poruchy je presentován přímo na příznacích, které pacient ve vyšetření uvedl.

Obrázek: Bludný kruh příznaků



Kognitivní rekonstrukce

Po edukativní části, kterou se zabýváme v prvním, event. v prvních dvou sezeních, následuje *kognitivní rekonstrukce* - t.j. systematický proces modifikace myšlenek pomocí specifických technik. Naučením se rozpoznávat, hodnotit, ovládat a měnit automatické myšlenky, vztahující se k úzkosti, depresi či fobickým situacím, dojde ke zlepšení zvládnání úzkostných stavů.

Tabulka: Testování automatické myšlenky

MYŠLENKA: „URČITĚ SE ZBLÁZNÍM!“	
CO SVĚDČÍ PRO?	CO SVĚDČÍ PROTI?
Mám divné pocity, jako bych to ani nebyl	Opakovaně jsem měla tyto pocity a nic se

já, jakoby to bylo ve filmu.	mi nestalo. Jsou akorát nepříjemné a přicházejí nečekaně.
Nejraději bych někam utíkala, ale nevím kam.	To je pravda. Ale přesto nikam nakonec neuteču. Tady to svědčí spíše proto, že nám strach a ne proto, že bych bláznila.
Takhle se přece normální lidé nechovají, nepobíhají zbytečně po bytě, nemají takovou hrůzu.	Nevím jak se chovají jiní lidé, když mají velký strach, ale je možné, že podobně.
Matčina sestřenice zemřela v blázninci. Máme to v rodině.	To je pravda. Ale ve vysokém věku a byla dementní. Ještě tak stará nejsem. A i kdyby byl kdokoliv v rodině blázen, ještě to neznamená, že se zblázním já.
RACIONÁLNÍ ODPOVĚĎ: Mám strach, abych se nezbláznila, nicméně jde jen o moje obavy, důkazy proto, že bych se měla zbláznit, žádné nemám. Mám však silné záchvaty úzkosti, a ty prožívám nepříjemně.	

Expoziční léčba

Nejdůležitějším postupem u fobií i panické poruchy je expoziční léčba - tedy vystavení se strachovým podnětům. I kdyby pacient dostatečně rozuměl všem obávaným situacím a svému chování v nich (kognitivní rekonstrukce), naučil se v jednotlivých situacích adekvátně chovat (návik sociálních dovedností), pokud si nové chování přímo nevyzkoušel „na ostro“, nebude mít odvalu se tak chovat, když si to předtím opakovaně nezkusil. Před expozičními je nutné pacientovi vysvětlit model jeho poruchy a vypracovat s ním hierarchie situací, kterým se bude postupně vystavovat. Expozice může probíhat ve fantazii, in vivo (ve skutečné situaci) nebo interoceptivně (fyziologickým navozením obávaných tělesných příznaků).

Při *expoziční in vivo* jde o opakovanou konfrontaci se situacemi nebo objekty, kterým se pacient vyhýbá. U agorafobie jsou to obvykle dopravní prostředky, obchody, kina, divadla a další místa, kde bývají fronty nebo více lidí pohromadě, a ze kterých je obtížné odejít v případě nutnosti. U sociální fobie jde o rozhovory s cizími lidmi, vystupování před skupinou, stolování před lidmi, telefonování apod. Pacienti se specifickými fobiemi se postupně exponují pavoukům, psům, výškám, tmě apod.. Exponovaný zůstává v situaci tak dlouho, dokud se jeho úzkost nesníží (např. zůstane v metru i o hodinu déle, dokud se nezačne cítit klidněji). Potřebuje zažít pocit úlevy i v pro něj nepříjemných podmínkách. Zpočátku bývá při expozičních přítomen terapeut, později je provádí pacient sám.

Před expozičními pacientovi neopomeneme vysvětlit, jaký je časový průběh úzkosti během expoziční. Po vystavení se podnětu, ze kterého má člověk obavy, úzkost prudce stoupá nad subjektivně vnímanou hranici únosnosti. Tato část křivky úzkosti se označuje jako senzibilizační. Pak následuje *habituační*. Úzkost se drží přibližně na stejné úrovni po různě dlouhou dobu. Poté ale vždy přichází pokles úzkosti. Pokud se pacient vystaví obávané situaci opakovaně, úzkost dosahuje stále nižší úrovně, *habituační* je rychlejší. Po opakovaných vystaveních se mizí úzkost z dané situace úplně. Při nedostatečném vysvětlení mohou být expoziční chápány jako trest a žádoucí efekt se nedostaví.

Tabulka: Příklady expozičních u sociální fobie

- zeptat se, kolik je hodin
- zeptat se na cestu
- začít rozhovor s novým pacientem
- začít rozhovor ve vlaku
- interview na ulici - zeptat se na 3 otázky
- najíst a napít se před skupinou lidí
- číst před skupinou
- telefonovat na dopravní informace nebo do úřadu
- přednést krátký přípitek
- instruovat druhého
- přednést přednášku

Společně s pacientem vypracujeme *hierarchii* situací, kterých se bojí. Pak záleží na tom, jak se domluvíme, obvykle pokračujeme postupně. Někdy zpočátku potřebuje pacient při expoziční asistenci terapeuta nebo někoho z blízkých. Tuto pomoc umožníme, ale hned v dalším kroku musí totéž zopakovat sám. Např. první cesta metrem po 8 letech je dostatečný důvod, aby si terapeut udělal na první jízdu čas. Chybou je ukončení expozice dříve než úzkost poklesne (a pacient se již do situace nevrátí). Dojde okamžitě k posílení vyhýbavého chování. Velmi důležitá je odměna za každý úspěšný postup ve zvolené hierarchii. Hlavním smyslem techniky je učit se snášet úzkost se stále menší nepohodou. Postupně úzkost v daných situacích vymizí. V podstatě pacient trénuje zvládnutí strachu a navození sebekontroly. Často získaná odvaha generalizuje i do jiných oblastí života.

