

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

PROBLEMATIKA NEUROTICISMU U VYSOKOŠKOLÁKŮ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Dana Rohrsetzerová

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

Plzeň, 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 2016

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto chci poděkovat doc. PhDr. Janě Miňhové, CSc. za podnětné vedení a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta pedagogická
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dana ROHRSETZEROVÁ**
Osobní číslo: **P14B0304P**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Psychologie se zaměřením na vzdělávání**
Název tématu: **Problematika neuroticismu u vysokoškoláků**
Zadávající katedra: **Katedra psychologie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Shromáždění a studium odborné literatury
2. Teoretické zpracování tématu
3. Přehledová studie
4. Příprava výzkumu
5. Realizace výzkumu
6. Zpracování výsledků výzkumu
7. Formulace závěrů

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce: 60

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

Seznam odborné literatury:

1. OREL, Miroslav a kolektiv. Psychopatologie. Vyd. 1., Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-3737-9 (brož.).
2. MIŇHOVÁ, Jana. Psychopatologie pro právníky. Vyd. 3., rozš., Plzeň: A. Čeněk, 2006, ISBN 80-86898-70-9 (brož.).
3. MIŇHOVÁ, Jana. NOVOTNÁ, Lenka. Psychopatologie pro učitele. Vyd. 1., Plzeň: Západočeská univerzita, 2000, ISBN 80-7082-594-4.
4. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Vyd. 2., Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-472-9.
5. KRATOCHVÍL, Stanislav. Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnání. Vyd. 3., přeprac., Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-478-8.
6. PRAŠKO, Ján. Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. Vyd. 1., Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7178-997-6 (váz.).
7. HORNEY, Karen. Neurotická osobnost naší doby. Vyd. 1., Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-219-5 (brož.).

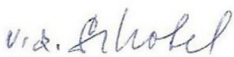
Vedoucí bakalářské práce:

Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

Katedra psychologie

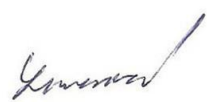
Datum zadání bakalářské práce: 15. září 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2016


RNDr. Miroslav Randa, Ph.D.

děkan




Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.

vedoucí katedry

V Plzni dne 15. října 2015

OBSAH

ÚVOD	2
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1.1 VÝKLAD POJMU NEUROTICISMUS.....	3
1.2 NEUROTICKÉ PORUCHY.....	3
1.2.1 Historie neurotických poruch	3
1.2.2 Definice neurotických poruch.....	4
1.2.3 Etiologie neurotických poruch	6
1.2.4 Klasifikace neurotických poruch	8
1.2.4.1 Úzkostné poruchy	8
1.2.4.2 Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)	13
1.2.4.3 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43).....	14
1.2.4.4 Disociativní (disociační, konverzní) poruchy (F44)	21
1.2.4.5 Somatoformní poruchy (F45).....	26
1.2.4.6 Jiné neurotické poruchy (F48)	29
1.3 VÝVOJOVĚ-PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA ADOLESCENCE A MLADÉ DOSPĚLOSTI	30
1.3.1 Adolescence	30
1.3.2 Mladá dospělost.....	32
1.4 PŘEHLEDOVÁ STUDIE	35
2 PRAKTICKÁ ČÁST	40
2.1 CÍLE, METODY A VYHODNOCOVÁNÍ VÝZKUMU	40
2.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	40
2.3 VYHODNOCENÍ	41
ZÁVĚR A DISKUZE	49
RESUMÉ	52
SEZNAM LITERATURY	53
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ.....	55
PŘÍLOHY	I

Úvod

Na stránkách této bakalářské práce se budeme věnovat neuroticismu u vysokoškolských studentů. Podle mého názoru je toto téma velmi aktuální, jelikož dnešní doba staví jedince do řady konfliktních a zátěžových situací, které jsou jedním z důvodů vzniku neurotických poruch. Mnoho odborníků považuje neurózy za poruchy lehčího charakteru, ale i přes tento fakt by jim měla být věnována dostatečná pozornost už z toho důvodu, že jejich výskyt v populaci je velmi častý. Přesné procento neurotických jedinců je těžké odhadnout, jelikož velká část lidí trpících těmito obtížemi nevyhledá odbornou pomoc. Nejčastěji se mluví o 25% výskytu v populaci, ale pravděpodobně bude toto číslo ještě vyšší.

V teoretické části práce se budeme zabývat nejprve pojmem neuroticismus, dále historií, definicemi a etiologií neurotických poruch. Rozebereme si i symptomy, léčbu a prognózu jednotlivých neuróz. Chybět nebude ani vývojově-psychologická charakteristika období, do kterého vysokoškolští studenti spadají, tzn. adolescence a mladé dospělosti. Součástí teoretické části práce bude i tzv. přehledová studie, ve které shrneme výsledky několika výzkumů zabývajících se podobným tématem.

Praktická část práce bude zahrnovat výzkum zaměřující se výhradně na vysokoškoláky. Vysokoškolské prostředí je velmi specifické a značně se liší od středoškolského. Středoškolák bývá obvykle ještě pod plnou ochranou svých rodičů a jedinou jeho starostí je právě studium. Na vysoké škole se tato situace obvykle změní. Mnoho vysokoškoláků již žije s partnerem, musí se starat o vlastní domácnost, chodit do zaměstnání a ještě zvládat studijní povinnosti. Takováto situace může být značně stresující, a tudíž může být živnou půdou pro neuroticismus.

Výzkum bude probíhat na Fakultě pedagogické a Fakultě filozofické Západočeské univerzity v Plzni. Zajímat nás bude zejména procento neurotických vysokoškoláků, a zda se tento údaj liší u studentů různých oborů, z úplných a neúplných rodin, pocházejících z měst a z venkova, pracujících studentů apod. Ke zkoumání bude použit standardizovaný dotazník a anamnestický dotazník vlastní tvorby.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 VÝKLAD POJMU NEUROTICISMUS

S pojmem neuroticismus se setkáváme v Eysenckově pojetí dvou dimenzí osobnosti. Krajní póly škály neuroticismu označuje Hans Jürgen Eysenck pojmy nervová stabilita – labilita. „Eysenckův neuroticismus“ se projevuje citovou vratkostí, kolísáním nálad, úzkostí a menší frustrační tolerancí.

U českých autorů se setkáváme s tímto pojmem u Říčana (1980), podle kterého má neuroticismus psychofyzilogický základ a velmi úzce souvisí s emocemi. Dobiáš (1974) považuje za synonyma tohoto pojmu emocionalitu a instabilitu.

V našem výzkumu vycházíme z Eysenckova pojetí neuroticismu jako dispozici k neuróze. Tento termín budeme v práci často nahrazovat termínem „neurotičnost“. Praxe ukazuje, že jedinci s rozvinutou formou neurózy zpravidla vykazují vysoké skóre neuroticismu. Dále se v práci budeme zabývat jednotlivými neurotickými poruchami.

1.2 NEUROTICKÉ PORUCHY

1.2.1 HISTORIE NEUROTICKÝCH PORUCH

Pojem neuróza (neurosis) je odvozen z řeckého slova neurón (nerv), k němuž je připojena koncovka -osis, která vyjadřuje chorobný stav. Autoři se shodují, že tento termín jako první zavedl do lékařského názvosloví skotský lékař W. Cullen. Podle Matouška¹ se tomu tak stalo v roce 1776, Vencovský² udává rok 1778. Cullen zahrnoval pod pojem neuróza jak nervová onemocnění bez organického podkladu (funkcionální), tak nervová onemocnění organická.

V roce 1876 zavedl americký lékař Beard pro všechna nervová funkcionální onemocnění nový termín „neurasthenie“. Tento termín v sobě zahrnoval jak tělesné, tak psychické projevy neurózy.³

Koncem 19. století zavedl francouzský psychiatr Janet pro stavy tzv. „duševní nervozity“ termín „psychasthenie“, který v sobě zahrnoval pouze psychické projevy neurózy.⁴

¹ MATOUŠEK, Oldřich. *Kontexty neuróz*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986, 198 s.

² VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie*. 2., dopl. vyd. Praha: SPN, 1972, 317 s.

³ VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie*. 2., dopl. vyd. Praha: SPN, 1972, 317 s.

V roce 1904 rozdělil švýcarský psychiatr Dubois neurózy na dvě základní skupiny: „somatoneurosy“ (orgánoneurosy) a „psychoneurosy“. V popředí klinického obrazu somatoneuros byla tělesná symptomatologie. Naproti tomu do pojmu „psychoneurosy“ byly zahrnuty psychické příznaky.⁵

V nynější době se termíny z oblasti medicíny řídí Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN). V 9. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí byly poruchy, jimiž se na stránkách této práce zabýváme, nazvány jako „neurózy“. V současnosti je v platnosti 10. revize MKN, ve které byl pojem „neurózy“ nahrazen pojmem „neurotické poruchy“. Tyto dva pojmy mají tedy totožný význam. V lékařské praxi je stále často používám pojem „neuróza“.

1.2.2 DEFINICE NEUROTICKÝCH PORUCH

Neurotické poruchy není možné popsat jednou jedinou ucelenou definicí. V literatuře se můžeme setkat s velkým množstvím definic, které se snaží zachytit základní charakteristiky neuróz. V následujících řádkách jsou vybrány některé z nich.

Podle Oldřicha Matouška bývá pojmem neuróza označováno chování, které nemá ani bizarnost psychózy, ani stálost psychopatie a pro něž nelze nalézt jasnou organickou příčinu.⁶

V pojetí Stanislava Kratochvíla náleží diagnóza neurotické poruchy člověku, který trpí tělesnými nebo duševními obtížemi, pro které při lékařském vyšetření nebyl zjištěn organický podklad, tj. prokazatelné poškození příslušných tělesných orgánů nebo mozku. Zároveň upozorňuje, že pacient si své potíže uvědomuje a není podstatně porušena jeho soudnost.⁷

Knobloch a Knoblochová staví do popředí srdeční obtíže, které nejsou způsobeny organickou poruchou oběhového systému ani jiných orgánů a nemocný je pokládá za chorobu.⁸

⁴ VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie*. 2., dopl. vyd. Praha: SPN, 1972, 317 s.

⁵ VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie*. 2., dopl. vyd. Praha: SPN, 1972, 317 s.

⁶ MATOUŠEK, Oldřich. *Kontexty neuróz*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986, 198 s.

⁷ KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnutí*. 4., rozš. vyd. Praha: Triton, 2006, 216 s. ISBN 80-7254-553-1.

⁸ KNOBLOCH, Ferdinand, Jiřina KNOBLOCHOVÁ a Zdeněk FEJFAR. *Neurocirkulační asthenie a princip jednoty organismu s prostředím*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956, 40 stran.

Vondráček a Holub definují neurózu jako nemoc bez anatomického nálezu, která je dána funkční poruchou nervové činnosti a projevuje se u ní řada duševních i tělesných příznaků. Upozorňují i na důležitou skutečnost, že „nemoc je vyléčitelná a nikdo na neurózu nikdy neumřel.“⁹

Miroslav Orel vyzdvihuje společné znaky neuróz: úzkost a tělesné projevy.¹⁰

Jan Dobiáš zastává tuto definici: „Neurosa je funkcionální duševní porucha bez strukturálních změn CNS, u níž při zachovaném vědomí chorobnosti jde o nepříjemně prožívané příznaky duševních, tělesných a útrobních obtíží, jež mohou snižovat nebo i dočasně vyřadit pracovní výkonnost.“ Neurózu dále považuje za lehčí poruchu zdraví a také upozorňuje, že její výskyt je velmi častý.¹¹

Janík a Dušek charakterizují neurózu jako „inadekvátní psychotraumatické zpracování déletrvajících konfliktových, zátěžových a frustračních situací.“ Toto onemocnění se podle nich vyskytuje velmi často a projevuje se především poruchou adaptačních schopností (neurotické chování) a poruchou ve schopnosti vyrovnávat se s tíživými životními situacemi.¹²

Pohledy různých autorů na neurotické poruchy jsou velmi rozmanité, lze v nich však spatřit i mnoho společných rysů. S ohledem na výše uvedené definice můžeme tedy konstatovat, že neuróza je duševní porucha, která vychází z neadekvátního zpracování zátěžových situací, ovlivňuje chování člověka a projevuje se tělesnými i duševními obtížemi, které však nemají organický základ. Obvykle je doprovázena úzkostí. Pacient si obtíže uvědomuje, což znamená, že u této poruchy nechybí náhled choroby. Většina autorů považuje neurózu za duševní poruchu lehčího charakteru, která je léčitelná a jejíž výskyt je velmi častý.

⁹ VONDRÁČEK, Vladimír a František HOLUB. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. V Praze: Columbus, 2012, 431 s., [80] s. obr. příl. ISBN 978-80-87588-04-8.

¹⁰ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

¹¹ DOBIÁŠ, Jan. *Speciální psychiatrie: určeno pro posl. všeobec. lékařství*. 2., přeprac. vyd. Praha: SPN, 1979, 241 s.

¹² JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Diagnostika duševních poruch*. 2., přeprac. vyd. Praha: Avicenum, 1987, 400 s.

1.2.3 ETIOLOGIE NEUROTICKÝCH PORUCH

Miroslav Orel mluví o tzv. „multifaktoriální etiopatogenezi“, což znamená, že příčiny vzniku neurotických poruch jsou velmi pestré a mnohdy zůstávají nejasné. U někoho mohou hrát větší roli vrozené dispozice, u někoho naopak faktory vnějšího prostředí.¹³

Z biologického hlediska se u neurotických pacientů setkáváme s nadměrnou aktivací sympatické části autonomního nervového systému. Předpokládá se dysfunkce serotonergního, noradrenergního a dopaminergního systému mozku. Dochází ke zvýšenému uvolňování adrenalinu a noradrenalinu do krve.¹⁴

Z hlediska psychosociálního hraje roli osobnost člověka, jeho celková odolnost a zranitelnost, narušené sebehodnocení a stejně tak i identifikace se vztahově významnými osobami. Některé formy úzkosti mohou být převzaty a naučeny například od rodičů. Významnými faktory při vzniku neuróz jsou i míra stresu, zátěže, frustrace, konflikty či potlačená přání a emoce daného jedince.¹⁵

Podle Stanislava Kratochvíla může terén pro vznik neurotických poruch vytvořit celkové oslabení organismu způsobené např. nemocí, úrazem, přepracováním či dokonce špatnou životosprávou. Toto oslabení však obvykle nebývá hlavní příčinou vzniku neuróz.¹⁶

Hlavní příčinou může být prožití nějakého velmi silného jednorázového duševního otřesu, jako je např. ztráta blízkého člověka či jiné životní hodnoty anebo dopravní či přírodní katastrofa. V těchto případech vzniká tzv. neurotická reakce, která však u člověka s normální přizpůsobivou osobností obvykle postupně opadne a potíže vymizí.¹⁷

Častější příčinou neurotických poruch bývají sice méně silné, zato ale dlouhotrvající konfliktové situace. Konflikty mohou být jak vnější, tedy zpravidla různé hádky v rodině či

¹³ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

¹⁴ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

¹⁵ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

¹⁶ KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnání*. 4., rozš. vyd. Praha: Triton, 2006, 216 s. ISBN 80-7254-553-1.

¹⁷ KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnání*. 4., rozš. vyd. Praha: Triton, 2006, 216 s. ISBN 80-7254-553-1.

na pracovišti anebo vnitřní, odehrávající se převážně v hlavě člověka (spor s vlastním svědomím, boj motivů, či protikladná přání).¹⁸

Příčiny vzniku neuróz nemusí vyplývat jen ze současné životní situace, nýbrž mohou zasahovat i hluboko do minulosti pacienta a současná situace je spíše jen opakováním toho, co už zde v nějaké formě bylo dříve.¹⁹

Knobloch a Knoblochová považují neurózu za poruchu vyšší nervové činnosti. Podkladem pro vznik neurotických příznaků je vnitřní konflikt, který vede k úzkosti, pocitu nejistoty, nedostatku bezpečí a strachu z budoucnosti. Připouští rovněž, že vznik poruchy mohou ovlivňovat faktory jako např. únava, nevyspání, tělesná námaha, infekční choroba apod. Dále jsou přesvědčeni, že neuróza vzniká v interakci jedince s prostředím. Podněty zevního prostředí, které s touto poruchou nejvíce souvisí, jsou zejména z oblasti manželství, rodiny a pracovního prostředí.²⁰

Podle Dobiáše vzniká neuróza, setká-li se vrozená pohotovost s nepříznivými vlivy prostředí a vytvoří-li se chybné reakce a postoje. Do vrozené pohotovosti řadí především jednostranné převládání určitých temperamentových vlastností a celkovou křehkost CNS. Z nepříznivých vlivů prostředí hraje roli především chybění jednoho z rodičů a špatná rodinná výchova. Významné pro vznik neuróz jsou rovněž zátěžové situace. Neuróza však podle něj nebývá jen následkem jednorázového traumatu, nýbrž častěji je vyvolána působením celé řady déletrvajících mikrotraumat. Neblahý vliv spatřuje i v konfliktech a to zejména v konfliktu mezi dvěma negativními podněty.²¹

V pojetí Oldřicha Matouška existuje celá řada faktorů, které disponují ke vzniku neurotických obtíží. Předpokládá, že jedním z nich je heredita. Vliv temperamentu nevylučuje, ale ani nepotvrzuje. Z hlediska pohlaví jsou ženy více disponovány pro vznik

¹⁸ KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnání*. 4., rozš. vyd. Praha: Triton, 2006, 216 s. ISBN 80-7254-553-1.

¹⁹ KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnání*. 4., rozš. vyd. Praha: Triton, 2006, 216 s. ISBN 80-7254-553-1.

²⁰ KNOBLOCH, Ferdinand, Jiřina KNOBLOCHOVÁ a Zdeněk FEJFAR. *Neurocirkulační asthenie a princip jednoty organismu s prostředím*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956, 40 stran.

