

Panická porucha v partnerském vztahu

PhDr. Petra Kasalová¹, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.^{1,2,3}, MUDr. Jakub Vaněk¹, PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.¹,
PhDr. Michaela Holubová, Ph.D.^{1,4}, PhDr. Marta Zaťková, Ph.D.³, MUDr. Kamila Minaříková¹

¹Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc

²Katedra psychologie, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

³Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálních věd a zdravotnictva, Katedra psychologických věd, Slovensko

⁴Krajská nemocnice Liberec, Centrum psychiatrie, Liberec

Manželské neshody mohou být spojené s úzkostí u jednoho nebo obou partnerů. Nelze však přesně určit, jak se manželství podílí na vzniku a udržování těchto příznaků. Důležitost porozumění partnerským interakcím u pacientů s panickou poruchou nebo agorafobií je podporovaná řadou studií. Výsledky uvedené v tomto přehledu obecně naznačují, že partnerský vztah může ovlivňovat závažnost panické poruchy a agorafobie a naopak. Souvislost mezi panickou poruchou a vztahem mezi partnery je obousměrná: psychologické problémy nepříznivě ovlivňují vztahy a postoje partnera vůči pacientovi a významně ovlivňují jeho úzkost. Často je obtížné určit, co je příčinou, jaký je důsledek a kolik úzkosti se překrývá s partnerskými problémy. Zdá se také, že nedostatečná partnerská podpora souvisí se závažností panické poruchy a agorafobie, zatímco pozitivní sociální podpora může být pro pacienty prospěšná. Tyto výsledky zdůrazňují důležitost partnerů při pomoci lidem zotavit se z poruchy. Zdá se, že emoční vazba pacienta koreluje s výsledky psychoterapie. Intervence, které vedou k úpravám ve vztahu (např. odstranění vyhýbání se komunikaci), zlepšují výsledek léčby úzkostné poruchy. Naopak, pokud ve vztahu nedochází k rozvoji adaptivnějších vzorců, výsledky psychoterapie jsou horší. Život s někým, kdo trpí psychickou poruchou, může být pro příbuzné náročný, protože nemusí vědět, jak optimálně podporovat nebo reagovat na chování pacienta, a přitom nepodporovat udržování poruchy. Integrace partnerů do terapie, jakož i poskytnutí nástrojů (např. psychoedukace, psychoterapie pro partnera) k tomu, jak se vypořádat s příznaky poruchy, by mohla být prospěšná jak pro pacienta, tak pro partnera. Pro posouzení úrovně podpory by však bylo zapotřebí více studií zaměřených na to, který typ partnerské podpory je užitečný, a který naopak problémy udržuje.

Klíčová slova: nesoulad ve vztazích, panická porucha, agorafobie, manželství, párová terapie.

Panic disorder in partnership

Marital disagreements can be associated with anxiety in one or both partners. However, it is not possible to determine exactly how marriage contributes to the onset and maintenance of these symptoms. The importance of understanding partner interactions in patients with panic disorder or agoraphobia is supported by a number of studies. The results presented in this review generally suggest that a relationship may affect the severity of panic disorder and agoraphobia and vice versa. The relationship between panic disorder and the relationship between partners is bi-directional: psychological problems adversely affect the relationships and attitudes of the partner towards the patient and significantly affect his anxiety. It is often difficult to determine what is the cause, what is the consequence, and how much anxiety overlaps with the partner's problems. Insufficient partner support also seems to be related to the severity of panic disorder and agoraphobia, while positive social support can be beneficial for patients. These results emphasize the importance of partners in helping people recover from the disorder. The patient's emotional attachment seems to correlate with the results of psychotherapy. Interventions that lead to relationship adjustments (e.g. communication avoidance) improve the outcome of anxiety disorder treatment. Conversely, if the relationship does not develop more adaptive patterns, the results of psychotherapy are worse. Living with someone who suffers from a psychological problem can be challenging for relatives because they may not know how to optimally support or respond to the patient's behavior without supporting the maintenance of the disorder. Integrating partners into therapy as well as providing tools (psychoeducation,

partner psychotherapy) to deal with the symptoms of the disorder could benefit both the patient and the partner. However, in order to assess the level of support, more studies would be needed to determine which type of partnership support is useful and which in turn maintains the problems.

Key words: dissatisfaction in a relationship, panic disorder, agoraphobia, marriage, marital therapy.

Úvod

Panická porucha (PD) je charakterizována opakovanými záchvaty paniky a přetrvávajícími obavami ze záchvatu nebo jeho důsledků (1). Častou komorbidní poruchou je agorafobie, která se projevuje strachem pobývat na místech, kde v případě nevolnosti není možný únik. Jedná se zejména o dopravní prostředky, obchodní centra, veřejná místa, přeplněná místa, místa se shluky lidí či opuštění bezpečí domova. Jedinec s agorafobií trpí úzkostí z toho, že v místech nebo situacích, ve kterých se ocitne, může být útek obtížný nebo nemusí být k dispozici pomoc. Obavy z takových situací vedou k úplnému nebo částečnému vyhýbání se obávaným situacím (1). Intimní vztahy jsou významnou oblastí, ve které dospělí lidé projevují a zároveň zvládají svá osobní trápení. Nejdůležitějšími osobami, které pomáhají jedinci s panickou poruchou zabezpečit se a vyhnout se domnělému ohrožení, bývají především jejich partneři.

