

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

**VÝSKYT HYPOCHONDRIE U STUDENTŮ ZČU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Milan Nohava**

*Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání*

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

**Plzeň, 2018**



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

V Plzni, ..... 2018

.....

vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Rád bych poděkoval paní doc. PhDr. Janě Miňhové za odborné vedení, ochotu, vstřícnost při konzultacích a za cenné rady při zpracování této práce.

## Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	7
1 Neurotické poruchy.....	7
1.1 Definice neurotických poruch.....	7
1.2 Klasifikace neurotických poruch.....	9
1.2.1 Fobické úzkostné poruchy.....	9
1.2.2 Jiné anxiózní poruchy.....	10
1.2.3 Obsedantně nutkavá porucha.....	12
1.2.4 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení.....	13
1.2.5 Disociativní (konverzní) poruchy.....	15
1.2.6 Jiné neurotické poruchy.....	20
2 Somatoformní poruchy.....	21
2.1 Definice somatoformních poruch.....	21
2.2 Etiopatogeneze.....	22
2.3 Pohlavní rozdíly.....	22
2.4 Terapie.....	22
2.5 Specifické somatoformní poruchy.....	22
2.5.1 Somatizační porucha.....	22
2.5.2 Hypochondrická porucha.....	25
2.5.3 Somatoformní vegetativní dysfunce.....	27
2.5.4 Perzistující somatoformní bolestivá porucha.....	28
3 Praktická část.....	30
3.1 Cíl práce.....	30
3.2 Hypotézy.....	30
3.3 Metoda sběru dat.....	30
3.4 Popis respondentů.....	31
3.5 Statistická analýza dat.....	34
4 Závěr.....	35
5 Resumé.....	36
6 Seznam literatury.....	37
7 Seznam grafů a tabulek.....	39
8 Přílohy.....	39
8.1 Dotazník.....	39

## Úvod

Somatoformní poruchy jsou velice nepříjemnou záležitostí. Mohou se objevit u každého člověka v kterémkoli věku. Toto téma jsem si vybral, protože mám jisté sklony k hypochondrické poruše, která je součástí somatoformních poruch. Každý jistě tento pojem slyšel v běžném životě, když si někdo z jeho okolí neustále stěžoval na svoje zdraví. Už jen ale málo lidí ví, co se za takovou poruchou skrývá, jak obtížná pro člověka může být a jaké dopady může mít na psychické a sociální zdraví dotyčného.

Terapie těchto poruch je velice složitá a ne vždy úspěšná. Neurotické poruchy jsou velice rozsáhlým tématem, které jsem se snažil s důrazem na somatoformní poruchy v této práci popsat. Zajímal mě také jaký je výskyt hypochondrické poruchy u studentů Západočeské univerzity.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Praktická část je složena ze dvou kapitol a několika podkapitol. V první kapitole se věnuji všeobecné problematice neurotických poruch, které jsou klasifikovány v mezinárodní statistické klasifikaci. První kapitola má za cíl seznámit se základní problematikou neurotických poruch a jejich vlivem na jedince. V druhé kapitole se podrobněji věnuji již zmiňovaným somatoformním poruchám kam spadá hypochondrická porucha. Tato kapitola je tříděna do několika podkapitol, kde se snažím poukázat na výskyt těchto poruch, jejich průběh, jejich vliv na lidské zdraví a hlavně léčbu, která dokáže jedincům od těchto ulevit.

Praktická část, ve které se věnuji výzkumnému šetření, je rozdělena také do několika kapitol. Cílem výzkumu je zjistit, jaký je výskyt hypochondrické poruchy u studentů, kteří studují na Západočeské univerzitě v Plzni a zdali má míra hypochondrie vliv na studijní směr, který studují, a zdali má míra hypochondrie vliv na pohlaví.

## **Teoretická část**

### **1 Neurotické poruchy**

#### **1.1 Definice neurotických poruch**

Pojem neuróza (latinsky neurosis) se poprvé objevil v roce 1779, jehož autorem byl W. Cullen. Tato porucha se vyvolá psychogenně, kdy člověk prožívá stresující situace. Pacient je schopný zachovat si náhled na chorobnost vztahu napříč tomu, že se při této poruše objevuje vysoká míra úzkosti. (Hartl, 2009, s. 354, in BP Spěváčková, 2014, s. 9)

Neuróza nemá organický nález a je popisována jako funkční nervové onemocnění. Nejedná se však o organické poškození centrální nervové soustavy ani o metabolické změny, právě z tohoto důvodu se neuróza nepovažuje za příčinu ale za výsledek nervového onemocnění. (Hartl, 2009, s. 354, in BP Spěváčková, 2014, s. 9)

O neurózu se jedná v případě, pokud jedinec trpí duševními či fyzickými potížemi, které nemají organický podklad. Neurózu nelze brát jako duševní poruchu, protože jedinec trpící neurózou neztrácí soudnost, své obtíže si plně uvědomuje a také si na ně následně stěžuje. (Kratochvíl, 1981, s. 7, in BP Spěváčková, 2014, s. 9)

Podle Miňhové se jednotliví autoři liší pouze v podrobnostech a ve způsobu formulace, ale všichni autoři se shodují v následujících čtyřech bodech.

1. *„Neuróza je porucha funkční, při níž nedochází k anatomickým změnám v mozku.*
2. *Je reverzibilní, tzn. že není rezistentní vůči včasné a zaměřené terapii.*
3. *Projevuje se poruchou adaptace člověka k vnějšímu prostředí.*
4. *Má řadu příznaků tělesných a duševních, které jsou subjektem nepříjemně pociťovány.*” (Miňhová, 2006, s. 75)

Fisher (1965, s. 36) definuje neurózu jako onemocnění vyvolané centrální nervovou soustavou a jedinec má sníženou schopnost adaptace na prostředí. (Miňhová, 2006, s. 75)

Kratochvíl také ve své publikaci uvádí, že neuróza pramení ze závažných konfliktů jedince a to buď vnitřních, nebo vnějších, které často souvisejí s vývojem, postoji a osobnostními rysy jedince. (Kratochvíl, 1987, s. 7)

