

Úzkosť a existencia

Alfried Längle

Abstrakt: Úzkosť platí v existenciálnej analýze za jednu zo základných črt ľudskej existencie. Práca s úzkosťou preto vychádza z pochopenia štruktúry existencie a pristupovaniu ku svetu. Okrem základného postoja boli vyvinuté viaceré špecifické metódy pre terapiu úzkosti. Spoločné majú zameranie na to, čo umožňuje „podržanie“ a na vytvorenie uvoľnenejšieho postoja k životu. To umožní terapiu zameranú na dôvod úzkosti, ako aj prístup k dynamike úzkostnej špirály. Existenciálne-analytická terapia úzkosti sa pokúša okrem liečenia symptomatiky cez jej hlbšie pochopenie využiť poruchu ako príležitosť reflektovať postoj k životu a pracovať na jeho hlbších štruktúrach.

Kľúčové slová: úzkosť, terapia, existenciálna analýza, paradoxná intencia, existencia.

1. Rôzne významy úzkosti a jej existenciálne chápanie

Ako príčiny úzkosti sa udávajú väčšinou biologické, neurobiologické, psychické (hormóny, „arousal reaction“) a sociokultúrne (vojny, prostredie, kultúrnošpecifické chápanie a zaobchádzanie s úzkosťou) faktory (napr. Barlow 2002, Klein 1987, Michelson & Ascher 1987, Noyes & Hoehn-Saric 1998). Popritom sa udávajú aj existenciálne príčiny, ako úzkosť z toho, že človek „minie sám seba“ (Kierkegaard 1960), úzkosť z náhodnosti existencie a desivosti toho, keď je človek hodený-späť-k-sebe-samému (Heidegger 1979, str. 189 a nasl.), úzkosť ako dôsledok zabránenia stať sa niečím alebo niekým (por. Gebattel 1968, str. 144), alebo ako dôsledok existenciálneho vákua a zážitku chýbajúceho zmyslu bytia (Frankl 1982a, str. 83). Takéto prežívanie môže kvôli konečnosti existencie a pri ignorovaní „orgánu zmyslu“ – svedomia – dať vzniknúť úzkosti z pomínutelnosti a ničotnosti života, ktorému sa nedostalo zmyslu (Frankl 1982a, str. 83).

V modernej existenciálnej analýze chápeme úzkosť ako emocionálne pociťovanú alebo zažívanú stratu nosného „podržania“ v existencii (Längle 1997).

Táto strata „podržania“ môže byť veľmi skrytá a ledva vedomá. Dôvodom je to, že v konečnom dôsledku je každý človek sám zodpovedný za svoj život. Ale do tohto života je hodený, bez opýtania je vystavený jeho požiadavkám. Kvôli tomu je v nebezpečenstve, že pred touto základnou požiadavkou života utečie do každodennosti a oddá sa svetu priveľmi, porovnateľne s tým, ako sme sami seba kedysi, ako deti, prenechali rodičom. V každodennosti nachádzame niečo, čo upokojuje a je dôverne známe, žijeme s pocitom, že to bude stále tak. To môže byť sprevádzané pocitom, že ale predsa len všetko nie je isté – pretože cítime, že na svete neexistuje žiadna ozajstná istota. Keď túto základnú úzkosť neprehliadame a neignorujeme, pomôže nám odhaliť to celkom vlastné a skutočné ako možnosť nášho bytia (Heidegger 1979, str. 191), a tiež nám pomôže nenechať sa oslepiť tým zdanlivo známym. Heidegger nazýva takéto oslepenie prepadnutím neskutočnej, odcudzenej existencii (por. aj Holzhey-Kunz 2008, str. 244 a nasl.).

V tomto odhalení skutočného je hodnota úzkosti, tejto základnej črty ľudskej existencie, ktorá vzniká z náhodnosti bytia vo svete a z neustáleho ohrozenia cez „nič a nikde“ (por. Längle 1997).

Úzkosť *definujeme* ako pocit neistoty cez zažívanie ohrozenia alebo nebezpečenstva, ktoré ide ruka v ruku so všeobecným stavom psychického vzrušenia. Úzkosť môže spôsobiť vnímanie aktívneho, blížiaceho sa „ohrozenia“ (napr. že nás opustia, alebo prepustia), ako aj pasívneho, latentného „nebezpečia“ (napr. nebezpečie šmyku, riziko infarktu myokardu). Stav vzrušenia sa chápe ako dôsledok aspoň čiastočnej bezbrannosti bytia. Človek si uvedomuje potenciálne zničenie

(či „zničotnenie“) svojej existencie cez (hroziacu) stratu podržania vo svete a/alebo cez nahliadnutie jej (nebezpečnej) tajomnosti („bezodnosti“), čím je spochybnené jeho vlastné "môžem-byť". Z existenciálnej perspektívy chápeme úzkosť v konečnom dôsledku vždy ako vnímanie potenciálnej „nemožnosti-byť“, potenciálneho zničenia/ „zničotnenia“. Dynamicky to znamená, že človek, ktorý je úzkostný, „hľadá podržanie“.

Kvôli existenciálnemu významu tohto vnemu je tento zaťažený afektom, ktorý mu dodáva existenciálnu váhu. Vnem, „zaťažený“ afektom, nie je možné tak ľahko prehliadnuť, ako emocionálne neutrálny vnem. Keď sa stratia tri predpoklady pre stav "môžem-byť", ktorými sú ochrana, priestor a podržanie, prepukne úzkosť a tento pocit vyvolá spontánne reflexy vo forme duševného a telesného napätia (copingová reakcia).

Za najväčšiu úzkosť sa nepovažuje smrť, ale vnímané zničenie/ zničotnenie (ne-môcť-byť). Pri smrti končí život – v stave zničenia/ zničotnenia ale nemožno ďalej „byť“. Byť zničený, zničotnený (napr. cez stratu slobody...), už nie je život – smrť ale život je.

„**Zničenie/ zničotnenie**“ znamená: nemôcť ďalej existovať ako osoba, stratiť slobodu, nemôcť už nič robiť a stratiť to, čo je nosným pre život; to, čo vzniklo; to, v čom človek „vykvitol“; v čom a pre čo žije, a čo vzniklo len cez neho a vďaka nemu.