²¹ DOBIÁŠ, Jan. *Speciální psychiatrie: určeno pro posl. všeobec. lékařství*. 2., přeprac. vyd. Praha: SPN, 1979, 241 s.

neurotických obtíží. Také některé nemoci a tělesné zvláštnosti, jako např. těžký porod, intoxikace, zánět mozku apod., disponují ke vzniku neurotických problémů.²²

Z faktorů prostředí upozorňuje především na vliv rodinné výchovy např. příliš ochranná výchova a citovou deprivaci v dětství, ale také na důležitost vrstevnických skupin a sociálního učení. U jedince, který není schopen se adaptovat na sociální prostředí, je větší nebezpečí propuknutí neurotických obtíží.²³

Výše uvedené řádky můžeme shrnout tak, že příčiny vzniku neurotických chorob jsou velmi rozmanité a u každého jedince se mohou nacházet v jiných oblastech. Roli hrají biologické, sociální i psychologické faktory. Jako příčinu vzniku neuróz zmiňují autoři nejčastěji zátěžové a konfliktové situace, které působí dlouhodoběji. Často také uvádějí celkovou odolnost člověka, která může být oslabena určitými faktory z tělesné oblasti, jako jsou např. různé nemoci, únava apod.

1.2.4 KLASIFIKACE NEUROTICKÝCH PORUCH

1.2.4.1 Úzkostné poruchy

Úzkost je prožívána jako subjektivně nepříjemný pocit ohrožení či obav bez reálného nebezpečí. Jinými slovy – člověk se bojí, ale neví čeho přesně. V porovnání se strachem úzkost tedy není vázána na určitý objekt nebo situaci a není spojena s konkrétním ohrožením. Jedná-li se o strach, tak se dotyčný bojí a ví, čeho přesně. Úzkost a strach se mohou prolínat.²⁴

Fobické úzkostné poruchy (F40)

Tyto poruchy jsou charakteristické iracionálním, nepřiměřeným strachem z něčeho, co obvykle nebývá považováno za nebezpečné. Jsou doprovázeny pocitem úzkosti a ohrožení, které jsou vázány na konkrétní předmět či situaci. Nemocný se obvykle vyhýbá situacím, které považuje za ohrožující. Uvědomuje si, že jeho chování je nepřiměřené, ale nedovede svůj strach ovládnout.²⁵

²² MATOUŠEK, Oldřich. *Kontexty neuróz*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986, 198 s.

²³ MATOUŠEK, Oldřich. *Kontexty neuróz*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986, 198 s.

²⁴ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

²⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Agorafobie (F40.0)

Tato fobie se vyznačuje zejména chorobným strachem z otevřených veřejných prostranství, ale také z přeplněných míst, shluků lidí, z obchodů, cestování dopravními prostředky, z jízdy výtahem, uzavřených prostor apod. Úzkost je vyvolána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa bezpečí, kterým většinou bývá domov. Čím více se pak tento člověk vzdaluje od domova, tím větší strach prožívá. Úzkost se zvyšuje, pokud si uvědomí, že únik není možný, nebo by upoutal přílišnou pozornost. Pacient předpokládá, že pokud se mu z ohrožující situace nepodaří včas uniknout, tak se mu přihodí nějaká katastrofa – omdlí, dostane infarkt, přestane se ovládat apod. V extrémních případech pacient nemusí být schopen vůbec vycházet z domova.²⁶

Sociální fobie (F40.1)

Sociální fobie se projevuje nepřiměřeným strachem především z cizích lidí a z různých sociálně náročných situací. Tato porucha postihuje především dospívající a je doprovázena strachem z vystupování na veřejnosti a ze situací, kdy je osoba středem pozornosti. Pokud se pacient do takovéto situace dostane, objevují se tělesné symptomy jako třes, červenání, pocení, zadrhávání v řeči apod. Osoby, trpící touto poruchou, mají obvykle nízké sebehodnocení a nedostatečnou sebedůvěru. Sociální fobie omezuje rozvoj komunikačních schopností jedince a socializační rozvoj.²⁷

Specifické (izolované) fobie (F40.2)

Tyto fobie jsou omezeny na vysoce specifické situace či objekty. Strach a úzkost se váže obvykle jen na tyto situace nebo objekty a objevuje se vyhýbavé chování, kterým se postižený snaží úzkost minimalizovat. Obvykle nejde jen o přímý strach, ale i strach z důsledků, které se podle pacientova přesvědčení objeví po kontaktu s určitým objektem nebo situací. Lze je rozdělit do několika subtypů:

- z přírodních živlů (např. bouřka, voda, výška)
- ze zvířat (např. psi, hmyz)
- z injekcí, krve a zranění

²⁶ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 413 s. ISBN 80-7178-997-6.

²⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

- z určitých míst (např. být v letadle, autě, výtahu, na mostě)
- jiné (např. ze zvracení, nemocí, hlasitých zvuků)

U některých z těchto fobií existuje vztah k reálnému nebezpečí např. fobie z cestování lodí. U jiných fobií naopak reálné nebezpečí neexistuje např. strach ze tmy, z koček apod.²⁸

Specifické fobie se mohou vyskytovat ve stovkách forem. Dá se říci, že objektem fobického strachu se může stát takřka cokoliv. Příkladem těchto fobií může být:

- akrofobie – patologický strach z výšek
- androfobie – patologický strach z mužů
- aquafobie – patologický strach z vody
- bacilofobie – patologický strach z bacilů
- entemofobie – patologický strach z hmyzu
- fotofobie – patologický strach ze světla
- hemofobie – patologický strach z krve
- kynofobie – patologický strach ze psů
- ornitofobie – patologický strach z ptáků
- thanatofobie – patologický strach ze smrti
- xenofobie – patologický strach z cizinců²⁹

Jiné úzkostné poruchy (F41)

Mezi jiné úzkostné poruchy se řadí takové poruchy, které se neomezují jen na konkrétní objekty a situace.³⁰

Panická porucha (F41.0)

Základním rysem této poruchy jsou ataky panické úzkosti, které jsou typické náhlým začátkem, silnou intenzitou negativních pocitů a krátkou dobou trvání (většinou několik

²⁸ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 413 s. ISBN 80-7178-997-6.

²⁹ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

³⁰ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

minut až desítky minut). Panická ataka vzniká bez zjevné příčiny, není vázána na žádný specifický podnět či situaci.³¹

Panické záchvaty nelze nijak předvídat, vznikají náhle a bez varování. Ataka paniky se může vyskytnout i jednorázově. Výskyt těchto ojedinělých atak je vyšší. Alespoň jednou v životě je zažije mezi 7 – 9 % lidí. Panická porucha je přibližně 2x častější u žen než u mužů.³²

Mezi psychické projevy této poruchy patří neklid, pocit silné úzkosti až děsu, pocity bezvýchodnosti a bezmoci v situaci, která je prožívána jako katastrofická a přesvědčení o ztrátě schopnosti tuto situaci nějak ovládnout. Objevují se pocity nereálnosti, cizosti sebe samého i vnějšího světa, strach ze smrti resp. ze ztráty vědomí nebo kontroly, postižený má pocit, že se zblázní apod. Může se objevit vyhýbavé chování – nemocný se vyhýbá místům, kde v minulosti panická ataka nastala. Často má strach, že by se záchvat paniky mohl objevit na veřejnosti, proto se raději vyhýbá místům s větší koncentrací lidí a místům, odkud by v případě nutnosti bylo obtížné rychle uniknout. Panická porucha bývá spojena s agorafobií.³³

Ataka je spojena i s řadou velmi intenzivních somatických projevů. Obvykle se jedná o kardiovaskulární příznaky (bušení srdce, zrychlený puls), pocení, třes, střídání horka a zimnice, nevolnost, závratě, necitlivost vlastního těla, pocity dušení popř. hyperventilační syndrom. Nemocní mají sklon k iracionálnímu způsobu interpretace svých potíží, schopnost rozumového zhodnocení je značně omezena. Často jsou přesvědčeni, že mají např. infarkt, chorobné plíce či mozek.³⁴

Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)

Tato porucha je charakteristická všeobecnou a trvalou úzkostí, která není omezena na určité objekty, situace nebo okolnosti, ale týká se každodenních záležitostí. U pacientů se neobjevuje vyhýbavé chování. Typickým projevem je nadměrné zabývání se starostmi a

³¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

³² PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 413 s. ISBN 80-7178-997-6.

³³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

³⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

stresujícími myšlenkami, které mají obvykle charakter obav z budoucího neštěstí např. že se stane něco nepříjemného, něco nevládne, ztrapní se, onemocní apod. Tyto myšlenky vyvolávají úzkost, podrážděnost, zhoršené soustředění, únavu apod. Přítomny jsou i somatické příznaky – svalové napětí, závratě, nevolnost, bolest hlavy, bušení srdce, pocit sevření na hrudi a v krku, pocení, zažívací obtíže atd. Potíže se často zhoršují v době klidu např. o víkendech či dovolených, protože pozornost postiženého není odváděna vnějšími podněty.³⁵

Pacient pociťuje trvalé napětí, kterého se nelze zbavit a nedokáže se uvolnit. S tím souvisí nepřiměřené reakce i na běžné podněty. Projevy postiženého se pak mohou zdát jako neúčelné a nesmyslné např. náhlý útěk, ztráta schopnosti jakkoliv reagovat. Nemocný si uvědomuje nepřiměřenost svých reakcí, avšak není schopen je ovládat. Úzkostnost a nejistota obvykle ovlivní i vztah k sobě samému. Tito lidé mají horší sebehodnocení, nízké sebevědomí a trpí pocity méněcennosti. Dalším faktorem pro zafixování zhoršeného sebehodnocení je, že úzkost a napětí zhoršuje koncentraci pozornosti, což způsobuje reálné zhoršení výkonu postiženého. Generalizovaná úzkost bývá někdy označována jako chronická. U dvou třetin nemocných dochází během šesti let ke zlepšení, u zbývajících dochází k přetrvávání mnoha psychických i tělesných potíží.³⁶

Smíšená úzkostně-depresivní porucha (F41.2)

Tato porucha je diagnostikována u pacientů, kteří mají příznaky jak úzkosti, tak deprese, ale ani deprese ani úzkost není tak výrazná, aby opravňovala ke stanovení samostatné diagnózy kterékoli z obou poruch. Postižený má většinou problém jasně popsat příznaky. Depresivní náladu může popisovat jako „cítím se bez energie“, „nic mi nedělá radost“ apod. Typické jsou obavy do budoucna, sebeobviňování za nerůznější banality, přecitlivělost až plačtivost, problémy se soustředěním, potíže s usínáním a udržením spánku, únava, podrážděnost. Podobně jako u generalizované úzkostné poruchy se objevují obavy a starosti, které prolínají všechny oblasti života a zvýšené nabuzení, které vede k automatickému vyhledávání obávaných podnětů. Někdy se mohou objevit i

³⁵ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 413 s. ISBN 80-7178-997-6.

³⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

drobné obsedantní příznaky (např. posedlost pořádkem, zdravým vařením), které ale nejsou v čase natolik stabilní jako u OCD. Řada pacientů pije hodně kofeinové nápoje nebo jí čokoládu ve snaze zvýšit soustředění a překonat únavu.³⁷

1.2.4.2 Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)

Obsedantně-kompulzivní porucha se běžně označuje zkratkou OCD z anglického Obsessive-Compulsive Disorder. Projevuje se zejména vtíravými, nutkavými myšlenkami (obsese), které nelze potlačit, a dotyčného obtěžují. Obsese pak následně vyústí v nutkavé, nepotlačitelné jednání (kompulze). Obsedantní myšlenky jsou stereotypně opakující se impulsy či nápady, které zatěžují vlastní myšlenky postiženého. Kompulzivní činy obvykle navazují na obsese, slouží k tlumení tísně vyvolané vtíravými myšlenkami a vyskytují se v podobě opakovaného, stereotypního jednání.³⁸

Nutkavé myšlenky mají často pro dotyčného nepříjemný nebo ohrožující obsah a proto vyvolávají negativní emoce. Přítomna je především úzkost, která je však na rozdíl od fobií vyvolána vnitřními impulzy (nikoliv vnějšími). Objevuje se i strach, pocity zhnusení či viny (např. vnucuje-li se postiženému do mysli představa, že by se někomu blízkému mohlo něco stát). Pacient si uvědomuje neadekvátnost svých myšlenek, ale nedokáže je ovládat, cítí se bezmocný a ztrácí pocit kontroly nad vlastním uvažováním. Na rozdíl od psychóz se dotyčný nedomnívá, že by mu vtíravé nápady vkládal do mysli někdo jiný. U jedné třetiny postižených se objevuje deprese, která je sekundární reakcí na potíže, které OCD způsobuje.³⁹

Nemocný mívá nutkání k určitému jednání, které je pro něj nevhodné, nepříjemné či se ho obává nebo k němu pociťuje odpor. Při snaze potlačit toto nutkání se zvyšuje pocit úzkosti a napětí. Pokud úzkost přesáhne únosnou mez, podlehně dotyčný jejímu tlaku a snaží se primární nutkání neutralizovat určitou náhradní aktivitou, která slouží jako obrana před úzkostí. Obvykle jde o různé stereotypní, opakující se rituály, které pomáhají zmenšit neklid a napětí, uleví od nepříjemných pocitů a poskytnou dočasný pocit

³⁷ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 413 s. ISBN 80-7178-997-6.

³⁸ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

³⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

uvolnění. Kompulzivní rituály souvisejí nejčastěji s dodržováním čistoty, prevencí nákazy či jiného ohrožení (např. mytí rukou, kontroly zámků). Některé rituály mohou být velice složité a mohou trvat i několik hodin.⁴⁰

Obsedantně-kompulzivní potíže se obvykle projevují jedním z následujících způsobů:

- nutková potřeba opakování očistného rituálu – vyplývá z nepřiměřeného strachu z nečistot a ohrožení zdraví (např. mytí, převlékání do čistého prádla)
- nutková potřeba kontroly (např. vypínačů, dveří, oken, plynu)
- nutková potřeba pořádku – tendence jednat podle konkrétních, v zásadě nesmyslných pravidel (např. urovnávání, chůze jen po černých dlaždicích)
- neodbytné myšlenky nepřijatelné povahy (např. agresivní, sexuální)⁴¹

Obsedantně-kompulzivní porucha se nejčastěji objevuje u lidí, kteří jsou nejistí, opatrní, nadměrně svědomití, puntičkářští, perfekcionistačtí, disciplinovaní, kladou důraz na plánování a dodržování norem. Jejich myšlení je rigidní a ulpívavé. Když je třeba reagovat jinak, než obvykle, tak jsou bezradní. Mají sklon k nespokojenosti a špatné náladě. U 75 % pacientů přetrvávají obsedantně-kompulzivní potíže i po léčbě, ale i v těchto případech dochází většinou ke zlepšení.⁴²

1.2.4.3 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)

Stres je přirozenou, fyziologickou reakcí na zátěž a v řadě situací umožňuje přežití. Stresová reakce je automatická a komplexní – zahrnuje mechanismy tělesné i duševní. V podobě eustresu je nedílnou součástí adaptačních mechanismů; v podobě distresu poškozuje. Pojmem stresor se označuje podnět, který vyvolává stresovou reakci. Stresová reakce je víceméně univerzální, stresory jsou většinou individuální. Pokud je zátěž

⁴⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁴¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁴² VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

neúměrně vysoká a přesahuje adaptační kapacitu jedince, mohou se projevit poruchy popsané v následujících řádcích.⁴³

Akutní reakce na stres (F43.0)

Akutní reakce na stres je přechodná porucha, objevuje se jako reakce na výjimečně silný stresový podnět. Rozvíjí se do jedné hodiny od traumatizující události a odeznívá v průběhu hodin až dnů.⁴⁴

Závažnost narušení psychických a somatických funkcí závisí na míře ohrožení, odolnosti postiženého, na interpretaci události i na sociální podpoře ze strany blízkých. Dochází ke zhroucení adaptačních mechanismů, selhává kognitivní složka. Člověk je dezorientovaný, upadá do stavu bezmocnosti a není schopen účelně jednat.⁴⁵

U postižených se projevují disociativní symptomy – dochází k oddělení emoční a kognitivní složky. Člověk může např. intenzivně citově reagovat, ale nedovede si vybavit událost, která tyto emoce vyvolala. Nebo naopak dokáže si vybavit událost, ale popisuje ji naprosto bez emocí. Jde o obranou reakci potlačení negativních pocitů, která souvisí s aktuální neschopností traumatizující prožitky přijmout a zpracovat. Emoční reakce jsou individuální. U někoho se objevuje emoční otupělost a neúčast, jindy můžeme naopak pozorovat bouřlivé afektivní reakce, vztek či agresi. Postižený trpí pocity úzkosti, strachu a hrůzy.⁴⁶

Z hlediska kognitivních funkcí se setkáváme s určitým strnutím, zúžením vědomí a omezením pozornosti. Dotyčný může prožívat pocity nereálnosti aktuálního dění, zejména jde-li o velmi traumatizující zážitek (např. ochrnutí, smrt dítěte). Objevuje se tendence vůbec takový zážitek nepustit do vědomí, což se projevuje amnézií. Může dojít i

⁴³ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

⁴⁴ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

⁴⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁴⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

k neschopnosti ovládat vědomí a pak se traumatizující zážitek objevuje ve formě vtíravých, vůlí neovladatelných, myšlenek.⁴⁷

Co se týče chování, lze pozorovat buď komplexní útlum, nebo nadměrnou aktivizaci, která je důsledkem pocitu přetrvávajícího ohrožení. Organismus je udržován ve stavu připravenosti, aby byl schopen rychle reagovat. Postižený pak snadno jedná výbušně, je neklidný, má tendenci k nadměrné, někdy nesmyslné, činnosti či panické únikové reakci. Opačná reakce – celkové strnutí – vyplývá z prožitku bezmoci v situaci, kdy se postižený nemohl bránit ani uniknout. Jediným možným řešením byl vnitřní únik, tedy změna stavu vědomí, které registruje veškeré dění jako by se jej netýkalo. Přítomny jsou symptomy jako ztuhlost, otupělost či otažitost. Pokud změna stavu vědomí trvá delší dobu, znemožňuje zpracování traumatické události a vyrovnání se s ní.⁴⁸

Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) vzniká jako odezva na traumatizující stresovou událost, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost a téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň.

