

Dlabačová, Eva

Anxiosita jako syndrom exhaustivní neurózy

Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. B, Řada filozofická.
1964, vol. 13, iss. B11, pp. [41]-46

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/107295>

Access Date: 21. 02. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

EVA DLABAČOVÁ

ANXIOSITA JAKO SYNDROM EXHAUSTIVNÍ
NEURÓZY

Vztah mezi anxiositou a exhaustivní neurózou

V etiopatogeneze neuróz je exhausce řazena obecně na druhé místo za nejčastější patogenní faktor — konflikt. Převažuje-li výrazně jako etiopatogenní činitel exhausce, ať již psychická nebo somatická, hovoříme o exhaustivní neuróze. Nazýváme tak stavy, které vznikají u některých pracovníků při delší intenzivní a odpovědné činnosti. Vznikají při nedostatku spánku, rekreace, duševního uvolnění.⁶ Při posuzování pracovní schopnosti u exhaustivních neuróz se bere zřetel především na somatický stav pacientů. Tělesné obtíže (úbytek na váze, nechutenství, poruchy zažívání, různé tremory, parestesie, zvýšená únavnost, sexuální poruchy, nespavost, bolesti hlavy, pocity tlaku především v srdeční krajině, závratě, zvýšená potivost aj.) v klinickém obrazu často překryjí psychické symptomy, protože pacienti o svých duševních obtížích hovoří teprve na druhém místě, při podrobnějších dotazech. Z psychických symptomů u exhaustivních neuros bývá často popisována neschopnost koncentrace pozornosti na práci, poruchy paměti, pocity nejistoty a neschopnosti zvládnout úkoly, ztráta zájmu, nerozhodnost při řešení závažných problémů, přecitlivělost, životní pesimismus. Často se u exhaustivních neuróz setkáváme s anxiosním syndromem.

Anxiosní syndrom je tvořen jednak zážitkovými jevy, které mají charakter nepřijemných pocitů podobných strachu (je obtížné je definovat), a jednak extracerebrálními jevy představujícími celou škálu různých vegetativních symptomů. Vnější projevy úzkosti jsou rozdílné především podle toho, zda jde o úzkostný záchvat (který obvykle provází tachykardie, pocity duševní, křečovitě svírání u srdce, pocení), nebo o chronické anxiosní ladění, jehož projevy jsou většinou méně výrazné a mohou se při dlouhém trvání projevovat jako povahové změny nebo vegetativní obtíže ve formě charakteristických bolestí, tlaků, „srdečních úzkostí“ a podobně.

Teoretické vysvětlení vzniku anxiety i definice pojmu jsou velmi nejednotné. Řada autorů hovoří o úzkosti pouze v souvislosti se smrtelným ohrožením člověka (Giljarovskij), jiní považují úzkost za synonymum strachu nebo za jednu z forem strachu (Schipkovenskij, Pietrowski, Svjadošč). Většinou se však anxiosita chápe jako svérázný citový stav, podobný strachu, který prožíváme jako ohrožení některé důležité hodnoty. Ohrožení však není blíže určeno časem, neznáme jeho formu, nedovedeme si často představit jeho následky ani způsob, jakým mu čelit. Zážitky, které odpovídají těmto kritériím, vyskytují se tedy často u exhaustivních neuróz.

P r o b l é m

Je otázkou, zda se kromě exhauce vyskytují ještě další činitele, kterými bychom mohli vysvětlit anxiousní symptomatologii. V této souvislosti vzniká otázka, zda se některá základní anamnestická data opakují u více pacientů v našem výběru tak, abychom jimi mohli vysvětlovat vznik anxiousního syndromu u exhaustivní neurózy. Na obě otázky hledá tato studie odpověď.

M e t o d i c k ý p o s t u p

Vyšetřila jsem podrobněji dvacet pacientů s diagnózou exhaustivní neuróza, u kterých byla v popředí symptomatologie anxiousita. (Vyšetření pacienti byli hospitalizováni na přijímacím oddělení SPL Kroměříž).