Úzkosť je vždy: úzkosťou z konca („úzkosťou zo smrti“) a úzkosťou zo života. Je to úzkosť, že človek nežil, nezrealizoval svoje bytie a preto je zničený/ „zničotnený“.

2. Základné formy úzkosti

Ak úzkosť zodpovedá miere ohrozenia/ nebezpečia, jedná sa o realistickú úzkosť. Takáto, situácii adekvátne, „zdravá“ úzkosť motivuje a mobilizuje sily, nutné na dostanie sa z nebezpečnej situácie. **Chorobnou** sa stane úzkosť vtedy, keď ochromuje plánované (chcené) konanie a namiesto neho sa k slovu dostávajú stereotypné vzorce správania (zafixované správanie, opakovania). Takáto úzkosť vedie k obmedzeniam v uskutočňovaní existencie, ktorá je teraz ovládaná zafixovanými copingovými reakciami namiesto slobodných rozhodnutí. Chorobnosť teda nie je primárne zafixovaná cez trápenie (to prináša aj zdravá, realistická úzkosť), ale cez existenciálne kritériá straty slobody v rámci rastúcej automatickosti správania (napr. útek, panika), straty dialogického vzťahu so situáciou (intenzita úzkosti nezodpovedá ozajstnému nebezpečenstvu) a iracionality (zafixovaný pocit nevychádza z vlastného poznania).

Ako *obranné mechanizmy* (copingové reakcie) úzkosti poznáme vyhýbanie sa a útek ako základný pohyb, ďalej vzburu a zápas, deštruktívnu agresiu (nenávisť) a reflexy „robenia sa mŕtvym chrobákom“ (ako nehýbanie sa, ochromenie, nevnímanie a popieranie reality, vzdanie sa pocitom bezmocnosti).

Analogický ku klasifikácii MKCH 10 (v angličtine ICD 10) popisujeme v existenciálnej analýze fenomenologicky dve **základné formy úzkosti** s príslušným pozadím vzniku poruchy: základnú úzkosť a anticipačnú úzkosť¹.

Základná úzkosť je pocit padania do „bezodnej ničoty“. To, čo doteraz poskytovalo podržanie a bolo dôveryhodné (napr. zdravie, práca, partnerstvo, sebaobraz, bezpečnosť premávky, atď.) je vo svojej pevnosti, spoľahlivosti alebo dôveryhodnosti otrasené. Základná úzkosť je desivá skúsenosť toho, že „nič nie je isté“ cez bezprostredné stretnutie s nespoľahlivosťou toho, čo bolo neotrasiteľné. V strede skutočnosti sa zrazu vynorí reálna alternatíva nemožnosti-byť.

Z existenciálneho pohľadu sú otrasené štruktúry prvej základnej podmienky existencie – možnosti-byť, a to až do „základu bytia“, v ktorom spočíva „základná dôvera“ príp. „pradôvera v bytie“ (Frankl 1959, str. 725). Vzťahovanie sa ku základu bytia nie je v tejto čistej úzkosti z bytia dostatočne pevné. Spektrum siaha od všeobecného zneistenia cez neurotický vývin (napr.

¹ V klasifikácii MKCH 10 (v angličtine ICD 10) sa označujú ako nešpecifická a špecifická úzkosť. Kategórie si navzájom zodpovedajú okrem zaradenia paniky, ktorú nepriradíme nešpecifickej úzkosti.

generalizovanú úzkostnú poruchu) a úzkostnú poruchu osobnosti (s dlhotrvajúcim pocitom, že „kedykoľvek sa môže čokoľvek stať“) až ku psychotickému prežívaniu, kde základná dôvera a vzťah k základu bytia úplne zanikajú.

Anticipačná úzkosť predstavuje istý spôsob spracovania prežívania základnej úzkosti, pri ktorom sa táto zjavuje iba miestami a občasne. Úzkosť existuje pred možným znovuobjavením sa úzkosti, a preto sa vytvorí obranný postoj. To je dôvod, prečo sa označuje ako anticipačná úzkosť (napr. Frankl 1956, str. 99). Ak sú to napríklad len veľké námestia (agorafóbia) alebo pavúky (arachnofóbia), kde sa môže zjaviť „netvor základnej úzkosti“, je možné tieto obísť alebo proti nim bojovať. Ale napriek tomu nie je možné obranné správanie od úzkosti úplne oslobodiť, pretože nie je absolútna istota, že sa úzkosť nezjaví.

Z psychologického pohľadu je základom anticipačnej úzkosti nedostatok citel'ného podržania v sebe (beznádejnosť). „Úzkosť z úzkosti“ je úzkosťou z toho, že úzkosť nebudeme vedieť zvládnuť. Z existenciálneho pohľadu je v anticipačnej úzkosti obsiahnutá aj porucha prvej základnej podmienky existencie, možnosti-byť, pretože aj anticipačné úzkosti vychádzajú zo straty podržania a zo skúsenosti základnej úzkosti. Ale pretože podržanie nebolo narušené úplne, mohlo prísť k vytvoreniu sekundárneho (obránného) postoja a umiestnenia (*ubicazione*), cez čo sa môže vyvinúť aj v témach druhej a tretej základnej podmienky existencie: ako obava zo straty hodnôt a vzťahov, sebahodnoty a úcty alebo zmyslu. Tak vznikajú štyri kategórie anticipačnej úzkosti:

a) *Úzkostná anticipačná úzkosť* alebo *úzkosť súvisiaca so základom bytia*: Je to úzkosť z úzkosti, zo straty podržania a pádu do ničoty.

b) *Depresívna úzkosť* alebo *úzkosť súvisiaca so základnou hodnotou*: Je to úzkosť zo straty (vonkajších alebo vnútorných) vzťahov, zo straty lásky a náklonnosti - cez takúto stratu by sa dalo padnúť do vnútorného chladu, čo poznajú predovšetkým depresívni ľudia. Aspekt podržania, ktorého sa to týka, je úzkosť, že to, na čom visíme a čo milujeme („hodnoty“), bude zničené/ „zničotnené“ alebo nedostupné, takže vlastný život „visí v luft“ a vyznačuje sa neživosťou. V depresívnej úzkosti je cítiť priepasť, ktorá sa otvára vnútri v človeku alebo vo svete.