Hlavní symptomy jsou:

- opakované znovuprožívání traumatu ve vzpomínkách či snech
- úzkost, přehnané úlekové reakce, poruchy spánku, poruchy koncentrace pozornosti, nadměrná ostražitost
- otupělost, nedostatek zájmu o aktivity, které dotyčný dříve vykoval, pocit odcizení a odtržení se od lidí⁴⁹

Traumatizující událostí může být např. přírodní katastrofa, válečný konflikt, mučení, znásilnění, přepadení, autohavárie, závažná diagnóza apod. Pro rozvoj této poruchy někdy

⁴⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁴⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁴⁹ RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012, 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.

stačí, když je člověk pouze přítomen stresující události např. násilná smrt či resuscitace jiné osoby.⁵⁰

Typické je vyhýbání se podnětům, činnostem či situacím, které postiženému trauma připomínají. Připomene-li si traumatickou událost, může mít pocit, že ji prožívá znovu. Pokud např. prožil dotyčný trauma v nemocničním prostředí, může se vyhýbat pohledu na bílý plášť, chirurgické nástroje či nemocnici samotné. Obvyklé je i vyhýbání se rozhovoru o traumatu, filmům či článkům na podobné téma. Objevuje se i vyhýbání blízkému vztahu, nedůvěra, strach se svěřit a otevřít druhému člověku. Postižení často podléhají pocitu, že je někdo zradil, i když je to bezdůvodné. Lidé, kteří prožili přírodní katastrofu či válečné násilí se vyhýbají převzít odpovědnost např. za děti ze strachu, že jim nedokážou zajistit bezpečí.⁵¹

Příznaky se mohou objevit hned po události nebo po období latence, které trvá od několika týdnů a výjimečně až po několik let. Pokud příznaky trvají jeden až tři měsíce, mluvíme o akutní formě. Pokud přetrvávají déle, jde o chronickou formu. Objeví-li se symptomy déle než po šesti měsících od traumatické události, mluvíme o odloženém začátku.⁵²

Většina lidí se po prožitém traumatu dokáže zkompenzovat a posttraumatická stresová porucha se u nich nerozvine. Roli hraje závažnost traumatické události, avšak zdá se, že větší vliv má individuální reakce na trauma.⁵³

Prognózu výrazně zhoršuje psychická porucha, kterou postižený trpěl již před traumatem, abúzus alkoholu či užívání drog. Příznivý vliv na léčbu má sociální podpora. Základním léčebným přístupem je psychoterapie, u závažnějších případů se používá i farmakoterapie. Při léčbě je důležitá podpora ze strany rodiny a blízkých pacienta.⁵⁴

Jiří Mareš⁵⁵ se posttraumatickou stresovou poruchou zabývá z jiné perspektivy. Mluví o tzv. posttraumatickém rozvoji člověka. Tento termín v sobě zahrnuje pozitivní důsledky

⁵⁰ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

⁵¹ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

⁵² PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

⁵³ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

⁵⁴ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

⁵⁵ MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. *Psyché* (Grada). ISBN 978-80-247-3007-3.

negativních životních událostí. Jinými slovy – jde o změnu k lepšímu, která se s člověkem po prožití závažné události stane. Dochází k transformaci dané osobnosti k lepšímu, člověk se rozvíjí nad svou předchozí adaptační úroveň, nad své dosavadní psychologické fungování, mění svůj dosavadní pohled na svět, stává se citlivějším k problémům ostatních lidí, více si váží života, stává se odpovědnějším, dozrává.

Dále autor uvádí, že existuje mnoho teoretických modelů obsahujících řadu proměnných, které determinují pozitivní změnu - posttraumatický rozvoj - po prožitém traumatu. Jednou z těchto proměnných je osobnost jedince před traumatem. Důležitou roli hraje temperament, emoční ladění, zdravotní stav, psychosomatické vývojové stádium, sebezpojetí, sebedůvěra, sebekritičnost, sebekontrola apod. Jako jednu z nejdůležitějších charakteristik osobnosti, která ovlivňuje posttraumatický rozvoj, označuje Jiří Mareš odolnost jedince (resilience). Odolní jedinci prožijí jen krátké období somatického a emočního vychýlení a rychle se vracejí k normálu; méně odolné jedince trauma zasáhne hlouběji a déle se z něj vzpamatovávají.⁵⁶

Jak autor udává, odolnost je multidimenzionální celek, který je tvořen různými adaptivními procesy a ústí v různé typy výsledků. Rozlišujeme tři odlišné podoby odolnosti:

- Návrat k normálu, příp. uzdravení – jedinec se po vychýlení rychle vrací do předstresového stavu, negativní událost v něm nezanechává nepříznivé stopy.
- Rezistence, odpor – jedinec se nenechá vyvést z míry, funguje normálně před, během i po stresové události.
- Rekonfigurace, změna – jedná se o změnu osobnosti, kdy jedinec přežije trauma a vyjde z něho pozměněn. Člověk může být traumatickou událostí obohacen a možná snáze zvládne podobnou situaci. Rekonfigurace však nemusí nutně vyústit v pozitivní změny, neboť dotyčný může být traumatem závažně a negativně poznamenán.

⁵⁶ MAREŠ, Jiří. Posttraumatický rozvoj člověka. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3007-3.

Posttraumatický rozvoj je jen jedním z možných konečných výsledků u jedinců, kteří předtím prošli rekonfigurací (změnou) a to s pozitivním výsledkem.⁵⁷

Případný posttraumatický rozvoj ovlivňuje rovněž hodnocení a kognitivní zpracování události. Zpočátku mohou mít kognitivní procesy charakter vtíravých myšlenek, které bývají doprovázeny nepříjemnými pocity. Teprve později nastupuje nadějnější typ kognitivních procesů, a sice opětovné promýšlení. Pro oba typy přemýšlení se používá pojem ruminace. V poslední době je tento termín chybně chápán spíše negativně, ale původní význam je „důkladně věci promyslet“. Zahrnuje mj. snahu o nalezení smysluplnosti toho, co se událo. Posttraumatický rozvoj nastoupí pravděpodobněji u jedinců, kteří se snaží vydolovat smysl z toho, co se jim přihodilo. Reflektující konstruktivní promýšlení je tedy velmi důležité. Výzkumy ukazují, že velikost posttraumatického rozvoje významně závisí na míře kognitivní aktivity, kterou jedinec vyvine.⁵⁸

Důležitým předpokladem pozitivní změny je i sociální opora, jejímž zdrojem bývá nejčastěji rodina. Ten, kdo má být pro jedince sociální oporou, však musí disponovat určitými životními zkušenostmi, včetně zkušeností se zvládáním traumatických událostí. Dále musí mít i určité osobnostní vlastnosti, jako je empaticnost, odpovědnost, citlivost vedení jedince, respekt k jedincově autonomii apod.⁵⁹

Velmi podstatný je i časový rozměr traumatu. Vždy trvá určitou dobu, než se jedinec s traumatem vyrovná natolik, že je schopen uvažovat také o jeho pozitivních stránkách. Posttraumatický rozvoj můžeme přirovnat k jakémusi „psychickému zemětřesení“, po němž musí následovat změna kognitivních procesů a restrukturování osobnosti, což už naznačuje pracnost a časovou náročnost.⁶⁰

Poruchy přizpůsobení (F43.2)

Poruchy přizpůsobení jsou spojeny s významnými životními změnami a zvraty nebo stresujícími situacemi. Může jít o reakci na běžné vývojové změny (narození dítěte,

⁵⁷ MAREŠ, Jiří. Posttraumatický rozvoj člověka. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3007-3.

⁵⁸ MAREŠ, Jiří. Posttraumatický rozvoj člověka. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3007-3.

⁵⁹ MAREŠ, Jiří. Posttraumatický rozvoj člověka. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3007-3.

⁶⁰ MAREŠ, Jiří. Posttraumatický rozvoj člověka. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3007-3.

dokončení studia, úmrtí v rodině apod.) nebo také např. změny v zaměstnání, nemoc, konflikty či ztráty v rodině, rozchod. Co se týče vzniku této poruchy, hraje významnou roli nejen zátěžová situace, ale také individuální adaptační kapacita. U mnoha lidí tyto situace žádnou poruchu nevyvolají.⁶¹

Pojem adaptační kapacita označuje schopnost vypořádat se s určitými druhy problémů a je závislá na řadě faktorů, jako je např. genetická výbava, osobnost jedince, dovednosti osvojené v průběhu života, sociální vztahy (jedince v nové situaci buď chrání, nebo ji naopak zhoršují).⁶²

Na rozdíl od akutní stresové poruchy, kde je spouštěčem náhlá změna, zde může jít také o dlouhodobý vliv stresu. Stresující situací je v tomto případě míněn jakýkoliv střet se zevním prostředím, který vyžaduje změnu původního životního stylu a návyků. Poruchy přizpůsobení se projevují subjektivní tísní a dalšími poruchami emocí, které narušují sociální fungování a výkon v důležitých životních rolích. Mezi nejčastější příznaky patří depresivní nálada, úzkost, obavy, poruchy chování (např. agresivní, dramatické, disociální chování), zhoršení každodenního fungování, pocit, že dotyčný není schopen se vypořádat se současnou situací, plánovat ji nebo v ní pokračovat.⁶³

Porucha obvykle začíná do jednoho měsíce po výskytu stresující události nebo životní změny a trvání příznaků jen zřídka překročí 6 měsíců. Rozlišujeme následující podkategorie:

- Krátkodobá depresivní reakce – přechodný mírný depresivní stav, netrvá déle než jeden měsíc.
- Protahovaná depresivní reakce – mírný depresivní stav, vzniká jako reakce na dlouhodobou zátěž a netrvá déle než dva roky.
- Smíšená úzkostná a depresivní reakce – objevují se symptomy úzkosti i deprese, které jsou méně výrazné, než u smíšené úzkostně-depresivní poruchy.

⁶¹ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

⁶² PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

⁶³ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

- Porucha přizpůsobení s převládající poruchou jiných emocí – zahrnuje různé typy emočních symptomů např. úzkost, deprese, tenze, zlost.
- Porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování – hlavní porucha se týká chování např. agresivní, disociální.

Léčba spočívá v psychoterapii popř. v podávání antidepresiv.⁶⁴

1.2.4.4 Disociativní (disociační, konverzní) poruchy (F44)

Pro disociativní poruchy (dříve označované jako hysterické neurózy) je charakteristické narušení integrace jednotlivých psychických funkcí, jejich koordinace s motorickými projevy, případně transformace psychických problémů na úroveň tělesných příznaků. Symptomy jsou projevem specifického způsobu zpracování subjektivních problémů, které postižený člověk není schopen řešit jinak.⁶⁵

U zdravého jedince funguje vědomá kontrola toho, kterým vzpomínkám a pocitům věnuje pozornost a které pohyby chce vykonat. U disociativních poruch je tato schopnost zhoršena – může se měnit ze dne na den nebo dokonce z hodiny na hodinu.⁶⁶

Pojem disociace označuje vytěsnění určitého škodlivého obsahu z vědomí, avšak tento obsah člověka i nadále nějak ovlivňuje a trápí. Termín konverze označuje promítnutí vytěsněného zatěžujícího obsahu do chování resp. tělesného projevu.⁶⁷

Pro diagnózu disociativní poruchy musí být splněna následující kritéria:

- Nesmí být prokázána žádná somatická porucha, která by mohla vysvětlit charakteristické příznaky této poruchy.
- Musí existovat časový vztah mezi začátkem symptomů poruchy a stresovými událostmi nebo problémy.

⁶⁴ RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012, 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.

⁶⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁶⁶ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

⁶⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Pacienti, trpící těmito poruchami, se projevují neobvyklými nebo dramaticky vypadajícími tělesnými a psychickými příznaky (křeče, amnézie, trans, ztráta citlivosti, porucha vidění, obrna, afonie, změna vlastní identity).⁶⁸

Disociativní poruchy se častěji objevují u jedinců, kteří byli v dětství pohlavně zneužíváni, měli disfunkční rodinné vztahy, zažili trauma v dětství či zažili život ohrožující zážitek v dospělosti. Spouštěčem může být celá řada událostí např. závažné vztahové konflikty, požáry, autohavárie, úraz, nemoc, úmrtí blízké osoby, ztráta zaměstnání, změna životní role a mnoho dalšího.⁶⁹

Řada disociativních příznaků odeznívá spontánně, ale některé mohou chronifikovat. Cílem léčby je v první řadě dostat pod kontrolu příznaky. V průběhu času dochází u 37 – 53 % pacientů k úplnému vymizení záchvatů. Léčba probíhá prostřednictvím farmakoterapie a podpůrné psychoterapie. Obvykle jsou podávána antidepressiva, antipsychotika či krátkodobě anxiolytika.⁷⁰

Disociativní amnézie (F44.0)

Projevuje se ztrátou paměti obvykle na důležité nedávné události. Jde o poruchu epizodické paměti, kde chybí schopnost vybavit si vzpomínky na konkrétní události, nikoliv na získané dovednosti či znalosti. Amnézie bývá částečná a selektivní. Většinou jde o neschopnost vzpomenout si na traumatické či stresující zážitky, jako je sexuální zneužívání, nehody, smrt blízkých osob apod. Časové období, které si postižený nedokáže vybavit, může být dlouhé minuty, ale i roky. Pacient si většinou své amnézie není vědom a upozorní ho na ni až okolí. Aby bylo možné diagnostikovat disociativní amnézii, nesmí být ztráta paměti způsobena organickou poruchou mozku, intoxikací či nadměrnou únavou. Objevuje se většinou u mladých lidí, častěji u žen než u mužů.⁷¹

Disociativní fuga (F44.1)

Disociační fuga většinou začíná jako bezprostřední reakce na silný, traumatický zážitek a má krátké trvání (několik hodin, jen výjimečně dny či měsíce). Porucha obvykle spontánně

⁶⁸ PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

⁶⁹ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

⁷⁰ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

⁷¹ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

odezní. Charakteristické jsou náhlé, neočekávané útoky z domova, během kterých se jedinec chová zdánlivě účelně, zachovává péči o sebe (např. jídlo, mytí) a může částečně přijmout novou identitu. Nezávislému pozorovateli se zdá chování postiženého jako naprosto normální. Na průběh fugy má pacient amnézii. Jde o vzácnou poruchu.⁷²

Disociativní stupor (F44.2)

Rozvoj stuporu rovněž souvisí s nedávnou stresující událostí, případně s interpersonálními nebo sociálními problémy. Vzniká obvykle náhle, trvá hodiny až dny (výjimečně déle) a většinou spontánně končí. Pacient leží nebo sedí dlouhou dobu bez pohybů, volní pohyby a řeč jsou značně omezeny nebo úplně chybí, stejně tak i běžné reakce na zevní podněty (světlo, hluk, dotek). Je zachován normální svalový tonus, držení těla, dýchání a často i koordinované pohyby očí, což svědčí o tom, že pacient je při vědomí. Aby mohla být tato porucha diagnostikována, nesmí existovat žádná somatická nebo psychická porucha, která by stupor vysvětlovala. Jde o vzácnou poruchu, častěji se vyskytuje u žen.⁷³

Trans a stavy posedlosti (F44.3)

U těchto poruch je typická dočasná ztráta pocitu osobní identity a plného uvědomování okolí. Trans je stav, který je mimovolní, nechtěný a není součástí nábožensky a kulturně akceptovatelných situací. Dochází k dočasné změně vědomí, uvědomování je zúžené a soustřeďuje se obvykle jen na jeden nebo dva aspekty bezprostředního okolí. Vyskytují se spíše jednoduché regresivní projevy. Pohyby, postoje a projevy jsou omezené a opakuji se. Většinou se objevují výrazné tělesné příznaky, jako náhlý kolaps, znehybnění, ztráta rovnováhy apod. Amnézie je přítomna jen zřídka, a pokud ano, tak není úplná. U stavu posedlosti pacient jedná, jako by se ho zmocnila jiná osoba, duch, božstvo nebo síla. Chování je komplexnější, než v případě transu. Dotyčný může prezentovat zakázané myšlenky, účastnit se netypických náboženských nebo sexuálních aktivit. Na období stavu posedlosti má pacient obvykle amnézii.⁷⁴

⁷² PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7

⁷³ PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

⁷⁴ PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

Disociativní poruchy motoriky (F44.4)

Tyto poruchy jsou typické narušením nebo ztrátou hybnosti, která nemá žádnou tělesnou příčinu. Objevuje se částečné nebo úplné ochrnutí části těla, nejčastěji jde o ztrátu hybnosti jedné nebo více končetin.⁷⁵

Disociativní poruchy motoriky nesou znaky:

- apraxie – ztráta schopnosti vykonávat naučené běžné pohybové vzorce (např. zavazování tkaniček)
- akineze – neschopnost pohybu
- dyskineze – porucha souhry pohybů
- afonie – ztráta hlasu
- obrny⁷⁶

Duševní stav pacienta a jeho sociální situace obvykle naznačují, že porucha motoriky mu pomáhá uniknout z nepříjemného konfliktu nebo vyjádřit odpor, sám ale své problémy často popírá. Obvykle se v blízkém okolí postiženého vyskytuje somatické onemocnění se symptomy, které se podobají jeho příznakům.⁷⁷

Disociativní křeče (F44.5)

Disociativní křeče se mohou podobat epileptickým záchvatům, ale obvykle nedochází k pokousání jazyka, inkontinenci moči, poranění následkem pádu, chybí pěna u úst. Neobjevuje se ztráta vědomí, ale může být nahrazena stuporem nebo transem. Disociativní záchvat často začíná jako reakce na provokační moment emočního charakteru. V porovnání s epileptickými záchvaty je nástup pozvolný a rozvíjí se nefyziologicky. Motorické projevy jsou abnormální, asynchronní, přerušované, s kolísavou frekvencí. Pozorujeme křečovitě pohyby končetin, házivé pohyby hlavy a trupu, předozadní pohyby pánve, převalování, tlučení hlavy o zem, pevné svírání víček, hlasité

⁷⁵ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

⁷⁶ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

⁷⁷ PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

naříkání či pláč apod. Motorickou aktivitu je možné ovlivnit změnou polohy či přidržením končetiny. Postižený padá většinou na stranu očekávané záchranu.⁷⁸

Disociativní porucha a ztráta citlivosti a poruchy senzorické (F44.6)

Tyto poruchy se projevují narušením smyslového vnímání. Obvykle se jedná o poruchu kožní citlivosti např. necitlivost horní končetiny, mravenčení. Poruchy či ztráta čichu, sluchu nebo zraku se objevují zřídka. U zraku jde většinou o ztrátu ostrosti, rozmazané nebo tunelové vidění. Neschopnost, vyplývající ze symptomů, postiženému často pomáhá vyhnout se konfliktu či vyjádřit odpor. Míra hendikepů může kolísat podle emočního rozpoložení pacienta a podle počtu a typu přítomných osob.⁷⁹

Smíšené disociativní (konverzní) poruchy (F44.7)

Jedná se o kombinaci výše uvedených disociativních poruch, která se objevuje u jednoho člověka zároveň.⁸⁰

Jiné disociativní (konverzní) poruchy (F44.8)

Jde o poruchy, které nelze začlenit do žádné z výše uvedených kategorií.