Srovnali jsme některá získaná data s údaji kontrolní skupiny patnácti pacientů s různými typy neurotického onemocnění, kteří anxiousitu neudávali a u kterých exhaustivní faktory nebyly rozhodující v etiologii neurózy. Pro nedostatek materiálu nebylo možné vytvořit kontrolní skupinu pacientů s exhaustivní neurózou bez anxiousního syndromu.

Hlavní použitou metodou byla řízená explorační. Dotazníku Taylorové jsem použila pouze pro doplnění vyšetření, abych si ověřila korelaci mezi subjektivně hodnocenou intenzitou anxiety ve výpovědích pacientů a dosaženým score testu. Průměrné score bylo u dvaceti pacientů 23,4 bodu, což tedy odpovídá přítomnosti anxiety.

U kontrolní skupiny neurotiků bez úzkosti bylo průměrné score 20,2, tedy také v oblasti 19—30 bodů, která má být kritická pro anxiousní stavy. Vysvětlujeme to poněkud jednostranným zaměřením MAS na zjišťování především vegetativních projevů úzkosti (asi 42 vět z 50), které ovšem jsou podobné i u jiných druhů neuróz. Potvrzuje to ostatně náš celkový dojem z práce s tímto dotazníkem, že dostatečně nediferencuje obecné neurotické obtíže od anxiousního syndromu. Odpovídá tomu také zjištěná vysoká korelace MAS s Knoblochovým zkráceným dotazníkem neurotických obtíží, jak ji uvádí Horáčková.⁴

U anxiousních pacientů jsem dále vyšetřila intelekt pomocí Ravenovy metody. V 16 případech bylo IQ vyšší než sto, maximální 118, minimální 92.

Řízený rozhovor byl orientován těmito základními směry:

1. na získání anamnestických dat,
2. na objasnění exhaustivních faktorů,
3. na zjištění, zda se na vzniku neurózy podílely další patologické činitele,
4. na zjištění některých charakteristických vlastností v osobnostní struktuře našich pacientů.

P ř e h l e d z j i š t ě n ý c h d a t

V anamnestických údajích nebyly zjištěny žádné významnější faktory, které by se častěji opakovaly a mohly být proto považovány za příčinu anxiousní symptomatologie. Určitý vztah k zaměstnání pacientů a tedy i k vzniku jejich exhauce, mělo povolání, které si pacient zvolil podle povolání svého otce. Ně-

kolik pacientů si totiž zvolilo povolání svého otce na jeho přání. Setrvali v něm, i když potom na práci, ke které neměli předpoklady, nestačili a nelíbila se jim. (Viz případ 1.)

Základní školní vzdělání našich pacientů bylo ve všech případech ukončené. V pěti případech z dvaceti měli pacienti maturitu a skoro dvě třetiny vyšetřených pacientů si mimo základní vzdělání zvýšili kvalifikaci kursem nebo večerně studují při zaměstnání (dva případy). Kromě tří jsou vyšetření pacienti otcové rodin, většinou ženatí již několik let. Jedním z pathogenních faktorů, který mohl být společným činitelem jak v etiologii exhaustivní neurosy, tak její anxiousní symptomatologie, bylo v několika případech nastoupení manželky pacienta do zaměstnání. Pacientovi tím totiž obvykle přibyla další práce v domácnosti, což jistě mohlo podpořit vznik exhauce.

Druhým okruhem dotazů, na který jsem se v exploraci zaměřila, byly otázky týkající se zaměstnání pacientů.