Vondráčková (1972, s. 34) definuje neurózu jako reverzibilní poruchu vyšší nervové činnosti, která se projevuje poruchou adaptace na vnější prostředí a doprovází ji řada psychických a tělesných příznaků. (Miňhová, 2006, s. 74)

V pojetí Knoblocha (1956, s. 26) je neuróza poruchou adaptace jedince k jeho okolí a to převážně společenskému. Poruchou nejvyšších regulací a jemných koordinací funkcí somatických a vegetativně viscerálních. (Miňhová, 2006, s. 75)

Členění duševních poruch a neurózy se již nepoužívá. V současné klasifikaci duševních poruch a poruch chování (MKN -10) již není pojem neuróza obsažen. Byl však zachován pojem neurotický (MKN - 10, 2018, s. 216)



## 1.2 Klasifikace neurotických poruch

### 1.2.1 Fobické úzkostné poruchy

Jedná se o skupinu poruch, při kterých je úzkost vyvolána v určitých dobře definovaných situacích, které nejsou za běžných okolností nebezpečné. Pacient se snaží těmto situacím vyhýbat, protože pokud dojde ke střetu s danou situací, pacient pociťuje nepřiměřeně velký strach. Příznaky mohou být pocit na omdlení, druhotný strach ze smrti, ztráta sebeovládání či zešílení. Myšlenky na účast ve fobické situaci vzbuzují u pacienta anticipační úzkost. (MKN-10, 2018, s. 216)

Mezi fobické úzkostné poruchy patří tyto fobie:

#### Agorafobie

Soubor, který je dobře definovaný. Tento soubor fobií zahrnuje například strach opuštění vlastního bytu, cestovat sám ve vlaku, vstupu na veřejná prostranství apod. (MKN-10, 2018, s. 216)

Agorafobie je považována za jednu z nejméně handicapujících fobií. Důvodem je, že tato fobie výrazně omezuje člověka v sociálním životě. Pacient má omezenou schopnost fungovat v práci, starat se o rodinu a naplňovat svůj život. Jde převážně o chronickou poruchu, která může trvat léta i celý život. Těžce zasahuje i rodinu postiženého. (Seifertová a kol, 2004, s. 164)

#### Sociální fobie

Jedná se o obavu, kdy dotyčný se bojí kritiky a posuzování ostatních lidí na jeho osobu, to vede k vyhýbání se styku s lidmi. U těžších sociálních fobií se může projevat třes rukou, nauzeou, červenáním a nucením na močení. Příznaky se mohou progredovat až do panické ataky. (MKN-10, 2018, s. 217)

Vyhýbání sice vede ke snížení úzkosti, ale postižený se ochuzuje o svůj život. Pacienti většinou vědí, že jejich strach je nadměrný, neodůvodněný a nedůstojný to jim však nepomáhá. (Seifertová a kol, 2004, s. 194)

Člověk trpící sociální fobií je přesvědčen, že si druzí všimají jeho potíží a podle toho jej hodnotí. Toto přesvědčení pacientovu úzkost dále jen zvyšuje. Aby jedinci překonali nepříjemné pocity a úzkostné myšlenky, mohou se uchýlovat ke konzumaci alkoholu nebo uklidňujícím práškům. Sociální fobie se objevuje v období puberty nejčastěji kolem 14-20 lety. V tomto období vývoje je normální častá stydlivost. Mladí lidé mají strach z oslovení opačného pohlaví apod. Pokud ale jedinec trpí sociální fobií, nedojde u něj k adaptaci a snížení studu v těchto situacích. Tím pádem se lidé se sociální fobií těmito situacím vyhýbají a časem se na ně stanou přecitlivělí. (Praško a kol, 2011, s. 314)

#### Specifické (izolované) fobie

Tyto fobie jsou omezeny na specifické situace, zahrnují např. blízkost určitých zvířat, výška, tma, požívání určitých jídel, pohled na krev atd. Kontakt s těmito situacemi může vyvolat paniku jako u agorafobie nebo sociální fobie. (MKN-10, 2018, s. 217)

Lidé trpící těmito fobiemi vědí, že jejich obavy jsou přehnané a nerozumné, nicméně jim to nepomáhá v ovládnutí úzkosti a stresu a proto se těmito situacím vyhýbají nebo je snášejí s pocitem hrůzy. (Praško a kol, 2011, s. 315)

### **1.2.2 Jiné anxiózní poruchy**

Poruchy, u kterých je hlavním příznakem manifestní úzkost, která není omezena na nějakou zvláštní situaci. U těchto poruch se mohou objevit depresivní a obsedantní příznaky a někdy i prvky fobické úzkosti jsou ale sekundární nebo méně závažné. (MKN-10, 2018, s. 217)

#### Panická porucha

Základním projevem jsou recidivující ataky těžké úzkosti, které nejsou omezeny na nějakou zvláštní situaci a jsou proto nepředvídatelné. Jako u ostatních úzkostných poruch se vyskytují bolest na hrudi, dušení a závratě. Mohou se objevit i sekundární

projevy jako strach ze smrti, sebeovládání nebo zešílení. Panickou poruchu nelze považovat za hlavní diagnózu, pokud má pacient na začátku ataky depresi, protože pak jsou panické ataky pravděpodobně sekundárním projevem deprese. (MKN-10, 2018, s. 217)

Ataka přichází nečekaně. Pacient před záchvatem může dělat svojí rutinní aktivitu nebo se záchvat může objevit ze spánku. Většina tělesných příznaků jsou projevy masivní hyperstimulace autonomního nervového systému. Prožitek je plný děsu a hrůzy a pacient se cítí proti záchvatu bezmocný. Jednotlivé ataky trvají obvykle 5-20 minut. Výjimečně mohou trvat déle než hodinu. Panický záchvat se může vracet ve vlnách i po dobu dvou hodin. Kvůli náhlému začátku a vysoké intenzitě tělesných symptomů je pacient vyděšen natolik, že je přesvědčen o tom, že musí mít nějakou vážnou tělesnou nebo duševní chorobu (např selhává mu srdce, zešílel apod.) Po záchvatu někdy zůstává třes, napětí a vyčerpání. Jindy dochází k uvolnění a letargii. (Praško a kol, 2011, s. 311)