Interoceptivní expozice je vystavení se tělesným příznakům úzkosti, kterých se pacient nejvíce obává. Pro jejich vyvolání se používá řada manévrů.

Tabulka: Manévry pro interoceptivní expozici

CVIČENÍ:	ČAS:	INSTRUKCE:
Hyperventilace	2 - 5 minut	<i>Dýchejte otevřenými ústy hluboce v rychlém tempu, bez přestávky po nádechu a výdechu. Dělejte to hlasitě.</i>
Rotace	1 - 2 minuty	<i>V rychlém tempu se točte na místě, nejlépe blízko zdi, abyste se mohli opřít v případě ztráty rovnováhy (je možné i na otočné židli).</i>
Dřepy	2-3 minuty	<i>V rychlém tempu dělejte dřepy</i>
Běh na místě	2-5 minut	<i>Energicky sprintujte na místě (případně - vysoko zvedejte nohy).</i>
Změna polohy	2-3 minuty	<i>V sedu v křesle nebo na židli si dejte hlavu mezi nohy tak, aby byla pod úrovní srdce. Po uplynutí času se prudce zvedněte a dívejte před sebe.</i>
Dýchání přes brčko	2-3 minuty	<i>Vdechujte přes brčko. Druhou rukou si ucpěte nos.</i>
Knedlík v krku		<i>Polkněte rychle 6x za sebou tak rychle, jak jen to jde.</i>

Expozice v představách: Expozice v představách znamená vystavení se ve fantazii obávané situaci, nebo situaci, které se pacient v životě vyhýbá. Můžeme ji použít při různých příležitostech:

- *Příprava na expozici „in vivo“:* Pacient si pod slovním vedením terapeuta představuje situaci, které se obává, postupně touto situací prochází. Nepříjemné pocity někdy terapeut zesiluje, protože účelem je, aby je pacient byl schopen tolerovat. Někdy může terapeut po dohodě s pacientem procházet ve fantazii nejhroší alternativy, kterých se pacient obává (zaplavení v představách).
- *Uvolnění představ, kterým se pacient vyhýbá:* Řada nepříjemných vzpomínek má tendence se objevovat znovu a znovu v situacích, které nějakým způsobem tyto vzpomínky evokují. Typické je to pro posttraumatickou stresovou poruchu. Postižení mají tendenci se plnému rozpomenutí vyhnout, a tak se snaží tyto vzpomínky potlačit. Toto potlačování vede k silné úzkosti, vegetativním projevům a hlavně k novým reminiscencím na traumatickou událost. Proto expozice je zaměřená na co nejúplnější rozpomenutí na traumatickou událost, včetně detailů, emočních stavů, myšlenek, apod. Terapeut pacientovi může pomáhat při výběru, vytvoření a procvičování vybavování těchto představ. Pacient situaci „znovuprožívá“ za velmi silného emočního a vegetativního doprovodu. Po opakované expozici emoční a vegetativní doprovod slábne a reminiscence, které se objevovaly po nepatrných spouštěcích postupně mizí.
- *Systematická desenzibilizace:* Je to forma postupné konfrontace s obávaným podnětem (např. pes, pavouk) v představách při současném vyvolání emočního stavu, který je s úzkostí „neslučitelný“ - t.j. s relaxací. K dalšímu kroku v hierarchii podnětů se přechází až v době, když už předchozí představa nevyvolává žádnou úzkost. Tato forma je dnes již považována za překonanou, nicméně může být velmi užitečná u dětí.
- *Řízené truchlení:* Tato varianta expozice bývá užívána u truchlících nebo depresivních pacientů, kteří ztratili blízkou osobu. Je zaměřená na zmírnění nadměrného smutku tím, že pacienta vede k opakovanému a dlouhotrvajícímu kontaktu s podněty, které v něm vyvolávají vzpomínky na zemřelého, jak v představách, tak ve skutečnosti.
- *Zaplavení v imaginaci:* Pro řadu pacientů je nejtěžší situace, které se obávají dostupná jen řídce (např. cesta letadlem, představování se rodině partnera), nebo během léčby je aktuálně nedostupná (např. sociální situace v práci v době, kdy je pacient v pracovní neschopnosti). Účinnou strategií je zaplavení ve fantazii. Pacient společně s terapeutem vypracují scénář nejtěžší situace, kde musí být přítomen jádrový strach pacienta (anticipační úzkost, tělesné projevy, myšlenky, reakce okolí apod.). Tento scénář terapeut opakovaně pacientovi čte. Reakce bývá velmi silná a nezdědka dochází k ústupu úzkosti až za 60 - 90 minut. Po opakovaných expozicích dochází k desenzibilizaci pacienta na signály vlastní úzkosti. V následujícím příkladu uvádíme zaplavení v imaginaci u pacientky trpící sociální fobii.