Ganserův syndrom (F44.80)

U této poruchy je typické regresivní chování, přibližné odpovědi (např. $1 + 1 = 3$) a další disociativní příznaky (např. disociativní obrna končetin). Častěji se objevuje u vězňů ve vyšetřovací vazbě a je velmi vzácná. Předpokládá se psychický původ bez organické příčiny.⁸¹

Mnohočetná porucha osobnosti (F44.81)

Základním symptomem je existence několika nezávislých osobností u jednoho jedince, přičemž se v jednom okamžiku projevuje vždy jen jedna. Každá osobnost je kompletní, se samostatnými vzpomínkami, chováním a preferencemi. Téměř nikdy si jedna osobnost

⁷⁸ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

⁷⁹ PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

⁸⁰ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

⁸¹ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

neuvědomuje druhou. Změna z jedné osobnosti na druhou je náhlá a úzce spjata s traumatickou událostí.⁸²

1.2.4.5 Somatoformní poruchy (F45)

Somatoformní poruchy se projevují pocity tělesných příznaků a subjektivním přesvědčením o vlastní nemoci, která není objektivně potvrzena. Pacient má tělesné potíže připomínající somatické onemocnění, výsledky lékařských vyšetření jsou však negativní. Příčinou symptomů jsou psychické problémy a poruchy. Pojem somatizace označuje specifickou tělesnou reakci na psychickou zátěž. Útěk do nemoci slouží v podstatě jako obranný mechanismus před psychickými problémy. Somatoformní poruchy vycházejí z podobného základu jako disociativně-konverzní poruchy, ale jsou méně dramatické a vyskytují se častěji. Údaje o jejich četnosti se pohybují v rozmezí 4 – 20 % a objevují se častěji u žen v přibližném poměru 5 : 1. Somatoformní poruchy mívají kolísavý, chronický průběh a kompletní ústup příznaků je vzácný. Chorobné reakce mají tendenci se zafixovat zejména tehdy, přinášejí-li pacientovi nějaký zisk.⁸³

Klinické projevy somatoformních poruch mohou být vztaženy k jakémukoliv orgánovému systému. Může jít o zažívací, kardiovaskulární nebo kožní příznaky, prožitky bolesti apod. Lidé, trpící těmito poruchami, mají zvýšený sklon k negativnímu emočnímu ladění a úzkosti. Typická je i neschopnost projevit emoce. V zátěžových situacích nedochází k vyjádření negativních citových prožitků a následnému odreagování. Neschopnost adekvátně zpracovat vlastní emoce se pak odráží v tělesných obtížích. Může být narušené i vnímání vlastního těla. Postižení mají často sklon k sebezpozorování a zvýšeně se soustředí na vlastní tělesné projevy. Běžné tělesné projevy jim však připadají abnormální a je velmi těžké, jim jejich názor vyvrátit. Somatické problémy posuzují mylně jako příčinu všech svých problémů a neúspěchů např. v zaměstnání či v rodinném životě. Somatoformní poruchy ovlivňují rovněž chování pacienta, který navštěvuje různé lékaře a léčitely, u kterých hledá ujištění, že není nemocný. Jelikož jim ale nevěří, opakují se zbytečné návštěvy a hospitalizace stále dokola. Nemocný hledá různé způsoby, které by

⁸² PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

⁸³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

mohly pomoci zlepšit fungování jeho organismu, nadměrně se šetří, užívá mnoho různých léků a podpůrných preparátů.⁸⁴

Somatizační porucha (F45.0)

Typické jsou mnohočetné, rozmanité, opakující se a proměnlivé tělesné příznaky, které musí trvat nejméně dva roky a nelze je vysvětlit žádnou somatickou poruchou. Symptomy se mohou týkat kterékoliv části těla nebo orgánového systému. Časté jsou gastrointestinální problémy (bolest břicha, zvracení, nadýmání atd.) a abnormální pocity na kůži (svědění, pálení, štípání apod.). Běžně se vyskytují i kardiovaskulární problémy (např. bolesti na hrudi) nebo sexuální a menstruační potíže. Pacienti opakovaně vyhledávají lékaře a své symptomy často líčí povrchně a nekonzistentně, nápadně dramaticky s výrazným emočním doprovodem, zdůrazňují svou osobu, manipulují, upoutávají pozornost. Nemocný má tendenci k závislosti na lékaři. Ujistění lékařů, že příznaky nemají organický podklad, pacient odmítá.⁸⁵

Nediferencovaná somatizační porucha (F45.1)

Tato porucha se vyznačuje podobným průběhem jako somatizační porucha, avšak příznaků je méně a nejsou tak výrazné. Délka trvání nepřesahuje dva roky, ale musí trvat minimálně půl roku.⁸⁶

Hypochondrická porucha (F45.2)

Charakteristickým znakem jsou chronické a úporné obavy o své zdraví, které trvají nejméně 6 měsíců a vedou ke zvýšenému sebezpozorování. Pacient je přesvědčen, že trpí maximálně dvěma závažnými tělesnými nemocemi. Běžné tělesné příznaky a pocity mylně interpretuje jako patologické, opakovaně vyhledává lékaře a odmítá jejich ujištění, že pro jeho příznaky neexistuje žádná somatická příčina. Přesvědčení o závažné nemoci v dotyčném vyvolává strach, napětí, stres a trvalou tíseň, která narušuje jeho fungování v běžném životě. Často se objevuje i druhotná deprese a úzkost. Obavy se nejčastěji soustředí na skryté orgány, jako jsou břišní orgány, srdce, játra, mozek a urogenitální

⁸⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁸⁵ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

⁸⁶ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

systém. Jedná se o představy, že orgán správně nepracuje nebo se obavy mohou vázat i na některou nemoc jako AIDS, rakovina, infarkt myokardu apod.⁸⁷

Pod hypochondrickou poruchu se řadí i tzv. dysmorfofobie. Pacient s touto poruchou je přesvědčen, že některá část jeho těla je příliš velká, malá, ošklivá či deformovaná a často vyhledává služby plastického chirurga. Okolí zpravidla považuje vzhled dané oblasti za normální či jen mírně odlišný. Postižený je přesvědčen, že si okolí jeho abnormality všimá a snaží se jí maskovat, vyhýbá se zrcadlu nebo se naopak neustále prohlíží. Na domnělou abnormalitu svádí řadu dalších problémů v životě např. neúspěch v partnerských vztazích či v zaměstnání.⁸⁸

Somatoformí vegetativní dysfunkce (F45.3)

Postižený trpí příznaky, které imitují tělesnou poruchu orgánu nebo orgánového systému, který je pod vegetativní kontrolou. Nejčastěji jde o postižení systému kardiovaskulárního (např. srdeční neuróza), gastrointestinálního (např. škytavka, žaludeční neuróza, průjem), respiračního (např. hyperventilace) nebo urogenitálního (např. dysurie – obtížné či bolestivé močení). Porucha orgánu nebo orgánového systému není lékařem prokázána. Symptomy bývají dvojího typu. U prvního typu jde o objektivní příznaky vegetativního podráždění (pocení, červenání, tremor apod.). Druhý typ zahrnuje více subjektivní a nespecifické symptomy (pocity prchavé bolesti, pálení, tíže, sevření atd.)⁸⁹

Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F45.4)

Mezi hlavní příznaky této poruchy patří těžká a stresující bolest v jakékoliv části těla, kterou nelze plně vysvětlit somatickou poruchou. Příznaky trvají nejméně po dobu šesti měsíců nepřetržitě většinu dnů a stávají se středem pozornosti pacienta. Bolest může souviset s emocionálním konfliktem nebo sociálními problémy a vyvolává značný emoční stres a zhoršení fungování v různých rolích.⁹⁰

⁸⁷ PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

⁸⁸ PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

⁸⁹ PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

⁹⁰ PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

1.2.4.6 Jiné neurotické poruchy (F48)

Neurastenie (F48.0)

Projevuje se zvýšenou psychickou únavou již po malém duševním úsilí nebo zvýšeným fyzickým vyčerpáním po minimální námaze. Základní symptomy jsou slabost a dráždivost. Tato porucha bývá doprovázena poklesem výkonnosti v zaměstnání a v běžném životě, zhoršenou koncentrací, poruchami spánku, podrážděností, neschopností relaxovat, pocity svalové bolesti, anhedonií, závratěmi, bolestmi hlavy z napětí a v mírné formě depresí či úzkostí. Minimální délka trvání je tři měsíce. Neurastenie patří v současnosti mezi nejčastější chronická onemocnění a ve většině případů je diagnostikována u žen. Přibližně 45 % pacientů se uzdraví. Aby bylo možné neurastenii diagnostikovat, je třeba vyloučit všechny organické příčiny únavy, jako jsou fyzické nemoci. Léčba spočívá v psychoterapii, postupném zvyšování námahy a podávání antidepresiv. Příznaky neurastenie se více méně překrývají s tzv. chronickým únavovým syndromem.⁹¹

Depersonalizační a derealizační syndrom (F48.1)

V případě depersonalizace má pacient pocit, že jeho vlastní chování, pohyby a pocity nejsou jeho, jsou vzdálené, cizí, bez života. U derealizace se postiženému jeví okolní prostředí jako neskutečné, vzdálené, změněné, bezbarvé, jakoby „za sklem“ nebo „ve filmu“.⁹²

Schopnost rozlišovat realitu zůstává zachována, pacient si své potíže uvědomuje. Tyto syndromy se často vyskytují jako sekundární diagnóza u jiných psychiatrických poruch (schizofrenie, poruchy nálad, úzkostné poruchy apod.). U zdravých lidí mohou být důsledkem nadměrné únavy nebo intoxikace drogami či alkoholem. Samostatně se objevují zřídka.⁹³

⁹¹ PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

⁹² OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

⁹³ PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

1.3 VÝVOJOVĚ-PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA ADOLESCENCE A MLADÉ DOSPĚLOSTI

V této práci se dále budeme zabývat výhradně vysokoškolskými studenty. Většina lidí absolvuje vysokou školu mezi 19. a 26. rokem života, tudíž by měla spadat do období označovaného jako mladá, časná či raná dospělost, které je periodizováno přibližně mezi 20. a 30. rokem života jedince. V tomto případě ale není situace zcela jednoznačná. Řada vysokoškoláků totiž nesplňuje základní kritéria mladé dospělosti, jako je nezávislost na původní rodině, ekonomická nezávislost, samostatné hospodaření a bydlení apod. Podstatná část vysokoškolských studentů stále žije s rodiči, u kterých má veškerý servis, nevykonává žádné zaměstnání a zdrojem jejich příjmů je pouze kapesné. Tito mladí lidé věkem sice spadají do mladé dospělosti, avšak na základě ostatních charakteristik lze říci, že si do určité míry prodlužují období adolescence. Proto se v následujících řádcích budeme zabývat i touto periodou.

1.3.1 ADOLESCENCE

V tomto období (zhruba od 15 do 20-22 let) je člověk tělesně i duševně nejsvěžejší, nejdychtivější a nejbystřejší. Zároveň je ale tato doba plná rozporů a hledání. Mladý člověk tělesně dozrává a začíná se připravovat na budoucí povolání.⁹⁴

Postava adolescenta dostává konečné dospělé proporce. U chlapců mohutní svalstvo, dívčí postava se stává ženskou, především růstem boků a ňader. Odlišnost chlapecké a dívčí postavy je nyní zřejmá. Růst do výšky je u většiny chlapců ještě výrazný, u dívek už nepatrný. Objevuje se akné v obličeji, u chlapců první vousy a dokončování mutace. Adolescenti se velmi zabývají pozorováním vlastního těla a hodnocením jeho krásy či ošklivosti. U chlapců je produkce testosteronu maximální, tudíž jsou na vrcholu sexuální aktivity.⁹⁵

Již pubescent ovládá všechny základní myšlenkové obraty důležité pro vědecké myšlení. Adolescent myslí rychleji, spolehlivěji a zkušeněji, ale žádné nové myšlenkové operace si už osvojit nemůže, protože neexistují. Abstraktní myšlení je v rozletu, zdokonaluje se

⁹⁴ ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.

⁹⁵ ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.

pojmový aparát, bohužel ale na úkor živosti vnímání a představ, která už nikdy nebude jako v dětství. Rozumové schopnosti jsou na vysoké úrovni. Oproti např. čtyřicátníkovi budou úsudky adolescentů sice bystřejší, rychlejší, originálnější a přímočařejší, ale také ukvapenější.⁹⁶

Hlavním způsobem sexuálního uspokojování sice zůstává masturbace, ale většina jedinců zažívá první pohlavní styk právě v adolescenci. Vztahy však nebývají stálé. Dochází k experimentování, častému střídání partnerů, sbírání zkušeností. Vztahy bývají často navazovány z pouhé zvědavosti. Takovéto vztahy mývají formu flirtu a většinou nedochází k sexuálnímu sblížení. Dobývání a svádění slouží také k přesvědčení sebe i ostatních o vlastní ceně, kráse apod.⁹⁷

Adolescence je zaměřena na hledání a rozvoj vlastní identity, která by byla subjektivně přijatelná a alespoň částečně odpovídala představám dotyčného. To se projevuje větší snahou o sebepoznání. Důležitý je aktivnější přístup k seberealizaci a vědomí možnosti ovládat vlastní život. Adolescent sám usiluje o různé změny a snaží se je prosadit. Experimentace s různými variantami chování a způsoby sebevymezení je užitečná, ale může být i riskantní. Během zkoušení různých alternativ hledá dotyčný hranice svým možnostím, tudíž může někdy jednat i hodně extrémně. Dospělost je spojena s definitivní volbou, naopak adolescence je období svobody a volnosti s minimální zodpovědností. Proto dává mnoho adolescentů přednost prodloužení tohoto přechodného období a odmítají přechod do dospělosti.⁹⁸

Ke konci adolescence dochází ke stabilizaci emočního prožívání, postupně se vytrácí náladovost a citová labilita. Důvodem je vyrovnaní hormonální hladiny a adaptace organismu na pohlavní dospělost. Roli hraje i zkušenost – mnohé citové prožitky přestávají být neznámé a citové expanze jsou korigovány dřívějšími zkušenostmi. Dotyčný si rovněž uvědomuje, že nekorigované emoce mohou nežádoucím způsobem ovlivnit

⁹⁶ ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.

⁹⁷ ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.

⁹⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

vztahy s jinými lidmi. Adolescent se ve svých pocitech lépe orientuje a dovede je lépe zvládat.⁹⁹

Adolescence je fází přechodu do dospělosti. Jedinec je čím dál více přijímán jako dospělý a zároveň se od něj očekává odpovídající chování a zodpovědnost. Role adolescenta se v různých sociálních prostředích mění. Rodina zůstává důležitým sociálním zázemím, ale zároveň se od ní jedinec odpoutává. Příprava na budoucí profesi vrcholí nástupem do vybrané školy, jejíž studium směřuje k dosažení určité sociální pozice. Skupinové vztahy ztrácejí svůj význam a naopak se rozvíjí vztahy blízkého přátelství a první trvalejší partnerské vztahy, které jsou zdrojem emoční a sociální opory.¹⁰⁰

1.3.2 MLADÁ DOSPĚLOST

Vymezení dospělosti není jednoduchá záležitost. Z hlediska biologického je dospělost vázána na sexuální zralost a reprodukční schopnost. Z hlediska psychosociálního dochází ke změně osobnosti i ke změnám v socializačním rozvoji. Dospělý člověk dovede lépe ovládat své emoce i jednání, je schopen odložit či se vzdát vlastního uspokojení, realisticky odhaduje vlastní síly a kompetence, je sebejistější. Jedinec má relativní svobodu v rozhodování i chování a také je schopný přijmout zodpovědnost za své jednání. Člověk se osamostatňuje od své původní orientační rodiny, vztahy s rodiči jsou klidnější. Dospělý je schopen zvládnout párové soužití a akceptovat i potřeby svého partnera. Posléze je schopen splnit požadavky rodičovské role, která mu přináší značnou odpovědnost. V profesní oblasti je důležité zvládnutí interakce s nadřízenými i podřízenými lidmi. Sociální osamostatnění je podmíněné ekonomickou nezávislostí.¹⁰¹

Časná dospělost je dobou největší tělesné síly, energie, elánu a zdraví. Úmrtnost je nízká, ale umírá asi třikrát více mužů než žen. Muži mají zřejmě větší sklon riskovat. Ve 25 letech vrcholí svalová síla a vlasy jsou nejhustější a nejsilnější. A přesto se objevují také první známky involuce. Ve 25 letech ztrácí sluch - zatím nepatrně - citlivost pro vysoké tóny,

⁹⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

¹⁰⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

¹⁰¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

zhoršuje se adaptace oka na tmou a vidění do blízka. V obličeji se objevují první, zatím nehluboké, vrásky.¹⁰²

Rozvoj myšlení v mladém věku ovlivňují především vnější vlivy, tj. zkušenost. Již osvojené základní způsoby uvažování jsou rozvíjeny získáváním zkušeností s různými situacemi a s jejich řešením. Dospělý člověk si uvědomuje, že většinu běžných životních situací nelze chápat jednoznačně, a proto ani jejich řešení nemohou být zcela jednoznačná. Kognitivní schopnosti se dostávají do fáze postformálního myšlení, pro které je charakteristické, že bere v úvahu různé aspekty problému, jeho mnohoznačnost i celkový kontext. Mění se i postoj k vlastnímu uvažování a schopnost sledovat své vlastní myšlenky a podle potřeby je korigovat, tzv. metakognice. Mladý dospělý začíná chápat, že jeho vlastní názor může být jen jeden z mnoha potenciálně přijatelných a že úvahy různých lidí se mohou značně lišit, ale přesto nemusí být nesprávné. Člověk začíná být tolerantnější a nemá tendenci trvat za každou cenu na své pravdě, je schopen kompromisu. V rané dospělosti je nejvyšší otevřenost ke změně v přístupu k řešení různých situací. Jedinec je schopen vidět nové souvislosti různých problémů. V této době se významně rozvíjí i praktická inteligence, která se projevuje úspěšností při zvládnutí úkolů každodenního života. Jedná se o uplatnění poznávacích schopností v konkrétních situacích a adaptaci na aktuální podmínky. Mladý dospělý také obvykle dovršuje základní bilancování vlastních schopností. Na základě svých zkušeností si potvrdí, že má určité kompetence a s tímto přesvědčením pak většinou žije až do pozdního dospělého věku.¹⁰³

V průběhu rané dospělosti dochází ke stabilizaci emočního prožívání. Celkové ladění je vyrovnanější, přestože intenzita emocí je někdy značná. Mladí dospělí bývají schopni intenzivních prožitků radosti, lásky, ale i hněvu a nenávisti. Variabilita emocí je značná. Převažuje pozitivní emoční ladění, ačkoliv existuje i mnoho jedinců se sklonem k anhedonii či k depresím. Smutek nemá tendenci přetrvávat dlouho, mladí lidé se s ním vyrovnávají rychleji. Zlepšuje se i schopnost emoční regulace, jejíž rozvoj podporuje zkušenost. Ve srovnání s adolescenty dovedou mladí dospělí své prožitky a nálady lépe ovládat a rozlišovat, kdy je vhodné, dát je najevo. V druhé polovině časné dospělosti se

¹⁰² ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.