Vztahy, v nichž má jeden z dvojice panickou poruchu nebo agorafobii, jsou partnery vnímány jako méně uspokojivé (2–4). Jedním z možných důvodů je to, že manželské neshody úzce souvisí s úzkostí jednoho nebo obou partnerů (5). Nelze však přesně určit, jestli a jak se manželství podílí na vzniku a udržování těchto příznaků. Manželství představuje komplexní vztah složený z mnoha proměnných, ve kterém není snadné určit příčinu rozvoje případných psychických potíží. Účelem tohoto přehledového článku je

pochopit a utřídit souvislosti mezi panickou poruchou a vztahovou oblastí, které dále dělíme do následujících oblastí:

1. Jaké typické vzorce se objevují ve vztazích pacientů s panickou poruchou/agorafobií.
2. Jak kvalita partnerského vztahu ovlivňuje projevy panické poruchy/agorafobie.
3. Jaký má vliv panická porucha/agorafobie na partnerský vztah.
4. Jaký má vliv kvalita partnerského vztahu na léčbu panické poruchy/agorafobie.

Výsledky

Vztah mezi úzkostnými poruchami a partnerskými vztahy se dle výsledku mnohých studií zdá být obousměrný: psychické problémy negativně ovlivňují partnerský vztah a kvalita partnerského vztahu má naopak vliv na prožívanou úzkost (5–9). Partnerské vztahy a soužití s partnerem mohou být pro některé jedince natolik zatěžující, že se mohou podílet na spuštění panické poruchy anebo agorafobie (2). Také projevy panické poruchy a agorafobie mohou vyvolávat napětí mezi partnery a vést ke sporům a partnerskému nesouladu (10, 11). K rozvoji psychických problémů mohou přispět některé další problematické situace spojené s partnerským životem, jako je zjištění mimomanželského vztahu, problémy s dětmi, případně sexuální problémy (anorgasmie, impotence) (12, 13). Dopady panické poruchy a agorafobie na život v páru mají za následek především změny v životním stylu

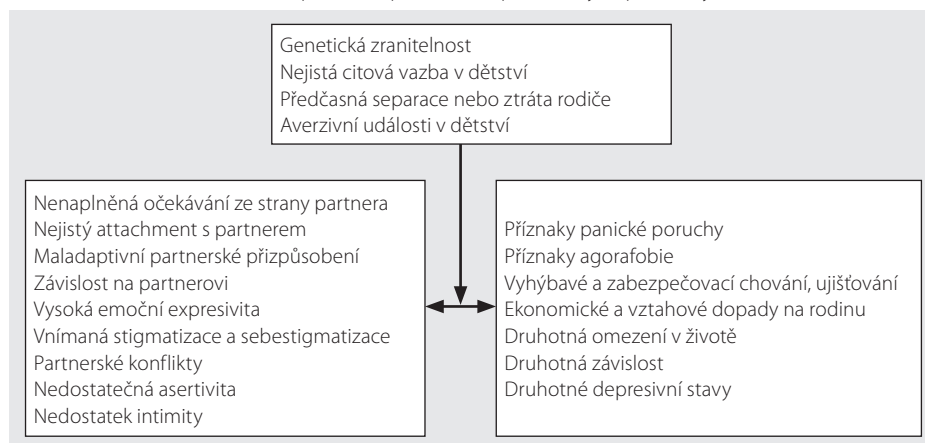
(např. omezení cestování, společně trávených chvil venku, v kině, na společenských akcích), rodinném a pracovním fungování (např. omezení schopnosti nebo nemožnost vykonávat práci v plném rozsahu) (11). Také institucionální řešení, jako je získání invalidního důchodu, významně ovlivňuje partnerské soužití. Důsledkem bývá například omezení rodinného rozpočtu, větší sociální izolace a podpora vyhybavého chování.

Nejistá vazba

Teorie attachmentu (vztahové vazby) se původně zabývala utvářením citových vazeb dětí s jejich pečovateli, jejich pocity bezpečí, jistoty a přijetí (14). Skrze zkušenosti s pečujícími osobami dítě postupně vytváří vnitřní „pracovní modely“ vztahu sebe s druhými lidmi (15). Tyto vztahové modely obsahují přesvědčení o tom, jak je jedinec hodný pozornosti, jak jsou druzí spolehliví, jak rozumí jejich chování a jak řídí své vlastní vztahování se k lidem. Obsahují také emoce spojované s mezilidskými zkušenostmi, jako je štěstí, strach či vztek. Pracovní modely pak fungují napříč životem jako vzorce (schémata), které pomáhají jedinci interpretovat a předvídat chování druhých (16, 17). Hazan & Shaver (18) jako první použili teorii vazby u dospělých a popsali připoutanost jako globálně fungující model, který pomáhá řídit chování v blízkých vztazích.

Dle výzkumů teorie připoutání jsou pacienti s panickou poruchou ve srovnání s kontrolní skupinou častěji odděleni od matky nebo obou rodičů (např. vlivem rozvodu nebo jiné ztráty) v raných fázích svého vývoje (19, 20). Panická porucha také byla častěji spojena se smrtí otce v dětství (21). Nejistá vazba v dětství je dalším předpokládaným rizikovým faktorem pro rozvoj úzkostných poruch. Bowlby (14) teoretizoval, že pokud rodiče reagují nekonzistentně nebo nedostatečně na dětské projevy tísně, vyvine se nejistá vazba, která později jedince disponuje k rozvoji úzkostné poruchy. Při porovnání s kontrolami byla panická porucha spojena s nejistým stylem a ambivalentním stylem vztahové vazby (17, 22, 23).

Tab. 1. Schéma interakce mezi panickou poruchou a partnerskými problémy



Newman a kol. (24) zkoumali, zdali se generalizovaná úzkostná porucha (GAD) a panická porucha liší ve vývojových etiologických faktorech oproti kontrolní skupině. Zaměřili se na tyto faktory: ztráta a odloučení od rodičů v dětství, přítomnost psychických poruch v dětství a druh citové vazby s matkou a otcem. Pacienti obou zkoumaných skupin se od kontrol lišili přítomností psychické poruchy v dětském věku a nejspíše mateřskou a otcovskou vazbou, která však byla častější u pacientů s GAD oproti pacientům s panickou poruchou. Ve výskytu rodičovské ztráty nebo odloučení nebyly mezi skupinami patrné rozdíly.