Tabulka: Příklad expozice v imaginaci u pacientky se sociální fobii

Váš nový přítel Jirka vás pozval na nedělní oběd do rodiny. Jste napjatá - bude tam hodně lidí. Vcházíte do místnosti, všichni se na vás otočí. Představíte se jako Jirkova dívka. Chvíli je u stolu ticho, pak se Jirkův otec obrátí k vám a řekne: "Řekni nám něco
--

veselého, ať se pobavíme!" Cítíte, jak vám stoupá adrenalin v krvi. Všichni se na vás dívají. Jsou zvědaví, co bude. Cítíte, jak vám chaoticky utíkají myšlenky. Chcete utéct od stolu, ale víte, že to nejde. V krku vám vyschlo a silně se červenáte. Jedno dítě ukáže na vás prstem a vykřikne: "Podívejte, jak je červená!" Máte v hlavě zmatek. Nic vás nenapadá. Jediné, na co se soustředíte, je bušení srdce a horkost ve tvářích. Všichni se na vás dívají. Očekávají, co řeknete. Ve zmatku vás napadne, že byste mohla říci legrační dětskou říkanku před jídlem. Chcete promluvit, ale hlas z vás nevychází. Z hrdla vám vychází cizí chrčivý zvuk. Nakonec slyšíte, jak změněným hlasem říkáte začátek říkanky. Hlas se silně třese. V půlce věty zmlknete úplně. Ostatní si vás překvapeně měří. Říkají si, že někoho tak nervózního ještě neviděli. Šeptají si: "Úbohé děvče, je mi jí líto!" "Chudák Jirka, to si opravdu nemohl hůře vybrat!" Jedno dítě vykřikne: "Co je jí mamí?" A matka odpoví: "Hrozně se stydí, broučku! Jediné, co můžete dělat, je dívat se do země. Vyhnut se pohledům. Přitom cítíte, jak vás ostatní pozorují. Něco si šeptají. Po celou dobu oběda.

Dechový trénink a nácvik relaxace

Zklidnění dechu při napětí a relaxace jsou dobrými prostředky, které umožňují pacientovi posílit sebevědomí za vlastní sebekontrolu. Vedení nácviku klidného dechu předchází nácviku relaxace. Nácvik relaxace pokračuje od cvičení v klidných podmínkách, až po nácvik aplikované krátké relaxace přímo v sociální situaci. Vhodná je zejména *Ostova metoda*, což je adaptace Jacobsonovy progresivní relaxace.

Nácvik sociálních dovedností

Nácvik sociálních dovedností probíhá postupně, od jednoduššího ke složitějšímu. Velmi obtížně se nacvičuje v individuálních sezeních, velmi dobře ve skupině pacientů. Po zmapování deficitů v sociálních dovednostech postupně nacvičujeme ty, které pacient nejvíce potřebuje k tomu, aby postupně obohatil svůj život. Nácvik sociálních dovedností je přímo spojen s expozicemi, které by na něj měly navazovat. Po nácviku různých variant vybrané situace si ji pacient potřebuje vyzkoušet "na ostro". Velmi účinné je hraní rolí - je blízké reálné expozici, zejména v asertivním nácviku. Terapeut pomáhá také modelováním - ukazuje sám jako vzor, jak by se v dané situaci choval. Jako domácí úkol si pacient může připravovat scénáře sociálních situací, kde si přečte, co by chtěl říci a jaká by byla pravděpodobná reakce druhé strany. Tyto scénáře si pak přináší do sezení, kde se přehrávají v různých variantách.

Tabulka: Nácvik sociálních dovedností (Praško at al. 1998)

(A) Neverbální chování	(G) Požadání o laskavost
(B) Zahájení konverzace	(H) Odmítnutí neoprávněného požadavku
(C) Udržování konverzace: dovednost naslouchat a facilitovat	(I) Reakce na odmítnutí
(D) Ukončení konverzace	(J) Vyjádření kritiky
(E) Reakce zpětnou vazbou	(K) Reakce na kritiku
(F) Dávání a přijímání komplimentů	(L) Empatické dovednosti
	(M) Asertivní obligace

Kognitivní restrukturalizace

Podle teorie KBT jsou zdrojem jednotlivých automatických myšlenek hlubší kognitivní struktury, která Beck označuje jako „schémata“ (Beck a Weishaar 1989).

Tato „schémata“ si člověk vytváří během života již od raného dětství na základě svých zážitků a zkušeností a na jejich základě pak hodnotí sám sebe, svět kolem sebe a svá očekávání do budoucnosti. Přitom jsou tato „bazální přesvědčení“ často neuvědomovaná a pacient je proto nedokáže sám zformulovat. Podle Becka existují určitá „dysfunkční schémata“, která zvyšují riziko vzniku úzkostné či depresivní poruchy vlivem zevních událostí. Pokud si pacient tato dysfunkční schémata neuvědomí a nezpochybní jejich platnost, pak jeho zvýšená náchylnost ke vzniku příslušné duševní poruchy stále trvá. Tato dysfunkční schémata mají tyto charakteristické rysy:

- *Neodrážejí reálnou lidskou zkušenost* - např. schéma „Musím si se vším poradit sám“ nebere v úvahu skutečnost, že každý člověk se může dostat do situace, kterou není schopen svými vlastními silami zvládnout.
- *Jsou rigidní, nadměrně generalizující a extrémní* - neberou ohled na to, že okolnosti se mohou měnit a že zásady vhodné v určité situaci mohou být nevhodné v situaci jiné.
- *Dosažení žádoucího cíle spíše brání než pomáhají* - např. schéma „Nesmím nikdy udělat chybu“ zvyšuje úzkost, která může vést k většímu počtu chyb.
- *Jejich porušení vyvolává dlouhotrvající a intenzivní emoční reakci* - např. pokud člověka se schématem „Moje hodnota závisí na tom co dokážu“ potká úraz a stane se invalidou, pak propadne zoufalství a beznaději. Naopak pokud se člověku podaří jednat ve shodě se svým schématem pociťuje velké nadšení a má pocit hrdosti.
- *Jsou relativně odolné vůči každodenní zkušenosti* - to znamená, že i když se člověk setká s událostmi, které jeho schématům odporují, má tendenci si tyto události vysvětlit jako výjimku či si jich vůbec nevšimnout. Je tomu částečně proto, že i když člověk podle těchto schémat jedná *jako by* byla pravdivá, často si jejich existenci neuvědomuje. Kromě toho je jejich překročení spojeno s pocitem ohrožení, takže se člověk jejich zpochybnění vyhýbá.