V našem výběru pouze jeden pacient pracoval jako zemědělský dělník, ostatní pracují v různých závodech, na montážích nebo stavbách, většinou na vedoucích místech. Dva pacienti mají vysokoškolské vzdělání a pracují jako učitelé na devítiletkách. U pacientů s exhaustivní neurosou s anxiousním syndromem bychom však obvykle zbytečně hledali nějaký konkrétní konflikt na pracovišti, jak se s ním většinou setkáváme v etiologii jiných forem neuróz. Také pojem exhauce byl v těchto případech poněkud jiný, než jak jej chápe posudkový lékař. Obvykle totiž pacienti nebyli přímo přepracovaní velkým množstvím konkrétní práce. Naopak, pracovní náplň byla často u těchto lidí nepravidelná, velmi rozmanitá a kladla spíš nároky na organizační schopnosti, na jistou duševní pohotovost, schopnost správného logického myšlení, na koncentraci pozornosti a dále na určitou úroveň vědomostí. Vyšetřovaní pacienti byli často nuceni řešit v práci různé problémy svých spolupracovníků, např. jako funkcionáři, nebo pracovat v nárazových pracích, často i mimo svou pracovní dobu, aby např. zboží bylo odesláno v termínu.

V pracovní nejistotě a nepravidelnosti (vyžadující rychlou adaptaci) můžeme tedy hledat společný faktor vzniku anxiousní symptomatiky i exhaustivní neurozy. Pacienti totiž často sami upozorňovali na podobnost stavů úzkosti, které se dostávají někdy zcela neočekávaně, např. ráno nebo při odpočinku s pocity strachu, který prožívali často na pracovišti v souvislosti např. s vědomím odpovědnosti za plnění plánu nebo se strachem o zvládnutí rozsáhlé učební látky předepsané osnovami u učitelů, dále s obavami, zda jejich schopnosti stačí na zastání odpovědné funkce, na vyřešení složitějšího úkolu.

Vznik anxiosity bychom tedy zde mohli chápat jako fixovaný emoční zážitek, související s exhaucí, podobný strachu, který však na rozdíl od něho vzniká za daleko méně konkrétních podmínek. Pacienti často nedomyšlejí následky nesplnění úkolů, nevědí, jak by se případně mohla odhalit jejich neschopnost. Přes sebekratší termín věří, že práci včas odevzdají, myslí si např., že musí vyřešit i jakkoliv složitý případ v rámci své funkce. Je tu však v oblasti zážitkové jakýsi nepříjemný, do podvědomí potlačený pocit, že by něco mohlo narušit pravidelný chod pracovního procesu, že by nepředvídané okolnosti mohly znemožnit dodržení závazků. Často tento pocit navazuje na nějakou nepříjemnou, nyní však již zapomenutou zkušenost. Exhauce a jeden její syndrom anxiosita uzavírají tak někdy pacienta do bludného kruhu. Pracovník přetížený nějakou formou v zaměstnání současně prožívá anxiousní stav, které ovšem zase zvyšují napětí, vedou

k nespokojenosti s vlastní prací i k sekundární konkretizaci obav a tedy k faktorům, které opět zvyšují exhaustci.

Kromě exhaustce vyskytly se v etiopatogeneze některých pacientů další psychogenní podněty, náhodně koincidující, kterými se obraz neurozy rozvinul. Takovým podnětem byla např. hádka s nadřízenými v zaměstnání, u jiných pacientů problémy finanční nebo problémy související s výchovou dětí. S manželskými konflikty jsem se však u vyšetřených pacientů nesetkávala často. V deseti případech pacienti sdělili, že jejich manželství je harmonické, že nemají příčinu k nespokojenosti v tomto směru. V kontrolní skupině neurotiků byly naopak matrimoniální konflikty hlavním patogenním činitelem ve většině případů.

Pokusíme-li se nějak shrnout charakteristické povahové vlastnosti, které jsem u vyšetřených pacientů častěji pozorovala, je nápadná především malá sebe-důvěra pacientů, nevyrovnanost v hodnocení vlastních schopností, sklon k sebe-podceňování. Na druhé straně však u těchto pacientů téměř vždy nacházíme značnou ctižádnost, kterou často překompenzují svoje komplexy.