Nenaplněná očekávání a partnerství

Konflikty v partnerství jsou nejčastěji spojeny s nenaplněnými očekáváními a následným obviňováním partnera, že není schopen naplnit zejména vazbové potřeby z dětství. Děti, které si vytvořily dobrý vztah s matkou, která reagovala citlivě na jejich potřeby, jsou později schopny mentalizovat (rozumět sobě a ostatním) lépe než děti, jejichž matka byla úzkostná nebo depresivní (25). Nedostatek naplnění potřeb bezpečí, přijetí, uznání, vedení i bezpečných hranic, které nebyly v dětství z různých důvodů nasyceny, obvykle vede pacienta k nevědomému úsilí o jejich naplnění ve vztahu (26). Tyto potřeby mohou být natolik naléhavé a silné, že je partner nedokáže nasytit (27). V případě výskytu vnějšího stresu, se kterým jsou partneři čas od času konfrontováni, se snadno objeví vysoké interpersonální napětí nebo vztahové konflikty. Při dlouhodobém trvání takového napětí se tak pár nachází v situaci, kdy se zvyšuje pravděpodobnost jeho rozpadu (27, 28). Vnímání kvality vztahu páru pak ovlivňuje míru úzkosti u obou partnerů (29–31).

Závislost na partnerovi

K panické poruše a agorafobii patří též zabezpečování a vyhýbavé chování, které může významně ovlivnit manželské fungování paci-

entů (32). Lidé s panickou poruchou jsou často závislí na svých blízkých. V těžších případech musí být jedna z blízkých osob neustále přítomna, aby nemocnému pomáhala (31, 33). Partneři pacientů se často cítí omezení. Někdy je to však může uspokojovat, protože jim to dodává pocit vlastní hodnoty nebo dominance. Roli může hrát představa zdravého partnera, že pacient je na něm závislý, a tudíž jej neopustí. Oba partneři pak mohou pokládat takto dysfunkční vztah v podstatě za kvalitní (29). Jindy to však partneři, kteří jsou nuceni pečovat o partnera trpícího úzkostí, cítí jako významné omezení v jejich životě. Následně tak dochází ke konfliktům, které zhoršují záchvaty paniky nebo mohou vést k rozvoji sekundární deprese (34).

V případě agorafobie partner přebírá určité povinnosti a zodpovědnost za nemocného partnera, čímž mu, jak je přesvědčen, pomáhá, aby nemusel čelit obávaným situacím. Tímto chováním však posiluje partnerovo přesvědčení o jeho vlastní nekompetentnosti, a tak se partner stává udržovacím faktorem této úzkostné poruchy. Neuvedomuje si, že takto posiluje jeho či její představu o „nekompetentnosti“ a vytváří tak udržovací faktory poruchy (např. manžel omlouvá ženu za nechození do práce, protože tam nevládne sama dojet, manželka pokaždé doprovází manžela na nákupy, aby se mu v obchodě neudělalo špatně apod.). Partneři také například chodí nakupovat i vyřizovat věci na úřadech, jezdí spolu k lékaři a všude se doprovázejí, aby úzkostný partner neměl panické ataky. Na jedné straně je toto chování záslužné a lidské; je zřejmé, že jde o úsilí pomoci partnerovi, který se trápí. Toto chování však také negativně přispívá k udržování agorafobie (35). Ochranné chování partnera též snižuje sebevědomí pacienta a posiluje jeho sklony ke kapitulaci: „Už to nikdy nedokážu zvládnout...“ nebo „Ani manžel mi nevěří, že to dokážu.“ Pacient s agorafobií se také může cítit nadměrně oddaný svému partnerovi, který ho „zajistí“. To může vést k tomu, že nemůže otevřeně vyjádřit své potřeby, musí

se podřídít a ustoupit i v situacích, kdy mu to není milé (např. vždy kladně reagovat na sexuální potřeby partnera), což může vést k hluboké vztahové nespokojenosti (36, 37).

Komunikační problémy

Problémy v párové komunikaci jsou nejčastěji způsobeny nepřesnými interpretacemi chování partnera (týkají se zejména pocitů ohrožení, bezpečí, přijetí, dostatečného uznání, nebo spravedlnosti ve vztahu) a nedostatečně rozvinutými komunikačními dovednostmi (ze strachu z odmítnutí chybí vyjádření vlastních potřeb, nebo naopak partner nutí druhého, aby poskytoval základní potřeby, a tím snížil úzkost nebo jiné nepohodlí pacienta) (33, 38). Komunikace lidí s panickou poruchou a agorafobií může být dysfunkční v různých stupních podle typu vztahu s partnerem (7, 39–41). Komunikace má dva stavební kameny: (a) pochopení smyslu, co partner sděluje, (b) vyjádření – reakce na prohlášení partnera. Obavy z paniky a z opuštění nebo kontrola partnerského vztahu mohou ovlivnit obě uvedené komunikační složky (34).

Přízpůsobení v rodině a partnerská podpora

Přízpůsobení rodiny je termín, který se používá k popisu zapojení příbuzných pacientů do některých projevů panické poruchy nebo agorafobie. Příkladem může být účast na vyhýbavém chování nebo zabezpečování, doporučování, aby se pacient vyhnul všemu, co mu nedělá dobře, povzbuzování, aby si vzal lék na uklidnění, přebírání zodpovědnosti za něj a další (38). Přízpůsobení rodiny je obecně zaměřeno na podporu nebo pomoc jedinci s panickou poruchou. Považuje se tedy za pozitivní a specifickou formu sociální podpory, protože podpůrné chování se konkrétně týká příznaků poruchy. Přízpůsobení rodiny však může být spojeno i s dlouhodobými negativními důsledky. Pomáhá sice snížit bezprostřední úzkost pacientů, tím ale zároveň může udržovat příznaky

INZERCE

panické poruchy a agorafobie, neboť pacientům pomáhá vyhnout se úzkosti, kterou se pak nenaučí zvládat. Navíc udržuje jejich nadměrně přesvědčení o vlastní zranitelnosti (35).