Cílem psychoterapie není platnost určitého schématu popřít a vyvrátit jej, ale spíše určit meze jeho platnosti a nahradit jej schématem pružnějším a reálnějším, tak aby se pacient dokázal přijmout i se svými chybami a nedostatky.

Tabulka: Příklad práce s dysfunkčním schématem u pacienta s panickou poruchou

Dysfunkční schéma: „Až lidé doopravdy poznají, jaký jsem, odmítnou mě.“	
VÝHODY:	NEVÝHODY:
<ul style="list-style-type: none"> ● snažím se být v mnoha věcech dobrý a dělat je co nejlíp. Leckdy se mi to daří. ● Jsem dobrý student. Mám rozsáhlé znalosti. ● Jsem uznáván svými učiteli a spolužáky, mám prestiž. ● Na mnoho lidí dělám dojem sebevědomého, úspěšného, silného člověka, kterého nic nerozhází. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Často lžu: předstírám, že už jsem dostudovaný a pak se stresuji, jestli to praskne. Vlastně musím být neustále ve střehu. ● V důsledku předešlého jsem často nucen odmítnout nějakou příjemnou aktivitu (napr. mejdan), kde by hrozilo moje prozrazení. ● Mám neustále vnitřní rozpory: svoji budoucí profesi spojuji s určitým etickým kodexem, který chci dodržovat a zároveň permanentně lžu. ● Pravděpodobně se ochuzuji o možnosti seznámení se zajímavými dívkami. Co kdyby mě prohlédly? ● Seznamuji se s podřadnými dívkami. Mám tak navrch, ale není to plnohodnotný vztah. Z dlouhodobého hlediska to vlastně snižuje moji sebeúctu.
<p>KONSTRUKTIVNĚJŠÍ POHLED (MODIFIKACE SCHÉMATU): Je možné, že kdyby lidé znali celou pravdu o o mně, nezbudil bych hned takový obdiv nebo by si mě vážili o trochu méně. Důležitější je, že bych to byl já bez masky a strachu z prozrazení.</p> <p>CO BY TO ZMĚNILO V MÉM ŽIVOTĚ: Nemusel bych lhát a být neustále v napětí. Byl bych vyrovnanější, prožíval bych méně stresu a měl větší životní pohodu. Víc bych si sebe vážil.</p> <p>CO SE PROTO MUSÍM NAUČIT: Přijmout sám sebe jaký jsem. Říkat pravdu, i když je to méně pohodlné.</p>	

Řešení problémů

U řady pacientů se po odstranění symptomů poruchy plně odkrývá životní problém, nejčastěji partnerský, rodinný, sexuální či pracovní. Proto je důležité, aby v těchto případech následovalo *řešení problému*.

Tabulka: Seznam oblastí možných problémů (Hawton a Kirk, 1989)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Vztah k partnerovi/partnerce či manželovi/manželce. 2. Vztah k ostatním členům rodiny, zejména k dětem 3. Zaměstnání či studium 4. Finance 5. Bydlení 6. Právní problémy 7. Sociální izolace a vztahy k přátelům 8. Požívání alkoholu a drog 9. Duševní zdraví 10. Tělesné zdraví 11. Sexuální nesoulad 12. Zármutek z něčí smrti nebo hrozící ztráta blízké osoby
--

Strukturované řešení problémů je postup, který v rámci KBT. Lze říci, že samotná KBT je praktickou aplikací principů strukturovaného řešení problémů, jak je na počátku 70. let popsali D’Zurilla a Goldfried (1971). Podle tohoto pojetí je řešení problémů dovednost, kterou se lze naučit a která podobně jako jiné dovednosti vyžaduje znalosti, úsilí a pravidelné procvičování. Přitom je třeba postupovat systematicky po jednotlivých krocích a k dalšímu kroku přejít vždy až po uspokojivém vyřešení kroku předchozího. Strukturované řešení problémů sestává z těchto kroků:

- 1) Určení a popis problémů.
- 2) Zvolení problému, který chceme řešit.
- 3) „Brainstorming“ - nalezení co největšího množství možných řešení daného problému.
- 4) Zhodnocení výhod a nevýhod každého z navržených řešení.
- 5) Zvolení určitého řešení a naplánování konkrétních kroků k jeho uskutečnění.
- 6) Uskutečnění zvoleného řešení.
- 7) Zhodnocení účinnosti zvoleného řešení.

Tabulka: Plán jednání s cílem zlepšit své manželství

Plán jednání	Kdy začnu	Možné problémy	Způsoby, jak problémy překonat	Dosažený pokrok
Zvýším „pozitivní výměnu“ s Petrem na minimálně 5 pozitivní činy denně. Tj.: Denně jej aspoň jednou pochválím za to, co se mi na něm líbí. Udělám mu něco dobrého (kávu, chleba apod.) když přijde z práce. V klidu si vyslechnu jeho hartusení na šéfa, apod.	Hned dnes odpoledne, když se setkáme po práci. Pak každé ráno alespoň jedna pochvala a odpoledne alespoň dva pozitivní činy.	Někdy nemám náladu a naštve mě svým poučováním, nezájmem, utrácením nebo kritizováním.	Udělám pro něj něco nenáročného (uvařím mu kávu, namažu chleba) a nebudu jej chválit, pokud na to nebudu mít náladu.	12.8. jen 2 pozitivní činy a jedna pochvala 13.8. podařily se mi 3 pozitivní činy a dvě pochvaly - bylo vidět, jak to Petrovi dělá dobře 14.8. opět jen 2 pozitivní činy, zkusím přidat 15.8. podařily se 4 pozitivní činy, Petr měl velmi dobrou náladu a pochválil mě taky, bylo to příjemné a strávili jsme příjemný večer
Snížit frekvenci vyčítání a nadávání,	Dnes	Před menstruací se hůře ovládám a mívám sklon	Před menstruací to všem řeknu a poprosím Petra o toleranci. Požádám	12.8. vybuchla jsem na Věrku, ale dokázala jsem se ji omluvit. S Petrem