c) *Hysterická úzkosť* alebo *úzkosť súvisiaca s hodnotou seba*: Táto klasická sociálna úzkosť je úzkosťou zo straty úcty a z pádu do nepekného, desivého stavu neslávnej skutočnosti, beztvorosti, banality alebo zvyku. Je to úzkosť neobstať, byť nič, byť „nímand“, pretože si človeka nikto nevšíma, pretože nemôže obstať. Možné dôsledky sú osamelosť a stratenosť. Táto úzkosť pozostáva vo vnútornom (často potlačenom) pociťovaní seba-neistoty, takže sa človek nemôže spoľahnúť na vlastné správanie, pretože to je pociťované ako prevýšenie, z ktorého sa dá spadnúť do „priepasti“ „jednoduchej skutočnosti“, zo zdania do banálneho bytia, v ktorom si človek nepripisuje žiadne oprávnenie byť. Aspekt podržania, ktorého sa to týka, je to, na čo nahliadame ako na to svoje, čo sa často sprítomňuje v majetku.

d) *Existenciálna resp. metafyzická úzkosť z nezmyselnosti/ prázdna/ absurdity*: V tomto prípade existuje úzkosť z toho, že celý život nemá zmysel, alebo oň príde nejakou stratou, nejakým činom alebo bankrotom. Kľúčový pocit, že človek žil nadarmo, nadarmo sa namáhal a čo za života získal, môže stratiť. To je aktuálne hlavne vtedy, keď sa stratia obsahy, ktoré boli pre život nosnými: napr. smrť dieťaťa, zlyhanie celoživotného projektu (bankrot firmy). „Skok“ (Kierkegaard), na ktorý sme sa v živote odvážili, minul cieľ a išiel do prázdna. Nebezpečie otupovania tejto úzkosti cez závislosti, príp. nebezpečie úteku cez samovraždu je tu najväčšie.

3. Terapia úzkosti

Základné terapeutické stanovisko pri terapii úzkosti. Existenciálne-analytická terapia úzkosti sa nesnaží len o odstránenie symptómov, ale predovšetkým o zvýšenie hodnoty úzkosti v *prospech prehlbenia existencie*. Úzkosť sa chápe ako indícia toho, že naša subjektívna skutočnosť a postoj sú možno v rozpore s objektívnou realitou, takže hrozí pád do ničoty. Aj patologická úzkosť je takouto

indíciou a chápe sa ako vnímanie (spravidla skrytej) reality. Úzkosť vyzýva človeka prehlbiť sa v téme *dôvery* a základnej dôvery, vytvoriť zodpovedajúce podmienky a previesť také zmeny v živote, aby mohol lepšie existovať v tejto realite. Úzkosť požaduje aj pokusné „znegovanie“ faktov a reality, aby sme realitu mohli zažiť v jej nosnej štruktúre, ale aj v jej obmedzenosti, konečnosti a neistote.

V úspešnej terapii môže úzkosť sprostredkovať hlbokú skúsenosť, na ktorú sa je možné pozerat' v konfrontácii s úzkosťou ako na *to liečivé*: totiž skúsiť si, že je niečo v nás, čo nemožno zničiť/ zničotniť, že po zdanlivom „zničotnení“ je napriek tomu ešte možnosť toho, že by sme mohli ostať sami sebe až do smrti. Alebo že existuje niečo väčšie, na čom sa podieľame, boh, poriadok, niečo, čo pretrvá aj smrť a z čoho je život. Keď sa dostaneme do tejto dimenzie, potom úzkosť splnila svoju funkciu, pretože nás naučila pozerat' sa hlbšie. Pretože to je úloha života – žiť to, čo je v našich očiach podstatné.

Zodpovedajúc základným formám úzkosti sa používajú špecifické **formy terapie**.

Terapia základnej úzkosti má ťažisko v „prítomnostiach“, aby bolo možné zasa svet zažívať v jeho pravdivosti. Pri základnej úzkosti je dôležité reálne vzťahovanie sa k svetu, lebo len cez skúsenosti je možné cítiť trvalé podržanie a vybudovať si dôveru v nosné štruktúry. Ako prvá „sprostredkujúca prítomnosť“ tu stojí terapeut so spoľahlivým, kompetentným, pokojným, dôveru posilňujúcim a podržanie poskytujúcim vzťahom. Ale najdôležitejšie je skúšanie si dobrého vnímania a práca na jasných kogníciách, pretože vedenie a poznanie sú kvôli svojej vecnej fundovanosti taktiež základom pre terapiu úzkostí.

Pri všetkých úzkostných poruchách je vzťahovanie sa k realite smerodajné, pretože v nej sa nachádza funkcia, nosná pre bytie. Konkrétne to znamená nacvičovanie pohľadu, ktorý má spočívať na objektoch (aj v prenesenom význame): dôkladné prejednanie tém a pripravenie sa; reflexia toho, čo považujeme za pravdu; zastavenie premýšľania o tom, čo všetko je možné a namiesto toho zameranie pozornosti na pravdivosť – na to, čo naozaj a konkrétne je. Vnemy je napríklad možné postupne rozširovať cez fenomenologické dialógové cvičenia. Pri základnej úzkosti je veľmi dôležitá práca s telom: hlboké a kľudné dýchanie, metódy relaxácie, *Sensitivity Training*, šport, masáže, spánok, telesné prehliadky, medikamentózna podpora (psychofarmaká). "Iracionálne presvedčenia" (život určujúce presvedčenia, ktorým veríme, ako ich nazval Albert Ellis) treba osvetliť a „filozofické“ predpoklady vyjasniť. Nakoniec ešte treba reflexiu vonkajšieho vzťahového rámca, v ktorom pacient chápe sám seba, aby sa získala štipka „pohrdania smrťou“ tvárou v tvár večnosti.