Podpora pacientovi může být poskytována z různých zdrojů. I když přátelé a rodina mohou poskytovat emocionální nebo instrumentální podporu, manžel nebo partner je obecně považován za hlavní zdroj podpory (42–44). Je třeba poznamenat, že manželské přizpůsobení je koncept širší než manželská podpora. Vzhledem k tomu, že většina dotazníků zaměřených na přizpůsobení v manželství posuzuje jen některé aspekty manželské podpory (např. „Svěřujete se svému partnerovi?“), nelze na jejich výsledky pohlížet jako na celkový obraz o přizpůsobení či podpoře v manželství. Páry, které se snaží přizpůsobit příznakům úzkosti jednoho partnera (např. zabezpečováním a ujišťováním), mohou vztah prožívat jako blízký, svým chováním ale též udržují poruchu (38).

Tři studie použily jako měřítko manželského přizpůsobení Maudsleyho manželský dotazník (MMQ) nebo jeho upravenou verzi (MMM). MMQ hodnotí tři oblasti: manželské přizpůsobení, sexuální přizpůsobení a obecný život s partnerem (např. domácí práce, sociální aktivita). Žádná ze studií nezjistila významnou korelaci mezi přizpůsobením v manželství a příznaky paniky nebo agorafobie. Arrindell et al. (29) nenašli žádnou významnou korelaci mezi manželským přizpůsobením a závažností poruchy hodnocenou pomocí Dotazníku strachu (Fear Questionnaire). Cobb et al. (45) hodnotili, zda přijetí manžela jako spolu-terapeuta zlepšuje výsledek behaviorální terapie agorafobie. Autoři zjistili, že neexistuje souvislost mezi počáteční závažností manželských problémů a závažností agorafobie. Pro tento výsledek však nebyly předloženy žádné statistiky. Monteiro et al. (46) také hodnotili přizpůsobení v manželství pomocí MMMQ a zjistili, že není rozdíl v příznacích agorafobie mezi účastníky z hlediska kvality partnerského svazku. Chambless (47) použil dotazník manželské nespokojenosti (MDQ), což je dotazník o pěti položkách, který hodnotí rozdíl mezi skutečným a ideálním manželem ve vnímání respondenta. Autor nezjistil žádné významné korelace mezi mírou nespokojenosti manželů a závažností agorafobie nebo frekvencí panických záchvatů.

Marcaurelle et al. (48) se zajímali o vliv manželských konfliktů a přizpůsobení na závažnost panické poruchy nebo agorafobie. Použili Dyadic Adjustment Scale (DAS), což je dotazník, který hodnotí čtyři oblasti manželského přizpůsobení: soudržnost, konsenzus, spokojenost a náklonnost. Jejich výsledky ukazují, že pacienti s panickou poruchou nebo agorafobií, kteří měli nižší míru přizpůsobení v manželství, vykazovali více katastrofických myšlenek, a také výraznější obavy z tělesných pocitů či strach z následků úzkosti. Nebyla nalezena významná korelace mezi celkovou klinickou závažností panické poruchy nebo agorafobie a přizpůsobením v manželství. Naproti tomu Marcaurelle et al. (48) našli významné negativní korelace mezi DAS a katastrofickými myšlenkami, strachem z tělesných pocitů a strachem z důsledků úzkosti.

Lange a Van Dyck (49) použili ve své studii Inventář řešení interakčních problémů (IPSI), což je sebezposuzovací dotazník, který měří míru, do jaké jsou partneři spokojeni se svými schopnostmi řešit problémy. Nezjistili významnou korelaci mezi kvalitou vztahu a závažností agorafobie před léčbou, s výjimkou subškály vyhýbání se rušným ulicím.

Tukel (50) rozdělil 45 pacientů s panickou poruchou nebo agorafobií do tří podskupin: ženy v domácnosti, pracující ženy a pracující muži. Účastníci byli hodnoceni podle závažnosti poruchy (FQ) a kvality manželského vztahu (MMQ). Výsledky ukázaly významnou pozitivní korelaci mezi závažností panické poruchy s agorafobií a kvalitou manželského vztahu pro ženy v domácnosti. Nebyly nalezeny žádné významné korelace pro ostatní podskupiny.

Observační hodnocení: Dvě studie hodnotily interakce mezi pacienty a jejich příbuznými. Chambless a jeho kolegové (51) se zajímali o manželskou interakci mezi páry, v nichž má jeden partner panickou poruchu, a kontrolní skupinou. Použili Kategoriensystem für Partnerschaftliche Interaktion (KPI), což je systém používaný pro kódování interakce mezi dvěma partnery při řešení problémů. Během analýzy interakce je každé smysluplné jednotce řeči přiřazen verbální a neverbální kód (např. pozitivní, negativní nebo neutrální). Frekvence panických záchvatů nesouvisela s žádnou proměnnou v sebehodnocení. Manželé, jejichž manželky se více vyhýbaly, se však více zapo-

jovali do negativního verbálního chování a byli kritičtější během interakcí při řešení problémů. Studie Renneberga a kolegů (52) použila také KPI. Nezjistili významný rozdíl mezi přizpůsobením v manželství a závažností panických nebo agorafobických symptomů.