¹⁰³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

snižuje míra emoční sdílnosti. Emoční rozlady bývají podmíněny biologicky jako např. u těhotenství a porodu. Hormonálně podmíněné rozdíly jsou také základem odlišného prožívání mužů a žen, což může být zdrojem nepochopení v partnerských vztazích. V mladém dospělosti dochází i ke stabilizaci vztahů s rodiči a sourozenci. V optimálním případě bývají prožívány jako jisté a spolehlivé, a pokud tomu tak není, člověk je již neřeší. V tomto období je pro jedince důležitější citová vazba k partnerovi a posléze vztah k dětem. Mladý dospělý disponuje určitou empatií, vnímavostí k pocitům jiných lidí a s tím související schopností navazovat a udržovat dobré vztahy.¹⁰⁴

V dospělosti pokračuje socializační proces, který je podmíněn dosavadními zkušenostmi i změnou života mladých lidí. Dochází k postupné proměně rolí a rozvoji různých sociálních dovedností. Orientační rodina přestala být nejdůležitějším sociálním prostředím, slouží spíše jako zdroj jistoty a opory pro případ nouze. Důležitým zdrojem sociální i osobnostní zkušenosti jsou partnerské vztahy, ve kterých jedinec získává roli manžela či manželky a následně i roli rodiče. Sociální zkušenosti nabízí i okruh přátel a známých, který se ve druhé polovině mladém dospělosti redukuje, a zůstávají spíše jen hlubší přátelské vztahy. Další sociální dovednosti se rozvíjí v rámci profesní role.¹⁰⁵

Osobnost mladého dospělého je již téměř stabilizována, ale její další vývoj do určité míry stále závisí na vnějších vlivech. Některé osobnostní vlastnosti ovlivňují kvalitu vztahů a usnadňují jejich navázání a udržení nebo naopak. Například neuroticismus znesnadňuje jak navázání vztahu, tak i zvyšuje riziko nespokojenosti obou partnerů.¹⁰⁶

Jedním z hlavních úkolů dospělosti je dosažení intimity, která je protikladem krátkodobých a povrchních vztahů. Prožitek naplněné intimity vytváří zkušenostní základ, který v době dospělosti ovlivní další vztahy k blízkým lidem. Pozitivně ovlivňuje schopnost porozumění jiným lidem a přispívá také k sebepoznání. Má podobný smysl, jako mělo prožití spolehlivého vztahu s matkou v raném dětství. Jedním z předpokladů k dosažení intimity je přiměřený rozvoj vlastní identity, která by měla být natolik stabilní, aby unesla

¹⁰⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

¹⁰⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

¹⁰⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

další vývojovou proměnu. Takový člověk nelpí jen na osobním prosazení, a proto je schopen navázat citový vztah, v němž se části své identity vzdává ve prospěch druhého.¹⁰⁷

V tomto období má jedinec již zafixovaný určitý systém běžných norem a na počátku mladé dospělosti dochází k posunu v jejich chápání. Jedinec už není podřízen kontrole dospělé autority a sám se může rozhodnout, zda bude daná pravidla respektovat či nikoliv. Člověk chápe, že je třeba plnit určité povinnosti a řídit se nějakými pravidly. Od 25. roku jsou někteří lidé schopni rozeznat situaci, kdy by lpění na bezpodmínečném dodržování nějakého pravidla vedlo k bezpráví. Morální uvažování je stále orientováno na dodržování pořádku a pravidel, ale zároveň nejsou chápána jako absolutně platná.¹⁰⁸

1.4 PŘEHLEDOVÁ STUDIE

Úzkost, neuroticismus a oxidační stres: průřezová studie na vzorku vysokoškolských studentů – nekuřáků

(Anxiety, neuroticism and oxidative stress: Cross-sectional study in non-smoking college students¹⁰⁹)

Cílem této studie bylo prozkoumat, zda hladina úzkosti a neuroticismus souvisejí s oxidačními a antioxidačními hladinami u zdravých vysokoškoláků. V normálních podmínkách se mezi oxidačními a antioxidačními systémy udržuje rovnováha. Oxidační stres zvyšuje nepoměr mezi těmito systémy ve prospěch prvního z nich. Předpokládá se, že oxidační stres může způsobovat různé poruchy a onemocnění, včetně psychických.

Výzkumu se účastnilo 54 vysokoškolských studentů – nekuřáků. Vyloučení byli účastníci s nepravidelným spánkovým režimem, užívající potravinový doplněk a menstruuující dívky. Do analýzy dat bylo zahrnuto 47 jedinců. Oxidační stav jejich séra byl stanoven na základě reaktivních kyslíkových metabolitů (ROM).

¹⁰⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

¹⁰⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

¹⁰⁹ MATSUSHITA, Masateru, Takayuki KUMANO-GO, Nakamori SUGANUMA, et al. Anxiety, neuroticism and oxidative stress: Cross-sectional study in non-smoking college students. *Psychiatry* [online]. 2010, **64**(4), 435-441 [cit. 2016-05-27]. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2010.02109.x. ISSN 13231316.

Mezi muži nebyla koncentrace ROM významně spojena s úzkostlivostí ani s některým z osobnostních rysů – s neuroticismem, extraverzí, otevřeností novým zážitkům, sympatičností ani se svědomitostí.

U žen byly nalezeny významné pozitivní korelace mezi koncentrací ROM a úrovní úzkosti. Z osobnostních rysů byl dán do souvislosti se zvýšenou hladinou ROM pouze neuroticismus. Výsledky ukazují, že ženy – studentky s vyššími hodnotami úzkostlivosti nebo neuroticismu tendují k silnějšímu oxidačnímu stresu.

Výsledky této studie naznačují, že úzkostlivé nebo neurotické studentky mají sklon být vystaveny oxidačnímu poškození. Z dlouhodobé perspektivy tyto rysy mohou představovat značné zdravotní riziko.

Neuroticismus a depresivní symptomatologie: zprostředkující vliv floccinaucinihilipilifikace u vysokoškolských studentů

(Neuroticism and Depressive Symptomatology: The Mediating Influence of College Student Floccinaucinihilipilification¹¹⁰)

Tato studie zkoumala vzájemné působení mezi depresí a neuroticismem. Předchozí výzkum ukazuje, že studenti, kteří hodnotí své životy jako bezcenné a bez hodnoty, což je známo jako floccinaucinihilipilifikace (flocci), by mohli být náchylní k příznakům deprese kvůli vrozeným neurotickým sklonům. Na základě předchozích výzkumů byly stanoveny hypotézy, že zvyk nahlížet na sebe, své vztahy a budoucnost jako na bezcenné bude pozitivně korelovat s neuroticismem (hypotéza 1), depresí (hypotéza 2) a zprostředkovávat vztah mezi nimi (hypotéza 3).

Studie se účastnilo celkem 209 vysokoškolských studentů z malé univerzity. Vzorek byl převážně bělošský (89,5 %) a tvořilo jej 151 žen, 57 mužů, 1 účastník pohlaví neuvedl. Průměrný věk byl 20,41 let.

Tato studie je prvním empirickým zkoumáním zprostředkujícího vlivu tří flocci-proměnných (flocci-sebehodnocení, flocci-vztahy, flocci-budoucnost) na vztah mezi neuroticismem a depresí u vysokoškolských studentů. Hypotéza zněla, že flocci

¹¹⁰ LEE, Sherman A., Ruth YEH a Nicole A. SURETHING. Neuroticism and Depressive Symptomatology: The Mediating Influence of College Student Floccinaucinihilipilification. *Journal of College Counseling* [online]. 2013, 16(2), 115-128 [cit. 2016-05-27]. DOI: 10.1002/j.2161-1882.2013.00031.x. ISSN 10990399.

směřovaná na sebe sama, vztahy a budoucnost bude korelovat s neuroticismem a depresí. Druhá hypotéza byla, že tyto tři oblasti flocci budou zprostředkovávat vztah mezi neuroticismem a depresemi. Výsledky obě tyto hypotézy podpořily, ale pro finální hypotézu přinesly jen nejisté důkazy.

Jak autoři této studie předvíдали, neuroticismus a deprese jsou skutečně spojeny se třemi oblastmi flocci u vysokoškoláků. Výsledky souhlasí s předchozími výzkumy a naznačují, že pokud studenti nenacházejí žádnou hodnotu v sobě samých, svých vztazích a budoucnosti, mají sklon mít častěji depresi a být neurotičtější, než emočně stabilní studenti.

Konečná hypotéza byla potvrzena jen zčásti. Konkrétně flocci směřovaná na sebe sama a na vztahy zprostředkovává, byť jen zčásti, spojitost mezi neuroticismem a depresí. Flocci-vztahy takto působí pouze omezeně a flocci-sebehodnocení středně silně. Takový výsledek autoři sice nepředpokládali, ale odpovídá vývojové fázi, v níž se nachází studenti vysoké školy. Podle literatury se v počínající dospělosti formuje identita, a mnoho aspektů studentského života s tímto úkolem přímo i nepřímo souvisí. Ať už jde o randění nebo školu, aktivity studentů souvisí vždy s vývojem identity. Proto je možné, že flocci namířená k sobě samému byla v této studii nejsilnějším zprostředkovatelem a korelátem deprese.

Zjištění, že flocci zaměřená na budoucnost není signifikantním zprostředkujícím faktorem, bylo překvapivé. Po prozkoumání korelací bylo zjištěno, že flocci zaměřená na budoucnost koreluje silněji s depresí než s neuroticismem. Toto zjištění souhlasí s dřívějšími studiemi, které ukázaly, že přestože s představami zaměřenými do budoucnosti jsou svázány jak neuroticismus, tak deprese, s depresí korelují silněji.

Závěrem lze říci, že depresivní projevy u vysokoškolských studentů s vysokým neuroticismem lze částečně vysvětlit pomocí sklonů těchto studentů, nahlížet na sebe a na své vztahy jako na bezcenné. Flocci zaměřená na sebe a vztahy ukazuje, že daný student bude mít depresivní projevy. Přestože flocci zaměřená na budoucnost byla také s depresí propojena, pro vysvětlení hodnot deprese u studentů, vykazujících vysoký neuroticismus, ji nelze využít.

Somatické symptomy vyvolané stresem při zkouškách u vysokoškolských studentů: Role alexithymie, neuroticismu, úzkosti a deprese

(Somatic Symptoms Evoked by Exam Stress in University Students: The Role of Alexithymia, Neuroticism, Anxiety and Depression¹¹¹)

Tato longitudinální studie hodnotila vliv univerzitních zkoušek na somatizaci a ústup těchto symptomů v období bez zkoušek. Bylo prováděno opakované pozorování 150 studentů Univerzity v Řezně (Regensburg) a Řezenské univerzity aplikovaných věd. Intenzita symptomů byla měřena před, během a po zkouškovém období. Byly zkoumány alexithymie, neuroticismus, úzkostné sklony a deprese. Zejména alexithymii, tj. neschopnosti rozpoznat a vyjadřovat emoce a rozlišovat je mezi sebou, byla věnována značná pozornost jako potenciálnímu faktoru, který predisponuje k somatizaci.

Prvním cílem bylo přinést kvantitativní popis nárůstu somatických projevů při stresu ze zkoušek, včetně všech 53 tělesných projevů ze seznamů somatizačních projevů ICD-10 a DSM-IV. Druhým cílem bylo otestovat, jak alexithymie a příbuzné pojmy jako neuroticismus, úzkostné sklony a deprese mohou pomoci předpovědět nárůst somatizace při stresu ze zkoušek.

Během zkoušek se ukazovaly signifikantní nárůsty symptomů ve srovnání s výchozím stavem (před zkouškami a po nich). Tomu odpovídá nárůst prožívaného stresu, deprese a úzkosti. Tato zjištění potvrdila, že zkoušková období na vysokých školách představují efektivní model psychosociálního stresu a mají signifikantní vliv na somatizaci. Během zkoušek narůstaly zejména symptomy, jejichž výskyt byl vysoký již ve výchozím stavu např. bolesti hlavy, zad, břicha a nevolnost. Symptomy s nejvyššími relativními nárůsty výskytu byly ztráta chuti k jídlu, častý průjem a pokles libida. Tyto příznaky mohou být označeny za symptomy, které nejúžeji souvisejí se situací zkoušek. Příznaky s nejsilnějšími relativními nárůsty (silná / velmi silná intenzita symptomu) byly značná únava po malé námaze, bolest zad, nevolnost a bolest hlavy, což ukazuje, že tyto symptomy stresu ze zkoušek jsou pociťovány jako nejvíce omezující.

¹¹¹ ZUNHAMMER, Matthias, Hanna EBERLE, Peter EICHHAMMER a Volker BUSCH. Somatic Symptoms Evoked by Exam Stress in University Students: The Role of Alexithymia, Neuroticism, Anxiety and Depression. *PLoS ONE* [online]. 2013, **8**(12), 1-1 [cit. 2016-05-27]. DOI: 10.1371/journal.pone.0084911. ISSN 19326203.

Ukázalo se, že infekcí a úrazů během zkouškového období signifikantně ubylo (asi o polovinu), zatímco byl předpokládán opak. Tento pokles lze snad vysvětlit známými vlivy akutních stresorů na krátkodobé posílení imunity a také sníženou společenskou anebo fyzickou aktivitou během příprav na zkoušky.

Bylo zjištěno, že neuroticismus vysvětluje řadu odchylek v somatizaci při stresu ze zkoušek. Účastníci s vysokým sklonem k neuroticismu vykazovali vyšší skóre symptomů obecně a také větší nárůst symptomů pod vlivem stresu ze zkoušek. Neuroticismus tedy může vysvětlit somatizaci vyvolanou stresem.

Výsledky nepodporují druhou hypotézu, která předpokládala, že alexithymie bude signifikantní a dokonce lepší hodnotou než ostatní pro vysvětlení somatizace vyvolané zkouškovým stresem. Neuroticismus se ukázal jako lepší korelát somatizace způsobené akutním stresem ze zkoušek než alexithymie, úzkostné sklony či deprese. Chování související s neuroticismem by mohlo mít etiologický význam pro somatizaci pod vlivem psychosociálního stresu a je zajímavým tématem budoucích studií.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 CÍLE, METODY A VYHODNOCOVÁNÍ VÝZKUMU

Cílem výzkumu je zjistit, jak vysoké je procento neurotických vysokoškolských studentů a následně porovnat zaměření jednotlivých oborů a odhalit, zda některý z nich nevykazuje výrazně vyšší procento neurotických studentů, než ostatní. Dále pak bude prozkoumáno, zda určité faktory (např. neúplná rodina) mají vliv na neurotičnost vysokoškoláků.

Jako metoda sběru dat byl použit anonymní anamnestický dotazník vlastní tvorby a rovněž anonymní standardizovaný Eysenckův osobnostní dotazník (EOD), který mimo jiné měří neuroticismus. Součástí tohoto dotazníku je i stupnice lži tzv. „lži-skóre“, která zjišťuje, zda má dotazovaný snahu „dělat se hezcím“. Dotazníky s vysokým „lži-skóre“ budou vyřazeny a tím bude zajištěna validita výzkumu.

Vyhodnocení bude probíhat kvantitativním zpracováním získaných dat a jejich interpretací.

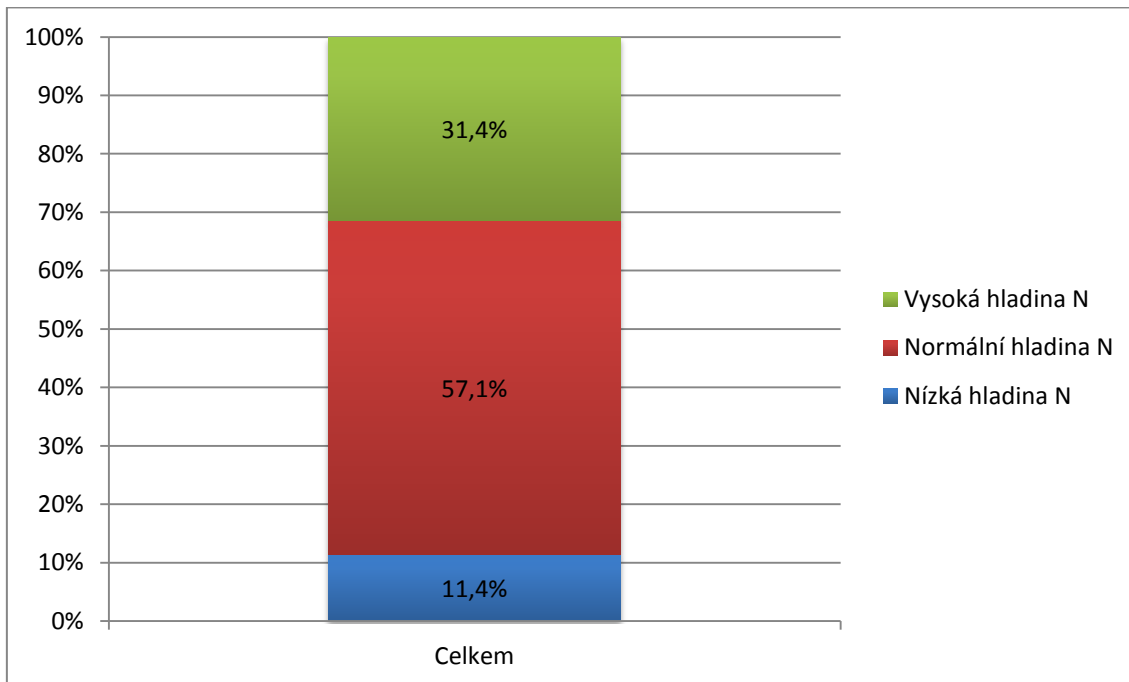
2.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

Výzkumu se zúčastnilo celkem 82 studentů a studentek bakalářských studijních oborů Západočeské univerzity v Plzni z prvních, druhých i třetích ročníků a to konkrétně 13 studentů Fakulty filosofické a 69 studentů Fakulty pedagogické. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí mezi 19 a 46 lety. Průměrný věk byl 22 let. Celkem 72 účastníků byly ženy, 10 muži. Zaměření studijních oborů, které respondenti uváděli, bylo následovné:

- Psychologie – 18 respondentů
- Cizí jazyky – 18 respondentů (německý, anglický a ruský jazyk)
- Český jazyk – 15 respondentů
- Vizuální kultura – 7 respondentů
- Výchova ke zdraví – 6 respondentů
- Přírodovědná studia – 6 respondentů (biologie, fyzika, geografie, informatika)
- Tělesná výchova – 4 respondenti
- Humanistika – 4 respondenti
- Ostatní – 4 respondenti (hudební výchova, historie, kulturní a sociální antropologie, mezinárodní vztahy – britská a americká studia)

Vzhledem k vysokým hodnotám „lži-skóre“, muselo být následně 12 dotazníků vyřazeno. Tyto dotazníky tedy nebudou v následujících řádcích zohledněny a budeme vycházet pouze ze zbývajících 70 dotazníků.