#### Generalizovaná úzkostná porucha

Základní vlastností je generalizovaná a přetrvávající úzkost, která se nevztahuje na žádné zevní okolnosti. Příznaky mohou být různé, pacient může pociťovat nervozitu, třes, pocení, svalové napětí. Přítomen je i strach, že pacient sám nebo jeho příbuzní onemocní nebo budou mít nehodu. (MKN-10, 2018, s. 218)

Generalizovaná úzkostná porucha se většinou objevuje u citlivých osob, které prožily dlouhotrvající stres. Typickými projevy této poruchy je zaobírání se stresujícími myšlenkami a starostmi. Často jde o každodenní starosti. Pacient má strach o ztrátu zaměstnání, obavy z budoucnosti. To vede u pacienta k únavě, úzkosti a nepříjemným tělesným pocitům. Příznaky se objevují nenápadně a pozvolna. U většiny lidí se potíže zhoršují, pokud nemají co dělat např. o dovolené. Díky těmto faktorům má dotyčný zhoršený spánek. Dotyčný si uvědomuje, že si dělá nadměrné starosti, ale nedokáže se ubránit tomu, aby nad nimi nepřemýšlel. (Praško a kol, 2011, s. 310)

### Smíšená úzkostná a depresivní porucha

Tuto poruchu můžeme diagnostikovat, pouze pokud jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese, ale ani jeden z nich nepřevažuje a žádný není vyjádřen natolik, aby opravňoval k diagnóze, pokud by byl hodnocen samostatně. Pokud by byly úzkostné a depresivní příznaky závažné natolik, aby opravňovaly samostatné diagnózy, pak by této položky nemělo být použito. (MKN-10, 2018, s. 218)

Pro tuto poruchu je typická vracející se dysforická nálada, nedostatek energie, podrážděnost, obtíže s usínáním, nízké sebevědomí, pocit méněcennosti apod. Jelikož jsou příznaky deprese a úzkosti méně výrazné lékaři často podceňují závažnost této poruchy a dostatečně ji neléčí. (Praško a kol, 2011, s. 313)

Pacienti, kteří trpí touto poruchou, jsou často velmi častými pacienty v ordinacích lékařů primární péče. Toto onemocnění má vysoké procento suicidálních pokusů, zejména parasuicidií. (Seifertová a kol, 2004, s. 220)

### **1.2.3 Obsedantně-nutkavá porucha**

Hlavním rysem jsou opakované vtíravé myšlenky a nutkavé činy. Vtíravými myšlenkami jsou nápady, představy nebo popudy, které opakovaně vstupují do do pacientovy mysli ve stejné podobě. Pacient se vůči nim snaží klást odpor, protože jsou pro něj velice obtížné, nicméně odpor nemá smysl a pacientovi nepomůže. Pacient považuje myšlenky za své vlastní, ačkoliv jsou mimovolní a odporné. Nutkavé činy bývají stereotypní a stále opakovatelné, nenesou sebou žádný prospěch a nemusí být ani příjemné. Jediněc toto chování považuje za nesmyslné a neúčelné a pravidelně se mu snaží odolávat. Úzkost se vždy začne zhoršovat, pokud dotýčný nutkání odolá. (MKN-10, 2018, s. 218)

Obsese mají pro pacienta často negativní a nepříjemný obsah. Hluboce věřící člověk např. matka má obsesi, že bodne své dítě nožem, úzkostně čistotný člověk zase myšlenky o zašpinění apod. Obsese vždy vyvolává nějaký druh úzkosti. Dotýčný proto potřebuje tyto pocity neutralizovat, což vykonává pomocí kompulzivního chování. Proto můžeme kompulze označit za aktivní obranu proti úzkosti. Kompulzivní chování může být nápravné (jako např. umývání) a ujišťující

(např. kontrolování). Neutralizace ovšem může probíhat jen v pacientovo myšlenkách. Pacient si vyvolá určitou myšlenku, která neutralizuje původní obsesi. Pacienti se snaží vyhýbat situacím, ve kterých obsese vznikají. Tomuto říkáme vyhýbavé chování. Existuje však i skryté vyhýbavé chování. Jedná se o chování, kdy pacient se snaží nemyslet na určité věci. (Praško a kol, 2011, s. 337)

#### Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace

Formy myšlenek, představ či nutkání, které působí na pacienta tísnivě a zneklidňují ho. Někdy se může jednat o pošetilé myšlenky, které zahrnují úvahy o různých alternativách, které nedávají smysl. (MKN-10, 2018, s. 219)

#### Převážně nutkavé činy

Nutkavé činy se většinou týkají čištění, kontrolování a ujišťování se, že nenastane potencionálně nebezpečná situace. Rituál zde představuje neúčinnou snahu toto nebezpečí odvrátit. (MKN-10, 2018, s. 219)

### **1.2.4 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení**

Tato položka se od jiných velice liší, protože zahrnuje poruchy, které lze identifikovat nejen na základě symptomatologie, ale také z jednoho či druhého z příčinných vlivů. První příčinný vliv může být výjimečně zatěžující životní situace, která vyvolá akutní reakci na stres nebo. Jako druhý příčinný vliv mohou být významné životní změny k trvale nepříznivým okolnostem, které následně vedou k poruše adjustace. Choroby zde obsažené vznikají vždy jako přímý důsledek akutního těžkého stresu nebo trvalého úrazu. Můžeme tedy říci, že tyto onemocnění mohou být považována za maladaptivní odpovědi na těžký nebo dlouhotrvající stres, kdy u jedince selhaly mechanismy úspěšného vyrovnávání se stresem a to následně vede k narušení sociálního fungování pacienta. Stresová událost nebo trvalé nepříznivé okolnosti jsou prvotním a nejdůležitějším příčinným faktorem a onemocnění bez tohoto vlivu nemůže vzniknout. (MKN-10, 2018, s. 219)

#### Akutní stresová reakce

Přechodná porucha, která odezní většinou během několika hodin nebo dnů. Vzniká u jinak duševně zdravého jedince jako reakce na výjimečný fyzický nebo psychický

stres. Závažnost poruchy je individuální a záleží na jedincovo individuální zranitelnosti a schopnost tyto situace zvládat. (MKN-10, 2018, s. 220)