kterým ho častěji téměř denně.		k podrážděnosti a lítostivosti. Když mě rozčílí děti, často vybuchnu na ně, když se zastane Věrky, většinou začnu zuřit a pak se neumím zastavit.	ho, aby vždy, když mu začnu vyčítat a nebudu umět skončit, odešel na půl hodiny z místnosti. Když mě rozčílí děti, zkusím to spíše řešit s Petrem a nevybuchnout na ně. Pokud vybuchnu na Věrku, omluvím se ihned, jak mi to půjde. Když budu mít silnou zlost, půjdu se projít nebo si zacvičit.	pak byla pohoda. 13.8. Měla jsem hezký den, v pohodě jak s dětmi, tak s Petrem. 14.8. Petr zbytečně „frajersky“ utrácel. Začala jsem s výčitkami, ale včas to zastavila, řekla mu že mě to mrzí „jak jeho utrácení, tak moje výčitky“, ale vyčítat mu dále nechci. Nakonec uznal, že to přehnal. 15.8. velmi příjemný den, nevyčítala jsem ani nenadávala.
--------------------------------	--	--	---	---

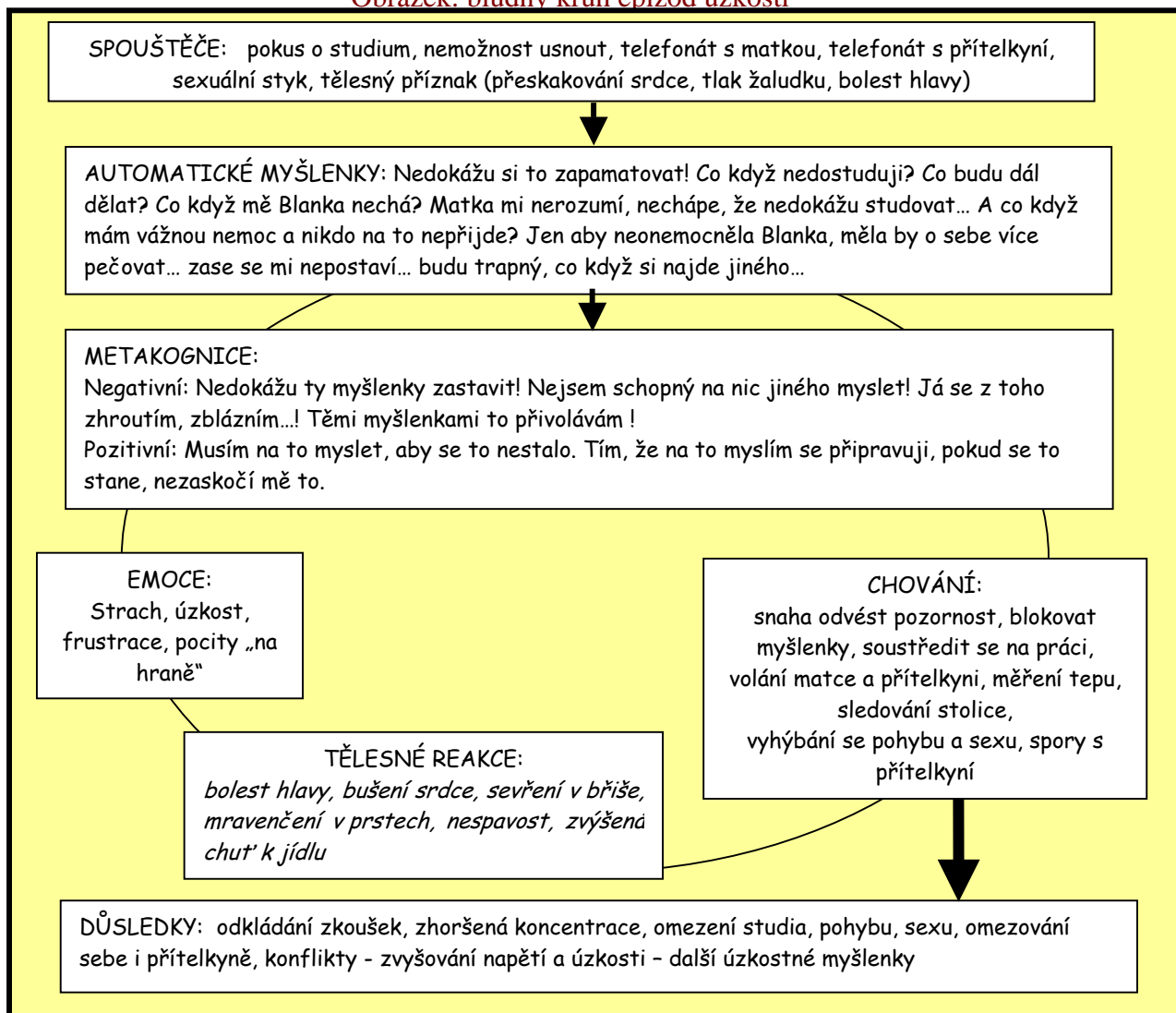
Prevence relapsu

Na konci terapie pak společně s pacientem procházíme strategie, které by mohl použít v případě hrozícího relapsu - *prevence relapsu* - a probíráme možné rizikové oblasti v jeho blízké budoucnosti (nejčastěji např. nástup do práce po době pracovní neschopnosti).