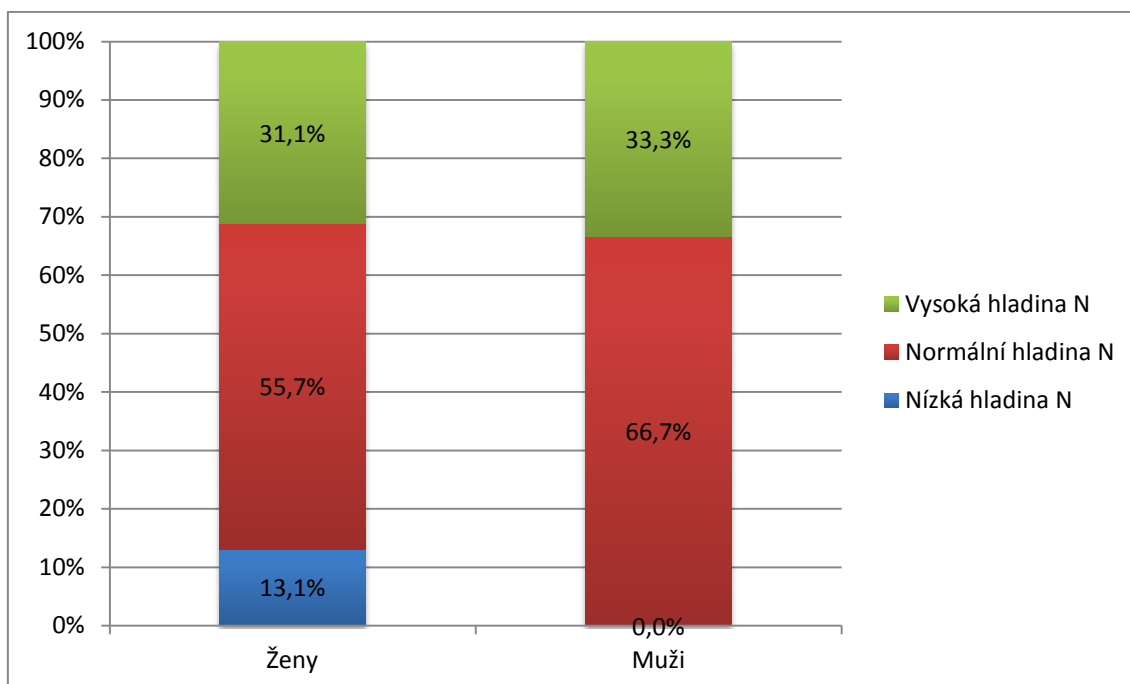
2.3 VYHODNOCENÍ



Graf č. 1: Celková neurotičnost zkoumaného vzorku vysokoškolských studentů

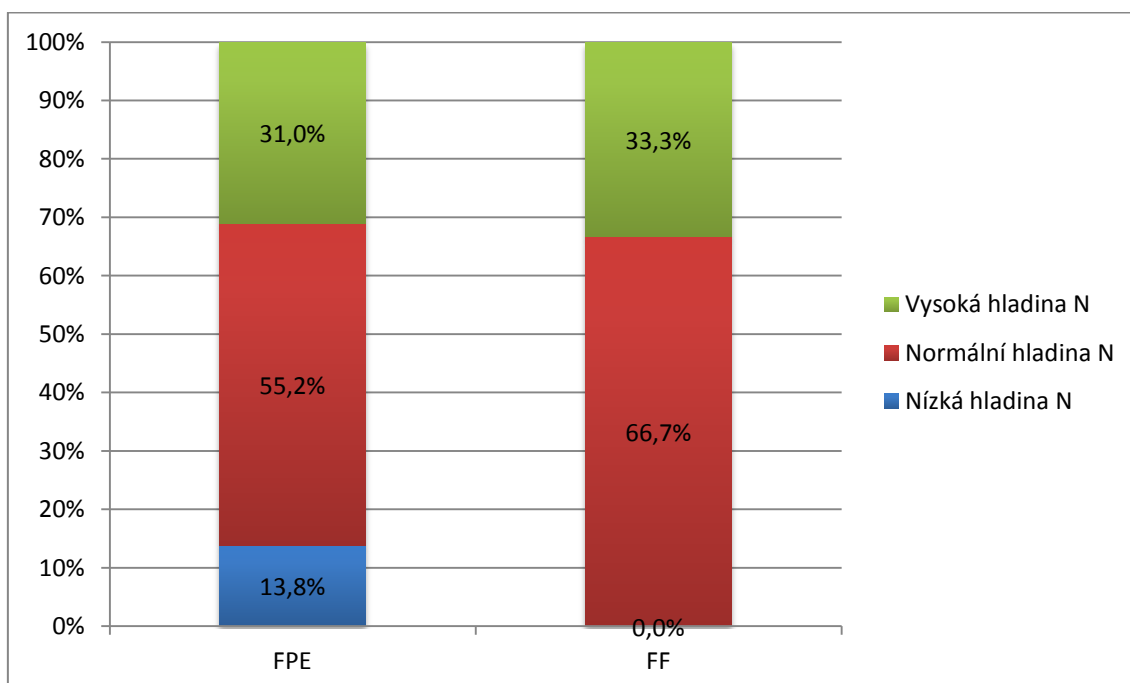
Z výše umístěného grafu č. 1 je patrné, že neurotickými obtížemi trpí celkem 31,4 % vysokoškoláků. Bohužel je téměř nemožné, porovnat toto číslo s výskytem neuroticismu v běžné populaci. Vzhledem k tomu, že mnoho lidí, trpících těmito obtížemi, nenavštíví odborníka, tak nejsou k dispozici objektivní data. Většina autorů se domnívá, že v populaci se nachází 20 až 40 % neurotických jedinců. Lze tedy jen odhadovat, že množství neurotických vysokoškoláků se výrazně neliší od neurotických jedinců v běžné populaci.

Na opačném pólu škály se nachází 11,4 % vysokoškolských studentů, kteří vykazují podprůměrné hodnoty neurotičnosti.



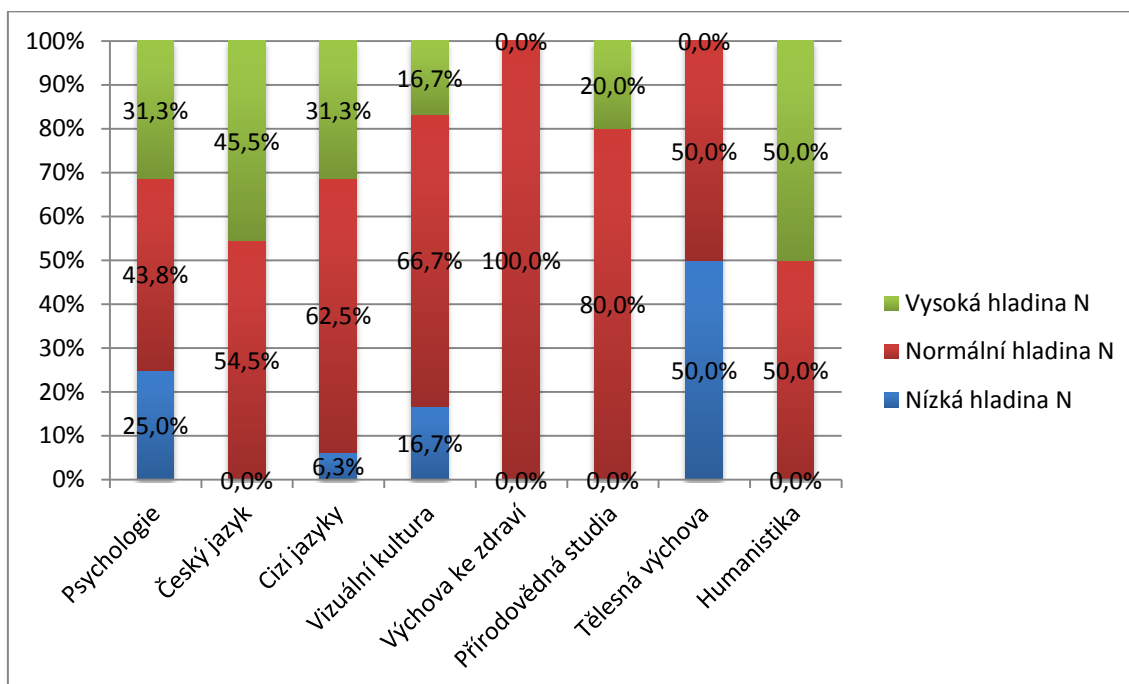
Graf č. 2: Srovnání neurotických vysokoškoláků podle pohlaví

Z druhého grafu můžeme vidět, že ženy si v tomto ohledu stojí nepatrně lépe. Neurotických vysokoškolaček je 31,1 %, zatímco vysokoškoláků 33,3 %. Mezi muži také nenalezneme nikoho s podprůměrnou neurotičností, zatímco mezi ženami je to 13,1 %.



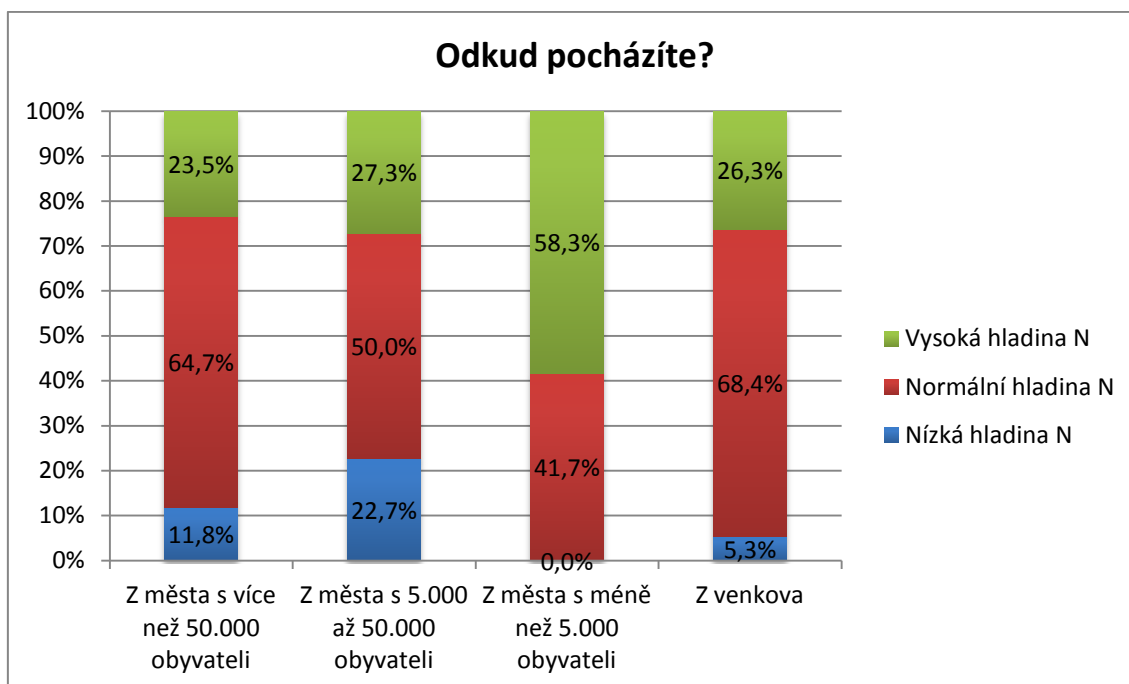
Graf č. 3: Neurotičnost podle fakult

Graf č. 3 ukazuje, že pedagogickou fakultu studuje celkem 13,8 % studentů s podprůměrnou neurotičností a 31 % neurotických studentů. Na filozofické fakultě je toto číslo jen zanedbatelně vyšší – 33,3 %, avšak podprůměrně neurotické studenty filozofické fakulty v našem zkoumaném vzorku nenalezneme.



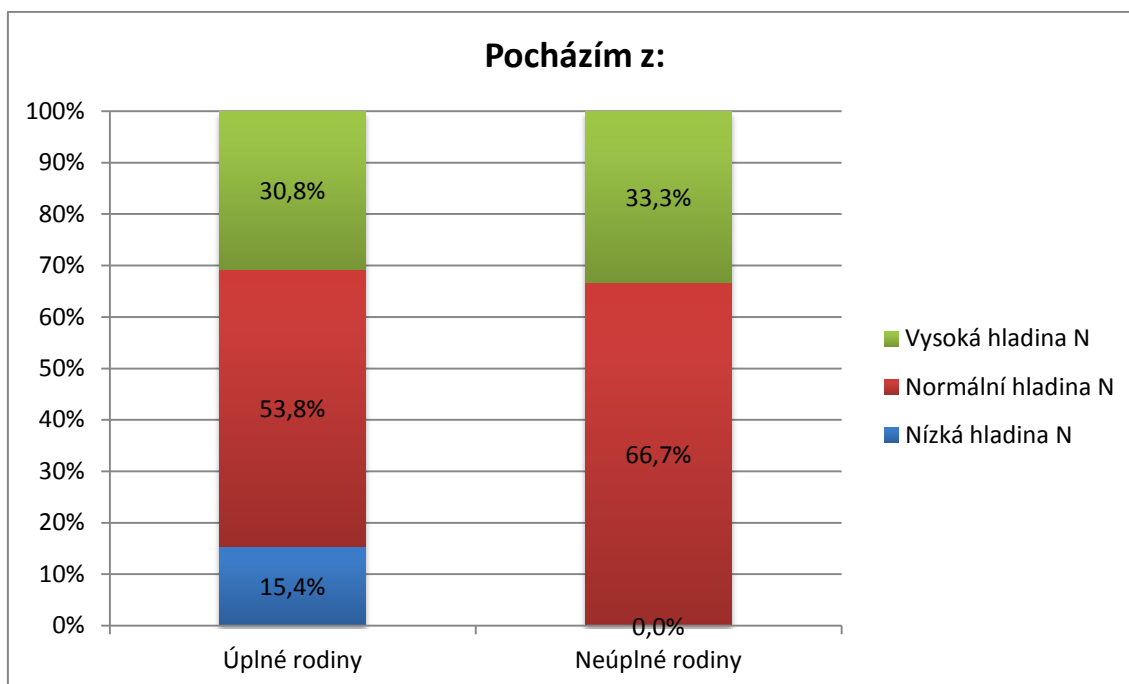
Graf č. 4: Neurotičnost podle studijních oborů

Nepříliš optimistické výsledky ze čtvrtého grafu vykazuje obor humanistika, kde nalezneme 50 % neurotických studentů a obor český jazyk, kde stejnými problémy trpí 45,5 % respondentů. Žádné neurotické studenty jsme neobjevili mezi studenty oborů výchova ke zdraví a tělesná výchova. Nižší množství neurotických studentů (v porovnání s výsledkem celého zkoumaného vzorku – 31,4 %) nalezneme i u oborů přírodovědná studia – 20 % a vizuální kultura – 16,7 %. Za zmínku stojí i naopak nízká neurotičnost u velkého množství dotazovaných z oboru tělesná výchova – 50 % a u relativně velkého množství studentů psychologie – 25 % a vizuální kultury – 16,7 %.



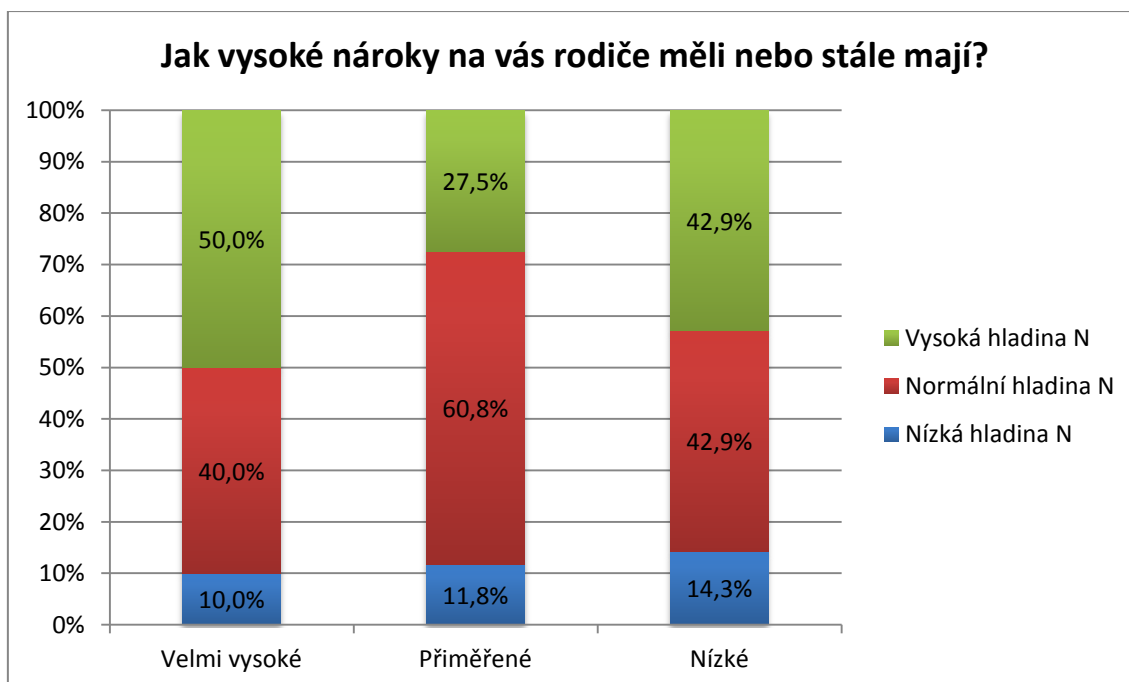
Graf č. 5: Neurotičnost podle původu studentů

Ke grafu č. 5 je vhodné nejprve uvést, že podle některých výzkumů se ve velkých městech nachází nejvíce jedinců s neurotickými obtížemi a na venkově naopak nejméně. Toto tvrzení se v našem výzkumu příliš nepotvrdilo. Studenti, pocházející z velkých měst s více než 50.000 obyvateli, vykazují naopak nejnižší množství neurotických jedinců – 23,5 %. Dotazovaní, pocházející z venkova, jsou ale v těsném závěsu s 26,3 % studentů s neurotickými obtížemi. Jednoznačně nejhorší výsledky vykazují studenti, pocházející z malých měst s méně než 5.000 obyvateli – 58,3 % neurotických jedinců. Nejvíce vysokoškoláků s podprůměrnou neurotičností nalezneme mezi těmi, kteří pochází z měst s 5.000 až 50.000 obyvateli – 22,7 %.