Stresorem může být zdrcující traumatický zážitek (přepadení, znásilnění, živelná pohroma, autonehoda apod.) bolestivý léčebný zákrok, zpráva o změně v sociálním prostředí a blízkých vztazích (např. úmrtí v rodině), neočekávaný rozpad vztahu či zjištění nevěry u svého partnera. U jedinců, kteří jsou fyzicky vyčerpání nebo dosáhli staršího věku je riziko rozvoje poruchy větší. Příznaky mohou být značně rozmanité a obvykle se objeví během několika minut po dopadu stresujícího podnětu. Příznaky vykazují velkou variabilitu, ale typicky zahrnují tyto faktory. Prvotní stádium (omráčení) se projevuje zúžením vědomí, neschopností chápat situaci a orientovat se. V další fázi může následovat uzavření se do sebe nebo naopak agitovanost a nadměrná aktivita. Dále se objevují vegetativní příznaky jako tachykardie, pocení, třes, závrať, červenání či blednutí. Přítomna může být částečná nebo i úplná amnézie. (Praško a kol, 2011, s. 351)

#### Posttraumatická stresová porucha

Velice ohrožující nebo katastrofické povahy, která je schopná způsobit silné rozrušení téměř u každého. Začíná jako opožděná nebo protahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci. Typické jsou epizody, kdy jedinec prožívá znovuoživení traumatu v neodbytných myšlenkách, snech nebo nočních můrách. (MKN-10, 2018, s. 220)

Byla také nazývána válečnou neurózou, nehodovou neurózou nebo syndromem po znásilnění protože jedinci trpící touto poruchou prožili např. přítomnost u násilné smrti jiných osob, byli obětí mučení, bojem o život nebo jiného zločinu. Často zůstávala nepochopena nebo byla diagnostikována špatně i přes své velmi specifické příznaky, které charakterizují celý obraz. Typická je dlouhodobá reakce na traumatickou událost, zvýšená aktivace ve fyziologických a psychických reakcích, znovuprožívání traumatické události ve formě flashbacků. (Praško a kol, 2011, s. 353) Jedinci se také snaží vyhýbat situacím a činnostem, které traumatický zážitek i vzdáleně připomínají. Důvodem je, že zážitek vede k rozvoji nepříjemných pocitů. Často se také vyhýbají doteku druhé osoby a časem nesnášejí i dotek člověka, kterého mají rádi nebo si ho váží. (Praško a kol, 2011, s. 355)

### Poruchy přizpůsobení

Jedná se o poruchy, které zasahují jedince v sociální oblasti funkce i výkonu. Začínají jako důsledek adaptace na výraznou změnu životní situace nebo stresovou životní událost. Jako stresory můžeme uvést např. narušení sociální sítě jedince (úmrť v rodině, osamocení), široký systém sociálních opor a hodnot (stěhování, imigrace) nebo velké reprezentující vývojové přechody nebo krize (chození do školy, stát se rodičem, důchod). U každého jedince hraje velkou roli zranitelnost a individuální predispozice pro riziko vzniku a způsobu manifestace z poruchy přizpůsobivosti. Předpokládá se však, že tato porucha nemůže vzniknout bez stresoru. (MKN-10, 2018, s. 221)

Příznaky poruchy mohou být různé. Jedinec trpí depresivní náladou, úzkostí, obava z řešení a vypořádání se se současnou situací. Typické je zhoršení každodenního fungování. Poruchy chování mohou být přidruženým rysem u adolescentů. (Praško a kol, 2011, s. 352)

### **1.2.5 Disociativní (konverzní) poruchy**

Hlavními rysy těchto poruch jsou částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, uvědomění si vlastní identity, bezprostředních pocitů a ovládnutí tělesných pohybů. Všechny typy disociativních poruch mají tendenci se vracet po několika týdnech nebo měsících, zvláště pokud byl jejich výskyt spojen s traumatizující životní událostí. V minulosti byly tyto poruchy řazeny jako „konverzní histerie“. (MKN-10, 2018, s. 222)

U zdravých jedinců funguje výrazná vědomá kontrola na vzpomínky a pocity, kterým chce věnovat pozornost a které pohyby chce vykonávat. U jedinců, kteří trpí disociativní poruchou je tato kontrola zhoršena až do takové míry, že se může měnit ze dne na den nebo dokonce z hodiny na hodinu. Pacienti, kteří trpí těmito poruchami, se projevují neobvyklými nebo velice dramaticky vypadajícími tělesnými

příznaky, jako jsou záchvaty křečí, obrna, změna vlastní identity, amnézie, afonie. (Praško a kol, 2011, s. 389)

### Disociativní amnézie

Hlavním rysem je ztráta vzpomínek, obvykle na důležité nedávné události není ovšem způsobena organickou duševní poruchou. Porucha je i příliš rozsáhlá, takže nemůže být vysvětlena běžnou únavou nebo zapomnětlivostí. Amnézie je většinou částečná nebo selektivní a je soustředěna na případy soustředěna na traumatické události jako např. autonehoda. Diagnózu této poruchy bychom neměli stanovit, pokud je současně přítomné organické postižení mozku, intoxikace nebo nadměrná únava. (MKN-10, 2018, s. 222)

Jedná se o poruchu epizodické paměti, kdy jedinec postrádá schopnost vybavit si vzpomínky na konkrétní vzpomínky. Získané dovednosti a schopnosti si však jedinec vybavit dokáže. Ve většině případů se nejedná pouze o zamlžení vzpomínky, spíše o plnou neschopnost vybavit si ji. Rozsah amnézie se může měnit ze dne na den, ale je přítomno společné jádro, které si pacient nedokáže vybavit. Jedinec si často ani neuvědomuje, že má ve vzpomínce výpadek a je na to upozorněn až svým okolím. Amnézie zpravidla nezasahuje procedurální paměť ani ukládání paměťových stop. Emoční stavy doprovázející poruchu mohou být různé, těžká deprese je ale vzácná. Spíše se objevuje bezradnost, pocity stísněnosti a chování vyvolávající pozornost okolí. Může se objevit i bezúčelné toulání po okolí, které trvá jeden až dva dny. Jedná se o vzácnou poruchu, která se častěji vyskytuje u žen v adolescenci a časně dospělosti. Počátek i ukončení bývají náhlé a končí zpravidla plným uzdravením. K vybavení vzpomínek často napomáhají vodítka, ke kterým má jedinec osobní vazbu jako např. rodinní příslušníci, domácí prostředí, domácí zvířata a osobní předměty. U některých pacientů je nutná psychologická či farmakoterapeutická léčba. (Praško a kol, 2011, s. 389-391)