Terapia anticipačných úzkostí prebieha v prvej línii cez konfrontácie s realitou, aby sa prelomili patogénne vyhybacie postoje. Podľa toho, ktorá základná motivácia je relevantná, ide pritom o nachádzanie hlbších nosných štruktúr vo svete, vo vzťahovaní sa k hodnotám, v sebahodnote a v tom, čo je situačne potrebné (čo sú možné priestory vývinu).

Zatiaľ čo pri terapii základnej úzkosti je smerodajným nachádzanie nosného podržania, pri anticipačnej úzkosti je v popredí zrušenie postoja, ktorý pred úzkosťou bráni. V jednotlivých krokoch sa má vybudovať a nacvičiť nový postoj.

Pri *konfrontácii s úzkosťou* pacienta neustále konfrontujeme s realistickými možnosťami: „a potom – potom by sa čo stalo?“ Terapeutický efekt pozostáva v zlepšení vnímania ako nástroja vzťahovania sa k realite. Vyostrenie konfrontácie, ktoré označujeme ako „brána smrti“, pozostáva v myšlienkovom dopustení najhoršej obavy, ktorá vo všeobecnosti prichádza spolu so spontánnym pocitom „tak potom, to je koniec“. Možnosť konca je počas celého života vlastná všetkému („bytie k smrti“ - Heidegger 1979). V konfrontácii s týmto (realistickým) bodom existencie leží vrchol terapie úzkosti.

Konkrétne sa napríklad pýtame: „Mohlo by sa to naozaj stať, to, čoho sa najviac obávate? – Predstavte si, že by sa to naozaj stalo, čoho sa obávate, a malo by to všetky tie konzekvencie, ktoré sú podľa vás úplne najhoršie,

- a. aké reálne dôsledky by to malo?
- b. aké by to pre vás bolo?
- c. čo by ste potom robili?“

Druhou otázkou sa osvetlia vnútorné konsekvencie a rozlúčky, treťou sa snažíme o aktivovanie osoby tvárou v tvár obave zo zničenia/ „zničotnenia“. Čokoľvek si k tomu osoba nájde, je to akýsi druh „života po smrti“, ktorý sa pritom vyvíja. Je to návod k prastarému mottu umenia zomierania, ktoré slovami existenciálnej analýzy znie: „Ži konečne (s vedomím konca), aby si konečne mohol žiť“. (Längle 1997)

Okrem tejto konfrontačnej práce sa v existenciálnej analýze používajú aj špecifické metódy pre terapiu úzkosti, ako osobné hľadanie pozície a paradoxná intencia, tak ako aj všeobecné metódy, ako osobná existenciálna analýza, zmena postojov, práca na základe bytia, dereflexia.

4. Existenciálne-analytické metódy terapie úzkosti

Základnú a klasickú metódu Franklovej logoterapie predstavuje **dereflexia** (Frankl 2007, str. 194 a nasl.). V nej ide o nájdenie rozhodnutia proti úzkosti a v prospech existenciálne dôležitých obsahov. Pacienta² vedieme k tomu, aby sa vedome venoval zmyslu a hodnote situácie. Predovšetkým autonómne procesy (napr. zaspávanie, relaxácia, orgazmus) zvyknú byť rušené úzkostným pozorovaním. Liečivý účinok dereflexie vidíme v rozvíjaní postoja zvýšeného subjektívneho pokoja vďaka zažitej osobnej zmysluplnosti. Nebezpečie dereflexie je v jej použití pri úzkostnom vyhýbavom správaní, resp. v tom, že hodnota úzkosti sa nezvýši a ohrozenie ostane nepochopené.

Preto sa pred dereflexiou odporúča použiť **osobné hľadanie pozície** (Längle 1994). Hľadanie osobnej pozície krok po kroku tvárou v tvár oblastiam úzkosti predstavuje čiastočne kauzálnu terapiu. Prvý krok (pozícia smerom von) pozostáva v presnom pohľade na spúšťače úzkosti (napr. „Podľa čoho rozoznávate toto nebezpečenstvo? Čo sa môže reálne stať?“). V druhom kroku (pozícia smerom dovnútra) sa odhadujú vlastné sily (napr. „Dokázali by ste túto situáciu úzkosti len jeden jediný raz vydržať?“). Tretí krok (pozícia smerom k pozitívnemu) pozostáva z obrátenia sa k tomu, čo je na situácii pozitívne (napr. „O čo mi vlastne ide?“). To následne vedie priamo ku dereflexii, ako ju popísal Frankl: k reálnemu zaoberaniu sa tým, čo je na situácii zmysluplné a vzácne, namiesto intrapsychických pocitov úzkosti. Metóda nie je vhodná na spracovávanie hlbších príčin úzkosti (traumy, atď.), ale predstavuje na zdroje orientovanú, podporujúcu metódu.

Najznámejšou metódou pre terapiu úzkosti v rámci logoterapie a existenciálnej analýzy je **paradoxná intencia** pre terapiu anticipačných úzkostí, ktorú Viktor Frankl vyvinul v roku 1929 a v roku 1939 ju prvý krát publikoval (Frankl 1939; 2007, str. 177 a nasl.). Pacienta privedieme k tomu, aby si paradoxne želal alebo predsavzal práve to, čoho sa bojí (Frankl 1959, str. 724; 1982a, str. 185). Cez humorne hravý prístup ku skutočnosti môže vyvstať oslobodzujúci sebaodstup od úzkostného prežívania (por. Ascher M. 1985, Froggio G. 1990). Táto technika konfrontácie úzkosti pracuje na *postoji k úzkosti* a operuje so *slobodou vôle*. Postup má základ v presnom poznaní možností a hraníc vôle a zdanlivého paradoxu chcenia vo vzťahu k realite: len niečo „chciet“, predsavziať si, alebo dovoliť nejaké dianie, nespôsobí – bez aktívneho konania – žiadnu zmenu. Tento rozdiel medzi intenciou a realitou sa ale pri úzkostných obsahoch rozplýva (Längle 2003). Preto je čisté chcenie, ktoré sa nepremení na akciu, bez moci a bez dôsledku – nemôže ničím pohnúť. Paradoxná formulácia predstavuje myšlienkovú skúšku odvahy, ktorou sa ohraničí sila vôle a pôsobí sa proti magickému kúzlu úzkosti. Na hlbšej úrovni dodáva táto skúsenosť dôveru v podržanie sveta a posilňuje „základnú dôveru v bytie“ (Frankl 1959, str. 725).