KAZUISTIKA

Petr je 21letý student, svobodný, s dvouletou známostí. Nadměrné obavy a starosti s pocity úzkosti se objevily před 2 roky v době, kdy se odpoutal od rodiny a nastoupil na vysokou školu. Těsně před odchodem na VŠ se rodiče rozvedli, což ho velmi zranilo. Už od začátku školního roku se obával, že nebude schopen zvládnout studium a zkoušky, že přijde o partnerský vztah, nezapadne do nového kolektivu na škole, že někdo - zejména přítelkyně, nebo také on - může vážně onemocnět. Pociťoval řadu nezvyklých tělesných příznaků: občas mu „přeskakovalo srdce“, často ho bolela hlava, svíral se mu žaludek, měl mravenčení v prstech, objevily se problémy s erekcí. Trpěl úpornou nespavostí, usínal až kolem 2-3 ráno, i když šel spát už v 11 hodin večer. Měl strach, že ho nespavost poškodí, že se „zhroutí“. Na začátku léčby trpěl velkou úzkostí (skóre v Beckově stupnici úzkosti bylo 34 bodů) a mírnými projevy deprese (skóre v Beckově stupnici deprese 18 bodů). Pro úzkost nebyl schopen se soustředit, proto přerušil studium (postižení v Sheehanově stupnici handicapů dosahovalo 8 bodů z 10 v hodnocení postižení ve studiu, 6 bodů v hodnocení postižení sociálního života a 5 bodů v hodnocení rodinného života). V posledním měsíci měl tendenci se stále častěji napít alkoholu, protože po 3 -5 pivech došlo k poklesu úzkosti, cítil se dobře a také lépe po alkoholu usínal. Objevily se však obavy, že skončí jako alkoholik. Po behaviorální a funkční analýze terapeut Petra edukoval o charakteru GAD, stresové reakci a smyslu jednotlivých kroků léčby. Petr dostal k prostudování brožurku o GAD.

Obrázek: bludný kruh epizod úzkosti



Terapeut s pacientem stanovili několik problémových oblastí, které budou postupně řešit a k nim přiměřené cíle. Jako první problém si stanovili „nadměrné obavy a starosti“.

Tabulka: Problémy a cíle

PROBLÉMY:	CÍLE:
Nadměrné obavy a starosti, které zabírají většinu času a brání ve studiu, omezují přátelské vztahy a vedou ke konfliktům v partnerském vztahu.	Snížit nadměrné obavy a starosti tak, aby zabíraly nanejvýš půlhodinu denně a neomezovaly významněji moje studium a partnerství.
Odkládání zkoušek pro strach ze selhání a nesoustředění se na učení.	Jít na zkoušky v termínu i když nejsem 100% připraven. Zvýšit soustředěnost na učení.
Vyhýbání se pohybu pro nadměrné obavy o zdraví.	Pravidelně 2x za týden hodinu cvičit.
Časté hádky s přítelkyní (v průměru 2x za týden).	Snížit frekvenci hádek na maximálně 2 za měsíc, naučit se hádat konstruktivně.
Potíže s erekcí při milování (asi v polovině pokusů s následným vyhýbáním se).	Mluvit s přítelkyní o svých obavách z nedostatečné erekce, přestat se vyhýbat milování se, kdykoliv budeme mít oba chuť

První kroky v terapii se týkaly kognitivní rekonstrukce a nácviku relaxace. Každé sezení začínalo Ostovou progresivní relaxací a za domácí úkol bylo nacvičovat relaxaci 2x týdně. Dále se Petr od druhého sezení učil testovat své obavy a starosti, určit reálnou pravděpodobnost, že situace nastane, zvážit její možné katastrofické důsledky a vlastní schopnost situaci řešit eventuálně bez pomoci zvenčí.

Tabulka: Záznam automatických negativních myšlenek

SITUACE	MYŠLENKY	EMOCE	RACIONÁLNÍ REAKCE	AKCE
Studium	Nedokážu si to zapamatovat! Co když nedostuduji? Co budu dál dělat?	Úzkost Zlost na sebe Strach	Zkusím si to zapsat. Pokud nedostuduji, půjdu do práce.	Udělám si výpisek z učiva a podle něj si budu opakovat.
Bolest žaludku	Co když mám vážnou nemoc a nikdo na to nepřijde?	strach	Bolesti žaludku mám při stresu už 2 roky, byl jsem na vyšetření a nic mi nezjistili.	Budu pokračovat v učení, pak si udělám přestávku a půjdu si zaběhat.
Usínání	Když neusnu, bude to zítra ještě horší...	Zlost	Už to znám, jde to vydržet i když nejsem úplně vyspalý	Vstanu a budu se hodinu učit, pak to zkusím znovu.
Předehra při milování	Co když to zase nepůjde? Nesmím na to myslet..! To nejde..! Blanka si najde jiného!	Napětí Úzkost Strach	Tak to nebude, není to poprvé. Blanka to už zná. Řeknu jí, ať se se mnou mazlí a já se budu mazlit s ní, pak to možná půjde. Myšlenky nezastavím, můžu myslet na to, že to nepůjde a přesto věnovat pozornost jejím dotekům.	Přiznám se Blance s obavami. Navrhnou ji vzájemné mazlení. Soustředím se na její doteky.