### Disociativní fuga

Disociativní fuga má stejné rysy a vlastnosti jako disociativní amnézie u této poruchy je navíc účelné cestování za hranice běžného života. (MKN-10, 2018, s. 223)



Jedinec může také přijmout jinou identitu, která většinou trvá několik dní, ale může trvat i delší časové období. U jedince se může objevit cestování na místa z dřívějšíka nebo na místa, která pro něj jsou emočně významná. Tato porucha je velmi vzácná a častěji se objevuje při katastrofách nebo válkách. Její počátek je náhlý, navazující na traumatickou životní událost nebo bolestnou ztrátu. U jedinců, kteří trpí některými poruchami osobnosti jako např. hraniční, histriónská, schizoidní a schizotypální, a konzumují vysoké dávky alkoholu, jsou více predisponováni k této poruše. (Praško a kol, 2011, s. 392)

### Disociativní stupor

*„Disociativní stupor je diagnostikován na podkladě výrazného snížení nebo vymizení volných pohybů a normální odpovědi na zevní podněty jako světlo, hluk a dotyk ale vyšetření neukazuje žádné somatické příčiny.” (MKN-10, 2018, s. 223)*

Jedinec leží nebo sedí ve strnulé poloze s absencí veškerých pohybů. Úplně chybí řeč a účelné pohyby. Může se vyskytovat i lehký stupeň poruchy vědomí. Jedná se o vzácnou poruchu, která se častěji vyskytuje u žen jako reakce na psychosociální traumatickou událost. Trvání poruchy se může pohybovat kolem hodin až dnů, vzácněji může i déle. Obvykle náhle začne a náhle spontánně skončí. (Praško a kol, 2011, s. 392)

### Trans a posedlost

Jedná se o poruchy, kdy jedinec má dočasnou ztrátu pocitu identity a plného uvědomování okolí. Vyskytují se mimo kulturně nebo nábožensky akceptované situace (MKN-10, 2018, s. 223)

Objevují se výrazné tělesné příznaky, jako je náhlý kolaps, ztráta rovnováhy a dokonce i ječení, křik a pláč. Schopnost vybavit si si vzpomínky na tyto události je velmi zřídka narušena a je-li přítomna amnézie, není úplná, ale střípkovitá. Velmi podobné se objevují i u zdravých jedinců při technikách transpersonální psychoterapie, jako je terapie orientovaná na proces či holotropní dýchání. (Praško a kol, 2011, s. 393-394)

Stavy posedlosti jsou oproti stavům transu komplexnější v chování. Jedinec ve stavu posedlosti se domnívá, že jeho tělo je ovládáno nějakou nadpřirozenou silou, která do něj vstoupila, jako např. božstvo. V průběhu stavu může jedinec vyjadřovat jinak zakázané myšlenky a projevovat netypické aktivity, které mohou být religiózní, sexuální nebo agresivní povahy. Velkým rozdílem oproti stavům transu je také často přítomna plná amnézie na období, kdy byl jedinec „posedlý“. Tyto stavy se většinou vyskytují v primitivních kulturách, kde jsou součástí kulturního kontextu, nebo v průběhu rituálního obřadu. (Seifertová a kol, 2004, s. 299)

### Disociativní motorické poruchy

Jedná se o poruchy, kde jedinec ztrácí schopnost pohybovat celou končetinou, končetinami nebo jejich částmi. Tyto poruchy jsou velice podobné jakémukoli druhu ataxie, apraxie, akineze, afonie, dysartie, dyskineze nebo obrny. (MKN-10, 2018, s. 223)

Somatická příčina je vyšetřením zcela vyloučena. Přesto, že se pacient jeví jako tělesně nemocný, nelze u něj zjistit žádnou tělesnou poruchu, které by vysvětlovala jeho potíže. Zhodnocení duševního stavu a sociální situace pacienta obvykle naznačuje, že jeho neschopnost a ztráta funkce mu pomáhá uniknout z nepříjemného konfliktu nebo nepřímo vyjádřit závislost či odpor. Problém nebo konflikty mohou být pacientovu okolí známé, ale pacient je popírá a připisuje jakékoli potíže symptomům z nich vyplývajících. (Praško a kol, 2011, s. 394)

### Disociativní záchvaty

Disociativní záchvaty velice připomínají epileptické záchvaty hlavně v pohybech. Ovšem co se týká např. kousnutí do jazyka, úraz při pádu a inkontinence moči nejsou tyto faktory přítomné nebo se vyskytují velmi vzácně. Jedinec netrpí ztrátou vědomí, může být ale nahrazena stavem stuporu nebo transu. (MKN-10, 2018, s. 223)

Oproti epileptickým záchvatům bývá nástup pozvolný a rozvíjí se nefyziologicky. Průběh je dramatický a trvá déle než 3-4 minuty. Z hlediska četnosti a klinického záznamu tato skupina představuje nejvýznamnější oblast disociativních poruch. (Praško a kol, 2011, s. 396)

### Disociativní anestezie a ztráta citlivosti

*„Necitlivé oblasti kůže mají často hranice, které jasně ukazují, že jsou sdruženy s pacientovými představami o tělesných funkcích spíše než s lékařskými vědomostmi. Může být diferencovaná ztráta mezi sensorickými modalitami, které nemohou být způsobeny neurogenní lézí. Ztráta citlivosti může být spojena s pocity mravenčení. Ztráta vidění a slyšení je u disociativních poruch vzácná” (MKN-10, 2018, s. 224)*

### Jiné disociativní (konverzní) poruchy

#### Ganserův syndrom

Velmi vzácná porucha, která se vyskytuje především u vězňů ve vyšetřovací vazbě a ve výkonu trestu. Charakterizovaná především regresivním chováním. Typické jsou „přibližné odpovědi“ např.  $1+1 = 3$  a další disociativní příznaky jako amnézie a parézy. Porucha většinou odeznívá po vynesení rozsudku. (Seifertová a kol, 2004, s. 301)