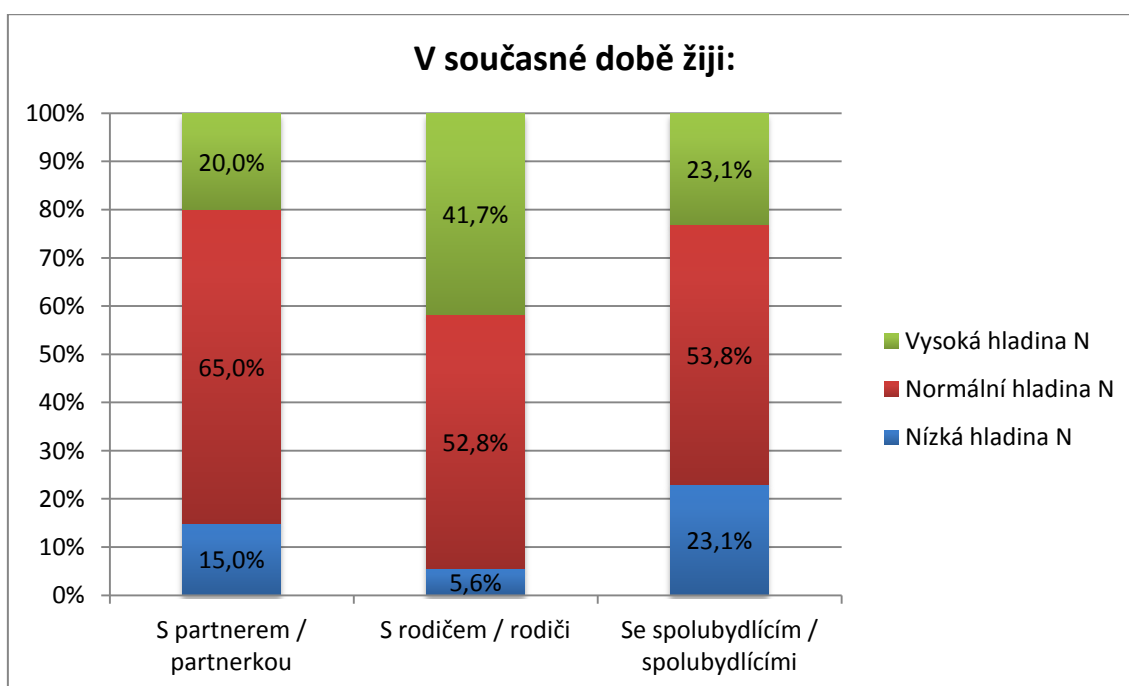
Graf č. 6: Neurotičnost podle úplnosti orientační rodiny

Výsledky z šestého grafu se nijak výrazně neodlišují od výsledků kompletního vzorku zkoumaných vysokoškoláků. Nepatrně více neurotických jedinců - 33,3 % - pochází z neúplné rodiny a zároveň zde nenalezneme žádné podprůměrně neurotizované studenty, zatímco ve skupině studentů, pocházejících z úplné rodiny, jich je 15,4 %.



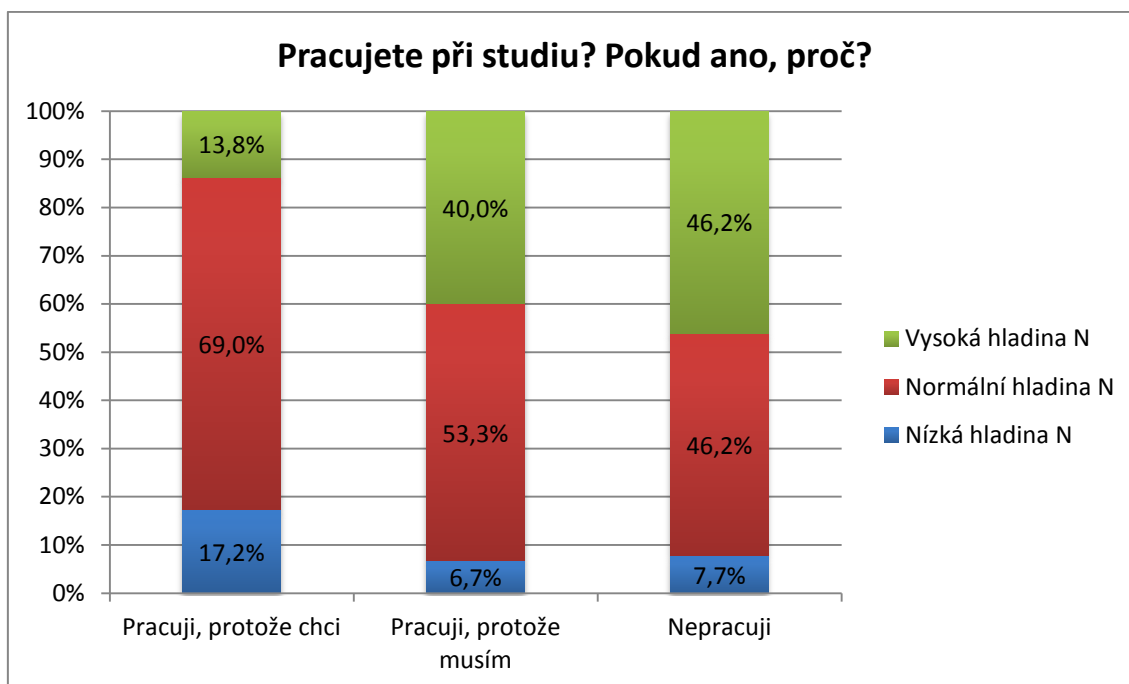
Graf č. 7: Neurotičnost podle nároků rodičů

Sedmý graf ukazuje, že nejvíce neurotických vysokoškoláků - 50 % - nalezneme mezi těmi, na které měli jejich rodiče velmi vysoké nároky. Výrazně lépe si nestojí ani studenti, na které měli rodiče nízké nároky – v této skupině je celkem 42,9 % neurotizovaných jedinců. Nejlepší výsledky v tomto ohledu vykazují vysokoškoláci, na které měli jejich rodiče přiměřené nároky – zde jich nalezneme 27,5 % s neurotickými obtížemi. V dotazníku si respondenti mohli zvolit ještě variantu „žádné nároky“, kterou však vybrali pouze dva dotazovaní, tudíž do grafu není tato alternativa zahrnuta.



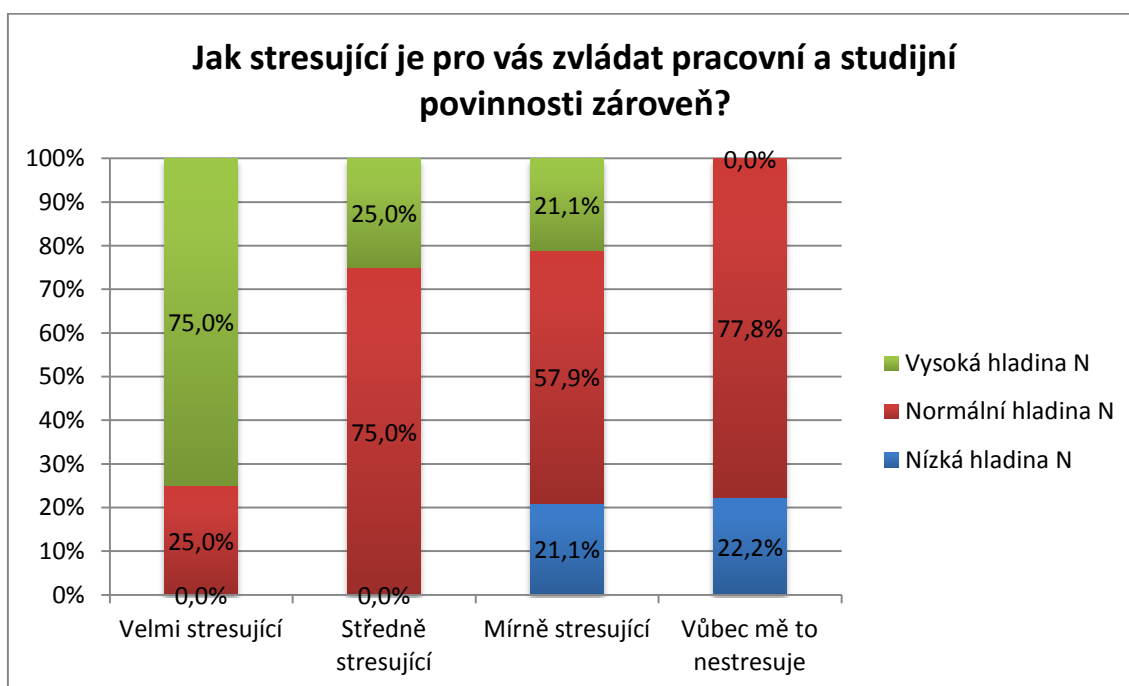
Graf č. 8: Neurotičnost podle osob žijících ve společné domácnosti

Z grafu č. 8 můžeme zjistit, že vysokoškolákům nejvíce svědčí soužití s partnerem – pouze 20 % jich vykazuje neurotické obtíže. Nejhorší v tomto ohledu je bydlení s rodiči, kde se nalézá 41,7 % neurotických studentů. Jako pozitivní se jeví i soužití se spolubydlícími – z této skupiny je 23,1 % jedinců neurotizovaných a stejné číslo platí i pro podprůměrnou neurotičnost. Do nabídky odpovědí byla zahrnuta i alternativa „žiji sám / sama“, ale tuto možnost zvolil pouze jediný respondent, tudíž v grafu tato odpověď není uvedena.



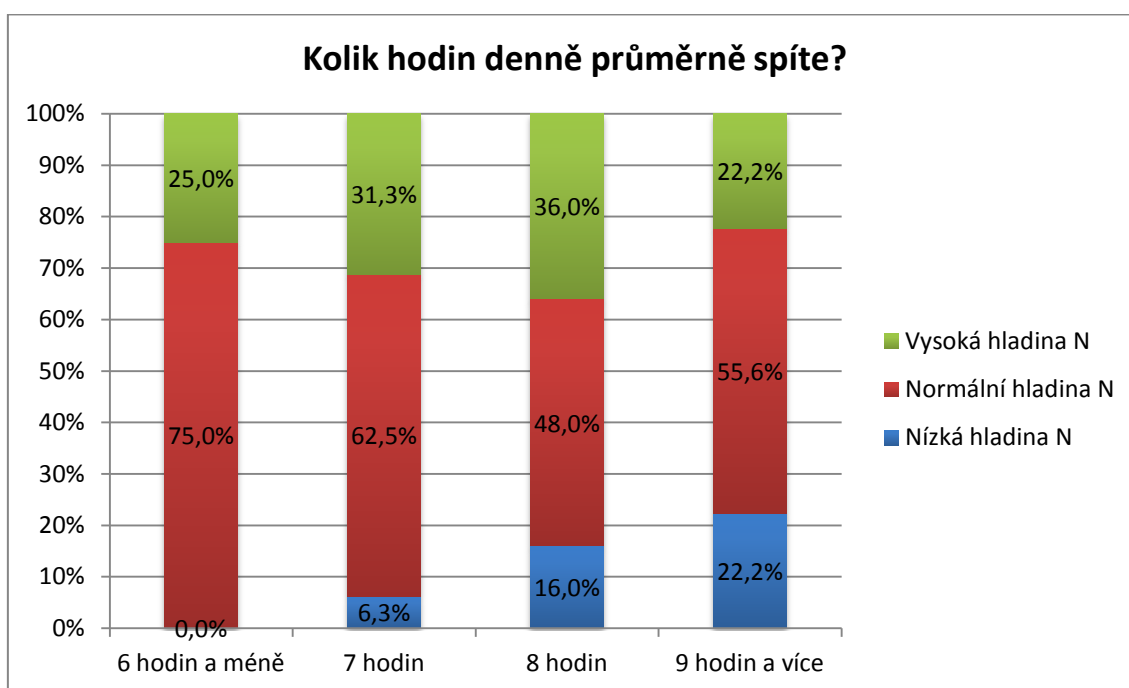
Graf č. 9: Neurotičnost vysokoškoláků podle výkonu zaměstnání při studiu

Z devátého grafu je patrné, že nejvíce neurotických studentů - 46,2 % - nalezneme mezi těmi, kteří při studiu nepracují. Vysokoškoláci, kteří pracují, protože z nějakého důvodu musí, vykazují rovněž vysokou míru neurotičnosti a to 40 %. Velmi dobrých výsledků dosahuje skupina těch, kteří pracují z vlastní vůle – zde nalezneme pouze 13,8 % neurotických jedinců a zároveň 17,2 % studentů s podprůměrnou neurotizovaností.



Graf č. 10: Neurotičnost podle subjektivního hodnocení stresujícího vlivu zaměstnání

Graf č. 10 nás informuje o tom, že většina studentů, kteří považují zvládnání pracovních a studijních povinností zároveň za velmi stresující, trpí neurotickými obtížemi – celkem 75 %. Ostatní skupiny vykazují o poznání pozitivnější výsledky. Vysokoškoláci, kteří považují skloubení pracovních a studijních povinností za středně stresující, jsou neurotičtí ve 25 %. Ze skupiny těch, pro které je tato okolnost mírně stresující, trpí neurotickými obtížemi 21,1 % jedinců a stejné číslo platí i pro podprůměrnou neurotičnost. Mezi studenty, pro které není souběh zaměstnání a studia stresujícím faktorem, nenalezneme dokonce žádné neurotické jedince a 22,2 % podprůměrně neurotizovaných vysokoškoláků.



Graf č. 11: Neurotičnost podle průměrné doby spánku

Jedenáctý graf ukazuje, že nejméně neurotických vysokoškoláků - 22,2 % - je mezi těmi, kteří spí nejdéle a to 9 hodin a více. V této kategorii nalezneme také nejvíce studentů s podprůměrnou neurotičností, a to rovněž 22,2 %. Poněkud překvapující je fakt, že v těsném závěsu se nachází 25 % neurotických studentů, kteří spí 6 hodin a méně. Nejvyšší počet dotazovaných s těmito potížemi - 36 % - nalezneme v kategorii s délkou spánku 8 hodin. Nachází se zde však i 16 % studentů vykazujících podprůměrnou neurotičnost.

ZÁVĚR A DISKUZE

Cílem této práce bylo poskytnout ucelený pohled na problematiku neuroticismu, a to především se zaměřením na vysokoškolské studenty. Názory většiny autorů se shodují v tom, že v běžné populaci je neuroticismus častým problémem, což se potvrdilo i v populaci vysokoškoláků. Téměř třetina neurotických studentů je opravdu vysoké číslo.

Co se týče faktoru pohlaví, tak nepatrně horších výsledků dosahovali muži, což je v rozporu s dosavadními zjištěními, podle kterých neurotickými obtížemi trpí více ženy. Možným vysvětlením by mohl být fakt, že od mužů společnost více očekává, že se „postaví na vlastní nohy“ a plně finančně zabezpečí jak sebe, tak i případnou rodinu, což pro jedince zatížené studijními povinnostmi může být složité a psychicky náročné.

Zaměříme-li se na zkoumané studijní obory, zjistíme, že výsledky jsou velmi rozmanité a příčiny těžko odhalitelné. Mezi studenty tělesné výchovy a sportu nebyli objeveni žádní neurotičtí jedinci a polovina podprůměrně neurotizovaných jedinců, což může být způsobeno jejich pozitivním vztahem k fyzickým aktivitám. Sport je známým způsobem odreagování se od stresu a psychicky náročných situací. Rovněž mezi studenty výchovy ke zdraví nebyli nalezeni žádní neurotizovaní jedinci. Příčinu můžeme spatřit snad v tom, že studenti tohoto oboru se více zabývají zdravým životním stylem a prevencí stresu. Důvod vysokého procenta neurotických jedinců, studujících český jazyk, lze odhadovat ze subjektivního hodnocení některých studentů tohoto oboru. Z rozhovorů bylo zjištěno, že někteří vyučující kladou na studenty mnohonásobně vyšší požadavky, než vyučující jiných oborů a mnoho studentů má velké problémy s jejich splněním, což může způsobovat značný psychický tlak.

Fakt, že nejméně neurotizovaných studentů bylo objeveno mezi těmi, kteří pochází z velkých měst (více než 50.000 obyvatel), lze odůvodnit jen s pomocí určitých předpokladů. Pokud bychom předpokládali, že jedinci, kteří označili místo původu velké město, pochází z Plzně, tak by to znamenalo, že nemusí do školy dojíždět, tudíž ani brzy vstávat, což může být pro mnohé stresujícím faktorem. Naopak vysoké procento neurotizovaných vysokoškoláků, pocházejících z malých měst (do 5.000 obyvatel), můžeme odůvodnit opakem – studenti pravděpodobně musí brzy vstávat a dojíždět na univerzitu. Menší množství neurotizovaných jedinců vykazuje i skupina těch, kteří pochází

z venkova, kde bývá obvykle špatné dopravní spojení, tudíž se lze domnívat, že tito studenti budou žít např. na koleji. V případě splnění tohoto předpokladu opět odpadají stresující faktory – brzké vstávání a dojíždění.