El-Baalbaki a jeho kolegové (3) použili jiné pozorovací hodnocení, systém globálního párového kódování interakcí (Global Couple Interaction Coding System, GCIS). Tento přístup hodnotí partnery rovněž v situaci řešení problémů, ale hodnotí každého partnera v pěti složkách verbální a neverbální manželské interakce. Těchto pět složek je rozděleno do tří negativních dimenzí: (a) vyhýbání se diskuzi a odstoupení od ní, (b) dominance, asymetrie při řízení konverzace a (c) nepřátelství, kritika a konflikt; a dvou pozitivních dimenzí: (a) podpora a validace, které odrážejí aktivní naslouchání a vřelost, a (b) dovednosti při řešení problémů. Chování se hodnotí podle čtyř úrovní závažnosti (nepřítomná, mírná, střední, nadměrná). Autoři zjistili řadu významných korelací mezi aspekty interakce a příznaky paniky a agorafobie. Kritika a nepřátelství partnera pozitivně korelovaly se strachem z tělesných pocitů a katastrofickými myšlenkami. Dominance partnera rovněž pozitivně korelovala s těmito dvěma proměnnými. Podporující chování partnera negativně korelovalo s klinickou závažností panické poruchy, katastrofickými myšlenkami a agorafobickým vyhýbáním (pokud je doprovázeno). Schopnosti partnera řešit problémy vyjasňováním nebo vyjednáváním byly negativně spojeny s agorafobickým vyhýbáním se (pokud je doprovázeno). A konečně, kvalita řešení problému ze strany manžela nebo manželky byla negativně spojená se strachem z tělesných pocitů. Výsledky El-Baalbaki et al. (3) také ukázaly, že vyšší úroveň manželského přizpůsobení byla spojená s většími projevy podpory, respektu a ocenění během interakce při řešení problémů.

Vyjádřené emoce

Vyjádřené emoce (expressed emotion) označují emoce, které blízké okolí projevuje jedinci s psychickou poruchou (40). Do tohoto konceptu spadají tři dimenze: nepřátelství, kritika a nadměrná emoční účast. Nadměrné emoční zapojení lze popsat jako rušivé chování, nadměrně se obětující chování nebo přehnané emoční reakce na pacientovu poruchu (3). Kritika

a nepřátelství se týkají kritických komentářů a negativních postojů vůči pacientovi týkající se projevu poruchy a jsou projevem negativní sociální podpory. Vyjádřená emoce se obecně hodnotí během rozhovoru s příbuzným nebo pomocí sebe-posouzení, které hodnotí to, jak vnímá pacient sám úroveň kritiky vůči sobě.

Dvě studie hodnotily vyjádřené emoce ve vztahu k závažnosti agorafobie. Peter a jeho kolegové (53) uvádějí významnou pozitivní souvislost mezi závažností agorafobie a kritikou a negativní souvislost s emoční vřelostí. Kritika mezi partnery je spojená se závažností symptomatologie, zato emoční vřelost s méně závažnými příznaky. Ve studii Rodde & Florin (54) byly vyjádřené emoce hodnocené z pětiminutového monologu, během kterého byl partner požádán, aby hovořil o pacientovi a jejich vzájemném vztahu. Nebyl zjištěn žádný významný vztah mezi takto hodnocenou mírou vyjádřených emocí a závažností panické poruchy.

Nedostatek asertivity

Jak panická porucha, tak její sociální dopady mohou narušit rovnováhu ve vztahu a vést k tomu, že pacient ztratí svou pozici a nebude s ním zacházeno jako s rovnocenným partnerem (55). Zilcha-Mano et al. (41) zjistili, že pacienti s panickou poruchou nebo agorafobií udávají více interpersonálního distresu než kontroly, a poukázali na jejich primárně neasertivní styl komunikace. Při srovnání s kontrolami pacienti s panickou poruchou udávali vyšší míru distresu v doménách dominance, chlad/distance, sociální vyhýbání, sebeprosazení, zneužívání, nadměrná péče a intruzivita. Pacienti s panickou poruchou vykazovali větší interpersonální úzkost než kontroly, ale méně mezilidských problémů než pacienti s depresí. Pacienti s komorbidní agorafobií vykazovali více mezilidských problémů než pacienti s panickou poruchou bez agorafobie. Interpersonální dysfunkce u panické poruchy se projevila ve dvou kvalitativně odlišných a protichůdných profilech: jako neasertivní podtyp a jako dominantní intruzivní podtyp (41).

Pro pacienty, kteří patří do neasertivního podtypu, je charakteristická závislost a obavy ze zodpovědnosti. Tito jednotlivci se zpravidla považují za submisivní a neschopní fungovat samostatně, postrádající sebevědomí a sebeúctu. Často se vyhýbají situacím, které vyža-

dují nezávislost a sebeprosazení, a tvrdí, že se obávají dalšího panického záchvatu. Zpravidla je v interpersonálních situacích napadá něco jako: „Neumím nebo nedokážu říci, jak se cítím nebo co si myslím, protože jsem tak napjatý/á, že nejsem schopen/a dát věci dohromady“, „Lépe neříkat, co si myslím, vyhnu se tomu“, „Nemá cenu se přít, lepší je souhlasit“ (52, 56). Do tohoto profilu spadají pacienti s komplexní agorafobií, jedinci s nízkou soběstačností, kteří se cítí jako neschopní fungovat samostatně (57, 58).