Typově inklinují tito pacienti spíše k introvertnímu typu. Převaha introverse však není jednoznačná. Zvýšenou vnímavost pro emoční podněty, citovost, sklon k jednání motivovanému především emocí, našli jsme rovněž asi u jedné třetiny pacientů.

Zdá se, že osobnostní struktura má velký vliv na vznik určité neurotické symptomatologie.

Průběh onemocnění, jak jej pacienti popisovali, byl velmi individuální. Anxiosita se obvykle vyvíjela již v počátcích choroby. Většinou pacienti popisují různé intenzivní záchvaty úzkosti, který se zvláště svými vnějšími projevy podobal záchvatu srdečnímu. V několika případech byl tento záchvat prvním příznakem choroby a předcházel i typické symptomy exhaustivní neurozy. V prvních stadiích se pacienti obvykle pokoušeli vyrovnat s obtížemi sami, teprve když vedle nepříjemných psychických zážitků začaly se výrazně projevovat vegetativní symptomy, vyhledali odbornou lékařskou pomoc.

U k á z k a k a z u i s t i k

Případ 1.

Pacient B. F., nar. 1922, pekař. Základní školní vzdělání, prospěch ve škole měl velmi dobrý. Otec pacienta měl pekárnu a přál si, aby se syn vyučil v jeho závodě. Pacient chtěl studovat stavební průmyslovku, poslechl však otce a zůstal doma jako pekař. V roce 1951 začal pracovat v pekárně Jednoty, kde nyní pracuje jako vedoucí provozu. V práci není spokojen, i když nemá na pracovišti žádné větší konflikty. Uvažuje stále o změně zaměstnání, ale nemá odvalu odejít z vedoucí funkce. Uvědomuje si, že pro svůj nezájem neplní pracovní povinnosti tak, jak by to provoz velké pekárny vyžadoval. Obtíže, se kterými se pacient léčí, začaly asi před pěti léty. Nejprve to byly různé nepříjemné pocity napětí a nejistoty, že nedělá dobře svou práci, ke kterým se připojily bolesti hlavy a nespavost. Celkový stav se zhoršil zvláště po úmrtí matky. Diagnóza při tehdejší hospitalizaci na neurologickém oddělení byla neurastenický syndrom. V posledních dvou měsících má pacient opět řadu obtíží (bolesti hlavy, nechutenství — poklesl na váze o tři kila), nejvíce si však stěžuje na nepříjemné pocity strachu, který nedovede blíž vysvětlit a o kterém hovoří jako o úzkosti. Tyto slavy jsou velmi intenzivní zvláště ráno, při probuzení. Často se stává, že pacient odchází do práce unavený, s různými obavami, které si někdy konkretizuje jako obavy o správné zajištění práce nebo strach z prověrky, kontroly a podobně.

Hlavní příčinou choroby je v tomto případě nezájem až odpor k zaměstnání, které si pacient sám nevybral. Z tohoto nezájmu se mohou vytvářet různé situace, které zapříčiňují exhaustci a také anxiosní symptomatologii.

Případ 2.

Pacient M. J., nar. 1920, plánovač. Pacient je ženatý, manželství je harmonické, manželka pracuje a pacient se proto musí převážně sám starat o výchovu tří dětí. Obtíže související s výchovou dětí pacient uvádí také jako jeden z momentů, které se účastnily na vzniku jeho choroby. Hlavním činitelem v patogeneze onemocnění tohoto pacienta je však situace v zaměstnání. Pacient pracuje ve velkém podniku jako plánovač a ve své funkci musí velmi často řešit různé konflikty s pracovníky při přešetřování napláňovaného materiálu a jeho potřeby. Většina úkolů přichází nárazově a pacient je musí zvládnout v krátkých časových termínech. Jako člen KSC má ještě různé stranické úkoly. Povahově patří pacient k introvertnímu typu, nedovede se o svých problémech s nikým poradit. Přes určitou cizířnost nedovede vždy důsledně prosadit svoje názory. Již od školních let trpí trémou při veřejných vystoupeních.