² Kvôli ľahšej čitateľnosti textu používame maskulínium, ale myslíme osoby ženského aj mužského rodu.

Ako nevýhodu tejto metódy možno chápať nebezpečenstvo preťaženia pacienta, resp. pocit nebytia-braný-vážne terapeutom.

Paradoxná intencia nie je vo svojej podstate metóda orientovaná na symptóm, ale základný, štruktúru vytvárajúci postup, pretože pracuje s postojom k úzkosti a v konečnom dôsledku aj s postojom k životu³.

Pre hlbšiu prácu na úzkostiach, ktoré sú v základoch, môže byť použitá osobná existenciálna analýza (Längle 1993, str. 133 a nasl.; 2000) ako nešpecifická psychoterapeutická metóda. Cez tri základné kroky vždy s viacerými podkrokmi umožňuje metodicky riadenú prácu na traumatizujúcich životných udalostiach.

5. Ilustračný prípad

Tridsaťsedemročný pacient trpí už osem rokov na kolapsofóbiu. Vysvetľuje, ako sa jeho život stále viac točil okolo úzkosti, ako si stále robil starosti, ako by mohol uniknúť rôznym „nebezpečenstvám“. Predovšetkým sa stále viac vyhýbal tomu, ísť sám von. Nahovoril dokonca svoju ženu, aby ho kvôli úzkosti z možného kolapsu odprevádzala do práce a z práce. Neustále si kontroloval pulz, úzkostlivo sa pozoroval v zrkadle, stále častejšie chodil k lekárom. Napriek obrovským snahám v posledných rokoch úzkosť kontinuálne rástla ďalej. Čím viac bezpečnostných opatrení, tým viac úzkosti. Čím viac vyhýbavého správania, tým väčšia neistota. Vôľa bola bezmocná, nesloboda naliehavá.

Keď nahliadol na to, že proti úzkosti už sám ďalej nič nezmôže, vyhľadal nakoniec v zúfalstve pomoc. Už dlho zisťoval, že je zbytočné hovoriť si: „Nechcem cítiť úzkosť“. Vôľa ostáva bez výsledku, úmysel „nechcieť ani za nič na svete skolabovať“ frustruje. Úzkosť z kolapsu práve naopak zosilnela.

Práve fakt ohraňujúceho účinku chcenia sme terapeuticky využili v paradoxnej intencii a pacienta sme viedli k tomu, aby sa na pozadí tejto skúsenosti postavil realite. Keďže už teraz naozaj vie, aké neúčinné bolo jeho doterajšie konanie, má predsa záruku, že chcením samotným nič nezmení. Po tom, ako mu bol vysvetlený začarovaný kruh úzkosti, telesné reakcie, atď., mohol si konečne paradoxne povedať: „Kolaps môže nastať – svojim odmietaním ho aj tak neviem zastaviť – ved’ som zažil, aké bolo moje chcenie bezmocné – tak mu *dovolím*, aby prišiel...teraz hneď...želám si kolaps *teraz*, pri mojom terapeutovi, aby videl, aké je to hrozné, zažiť kolaps!“ Tento postoj mu najprv terapeut ukázal, potom skúšali a imitovali kolaps – a nakoniec ho spoločne nacvičovali.

Toto osobné predsavzatie, toto povolenie realite, aby bola, aká je, vzdanie sa nezmyselného bránenia sa, viedlo už po dvoch sedeniach, v ktorých boli takéto cvičenia najprv len váhavo prijaté, k citelnej úľave. Na štvrté stretnutie už tento pacient prišiel bez svojej ženy a mohol znova sám šoférovať auto. Úľava ale odhalila ďalší problém, totiž zmysluplnosť jeho podnikateľskej aktivity. Pôvodne začal podnikáť, aby mal z čoho žiť. Dodnes je preňho odpoveďou na otázku „načo?“ materiálny príjem. Keďže táto oblasť bola teraz pokrytá, trápila ho otázka, načo sa vôbec tak namáha? Cítil, že starý postoj k životu mu je už teraz málo na to, aby bol jeho život naplnený. Pred touto otázkou bol takisto bezradný, ako pred úzkosťou, ktorá mu tlak tohto problému dlho potláčala. Práca mu jasne ukázala, čo doteraz ignoroval: ako veľmi chýbal svojim dvom deťom a v rodine vôbec. Úzkosť síce po asi desiatich hodinách odoznela, ale preštruktúrovanie jeho života nás zamestnávalo ešte ďalšieho pol roka.

6. Výskum

³ Paradoxnú intenciu si netreba pliesť s *paradoxnou intervenciou*, technikou z behaviorálnej terapie (Watzlawick et al. 1982), metódou predpisania symptómov, pri ktorej terapeut intervencuje paradoxnými pokynmi k správaniu (cvičenia – namiesto primárnej práce s postojmi).

Paradoxná intencia sa ukázala úspešnou hlavne pri terapiách fóbií a nutkavých konaní, a taktiež pri sexuálnych neurózach, nespavosti a iných neurotických poruchách. Podľa Blankenburga (1990, str. 44) vykazujú paradoxná intencia (spolu s paradoxnou intervenciou) „zďaleka najvýraznejšie, nielen krátkodobé, ale pretrvávajúce terapeutické úspechy u pacientov s nutkavým konaním“.

Ascher (1989a), Ascher, Bowers a Schotte (1985b), Ascher a DiTomasso (1985) a DeBorg (1989) poskytli prehľad literatúry k prípadovým štúdiám a empirickým výskumom skupín za použitia paradoxnej intencie.