Druhý subtyp pacientů s panickou poruchou se snaží ostatní ovládat (59). Tito jedinci mohou vnímat ztrátu kontroly během panického záchvatu jako ohrožující kvůli pocitům ztracené důstojnosti a strachu ze ztráty duševní stability. Mají tendenci se s ostatními přít nebo hádat a mívají silnou potřebu být s ostatními v kontaktu. Vyhýbají se trávení času o samotě. Takový pacient může v terapii o partnerovi sdělovat: „Musím vědět, že ho zajímám a že mě oceňuje. Mám pocit, že všechno musím mít pod kontrolou. Musím přesně vědět, co všichni dělají, kdy, kde, a jak. Zlobím se na něj/ni, když se mnou takto zachází, když nevím, co se děje, a kde je. Občas jen chci, aby mi více rozuměl a více se o mě staral/a.“ Některé práce popisují, že tito jedinci mají tendenci se rozzlobit na své okolí a obviňovat své rodiče anebo blízké osobnosti za svůj současný stav (57, 60). Kromě panických záchvatů mívají také záchvaty hněvu (61).

Tyto empiricky zjištěné komunikační subtypy mohou mít důsledky pro léčbu. Jedinci s neasertivním mezilidským stylem potřebují v průběhu léčby větší posilování v terapeutickém vztahu (41). Zatímco pacienti dominantního intruzivního subtypu nevykazovali během terapie žádné změny v terapeutickém vztahu, neasertivní typ ukazoval významné posílení vztahu. Přitom posílení terapeutického vztahu v průběhu léčby je důležité pro úspěch terapie (62). Naopak u pacientů s vyšší mírou interpersonální agresivity dochází ke snížení adherence i pocitů kompetence u terapeutů (63). Pacienti s dominujícím interpersonálním stylem mohou usilovat o kontrolu terapeuta, odmítat terapeutické formulace nebo intervence, což narušuje terapeutický vztah (64). Rovněž vztah těchto pacientů s partnerem bývá složitý, protože na něj mají ultimativní požadavky, mají

též problém se do něj vcítit a neumí dostatečně odhadnout, jak to narušuje partnerský vztah. Bude důležité prozkoumat, zda různé terapeutické přístupy (např. učení se, jak vyjádřit hněv bez ztráty kontroly, vs. učení, jak uvolnit pocity hněvu místo toho, aby jej potlačovali) budou účinnější pro každou z těchto dvou skupin.

Nedostatek intimity

Podstatnou část ve vývoji úzkostných poruch hraje míra intimity ve vztahu. Intimita jako koncept odkazuje na různé významy, které se vztahují k věku, pohlaví, vzdělání a kultuře. Vědci nemají shodu ohledně smyslu tohoto pojmu, což ztěžuje jeho definování (37, 65–67).

Intimita vyžaduje pocit bezpečí, přijetí a oceňování, který je oboustranný. Těchto pocitů je obtížné dosáhnout, pokud je jeden z partnerů na druhém závislý, nebo pokud jeden je ve vztahu dominantní a druhý submisivní. Při těchto silových nerovnostech vztahu je možnost otevřenosti jenom částečná. V pozorovaných interakcích mezi ženami s agorafobií a jejich partnery byly potíže při řešení problémů větší, když tématem diskuze byla úzkost manželky (40).

Stigmatizace a sebe-stigmatizace

Přestože se u většiny pacientů s úzkostnými poruchami rozvinou mírné nebo střední známky úzkostné poruchy, které lze přizpůsobit životu a práci, mohou mít nepříznivý dopad na vztahy s partnerem, který postiženého partnera podceňuje. Například záchvaty paniky mohou změnit vztah k partnerovi – pacient musí být zajištěn a chráněn, a proto se může partnerovi podřizovat. Pokud však daná osoba nepociťuje dostatečnou ochranu, což se stává snadno, protože si partner neuvědomuje, co ohrožuje pacienta, pacient odpoví výčitkami nebo hněvem (68). Pacientův partner se často dostává do dominantnější role, než byl dříve. Nálepky jako „blázen“, „hysterka“, „slaboch“, „manipulátor“ atd. vyjadřují některé postoje, které poukazují na stigma partnera s panickou poruchou. Pro některé jednotlivce je nepřijatelné, že jejich partner má psychiatrickou diagnózu, protože „na ně také vrhá tento stín“. Často proti tomu bojují a odrazují úzkostného pacienta od návštěvy psychiatra, od léků a psychoterapie a nutí ho, aby to „zvládal sám“. Tento tlak je ještě silnější, když je povzbuzován širší rodinou partnera.

V takovém případě existuje riziko rozvodu, které ovlivní úzkostného pacienta. Situaci často zhoršuje nedostatečná odpověď na léčbu nebo nežádoucí účinky léků (zejména pokles libida), jakož i vývojem souvisejících poruch (deprese). Somatická symptomatologie je lépe tolerovaná a zvyšuje sympatie, „protože je třeba chránit“ (36, 69). Pacient i partner jsou tak psychiatrickou diagnózou často zklamáni. Pokud se u pacienta vyvine vyhybavé chování, partner je zpočátku obvykle tolerantní, pokud to nepřidává mnoho práce navíc. Vyhybání je však častěji považováno za „slabost“, „nedostatek odvahy“ a je připisováno osobnosti postiženého jednotlivce. Pacient pak cítí totéž (69). Auto-stereotypy pak mohou bránit léčbě, protože tito lidé věří, že nemohou změnit jejich charakter a osobnost.

Partnerské konflikty

Manželské neshody mohou být spojeny s úzkostí u jednoho nebo obou partnerů. Nelze však přesně určit, jak se manželství podílí na vzniku a udržování těchto příznaků. Ve vztahu velmi často dochází k rozvoji výrazné ambivalence (56). Např. pacientka je závislá na partnerově pomoci, proto se cítí být podřízená a také ponížená, a vnímá partnera se značnou averzí. Situace je však neřešitelná, protože nedokáže být sama. Agorafobie může také vést k otevřeným konfliktům s partnerem. Požadavek na partnera, aby doprovázel pacienta, omezování celé rodiny v cestování (např. na dovolenou), vyhybání se kinům, divadlům, koncertům nebo nakupování a vyžadování, aby partner chodil nakupovat vždy – všechny tyto jevy mohou omezovat celou rodinu a vést k hádkám mezi partnery.