Pocity úzkosti s charakteristickým vegetativním doprovodem mívá většinou v zaměstnání, po prvé se úzkost dostavila v podobě náhlého záchvatu při pracovním poradě. Obtíže pacienta se zhoršovaly a připojily se další symptomy exhauscie (zvýšená únavnost, silné pocení, pocity slabosti), pacient byl stále v depresivní náladě, plačtivý, apatický, musel být proto po jednom z úzkostných záchvatů převezen přímo ze závodu na psychiatrické oddělení, neboť zde bylo také nebezpečí suicidia. Po krátké hospitalizaci se stav pacienta zlepšil, především se osvědčilo kauzální psychoterapie, která probíhala ve formě krátkých besed s pacientem. Pacientovi byly objasněny některé otázky týkající se hygieny duševní práce a významu aktivního odpočinku.

Případ 3.

Pacient B. R., nar. 1904, má základní školní vzdělání a roční kurs závodní školy práce, ženatý. Pracuje jako mistr v elektrárně 23 let. Je na pracovišti velmi spokojený. Jako dlouholetý člen strany zastával několik funkcí. Má celou řadu zájmů (kuželky, vodní sporty, rybářství). V manželství je pacient spokojený. Neměli děti, proto vychovali synovce, jehož otec padl ve válce.

V psychiatrické léčbě byl pacient hospitalizován s diagnózou exhaustivní neuróza s výrazným anxiousním syndromem. Jeho obtíže začaly náhle záchvatem. Po návratu ze zaměstnání při přecházení místnosti začalo pacientovi hučet v uších, několik minut trval nepříjemný pocit stažení v srdeční krajině. Pacient říká, že pociťoval blízkost nějakého nebezpečí, bál se, že je doma sám. Druhý den měl podobný nepříjemný pocit při cestě do zaměstnání. V práci se cítil stísněný, neustále něčím ohrožený, nemohl se na práci soustředit. Měl stále strach, že se pocit úzkosti znovu dostaví. Po třech dnech byl doporučen závodním lékařem k hospitalizaci.

Obtíže pacientovy souvisely především s jeho přetížením administrativní prací, ke které má pacient negativní stanovisko, ale kterou musel vykonávat v rámci své funkce předsedy závodního výboru ROH. Poslední dva měsíce byl sice zbaven funkce předsedy, ale zůstal dále v závodním výboru jako bytový referent. V této funkci mu ovšem nebylo práce, naopak přistoupila celá řada konfliktů v souvislosti s rozdělováním bytů.

Typově bychom pacienta mohli řadit k silnému, nevyrovnanému typu. Pacient je velmi společenský, veselý, dobrý organizátor. Je také dosti ctižádostivý, měl vždy zájem na tom, aby mu nikdo nemohl vytknout žádnou chybu jak v práci, tak v úkolech vyplývajících z jeho funkce.

Případ 4.

Pacient H. J., nar. 1914. Základní školní vzdělání a dvouletá strojní průmyslovka. Pracuje jako vedoucí expedice, ženatý.

Úzkostné stavy se objevily v souvislosti s pacientovými hypochondrickými obavami. Pocity úzkosti si uvědomil po prvé při záchvatu, o kterém se domníval, že je příznakem onemocnění srdce. Byl proto interně vyšetřen, ale nebylo zjištěno nic, co by svědčilo, že jde o chorobu srdeční. Pocity strachu a úzkosti se však stále častěji opakovaly, přidružila se zvýšená únavnost, nespavost, deprese. Úzkostné stavy popisuje pacient jako neobyčejně trýznivé, nedovede se před nimi nijak bránit.