Ascher a Turner (1979a) skúmali účinnosť paradoxnej intencie u pacientov, ktorí trpeli na nespavosť, v porovnaní s progresívnou relaxáciou a metódou kontroly podnetov. Všetky tri metódy sa ukázali ako rovnako účinné.

Ascher (1981) ukázal, že paradoxná intencia môže u agorafobikov vyvolať výraznejšie približovacie správanie ako postupné konfrontovanie *in vivo*, podporené tréningom výrokov o sebe (self-statement trainig, SST) podľa Meichenbauma.

Ascher (1980) skúmal účinnosť paradoxnej intencie pri rôznych agorafobikoch. Pri "multiple baseline design-e" s dvoma skupinami klientov sa ukázalo, že pomocou paradoxnej intencie bolo možné signifikantne lepšie dosiahnuť stanovené cieľové správanie ako s technikou *floodingu* (zaplavenia). (bližšie vid' Michelson & Ascher, 1987).

Michelson a kolegovia (1982, citované podľa Mavissakalian et al., 1983) porovnávali paradoxnú intenciu a tréningom výrokov o sebe (SST) pri 25 ťažkých chronických agorafobikoch. Všetky osoby dostali dvanásť 90-minútových sedení raz za týždeň počas troch mesiacov, ako aj návody na praktické cvičenia. Oba spôsoby terapie ukázali výrazné zvýšenie vo všetkých meraných premenných, v štatisticky aj klinicky relevantnej miere. Navyše boli pozorované špecifické časové efekty oboch spôsobov terapie: paradoxná intencia ukazovala vyšší účinok počas terapie, zatiaľ čo SST tieto efekty dobehol počas šesťmesačnej *follow-up* fázy.

Michelson a kolegovia (1985, 1988) skúmali u agorafobikov rolu sebou riadeného vystavenia sa nepríjemnému podnetu (self-directed exposure, SDE) pri rôznych terapiách (kognitívnej, behaviorálnej a psycho-fyziologickej metóde terapie). 39 ťažkých chronických agorafobikov (diagnostikovaných podľa DSM-III) bolo náhodne priradených k jednej z terapeutických premenných, totiž paradoxnej intencii, postupnému vystavovaniu nepríjemnému podnetu (*graduated exposure*) a progresívnemu relaxačnému tréningu hlbokých svalov (*progressive deep-muscle relaxation training*). Terapia spočívala v dvanástich dvojhodinových sedeniach raz za týždeň. Pritom dostali všetky osoby ešte dodatočne návody k praktickým cvičeniam. Správanie sa pacientov ohľadom používania SDE techník, úzkosť *in vivo* a tiež trvanie a výskyt ďalších okolností boli zaznamenané formou behaviorálneho denníka. Tieto záznamy boli vyhodnotené v rámci skupín a potom v porovnaní medzi všetkými skupinami. Medzi skupinami sa ukázali odlišné časové vzorce: postupné vystavovanie a relaxačný tréning sa ukázali ako veľmi účinné a rýchle metódy terapie na zosilnenie použitia SDE, predovšetkým s ohľadom na dodržiavanie inštrukcií (*compliance*) a redukciu úzkosti. Postupné vystavovanie sa javilo ako majúce predovšetkým diferencujúce efekty na pociťovaný stav (meraný na *Subject Units of Discomfort Scale*, SUDS), naproti tomu sa javilo, že relaxačný tréning má silnejší vplyv na cvičenia správania, bezprostredne nasledované poklesom úzkosti *in vivo*. Paradoxná intencia bola signifikantne pomalšia a menej účinná v efekte na SDE.

Ascher, Schotte, David a Grayson (1986) skúmali u 15 agorafobikov, diagnostikovaných podľa DSM-III (13 žien a 2 mužov vo veku od 22 do 61 rokov), ktorí trpeli silným obmedzeniami cestovania, účinnosť paradoxnej intencie, rozšírenej paradoxnej intencie (s kognitívnymi stratégiami podľa Ellisa a Becka) a čisto kognitívnych stratégií.

Ďalšie štúdie k paradoxnej intencii s viac ako jednou skúmanou skupinou je možné nájsť u Espieho (1992), Mehrotru a kolegov (1992), Bootzina (1992), Michelsona a kolegov (1990) a taktiež metaanalýzu 43 štúdií k paradoxnej intencii u Morina (1991).

Prípadové štúdie k paradoxnej intencii sú mnohé. Napríklad môžeme uviesť Frankla (1982a, str. 180 a nasl.), Benedikta (1968, str. 30-52; str. 53 a nasl.), Blankenburga (1990, str. 45 a nasl.) a Längleho (1987, 1988).