#### Mnohočetná osobnost

Nejkomplexnější disociativní porucha, která se často stala předmětem literárních a kinematografických děl, ovšem její výskyt je vzácný. Základním rysem je přítomnost dvou nebo více odlišných identit nebo osobností v jednom jedinci, které následně řídí jeho chování. Každá osobnost má své specifické charakteristiky jako svoje jméno, věk, vlastní vzpomínky a vzorce jednání. Jedinec má obvykle jednu primární osobnost, která nese jedincovo jméno, je pasivní, závislá a depresivní. Ostatní střídající se osobnosti se od primární liší v postojích a chování jsou např. hostilní, autoritativní a sebedestruktivní. Existují i případy, kdy se osobnosti liší dokonce v rukopisu, uměleckých a pohybových schopnostech a ve znalostech cizího jazyka. Střídání jednotlivých osobností nastává většinou ve specifických situacích a po zážitku nového traumatu. Jednotlivé identity k sobě nemají přístup, takže každá identita nemůže znát vzpomínky a dovednosti té druhé. Primární identita si většinou není vědoma dalších identit. Jako příčina pro vznik oddělených identit je ochrana jedince před neúnosnou traumatizací a to především z dětství. Traumatického

zážitku si je následně vědoma pouze jedna z osobností. (Seifertová a kol, 2004, s. 302)

## **1.2.6 Jiné neurotické poruchy**

### Neurastenie

Existují dva typy, které se do jisté míry překrývají. U prvního typu je zvýšená únavnost, která je zapříčiněna duševním usíláním, spojeného s určitým poklesem výkonnosti v zaměstnání. Je popisována jako nepříjemná vtíravost nevhodných asociací nebo myšlenek. Jedinec má i problémy s koncentrací a myšlení je u něj neefektivní. Druhý typ se projevuje projevem tělesné a fyzické slabosti a vyčerpání po velmi malé námaze. Jedinec má pocit svalového napětí a neschopnosti relaxovat. Pacienti mají obavu ze zhoršení duševního a tělesného stavu, je zvýšena podrážděnost a v mírném stupni deprese a úzkost. U obou typů jsou pacientem pociťovány nepříjemné pocity jako závratě, tenzní bolesti hlavy a pocit celkové nestability. Bývá porušen i spánek ve své počáteční a střední fázi, ale může se vyskytovat i výrazná hypersomnie. (MKN-10, 2018, s. 228)

Jedná se o lehkou psychickou poruchu s delším vývojem, která narušuje schopnost adaptace. Jako příčina může být nevyřešený konflikt. Je nutno od neurastenie odlišovat jiné stavy jako např. syndrom vyhoření, únava po viróze, kardiální poruchy, poruchy krvetvorby atd. Léčba se řeší především antidepresivy. (Šácha, 2008)

### Depersonalizace a derealizace

Jedná se o vzácnou nemoc, kdy pacient má pocit absolutního odtržení nebo neskutečnosti jeho vlastního. Jeho okolí, tělo a aktivita se změnily ve své kvalitě. I přes toto všechno si je pacient vědom neskutečnosti těchto změn. Vnímání a schopnost vyjádřit emoce zůstávají v normálu. (MKN-10, 2018, s. 228)

Jedinci trpící touto poruchou popisují svůj život, jako by ho žili jako roboti. Je totiž přítomna absence veškerých emocí (kladných i záporných). Tělo a jejich prožívání jsou oddělena. Jejich končetiny už jim nepatří, i když s nimi mohou pohybovat. K depersonalizaci může přispět také řada drog. (Polách, 2015)

## **2 Somatoformní poruchy**

### **2.1 Definice somatoformních poruch**

Pojem somatoformní poruchy byl zaveden až roku 1980. Na rozdíl od jiných psychických poruch byly somatoformní poruchy dlouho považované za rozsáhlou neprozkoumanou „bílou mapu“. (Rief, Hiller, 2002, s. 1)

Pojem somatoformní vzniknul z řeckého slova „soma“, což v překladu znamená tělo. Somatoformní poruchy tvoří širokou skupinu onemocnění s organicky nevysvětlitelnými tělesnými symptomy. Jedná se o psychosomatickou interakci mezi mozkem a tělem. Dosud není známo, jakými způsoby mozek posílá signály zaměřené na pacientovo vědomí a poukazuje tak na vážný problém v těle. (Sadock, 2004, s. 247, in BP Roubalová, 2007, s. 13)

Hlavním rysem těchto poruch je opakující se stížnost na tělesné symptomy a zároveň je od pacienta vyžadována pravidelná lékařská kontrola a následné lékařská vyšetření, která ovšem zůstávají bez organického nálezu. Lékař proto ujišťuje pacienta, že jeho problémy nemají fyzickou podstatu. (MKN-10, 2018, s. 224)

Obavy o zdraví, kterými pacient trpí, pociťuje velice nepříjemně a to až do takové míry, že vedou k závažnému stresu a narušují schopnost fungování v sociálním a pracovním životě. Pacient, trpící těmito poruchami, své problémy nesimuluje ani nepodvádí. Jeho příznaky nejsou pod vědomou nebo volní kontrolou, proto tito lidé zasluhují stejně kvalitní péči a léčbu jako kterýkoliv jiní pacienti. (Praško a kol, 2011, s. 374)

## **2.2 Etiopatogeneze**

Etiologie somatoformních není dodnes známa. Psychosomatická medicína pojímá patologii těchto poruch komplexně za využití multifaktorové teorie či systémového přístupu. Na etiologii se společně podílejí biologické a psychosociální faktory. Primárně se jedná o popis typického vzorce chování, při kterém mají kromě určitých symptomů velký význam interakční vzorce a kognitivní přesvědčení pacientů. (Morschitzsky, Sator, 2004, in BP Roubalová, 2007, s. 15)

## **2.3 Pohlavní rozdíly**

Je potvrzené, že ženy trpí somatoformními poruchami častěji než muži. Tento rozdíl nejvíce splňuje somatizační porucha, jejíž výskyt je pět až deset krát vyšší než u mužů. U bolestivé poruchy je výskyt u žen dvakrát vyšší a u hypochondrické poruchy je výskyt přibližně stejný. Pokud již somatizační porucha propukne, nedají se mezi muži a ženami pozorovat nějaké velké rozdíly a to jak v symptomatice, průběhu či jiných klinických faktorech. (Rief, Hiller, 2002, s. 24)