V rodinném životě pacienta jsme nenašli žádné situace, které by mohly být významným činitelem v patogeneze obtíží. Manželka pacienta je velmi rozumná a potvrdila náš názor, že hlavní příčinou anxiousního syndromu i exhauscie je nerovnoměrné pracovní zatížení pacienta, který má velkou zodpovědnost jako vedoucí oddělení. Zvláště když se jedná o termínovanou dodávku, bývá pacient v práci i mimo pracovní dobu. Jako dobrý organizátor je neustále volený do řady funkcí, které mu zaberou většinu volného času. Pacient hodně

kouřil, nebyl řadu let na kontrolním vyšetření u lékaře. Manželka i přátelé jej několikrát varovali před následky exhauce. Manželka přiznává, že s ním několikrát hovořila o nebezpečí infarktu a poukázovala na případy v pacientově okolí. Po nepříjemných zážitcích při prvním záchvatu úzkostného napětí začal se tedy pacient zvýšeně pozorovat, což mělo za následek objevení dalších a dalších obtíží.

POZNÁMKY

- ¹ Brun R., *Allgemeine Neurosenlehre*, Basel, 1946. Die ängstliche Erwartung, str. 116—117.
- ² Frank de Castro, *Une théorie bifactorielle de l'anxiété*, Neuchatel 1958.
- ³ Diamant J., *K otázce navazování a zjišťování úzkosti*, Psychologické štúdie SAV III., str. 211—226, Bratislava 1961.
- ⁴ Horáčková E., *Měření úzkosti metodou Taylorové*, Čs. psychiatric LIV — 5 — 1958.
- ⁵ Hřebíček S., *Podíl exhauce a konfliktové situace v etiopatogenese neuros*, Acta universitatis Palackianae Olomucensis SUPPL. VI., str. 151.
- ⁶ Mac ek — V í t e k, *Neurosy, psychoneurosy a tzv. funkční nervové poruchy*, Stať v: K. Henner: *Speciální neurologie*, 2. vyd., Praha 1952.
- ⁷ S v j a d o š č, *Něvrozy i ich lečenie*, Moskva 1959.

DIE ANXIOSITÄT ALS SYNDROM DER EXHAUSTIVEN NEUROSE

Die exhausive Neurose mit dem anxiosen Syndrom war im Rahmen unserer Auswahl am häufigsten bei Patienten, die verantwortungsvollen Stellen vertraten und bei solchen, bei derer Beschäftigung es zu unregelmässigen Arbeitsbelastungen kam.

In vorliegender Studie haben wir uns der Frage gewidmet, ob es neben Exhaustion noch andere Faktoren gibt, durch die sich die anxiose Symptomatologie erklären liesse. Bei der Analyse der anamnestischen Daten konnten wir keine wichtigeren Faktoren finden, die sich häufiger wiederholt hätten und deswegen als Grund des anxiosen Syndroms bezeichnet werden könnten.

Gemeinsame pathogenen Faktoren der Exhaustion und der anxiosen Symptomatologie haben wir in den unaufgeklärten und oft ungenügend bewussten Befürchtungen der Patienten gefunden, irgendwelche berufliche Aufgabe aus bisher unbekanntan Gründen nicht erfüllen zu können. Ängstlichkeitsgefühle sind deshalb häufig bei den Wissenschaftlern, die zum Beispiel Berichte zu einem bestimmten Termin beenden müssen oder deren Arbeit eine schnelle Adaptation in Anbetracht sich häufig ändernder Arbeitsaufgaben anfordert.

Zu Beginn der Krankheit ist meist der Erlebnisteil des Syndroms wichtig. In Anbetracht zu den festgestellten pathogenen Faktoren kann die Beseitigung des anxiosen Syndroms auch ohne Unterbrechung der Anstellung des Patienten durch eine ambulante Behandlung, bei welcher sich eine kausale Psychotherapie mit einer Bestärkung des Selbstvertrauens bewahrt hat, erfolgreich sein.