7. Literatúra

- Ascher, L.M. (1980). Paradoxical Intention [Paradoxná intencia]. In: A. Goldstein & E.B. Foa (Eds.), *Handbook of Behavioural Interventions: A Clinical Guide*. New York: Wiley.
- Ascher, L.M. (1981). Employing Paradoxical Intention in the Treatment of Agoraphobia [Využitie paradoxnej intencie pri terapii agorafóbie]. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 6, 533-542.
- Ascher L.M. (1985). Die Paradoxe Intention aus der Sicht des Verhaltenstherapeuten [Paradoxná intencia z pohľadu behaviorálneho terapeuta]. In: Längle A. (Hrsg.) *Wege zum Sinn. Logotherapie als Orientierungshilfe*. München: Piper, 130-141.
- Ascher, L.M. (1989a). Paradoxical Intention and Recursive Anxiety [Paradoxná intencia a rekurzívna úzkosť]. In: Ascher, L.M. (Ed.), *Therapeutic Paradox*. New York: Guilford Press.
- Ascher, L.M. (1989b). Paradoxical Intention: Its clarification and the Emergence as a Conventional Behavioural Procedure [Paradoxná intencia: Jej objasnenie a jej objavenie sa ako konvenčnej behaviorálnej metódy]. *The Behaviour Therapist*, 12, 23-28.
- Ascher, L.M., Bowers, M. & Schotte, D.E. (1985a). Empirical Issues in Paradox [Empirické problémy v paradoxe]. In: G.R. Weeks (Ed.), *Promoting Change through Paradoxical Therapy (Revised)*. New York: Brunner/Mazel.
- Ascher, L.M., Bowers, M.R. & Schotte, D.E (1985b). A Review of Data from Controlled Case Studies and Experiments Evaluating the Clinical Efficacy of Paradoxical Intention [Prehľad dát zo štúdií kontrolovaných prípadov a experimentov vyhodnocujúci klinickú účinnosť paradoxnej intencie]. In: G.R. Weeks (Ed.), *Promoting Change Through Paradoxical Therapy*. Homewood: Dow Jones-Irwin.
- Ascher, L.M. & DiTomasso, R.A. (1985). Paradoxical Intention in Behaviour Therapy: A Review of the Experimental Literature [Paradoxná intencia v behaviorálnej terapii: Prehľad experimentálnej literatúry]. In: R.M. Turner & L.M. Ascher (Eds.), *Evaluating Behaviour Therapy*. New York: Springer.
- Ascher, L.M. & Efran, J.S. (1978). The Use of Paradoxical Intention in an Behavioural Program for Sleep Onset Insomnia [Využitie paradoxnej intencie v behaviorálnom programe pre insomniu pri zaspávaní]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 8, 547-550.
- Ascher, L.M., Schotte, M., David, E. & Grayson, J.B. (1986). Enhancing Effectiveness of Paradoxical Intention in Treating Restriction in Agoraphobia [Zvyšovanie efektivity paradoxnej intencie v liečení obmedzení agorafóbie]. *Behavioural Therapy*, 17, 2, 124-130.
- Ascher, L.M. & Turner, R.M. (1970). A Comparison of Two Methods for the Administration of Paradoxical Intention [Porovnanie dvoch metód pre administrovanie paradoxnej intencie]. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 2, 408-411.
- Ascher, L.M. & Turner, R.M. (1979a). Paradoxical Intention and Insomnia: An Experimental Investigation [Paradoxná intencia a insomnie: Experimentálny výskum]. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 4, 408-411.
- Ascher, L.M. & Turner, R.M. (1979b). Controlled Comparison of Progressive Relaxation, Stimulus Control, and Paradoxical Intention Therapies for Insomnia [Kontrolované porovnanie progresívnej relaxácie, kontroly stimulov a paradoxnej intencie ako terapií pri insomnii]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 3, 500-508.
- Barlow D.H. (2002). *Anxiety and its disorders [Úzkosť a úzkostné poruchy]*. New York: Guilford, 2nd ed.
- Benedikt, F.M. (1968). *Zur Therapie angst- und zwangsneurotischer Symptome mit Hilfe der "Paradoxen Intention" und "Dereflexion" nach V. E. Frankl [K terapii symptómov úzkostných a nutkaných neuróz pomocou „paradoxnej intencie“ a „dereflexie“ podľa V. E. Frankla]*. Unveröff. Diss. Univ. München.
- Blankenburg, W. (1990). Zur Therapie Zwangskranker [K terapii pacientov s nutkavými poruchami]. In: Th. R. Payk (Hrsg.), *Psychiatrische Therapie* (39-53). Stuttgart: Schattauer.
- Bootzin, R.R. (1992). Nonpharmacologic Treatments of Insomnia [Nefarmakologické terapie pri nespavosti]. Roundtable Conference: Low-dose Benzodiazepien Therapy in the Reatment of Insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 6, 37-41.
- De Borg, J.B. (1989). Paradoxical Interventions: A Review of the Recent Literature [Paradoxné intervencie: Prehľad novej literatúry]. *Journal of Counseling and Development*, 67, 7, 394-398.
- Dattilio, F.M. (1987). The Use of Paradoxical Intention in the Treatment of Panic Attacks [Využitie paradoxnej intencie v terapii panických atakov]. *Journal of Counselling and Development*, 66, 2, 102-103.