## **2.4 Terapie**

Dominantou v terapii jsou různé druhy psychoterapie, následně může být psychoterapie spojena i s farmakoterapeutickou léčbou. Jakýkoliv typ psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná) zlepšuje stav pacientů, kteří trpí somatoformními poruchami v průměru o 50%. U přetrvávající bolestivé poruchy se spíše využívá kognitivně behaviorální psychoterapie, hypnóza a relaxační techniky. (Herman a kol, 2004, s. 270)

## **2.5 Specifické somatoformní poruchy**

### **2.5.1 Somatizační porucha**

Hlavním rysem jsou mnohočetné opakující se tělesné příznaky, které trvají alespoň dva roky. Pacienti trpící touto poruchou mají velice dlouhý kontakt se svými obvodními lékaři. Nález je ovšem vždy negativní nebo nespecifický. Příznaky se mohou týkat jakékoliv části těla nebo orgánu. Průběh nemoci je chronický a kolísavý a u jedince narušuje jeho sociální a rodinný život. Pokud symptomy trvají méně než

dva roky a nejsou tak výrazné, mluvíme o nediferencované somatizační poruše. (MKN-10, 2018, s. 225)

Typické jsou gastrointestinální příznaky, jako je zvracení, říhání a nauzea. Dále se pak objevují abnormální pocity na kůži jako svědění, štípání a pálení. Přítomné mohou také být sexuální a menstruační potíže. Pokud dotyčný trpí tělesnými nemocemi, nemohou v žádném případě vysvětlovat závažnost, rozsah, proměnlivost a trvalost somatických obtíží. Pacienti, kteří trpí somatizační poruchou, na sebe velice upozorňují a zdůrazňují svojí osobu. (Praško a kol, 2011, s. 374)

### **Sociodemografické znaky**

Potvrdilo se, že somatizační porucha souvisí s nižší úrovní vzdělání a stejně tak s příslušností k nižším sociálním vrstvám. Studie ECA zjistila, že 73% pacientů, kteří se zúčastnili studie, nemělo ukončené středoškolské vzdělání a 60% patřilo do nejnižších ze čtyřech sociodemografických vrstev. Také se zjistilo, že procentuální podíl osob se somatizační poruchou je vyšší v městských oblastech. V jedné americké klinické studii, která proběhla v roce 1980, mělo 63% pacientů se somatizační poruchou závažné problémy v manželství a 32% se již pokusilo o sebevraždu. Mnozí také byli práceneschopní nebo bez trvalého zaměstnání. (Rief, Hiller, 2002, s. 24-25)

### **Epidemiologie**

Somatizační porucha je přítomna až u 22% ambulantních psychiatrických pacientů. Její výskyt je častější u osob s nižším vzděláním a u osob, které patří k nižším sociálním vrstvám. Celoživotní riziko je v běžné populaci 2% u žen a 0,2% u mužů. (Herman a kol, 2004, s. 271)

### **Etiopatogeneze**

Etiologie somatizační poruchy není dosud známá. Roli ovšem hrají hereditární vlivy. Důvodem je, že porucha se objevuje až u 10-20% matek nebo sester jedinců, trpících touto poruchou. Hlavní vliv na etiopatogenezi mají environmentální faktory, protože se potvrdila konkordance u jednovaječných dvojčat 29% a u dvojvaječných dvojčat

10% tyto údaje to proto potvrzují. V těchto rodinách dochází také ke společnému výskytu disociální poruchy osobnosti a alkoholismu. (Seifertová a kol, 2004, s. 275)

Dalším vlivem je behaviorální pohled na somatizační poruchu. Zdůrazňuje učení od rodičů a to zejména formou imitace nebo nadměrné pozornosti pro somatické stesky v dětství. Pacienti, kteří trpí touto poruchou, často pocházejí z rodin, kde byla nestabilní výchova. Buď ve výchově jedince převažovalo nadměrné rozmazlování a somatické příznaky sloužily od dětství ke zvýšené pozornosti, nebo výchova kde bylo kruté fyzické trestání a somatické příznaky pomáhaly vyhnout se povinnosti či trestu. (Praško a kol, 2011, s. 378)

## **Průběh**

Průběh bývá chronický a kolísavý. Porucha se začíná objevovat v adolescenci nebo rané dospělosti před 30. rokem života. Je daleko častější u žen než u mužů a zpravidla navazuje na stresové události nebo interpersonální problémy. Jedinec má většinou narušené sociální, interpersonální a rodinné chování. (Seifertová a kol, 2004, s. 275)

## **Komorbidity**

U této poruchy se komorbidity nejvíce vyskytuje s depresivní a panickou poruchou. Může být také častá komorbidity s poruchami osobnosti a to hlavně s histriónskou, hraniční, narcistickou a disociální poruchou osobnosti. Velká depresivní porucha se objevuje kolem 55% pacientů, generalizovaná úzkostná porucha u 34% a panický porucha u 26%. Dále se také objevuje nadměrné užívání léků a alkoholu. (Seifertová a kol, 2004, s. 276)

## **Léčba**

Cílená léčba spočívá hlavně v psychoterapii, konkrétně se používá individuální a skupinová psychoterapie. Psychofarmaka se zde využívají až jako sekundární řešení. Psychofarmaka na čas snižují úzkostné očekávání a tím pomáhají snížit intenzitu a počet tělesných příznaků. Doporučují se hlavně antidepresiva a buspiron. (Seifertová a kol, 2004, s. 277)



## 2.5.2 Hypochondrická porucha

Hlavním rysem u pacienta je, že má přetrvávající myšlenky a pocity, že trpí jednou nebo více závažných a progresivních somatických nemocí, které se projevují opakujícími se potížemi. Pozornost pacient může zaměřovat na jeden nebo na dva orgány nebo tělesné systém. (MKN-10, 2018, s. 225)