Nepatrně více neurotických studentů jsme objevili mezi těmi, kteří pochází z neúplné rodiny, což koresponduje s názorem Jana Dobiáše¹¹², podle kterého patří chybění jednoho z rodičů do možných příčin vzniku neuróz.

Co se týče nároků, které na studenty v dětství jejich rodiče měli nebo stále mají, tak vysoké procento neurotizovaných jedinců vykazuje jak skupina těch, na které byly kladeny velmi vysoké nároky, tak ale i těch, na které měli rodiče naopak nízké nároky. Mají-li rodiče vysoké nároky, tak je to pro dítě logicky velmi psychicky náročné, zvláště pak když se jejich očekávání nedaří plnit. Nízké nároky mohou signalizovat, že se rodiče o dítě nezajímají a mají jiné priority, tudíž dítě může být opomíjeno i v citové oblasti. Podle Oldřicha Matouška¹¹³ může být právě citová deprivace jednou z příčin vzniku neurotických obtíží.

Nižší míru neurotičnosti vykazují vysokoškoláci, kteří v současné době žijí s partnery nebo se spolubydlíci. Nejvíce neurotických studentů bylo objeveno mezi těmi, kteří stále žijí s rodiči. Potencionální důvod tohoto faktu jsme již výše zmiňovali. Příčinou může být touha postavit se na vlastní nohy a být finančně nezávislý, což se u jedinců, kteří stále žijí s rodiči, nedá předpokládat. Vysokoškolské studium může dosažení tohoto cíle dočasně znemožňovat, což může být pro některé studenty frustrující, tudíž psychicky náročné.

Někteří vysokoškoláci vykonávají při studiu zaměstnání. Velmi málo neurotizovaných jedinců bylo nalezeno mezi těmi, kteří pracují z vlastní vůle. Naopak ti, kteří z nějakého důvodu pracovat při studiu musí, vykazují vysokou míru neurotičnosti. Důvod lze spatřit v tom, že zvládnání pracovních i studijních povinností zároveň klade na jedince jistě zvýšené nároky. Vysoké procento neurotizovaných studentů se nachází i mezi těmi, kteří při studiu nepracují.

¹¹² DOBIÁŠ, Jan. *Speciální psychiatrie: určeno pro posl. všeobec. lékařství*. 2., přeprac. vyd. Praha: SPN, 1979, 241 s.

¹¹³ MATOUŠEK, Oldřich. *Kontexty neuróz*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986, 198 s.

Pokud se zaměříme na průměrnou délku spánku vysokoškoláků, zjistíme, že nejméně neurotizovaných jich nalezneme mezi těmi, kteří spí nejdéle, tj. devět hodin a více. Ale relativně málo neurotických jedinců se nachází rovněž mezi těmi, jejichž spánek trvá nejkratší dobu, tj. šest hodin a méně. Potřeba spánku je velmi individuální. Pro někoho může být šestihodinový spánek dostačující, někomu nemusí stačit ani osm hodin. Pokud tedy studenti, kteří spí průměrně šest hodin a méně, tak činí z vlastní vůle, protože zkrátka víc nepotřebují, tak pro ně pravděpodobně krátká doba spánku nebude zátěžovým faktorem.

Přínos této práce lze spatřit ve skutečnosti, že byla objevena celá řada faktorů, které mohou přispívat k rozvoji neuroticismu u vysokoškolských studentů. Tyto faktory mohou být podkladem pro případné další výzkumy.

RESUMÉ

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou neuroticismu a neurotickými poruchami. Teoretická část práce zaměřuje svou pozornost nejprve na pojem neuroticismus, dále na historii, definice, etiologii a klasifikaci neurotických poruch. Následně se věnuje vývojově-psychologické charakteristice adolescence a mladé dospělosti – tedy období, do kterého spadají vysokoškolští studenti. Teoretická část obsahuje i přehledovou studii, která shrnuje několik zajímavých výzkumů. Praktická část práce se zaměřuje na zkoumání neuroticismu u vysokoškoláků, které spočívá ve zjištění celkového procenta neurotických vysokoškolských studentů. Dále jsou sledovány různé faktory, které lze hodnotit jako potencionální příčiny rozvoje neuroticismu (pohlaví, rodina, místo původu apod.). Na základě srovnání těchto faktorů je zjišťováno, zda některý z nich nevykazuje výrazně vyšší či nižší množství neurotických jedinců a jsou hledány možné důvody tohoto stavu.

The present BA thesis deals with the issue of neuroticism and neurotic disorders. The theoretical part of the thesis focuses first on the notion of neuroticism, the history, definition, etiology and classification of neurotic disorders. It goes on to characterise adolescence and early adulthood (i. e. the period of life which pertains to university students) from the viewpoint of developmental psychology. The theoretical part contains a review summarising the contributions of several studies. The practical part of the thesis examines neuroticism in university students, aiming to find out the percentage of neurotics within this group. Different factors which can be evaluated as potential neuroticism triggers are examined, such as gender, family background, place of origin etc. Based on a comparison of these factors, the thesis examines whether some of them are associated with significantly higher or lower numbers of neurotic students and searches for possible explanations of this situation.

SEZNAM LITERATURY

- I. DOBIÁŠ, Jan. *Speciální psychiatrie: určeno pro posl. všeobec. lékařství. 2.*, přeprac. vyd. Praha: SPN, 1979, 241 s.
- II. JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Diagnostika duševních poruch. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Avicenum, 1987, 400 s.
- III. KNOBLOCH, Ferdinand, Jiřina KNOBLOCHOVÁ a Zdeněk FEJFAR. *Neurocirkulační asthenie a princip jednoty organismu s prostředím. 1.* vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956, 40 stran.
- IV. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnutí. 4.*, rozš. vyd. Praha: Triton, 2006, 216 s. ISBN 80-7254-553-1.
- V. LEE, Sherman A., Ruth YEH a Nicole A. SURETHING. Neuroticism and Depressive Symptomatology: The Mediating Influence of College Student Floccinaucinilipilification. *Journal of College Counseling* [online]. 2013, **16**(2), 115-128 [cit. 2016-05-27]. DOI: 10.1002/j.2161-1882.2013.00031.x. ISSN 10990399.
- VI. MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka. Vyd. 1.* Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3007-3.
- VII. MATOUŠEK, Oldřich. *Kontexty neuróz. 1.* vyd. Praha: Avicenum, 1986, 198 s.
- VIII. MATSUSHITA, Masateru, Takayuki KUMANO-GO, Nakamori SUGANUMA, et al. Anxiety, neuroticism and oxidative stress: Cross-sectional study in non-smoking college students. *Psychiatry* [online]. 2010, **64**(4), 435-441 [cit. 2016-05-27]. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2010.02109.x. ISSN 13231316.
- IX. OREL, Miroslav. *Psychopatologie. Vyd. 1.* Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.
- X. PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči. 1.* vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
- XI. PRAŠKO, Ján (ed.). *Klinická psychiatrie. 1.* vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

- XII. PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 413 s. ISBN 80-7178-997-6.
- XIII. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012, 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
- XIV. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.
- XV. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- XVI. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
- XVII. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- XVIII. VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie*. 2., dopl. vyd. Praha: SPN, 1972, 317 s.
- XIX. VONDRÁČEK, Vladimír a František HOLUB. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. V Praze: Columbus, 2012, 431 s., [80] s. obr. příl. ISBN 978-80-87588-04-8.
- XX. ZUNHAMMER, Matthias, Hanna EBERLE, Peter EICHHAMMER a Volker BUSCH. Somatic Symptoms Evoked by Exam Stress in University Students: The Role of Alexithymia, Neuroticism, Anxiety and Depression. *PLoS ONE* [online]. 2013, **8**(12), 1-1 [cit. 2016-05-27]. DOI: 10.1371/journal.pone.0084911. ISSN 19326203.

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ

Graf č. 1: Celková neurotičnost zkoumaného vzorku vysokoškolských studentů.....	41
Graf č. 2: Srovnání neurotických vysokoškoláků podle pohlaví	42
Graf č. 3: Neurotičnost podle fakult	42
Graf č. 4: Neurotičnost podle studijních oborů	43
Graf č. 5: Neurotičnost podle původu studentů	44
Graf č. 6: Neurotičnost podle úplnosti orientační rodiny	45
Graf č. 7: Neurotičnost podle nároků rodičů.....	45
Graf č. 8: Neurotičnost podle osob žijících ve společné domácnosti.....	46
Graf č. 9: Neurotičnost vysokoškoláků podle výkonu zaměstnání při studiu	47
Graf č. 10: Neurotičnost podle subjektivního hodnocení stresujícího vlivu zaměstnání....	47
Graf č. 11: Neurotičnost podle průměrné doby spánku	48

PŘÍLOHY

Příloha I: Eysenckův osobnostní dotazník (EOD)

22

T - 9

TS/český

H.J.EYSENCK - S.G.B. EYSENCK

EPQ - R

Jméno	Věk	Pohlaví	Povolání	Datum vyšetření
	22	ŽENA	STUDENT	20.4.2016

Instrukce:

Odpověď vyznačte křížkem do okénka ve sloupci ANO nebo do okénka ve sloupci NE u každé otázky. Test neobsahuje žádné správné či nesprávné odpovědi ani žádné "chytáky". Pracujte rychle, nad odpovědí se příliš dlouho nerozmýšlejte.

	ANO	NE
1. Máte hodně různých koníčků?	X	
2. Rozmyslíte si vše důkladně, než se do něčeho pustíte?	X	
3. Střídají se u Vás často dobrá a špatná nálada?		X
4. Nechal jste se někdy pochválit za něco, o čem jste věděl, že to udělal někdo jiný?		X
5. Přikládáte velký význam tomu, co si lidé myslí?	X	
6. Jste povídavý?	X	
7. Dělaloby Vám starosti, kdybyste měl dluhy?	X	
8. Cítíte se někdy mizerně a nevíte proč?	X	
9. Přispíváte finančně na dobročinné účely?		X
10. Zachtělo se Vám někdy něčeho dalšího, než co Vám skutečně patřilo?	X	
11. Myslíte si o sobě, že máte velmi živou povahu?		X
12. Rozruší Vás, vidíte-li, že trpí dítě nebo zvíře?	X	
13. Trápíte se často pro něco, co jste neměl udělat nebo říci?		X
14. Dá se o Vás říci, že nemáte rád lidi, kteří se neumějí chovat?	X	
15. Dodržíte vždy své sliby i navzdory různým překážkám?	X	
16. Dokážete se obvyčejně úplně uvolnit a bavit ve veselé společnosti?	X	
17. Jste často podrážděný?		X
18. Měli by lidé jednat pouze v souladu se zákony?		X
19. Svedl jste někdy vinu na někoho jiného, ačkoliv jste věděl, že jste chybu udělal Vy sám?		X
20. Poznáváte rád nové lidi?	X	

- 2 -

	ANO	NE
21. Pokládáte slušné chování za důležité?	X	
22. Jsou Vaše city lehce zranitelné?	X	
23. Jsou Vaše zvyky dobré a žádoucí?	X	
24. Máte při společenských příležitostech sklon držet se stranou?	X	
25. Užíval byste léky, které mohou mít škodlivé či neobvyklé účinky?		X
26. Zdá se Vám často, že máte všeho "plné zuby"?		X
27. Přivlastnil jste si někdy něco (třeba špendlík nebo knoflík), i když Vám to nepatřilo?	X	
28. Chodíte rád často do společností?	X	
29. Jednáte raději podle vlastního uvážení než podle předpisů?	X	
30. Dělá Vám dobře ubližovat lidem, které máte rád?		X
31. Trápí Vás často pocity viny?		X
32. Mluvíte někdy o věcech, o nichž nic nevíte?	X	
33. Dáváte přednost četbě před setkáními s lidmi?		X
34. Máte nepřátele, kteří Vám chtějí uškodit?		X
35. Řekl byste o sobě, že jste nervózní?	X	
36. Máte hodně přátel?		X
37. Děláte rád "kanadské žertíky", které mohou někdy lidem ublížit?		X
38. Jste člověk, který se často trápí?		X
39. Plnil jste jako dítě příkazy okamžitě a bez odmouvání?		X
40. Řekl byste o sobě, že jste bezstarostný?	X	
41. Mají pro Vás dobré chování a bezúhonnost velký význam?	X	
42. Byly Vaše postoje často v rozporu s představami rodičů?		X
43. Trápíte se kvůli hrozným věcem, které by se mohly přihodit?	X	
44. Už jste někdy pokazil nebo ztratil něco, co patřilo někomu jinému?	X	
45. Jste obvyčejně první při navazování nových přátelství?		X
46. Řekl byste o sobě, že jste nervózní nebo že žijete v napětí?		X
47. Když jste mezi lidmi, jste většinou zticha?		X
48. Myslíte si, že je manželství staromódní a že by mělo zaniknout?		X
49. Stává se Vám občas, že se trochu vychloubáte?	X	

	ANO	NE
50. Máte ve srovnání s většinou lidí méně vyhraněný názor na to, co je správné a co nesprávné?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Dokážete lehce oživit nudnou společnost?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
52. Dělá Vám starosti Vaše zdraví?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Řekl jste někdy o někom něco zlého nebo velmi nepěkného?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Spolupracujete rád s druhými lidmi?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Vyprávíte rád svým přátelům vtipy a zábavné historky?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Připadá Vám většina věcí stejná?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
57. Byl jste jako dítě někdy drzý ke svým rodičům?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Setkáváte se rád s lidmi?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Trápí Vás, když víte o nedostacích ve své práci?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Trpíte nespavostí?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
61. Soudí o Vás víc lidí, že jednáte unáhleně a zbrkle?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
62. Umýváte si před každým jídlem ruce?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Máte skoro vždy po ruce "pohotovou odpověď", když Vás někdo osloví?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
64. Přicházíte na dojednané schůzky rád s velkým časovým předstihem?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Jste často bez důvodu skleslý a unavený?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
66. Podváděl jste už někdy při nějaké hře?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Děláte rád věci, při nichž je třeba jednat rychle?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
68. Je (či byla) Vaše matka dobrý člověk?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Rozhodujete se často bez rozmýšlení?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Zdá se Vám často, že je život nudný?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
71. Využil jste někdy výhod, které Vám z někoho plynou?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
72. Pouštíte se často do více činností, než na kolik Vám stačí čas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
73. Snaží se Vám více lidí vyhnout?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
74. Trápí Vás to, jak vypadáte?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Myslíte si, že lidé věnují příliš mnoho pozornosti zabezpečování budoucnosti spořením a uzavíráním pojistek?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Chtělo se Vám někdy zemřít?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
77. Vyhnul byste se placení daní, kdybyste si byl jist, že se na to nemůže přijít?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
78. Umíte rozproudit zábavu ve společnosti?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- 4 -

ANO NE

79. Snažíte se nebýt k lidem hrubý?	X	
80. Trápíte se po nějaké nepříjemné zkušenosti dlouho?	X	
81. Řídíte se obyčejně příslovím: "Dvakrát měř, jednou řež"?	X	
82. Trval jste někdy na tom, aby bylo "po Vašem"?	X	
83. Máte problémy s nervy?		X
84. Cítíte se často osamělý?		X
85. Věříte tomu, že lidé většinou říkají pravdu?	X	
86. Jednáte vždy v souladu s tím, co říkáte?	X	
87. Urazíte se lehko, když lidé projevují nespokojenost s Vámi nebo s prací, kterou děláte?	X	
88. Je lepší řídit se pravidly společnosti než jít vlastní cestou?		X
89. Přišel jste někdy pozdě na domluvené setkání nebo do práce?	X	
90. Máte kolem sebe rád hodně pohybu a vzrušení?	X	
91. Chtěl byste, aby se Vás lidé báli?		X
92. Překypujete někdy energií a jindy zase upadáte do úplné nečinnosti?	X	
93. Odkládáte někdy na zítřek to, co byste měl udělat dnes?	X	
94. Myslí si o Vás lidé, že jste velmi živý?		X
95. Věříte tomu, že Vás lidé klamou?		X
96. Věříte tomu, že má člověk ke své rodině nějaké zvláštní povinnosti?	X	
97. Jste na některé věci přecitlivělý?	X	
98. Jste vždy ochotný připustit, že jste udělal chybu?	X	
99. Bylo by Vám líto zvířete, které se chytilo do pastí?	X	
100. Je pro Vás těžké se ovládnout, když se Váš hněv stupňuje?	X	
101. Zamykáte důkladně na noc svůj dům nebo byt?		X
102. Myslíte si, že je pojištění dobrá věc?	X	
103. Rozčilují Vás lidé, kteří jezdí opatrně?	X	
104. Když někam cestujete vlakem, stává se Vám často, že jeho odjezd stáháte v poslední chvíli?		X
105. Rozpadají se Vaše přátelství lehce a bez Vašeho zavinění?		X
106. Baví Vás někdy trápit zvířata?		X

ZKONTROLUJTE, ZDA JSTE ODPOVĚDĚL(A) NA VŠECHNY OTÁZKY

*Příloha II: Anamnestický dotazník vlastní tvorby***DOTAZNÍK**

Fakulta (zkratka): Studijní obor:

Ročník: Pohlaví: MUŽ ŽENA Věk:

Z následujících odpovědí vyberte vždy jednu a vybranou variantu zakroužkujte!

1. Odkud pocházíte?

- a) z města s více než 50.000 obyvateli b) z města s 5.000 až 50.000 obyvateli
c) z města s méně než 5.000 obyvateli d) z venkova

2. Pocházím z:

- a) úplné rodiny b) neúplné rodiny

3. Jak vysoké nároky na vás rodiče měli nebo stále mají? (např. požadavky na vynikající studijní výsledky, výsledky ve sportovním týmu apod.)

- a) velmi vysoké b) přiměřené c) nízké d) žádné

4. V současné době žiji:

- a) s partnerem/partnerkou b) s rodičem/rodiči c) se spolubydlícími d) sám/sama

5. Pracujete při studiu? Pokud ano, proč?

- a) pracuji, protože chci b) pracuji, protože musím (např. kvůli financím) d) nepracuji

6. Pokud pracujete, jak stresující je pro vás zvládat pracovní a studijní povinnosti zároveň?

- a) velmi stresující b) středně stresující c) mírně stresující d) vůbec mě to nestresuje

7. Kolik hodin denně průměrně spíte?

- a) 6 hodin a méně b) 7 hodin c) 8 hodin d) 9 hodin a více