Dalším krokem bylo testování metakognicí a expozice obavám - Petr psal katastrofické scénáře na všechny oblasti svých obav. Zároveň se přestal vyhýbat učení a pohybu. V každém sezení po nácviku relaxace ho terapeut zkušel z jedné otázky na zkoušku.

Během 5 sezení se Petr výrazně zklidnil, začal být schopen poměrně dobře sám relaxovat, učení se výrazně zlepšilo. Začal lépe spát. Skóre v BAI (Beckův inventář úzkosti) kleslo na polovinu. Nicméně obavy a starosti přetrvávaly v menší intenzitě a frekvenci dále. Proto od 6 sezení terapeut přikročil k testování metakognicí a k práci s katastrofickým scénářem.

Tabulka: Příklad testování metakognicí

METAKOGNICE	TESTOVACÍ OTÁZKY	RACIONÁLNÍ ODPOVĚĎ
Nedokážu ty myšlenky zastavit! Nejsem schopný na nic jiného myslet! Já se z toho zhroutím, zblázním...	Opravdu nedokážu? Myslím úzkostně stále, nebo jenom často? Nemám tuto myšlenku už 2 roky a stále se nic nestalo?	Dokážu svoje obavy zastavit i odvést od nich pozornost, ale často se mi vrátí. To, že bych se z nich měl zhroutit (zbláznit) asi nehrozí, je to stejné už dlouhou dobu. Maximálně bych mohl dostat depresi, jak mi řekl doktor.
Musím na to myslet, aby se to nestalo. Tím se připravuji, že i když	Opravdu je možné tím, že na něco myslím, tomu zabránit? Nepůsobí to paradoxně někdy přesně opačně,	Tím, že mám obavy, ničemu špatnému nezabraňuji, jen se z toho cítím úzkostný a vyčerpaný. Obavy a

se to stane, nebude to pro mě nečekané.	třeba na moji erekci? Opravdu se tím, že mám stále obavy a starosti připravuji, aby mě v budoucnosti problém nezaskočil? Nebo mě to, čeho se obávám zaskočí vždy znovu a znovu, protože mám z toho úzkost? Pomáhají mi obavy reálně nebo jen fiktivně?	starosti mi ve skutečnosti nepomáhají, jen mě obtěžují.
---	--	---

Petr měl za úkol na každé sezení napsat katastrofický scénář k jedné z hlavních obav. Zpočátku měl z toho jenom další obavu: když bude psát katastrofický scénář, jakoby katastrofu magicky přivolával. Poté, co s terapeutem jednu katastrofu v sezení probrali a sám ucítil úlevu, byl ochotný sepisovat katastrofické scénáře i v rámci domácího úkolu.

Tabulka: Příklad katastrofického scénáře a jeho řešení

OBAVA	Nedokážu si naučené zapamatovat! Co když nedostuduji? Co budu dále dělat?
CO NEJHORŠÍHO SE MŮŽE STÁT?	Budu se snažit soustředit, ale nepůjde to. Skončí zkouškové období a budu muset opakovat ročník, protože ke zkoušce nepůjdu. Další rok to bude se soustředěním ještě horší. Celou dobu budu zoufalý, naříkavý, budu impotent a Blanka mě opustí. Budu na obtíž své rodině. Nakonec mě v dalším roce ze školy definitivně vyhodí. Neseženu místo, doma mě nebudou chtít. Budu spávat po kamarádech a v létě ve stanu. Budu úplně bez prostředků, rodina mi nepomůže. Nezbude, než jít žebrat, vybírat kontejnery, spát pod mostem. Budu smrdět, lidé se ode mě budou odvracet. Opakovaně mě budou vyslýchat policajti a já se budu za to stydět. Tak dopadne mamincin nadějný syn, kterému tolik věřila. Rodina nebude chtít o mně ani slyšet. Budu sám, hladový a trpět zimou.
JAKÉ TO MŮŽE MÍT NEJHORŠÍ DŮSLEDKY?	Z hladu něco ukradnu a zavřou mě. Ve vězení mě budou dozorcí a spoluvězni bít, budou mnou jako špínou pohrdat. Pak onemocním z podvýživy. V nemocnici mě nebudou chtít, protože budu smrdět. Doktoři se o mně pořádně nepostarají, umřu v bolestech a sám. Smrt bude spojena se strašným strachem, zoufalstvím a osamělostí.
CO BYCH V PŘÍPADĚ KATASTROFY MOHL DĚLAT?	Mohl bych si najít práci s ubytováním, nemuselo by to být v Praze. Manuální práci dělat mohu, také můžu dělat ošetřovatele v nemocnici. Ale i kdybych se stal bezdomovcem, nemusím být sám, potkával bych se s jinými, sbíral lahve od piva, mohl by to být celkem svobodný život. Kdybych onemocněl, do nemocnice by mě asi vzali, tam bych měl teplo, stravu, vykoupal bych se a v erárním pyžamu bych ani nemusel smrdět. Na smrad bych si asi přivykl. Pokud bych byl ve vězení, tam by taky bylo teplo, jídlo a ošacení. Tam bych přežil asi docela normálně. Před rodinou bych se sice styděl, ale pokud by o mně neměli zájem, zas tak moc by mi to nevadilo. Jaká by byla moje smrt nevím, ale asi by mě ztlumili léky. Sice bych byl osamělý, ale opět, byl bych na to zvyklý.
JAKÉ MOŽNOSTI ŘEŠENÍ BY JEŠTĚ BYLY MOŽNÉ?	V každém kroku katastrofy je řada řešení - odejít na jinou školu, najít si jinou dívku, najít si práci, odjet do ciziny, také rodina by mě pravděpodobně tak snadno neopustila, podobně tak Blanka mě neopustí jenom proto, že mě vyhodí ze školy.