Rozvod tolerují jedinci s úzkostnou poruchou většinou velmi těžce, protože to posílí jejich pocity ohrožení, neschopnosti, opuštění nebo osamělosti. Nedostatečná kvalita partnerského vztahu u úzkostných lidí může také pramenit ze strategií výběru partnerů, kde úzkostný jedinec má často nedostatečné sociální dovednosti a může si vybrat nevhodného partnera (70). Měli bychom si uvědomit, že je ke zvážení nutnost léčit pár jako celek (71).

Vliv partnerského vztahu na terapii

Důležitou prognostickou proměnnou u panické poruchy anebo agorafobie by moh-

ly být mezilidské vztahy pacientů. Různí autoři (48, 72–74) zvažovali, že by mohla existovat souvislost mezi panickou poruchou anebo agorafobií a mezilidskými problémy. Dosud však není jasné, do jaké míry by takové interpersonální problémy mohly ovlivnit účinky léčby, kde je základním přístupem expoziční léčba. Hudson (73) při práci s pacienty s agorafobií, kteří byli léčeni dlouhodobou expozicí in vivo, zjistili, že pacienti z „nemocných rodin“ vykazovali mnohem menší zlepšení než pacienti z „dobře přizpůsobených rodin“. Tyto výsledky naznačují, že samotné expoziční nemusí dostačovat při léčbě pacientů s agorafobií, jejichž stížnosti mají významnou funkční roli ve vztazích s ostatními lidmi, zejména partnerem.

Emmelkamp (74) měřil účinky kontrolované expozice in vivo a porovnával asertivní a neasertivní pacienty s agorafobií a ty s vysokou a nízkou spokojeností v manželství. U agorafobických pacientů rozpoznal dva typy interpersonálních problémů: (1) problémy s partnerem a (2) nedostatek asertivity. Mezi skupinami s vysokou a nízkou manželskou spokojeností nebyly nalezeny žádné významné rozdíly v účinnosti expoziční léčby. Ovšem při srovnání vysoce asertivních pacientů s méně asertivními, se asertivní pacienti zlepšili více.

Renneberg et al. (52) zkoumali vliv rovnováhy v dyádách pacientů a jejich příbuzných a jejich vztah k výsledkům kognitivně behaviorální terapie. Vzhledem k tomu, že příbuznými bylo 9 rodičů a 26 manželů, tato studie zahrnovala jak sociální, tak manželskou podporu. K posouzení úrovně afektivity ve vzorku použili autoři observační měření, které hodnotí slovní a neverbální chování v interakci mezi partnery. Na základě těchto pozorování rozdělili skupinu mezi páry s vyváženým a nevyváženým afektem. Autoři zjistili, že obě skupiny se nelišily ve skórech závažnosti agorafobie a paniky, což znamená, že kvalita interakce během řešení problémů mezi partnery nebyla spojená se závažností příznaků.

Zdá se, že připoutanost pacienta také koreluje s výsledky psychoterapie. Petrowski a kol. (75) předpokládali, že pacienti s panickou poruchou s pozitivními schémata své matky a partnera mohou vykazovat lepší psychoterapeutický výsledek než pacienti s méně pozitivními schématy. Celkem 103 pacientů, kteří trpěli buď panic-

kou poruchou s agorafobií nebo bez ní, z čehož 56 % mělo komorbidní afektivní nebo jinou úzkostnou poruchu, bylo léčeno kognitivně-behaviorální konfrontační terapií. Před léčbou byly implementovány dva implicitní asociační testy – IAT (pro matku i partnera). Pokles příznaků byl hodnocen pomocí Symptom Checklist-90 (SCL-90) a Beck Depression Inventory (BDI). Výsledky potvrdily střední až vysoký terapeutický účinek terapie. Terapie měla dobrý efekt i na partnerský vztah, přestože byly použité většinou kognitivně-behaviorální techniky. Negativní postoje k matce v čase před léčbou predikovaly globální index závažnosti a míru úzkosti v čase po léčbě. Pozitivní postoje k matce předpovídaly významnější snížení příznaků a lepší terapeutický výsledek.

Zalaznik a kol. (76) zkoumali připoutanost v rámci kognitivně behaviorální terapie (KBT) panické poruchy s agorafobií měřením změn ve vyhybavé a úzkostné vazbě v průběhu léčby. Třicet jedna pacientů s panickou poruchou a agorafobií bylo léčeno pomocí kognitivně behaviorální terapie. Byly sbírány údaje o stylu připoutání, vyhybavém chování, citlivosti na úzkost, regulaci emocí a pracovním vztahu. Proměnné se během terapie významně zlepšily. Došlo ke zlepšení vazby. Tyto změny byly spojené s poklesem citlivosti na úzkost, snížením vyhybavého chování i zlepšením regulace emocí. Tato zjištění ukazují, že KBT techniky u panické poruchy pravděpodobně příznivě ovlivňují styl připoutání. Výsledky také ukázaly, že citlivost na úzkost a vyhybavé chování predikují změny v připoutanosti.

Důležitost porozumění partnerským interakcím u pacientů s panickou poruchou nebo agorafobií je podporovaná řadou studií, které ukazují, že intervence, které vedou k úpravám ve vztahu (např. odstranění vyhybání se komunikací), zlepšují výsledek léčby úzkostné poruchy (38, 48). Naopak, pokud ve vztahu nedochází k rozvoji adaptivnějších vzorců, výsledky psychoterapie jsou horší (30, 77).