- Espie, C.A. (1992). *A Controlled Comparative Investigation of Psychological Treatments for Chronic Sleep-Onset Insomnia [Kontrolovaný komparatívny výskum psychologických terapií chronickej insomnie pri zaspávaní]*. Dissertation.
- Frankl V.E. [(1939)1987]. *Logotherapie und Existenzanalyse – Texte aus fünf Jahrzehnten [Logoterapia a existenciálna analýza – Texty z piatich desaťročí]*. München: Piper, 47-56
- Frankl V.E. [1956] (2007). *Theorie und Therapie der Neurosen [Teória a terapia neuróz]*. München: Reinhardt (Uni-TB 457), 1956-2007 (9. Aufl.)
- Frankl V.E. (1959). Grundriß der Existenzanalyse [Základy existenciálnej analýzy]. In: Frankl V.E., v. Gebattel V.,Schultz J.H. (Hrsg.) *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. München, Berlin: Urban & Schwarzenberg, 655-732.
- Frankl V.E. (1982a). *Ärztliche Seelsorge [Lekárska starostlivosť o dušu – vyšlo v češtine ako Lékařská péče o duši]*. Wien: Deuticke.
- Frankl, V.E. (1982b). *Die Psychotherapie in der Praxis [Psychoterapia v praxi]*. München: Piper. (Erstausgabe 1947.).
- Frankl V.E. (1994). *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten [Logoterapia a existenciálna analýza – Texty zo šiestich desaťročí]*. München: Quintessenz (früher Piper).
- Froggio G. (1990). L'intenzione paradossa. Analisi dei principi, indicazioni e risultati terapeutici [Paradoxná intencia. Analýza princípov, indikácií a terapeutických výsledkov]. In: *Orientamenti Pedagogici* 37, 6, 1290-1318.
- Gebattel v.E. (1968). *Imago Hominis. Beiträge zu einer personalen Anthropologie [Imago Hominis. Príspevok k osobnej antropológii]*. Salzburg: Otto Müller.
- Heidegger M. (1979). *Sein und Zeit [Bytie a čas]*. Tübingen: Niemeyer.
- Kim, R.A.. Poling, J. & Ascher, L.M. (1991). An Introduction to Research on the Clinical Efficacy of Paradoxical Therapy [Úvod do výskumu klinickej účinnosti paradoxnej terapie]. In: G.R. Weeks (Ed.), *Promoting Change through Paradoxical Therapy (Revised)*. New York: Brunner/Maazel.
- Kierkegaard S. (1960). *Werke, Bd. 1: Der Begriff Angst [Dielo, zv. 1: Pojem úzkosti]*. Reinbek: Rowohlts Klassiker
- Klein D. (Ed.) (1987). *Anxiety [Úzkosť]*. Basel: Karger
- Längle, A. (1988). Befreiung zum Sein [Oslobodenie k bytiu]. In: A. Längle (Hrsg.), *Entscheidung zum Sein* (68-82). München: Piper.
- Längle A. (1993). Personale EA [Osobná existenciálna analýza]. In: Längle A. (Hrsg.) *Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge*. Wien: GLE-Tagungsbericht, 133-160.
- Längle A. (1994). Personale Positionsfindung [Osobné hľadanie pozície]. In: *Bulletin der GLE* 11, 3, 6-21.
- Längle A (1997). Die Angst als existentielles Phänomen. Ein existenzanalytischer Zugang zu Verständnis und Therapie von Ängsten [Úzkosť ako existenciálny fenomén. Existenciálne-analytický prístup k pochopeniu a terapii úzkostí]. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und Psychologie* 47, 227-233.
- Längle A. (2000) (Hrsg.). *Praxis der Personalen Existenzanalyse [Prax osobnej existenciálnej analýzy]*. Wien: Facultas
- Längle A (2003). Im Bann der Angst. Das versteckte Wirkprinzip der Paradoxen Intention von V. Frankl [V moci úzkosti. Skrytý spôsob fungovania paradoxnej intencie V. E. Frankla]. In: *Existenzanalyse* 20, 2, 4-11.
- Mahoney, M.J. (1986). Paradoxical Intention, Symptom Prescription, and Principles of Therapeutic Change [Paradoxná intencia, predpisovanie symptómov a princípy terapeutической zmeny]. *Counselling Psychologist*, 14, 2, 283-290.
- Mandel, H.P. & Cooper, I.J. (1980). Paradoxical Intention and Hypnosis in Brief Psychotherapy: A Case Report [Paradoxná intencia a hypnóza v krátkej psychoterapii]. *Ontario Psychologist*, 12, 1, 6-12.
- Mavissakalian, M. et al. (1983). Cognitive Behavioural Treatment of Agoraphobia: Paradoxical Intention vs. Self-Statement Training [Kognitívno-behaviorálna terapia agorafóbie: Paradoxná intencia vs. tréning výrokov o sebe]. *Behavioural Research and Therapy*, 21, 1, 75-86.
- Mehrotra, S., Kumaraiah, V. & Mishra, H. (1992). Management and Insomnia [Manažment a insomnia]. *NIMHANS Journal*, 10, 2, 107-110.
- Michelson, L. & Ascher, L.M. (1984). Paradoxical Intention in the Treatment of Agoraphobia and Other Anxiety Disorders [Paradoxná intencia v terapii agorafóbie a iných úzkostných porúch]. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 3, 215-220.
- Michelson, L. & Ascher, L.M. (1987) (Eds.) *Anxiety and Stress Disorders. Cognitive-Behavioural Assessment and Treatment [Úzkostné a stresové poruchy. Kognitívno-behaviorálne posúdenie a terapia]*. New York: Guilford Press.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. & Marchione, K. (1985). Cognitive and Behavioural Treatments of Agoraphobia; Clinical, Behavioural, and Psychophysiological Outcomes [Kognitívne a behaviorálne terapie agorafóbie: Klinické, behaviorálne a psychofyziologické výsledky]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 6, 913-925.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. & Marchione, K. (1988). Cognitive, Behavioural, and Psychophysiological Treatments of Agoraphobia: A Comparative Outcome Investigation [Kognitívne, behaviorálne a psychofyziologické terapie agorafóbie: Komparatívny výskum výsledkov]. *Behavioural Therapy*, 19, 2, 97-120.
- Michelson, L., Mavissakalian, M.R., Marchione, K., Ulrich, R.F. et al. (1990). Psychophysiological Outcome of Cognitive, Behavioural and Psychophysiological-Based Treatments of Agoraphobia [Psychofyziologický

- výsledok terapie agorafóbie založenej na kongnitívnom, behaviorálnom a psychofyziologickom prístupe]. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 2, 127-139.
- Morelli, G. (1978). Paradoxical Intention: A Case Study of an Effective Method of Treating Alcoholism and Drug Abuse [Paradoxná intencia: Prípadová štúdia efektívnej metódy na terapiu abúzu alkoholu a drog]. *Psychology*, 15, 1, 57-59.
- Morin, Ch. (1991). Perspectives Cognitivo-comportementales dans le Traitment de l'Insomnie Chronique [Kognitívno-behaviorálne perspektívy v terapii chronickej insomnie]. *Science et Comportement*, 21, 4, 273-290.
- Noyes R., Hoehn-Saric R. (1998). *The anxiety disorders [Úzkostné poruchy]*. New York : Cambridge Univ. Press
- Rellinger, H., Bornstein, P.H. & Mungas, D.M. (1978). Treatment of Insomnia by Paradoxical Intention: A Time-Series Analysis [Terapia insomnie paradoxnou intenciou: Analýza časových sérií]. *Behaviour Therapy*, 9, 5, 955-959.
- Turner, R.M. & Ascher, L.M. (1979). Controlled Comparison of Progressive Relaxation, Stimulus Control, and Paradoxical Intention Therapies for Insomnia [Kontrolované porovnanie terapie insomnie progresívnou relaxáciou, kontrolou stimulov a paradoxnou intenciou]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 500-508.
- Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D. D. (1982). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien [Ludská komunikácia. Formy, poruchy, paradoxy]*. Bern: Huber, 6. Auflage.
- Yager, E.K. (1988). Treating Agoraphobia with Hypnosis, Subliminal Therapy, and Paradoxical Intention [Terapia agorafóbie hypnózou, subliminálnou terapiou a paradoxnou intenciou]. *Medical Hypnoanalysis Journal*, 3, 4, 156-160.