Po sepsání katastrofických scénářů o vyhození ze školy, sexuální impotenci a umírání na rakovinu došlo u Petra k výrazné úlevě. Přibližně po 10 sezeních přestal odvádět pozornost od obav a starostí a ony postupně začaly ustupovat. I když je měl, nevedly k úzkosti, spíše jim nevěnoval příliš pozornosti. Stále si však stěžoval na nedostatečné soustředění na učení a sexuální selhávání s partnerkou. Problém neschopnosti pokračovat dále ve studiu zůstával nevyřešen. Protože Petr zrovna neměl zkouškové období, nebylo možné naplánovat jiné expozice než cvičné zkoušení terapeutem. Bylo ale nápadné, že při každém zkoušení uměl látku výborně, nicméně tvrdil, že ji neumí dostatečně. Toto hodnocení souviselo s původním kognitivním schématem - nastavením, které bylo vypěstováno v rodině. Petr jako nejstarší ze 3 sourozenců byl vychováván pro „úspěch“. Maminka si původně přála, aby byl lékařem, nakonec se však spokojila s tím, že šel na práva. Oba rodiče od něj automaticky očekávali, že se bude výborně učit. Celou základní i střední školu měl samé jedničky. Rodiče to brali jako samozřejmost, měl za to výhody, na rozdíl od mladších sourozenců, kteří se neučili tak dobře. Byl více odměňován než oni a hlavně obdivován rodiči. Když se dostal na práva, maminka byla šťastná. Otec se toho nedožil, zemřel náhle na infarkt krátce po jeho maturitě. Petr žil celý život s postojem: „VŠECHNO MUSÍM DĚLAT PERFEKTNĚ A POKUD MOŽNO ZE VŠECH NEJLÉPE“. Tento postoj ho nutil k perfektnímu studiu, péči o partnerku, na druhé straně zároveň k obrovské frustraci, pokud se něco nepovedlo dle jeho očekávání. To byly jak nároky na studium na vysoké škole, tak stres během sexuálního styku. Všude a vždycky musel být perfektní, jeho tělo muselo perfektně fungovat a příznaky stresové reakce ho děsily jako známky nedokonalosti.

V dalších dvou sezeních pracoval Petr na kognitivním propojení tohoto schématu s životní historií a fungováním v minulosti i současnosti. Petr si uvědomil, jak ho formovala výchova a jak bylo schéma posilováno ve škole učiteli. Uvědomil si také nevýhody z minulosti - hůře si rozuměl se spolužáky, kteří ho přece jen pokládali za šprta. Protože ho však potřebovali k opisování, byla tato pozice snesitelná. Nyní však schéma funguje jako frustrující, což se projevuje ve škole, v sexuální životě, vede k nadměrným obavám a starostem, k nespavosti, bolestem hlavy a žaludku a nakonec komplikuje studium i partnerský vztah. Při mapování vlivu maladaptivního schématu mu velmi pomohla přítelkyně Blanka. Společně probrali vliv schématu na Petrovu výkonnost v sexuální oblasti, což vedlo k otevření tématu a vymizení Petrovy úzkosti. Jeho poruchy erekce pak vymizely. Postupně přizpůsobil postoj „VŠECHNO MUSÍM DĚLAT PERFEKTNĚ A POKUD MOŽNO ZE VŠECH NEJLÉPE“ na přijatelnější: „TĚŠÍ MĚ, KDYŽ VĚCI DĚLÁM DOBŘE, ALE DŮLEŽITĚJŠÍ JE, ABYCH BYL SPOKOJENÝ A KLIDNÝ.“ Mamince sdělil, že se musí připravit na to, že nebude mít stále samé jedničky. Dokonce, že si ani není jistý, zda chce práva dostudovat, to si však ještě musí rozmyslet. Jako alternativu měl možnost jít na rok pracovat na horskou chatu a pak by zkusil jinou školu, která by ho bavila více.

Petr je už 2 roky bez obav, starostí či úzkosti. Nakonec se rozhodl pokračovat ve studiu práv a zvládá je dobře. Má novou přítelkyni, Blanka si nakonec našla nového partnera. Petr rozchod snesl dobře.

LITERATURA

1. Beck ATa Weishaar M: Cognitive therapy. In: Freeman A, Simon KM, Beutler LE (eds): Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. New York, Plenum Press 1989
2. D'Zurilla TJ a Goldfried MR: Problem solving and behaviour modification. J.Abnorm.Psychol., 78, 1971, 107-126.
3. Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler, K.S.: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch. Gen. Psychiat. 1994: 51: 8-19
4. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996, Zprávy č. 134, 179s.
5. Možný, P.: Specifické fobie. In: Raboch, J. (ed): Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče. Galén. Praha 1999, str. 71 - 76
6. Hawton K., Kirk, J.: Problem solving. In Hawton et al. (eds.): Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford Medical Publications, 1989.
7. Možný, P., Praško, J.: Kognitivně behaviorální terapie: Úvod do terapie a praxe. Triton, Praha 1999, 303 s.,
8. Praško, J.: Agorafobie. In: Raboch, J. (ed): Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče. Galén. Praha 1999, str. 41 – 62
9. Praško, J.: Generalizovaná úzkostná porucha. In: Raboch, J. (ed): Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče. Galén. Praha 1999, str. 77 - 1000
10. Praško, J., Kosová, J.: Kognitivně behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí. Triton, Praha 1998, 234 s.
11. Prašková, H., Praško, J.: Úzkostné a fobické poruchy. Galén. Folia Practica, Praha 2000, 102 s.