Závěry

Výsledky uvedené v tomto přehledu obecně naznačují, že partnerský vztah může ovlivňovat závažnost panické poruchy a agorafobie a naopak. Souvislost mezi panickou poruchou a vztahem mezi partnery je obousměrná: psychologické problémy nepříznivě ovlivňu-

jí vztahy a postoje partnera vůči pacientovi a významně ovlivňují jeho úzkost. Často je obtížné určit, co je příčinou, jaký je důsledek a kolik úzkosti se překrývá s partnerskými problémy. Zdá se také, že nedostatečná partnerská podpora souvisí se závažností panické poruchy a agorafobie, zatímco pozitivní sociální podpora může být pro pacienty prospěšná.

Tyto výsledky zdůrazňují důležitost partnerů při pomoci pacientům s panickou poruchou zotavit se z psychické poruchy. Život s někým, kdo trpí psychickou poruchou, může být pro příbuzné náročný, protože nemusí vědět, jak optimálně podporovat nebo reagovat na chování pacienta, a přitom nepodporovat udržování poruchy. Řešení, jako je integrace partnerů

do terapie, jakož i poskytnutí nástrojů (např. psychoedukace, psychoterapie pro partnera) k tomu, jak se vypořádat s příznaky poruchy, by tedy mohla být prospěšná jak pro pacienta, tak pro partnera. Pro posouzení úrovně podpory by však bylo zapotřebí více studií zaměřených na to, který typ partnerské podpory je užitečný, a který naopak problémy udržuje.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
2. Marcaurelle R, Bélanger C, Marchand A, Katerelos TE, Mainguy N. Marital predictors of symptom severity in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005; 19(2): 211–232.
3. El-Baalbaki G, Bélanger C, Fredman SJ, Baucom DH, Marcaurelle R, Marchand A. Marital interactions as predictors of symptoms severity in panic disorder with agoraphobia. *International Journal of Psychological Studies*. 2011; 3(2): 107–122.
4. Palardy V, El-Baalbaki G, Fredette C, Rizkallah E, Guay S. Social support and symptom severity among patients with obsessive-compulsive disorder or panic disorder with agoraphobia: a systematic review. *Eur J Psychol*. 2018; 14(1): 254–286.
5. Callaci M, Péloquin K, Barry RA, Tremblay N. A dyadic analysis of attachment insecurities and romantic disengagement among couples seeking relationship therapy. *J Marital Fam Ther*. 2020. doi: 10.1111/jmft.12422. [Epub ahead of print]
6. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry* 1998; 155(8): 1092–1096.
7. Zaider TI, Heimberg RG, Iida M. Anxiety disorders and intimate relationships: a study of daily processes in couples. *J Abnorm Psychol*. 2010; 119(1): 163–173.
8. Scott R, Braithwaite RD, Frank D, Fincham. Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Personal relationships*. 2010; 17(1): 1–12.
9. Pilkington PD, Milne LC, Cairns KE, Lewis J, Whelan TA. Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015; 178: 165–180.
10. Schless AP, Teichman A, Mendels J, DiGiacomo JN. The role of stress as a precipitating factor of psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 19–22.
11. Rao TSS, Nambi S, Chandrashekar H. Marriage, mental health and Indian legislation. *Indian J Psychiatry* 2009; 51: 113–128.
12. Aksoy UM, Aksoy SG, Maner F, Gokalp P, Yanik M. Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatr Danub*. 2012; 24(4): 381–385.
13. Wang YT, Chen HH, Lin CH, Lee SH, Chan CH, Huang SS. Newly diagnosed panic disorder and the risk of erectile dysfunction: A population-based cohort study in Taiwan. *Psychiatry Res*. 2016; 244: 229–234.
14. Bowlby J. *Attachment and loss*: 1973; Vol. 2. Separation. New York: Basic Books.
15. Saavedra MC, Chapman KE, Rogge RD. Clarifying links between attachment and relationship quality: Negative conflict and mindfulness as moderators. *Journal of Family Psychology* 2010; 24(4): 380–390.
16. Cobb R, Davila J, Bradbury T. Attachment security and marital satisfaction: The role of positive perceptions and social support. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2001; 27: 1131–1144.
17. Cassidy J, Lichtenstein-Phelps J, Sibrava NJ, Thomas CL, Borkovec TD. Generalized anxiety disorder: Connections with self-reported attachment. *Behavior Therapy*. 2009; 40: 23–38.
18. Hazan C & Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*. 1987; 52(3): 511–524.
19. Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK, Blazer DG. The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry* 1989; 154: 823–828.
20. Bandelow B, Späth C, Álvarez Tichauer G, Broocks A, Hajak G, Rüther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2002; 43: 269–278.
21. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*. 1997; 27: 1101–1119.
22. Muris P, Mayer B, Meesters C. Self-reported attachment style, anxiety, and depression in children. *Social Behavior and Personality* 2000; 28: 157–162.
23. Muris P, Meesters C, van Melick M, Zwambag L. Self-reported attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30: 809–818.
24. Newman MG, Shin KE, Zullig AR. Developmental risk factors in generalized anxiety disorder and panic disorder. *J Affect Disord*. 2016; 206: 94–102.
25. Nolte T, Guiney J, Fonagy P, Mayes LC, Luyten P. Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Front Behav Neurosci*. 2011; 5: 55. doi: 10.3389/fnbeh.2011.00055. eCollection 2011.
26. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press, New York. 2003.
27. Pyke J & Roberts J. Social support and married agoraphobic women. *Can J Psychiatry* 1987; 32(2): 100–104.
28. Praško J, Ocisková M, Jelenová D. Rozvoj adaptační poruchy po ukončení blízkého vztahu. *Čes a Slov Psychiat*. 2015; 111(1): 577–583.

Další literatura u autorky
a na www.psychiatriepropraxi.cz