Normální pocity a všední pocity se jeví pacientovi jako abnormální nebo patologické. Tyto pocity v něm vyvolávají strach a obavy. Obavy a starosti o své zdraví způsobují výrazný stres a narušují jeho schopnost normálně fungovat. Diagnóza je přitom spojena se značnou stigmatizací což znamená jako by si pacient své problém vymýšlel. Pravý opak je ale pravdou, pacienti zpravidla velmi trpí. Pacient trpící touto poruchou jsou většinou špatně a nedostatečně léčeni a jsou ohroženi vysokou mírou sebevražedností. (Praško a kol, 2011, s. 375)

Hlavními objekty pozorování je břicho, trávení, srdce, játra, močový aparát, pohlavní orgány a mozek. Jedná se tedy o orgány, co nejsou dostupné přímému vnímání. Tím u jedince dominují představy o poškození orgánu nebo o tom, že orgán nefunguje správně. Většinou se úzkosti vážou na nemoci, které jsou aktuálně společností diskutované. (Seifertová a kol, 2004, s. 279)

### Epidemiologie

*„Výrazné hypochondrické příznaky jsou přítomny cca u 10 % osob, přicházejících k lékaři, často jsou součástí úzkostných nebo depresivních poruch. Poměr mužů a žen je 1:1.“* (Herman a kol, 2004, s. 271)

### Etiopatogeneze

Etiologie zatím není moc známá. Pravděpodobně se jedná o naučené chování, ale pacient může mít pozměněnou neurobiologii v podobě sníženým prahem bolesti a zvýšenou citlivostí k tělesným vjemům. Etiologie se dělí na několik teorií. Psychodynamické vysvětlení pojednává o tom, že kumulovaná a negativní přání vůči ostatním osobám nebo sexuální fantazie jsou potlačena a následně přenesena do tělesných stížností. Hypochondrické příznaky lze také chápat jako obranu vůči pocitům viny, nízkého sebevědomí nebo pocit, že jedinec je ve svém jádru špatný a

není sám se sebou spokojený. Hypochondrie je také dávana do souvislosti s kastročnými úzkostmi. Teorie učení pojednává o vzniku potíží klasickým podmiňováním (příznaky vyvolají úzkost a následně úzkost vyvolají příznaky) následně o jejich udržování operativním podmiňováním (vyhýbavé chování a ujišťování vede k negativnímu posílení) a zakončeném kognitivním zpracováním (obavné myšlenky, zaměřená pozornost). Pacient pak přijme roli nemocného, která mu pomůže vyhnout se nepříjemným nebo pro něj neřešitelným problémům v životě. (Seifertová a kol, 2004, s. 278)

## **Průběh**

Začátek poruchy bývá většinou v pozdní adolescenci a na počátku dospělosti. Vrchol nemoci bývá kolem třicátého věku u mužů a kolem čtyřicátého věku u žen. Po 50. roce se symptomy objevují velmi zřídka. Průběh je obvykle epizodický nebo chronický s kolísavou intenzitou. Epizody trvají od několika měsíců až do několika let. Příznaky se obvykle zhoršují se stresujícími změnami nebo životními událostmi. (Seifertová a kol, 2004, s. 279)

## **Komorbidita**

Až 62% pacientů, trpící hypochondrickou poruchou, mají celoživotní komorbiditu s jinou psychickou poruchou. (Seifertová a kol, 2004, s. 280)

*„Pacienti s hypochondrickou poruchou trpí ve 40 % depresí, v 16 % panickou poruchou s agorafobií, úzkostná porucha většinou hypochondrickou poruchu předchází, depresivní následuje.”* (Herman a kol, 2004, s. 271)

## **Léčba**

Terapie hypochondrické poruchy bývá dosti obtížná. Pacienti trvají na přítomnost tělesné poruchy a odmítají léčbu. Jako nejúčinnější léčba se prokázala kognitivně behaviorální terapie. Ta se snaží identifikovat automatické dysfunkční postoje, hledá alternativní testovatelná vysvětlení příznaků a popisuje abnormální chování. Kognitivní postupy pomáhají najít alternativní vysvětlení příznaků, což se používá kognitivní rekonstrukcí a expozicí v imaginaci s dokončením nejhorších představ. Terapie může být individuální nebo skupinová. Farmakoterapie se používá jako

sekundární varianta většinou ke snížení úzkosti a napětí. Antidepresiva slouží jako podpůrný prostředek k psychotherapeutickým intervencím. (Seifertová a kol, 2004, s. 281)

### **2.5.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce**

Příznaky se týkají orgánů, které jsou kontrolovány převážně vegetativní inervací, čili nejsou ovládané vůlí dotyčného. Týká se to kardiovaskulárního (bolesti u srdce), gastrointestinálního (potíže s trávením), dýchacím a urogenitálním (problémy s močením) systému. Příznaky bývají dvojího typu, žádný ale nesvědčí o somatické poruše daného orgánu nebo systému. U prvního typu jsou příznaky založeny na vegetativním podráždění jako je rychlé a nepravidelné bušení srdce (palpitace), pocení, červenání, třes a obava ze somatického onemocnění. U druhého typu jsou individuální subjektivní příznaky, které jsou nespecifické a mají proměnlivý charakter. Patří sem např. pocity nafouknutí, nadýmání, pálení, prchavé bolesti a pocity tíže. Tyto příznaky pacient připisuje určitému orgánu nebo systému. (MKN-10, 2018, s. 226)

### **Epidemiologie**

Epidemiologická data dodnes nejsou k dispozici. Escobar et al. (1991) zjistili nediferencované potíže u bílých a černošských obyvatel, kde převažovaly ženy. Potíže byly u 11% bílých a 15% černošských obyvatel. (Praško a kol, 2011, s. 378)

### **Etiopatogeneze**

Etiologie dodnes není známa. Porucha má blízko ke generalizované úzkostné poruše a somatizační poruše, proto se etiologie připisuje neurobiologii jako dysfunkce serotoninergního, noradrenergního a eventuálně GABA-ergního systému. (Seifertová a kol, 2004, s. 286)

### **Průběh**

Je podobný jako u ostatních somatoformních poruch. Průběh bývá chronický s remisemi a exacerbacemi při zvýšeném stresu. (Seifertová a kol, 2004, s. 286)

## Léčba

Výzkumné údaje o léčbě této poruchy chybí. Tvrdí se, že zlepšení může přinést podpůrná psychoterapie. Řadě pacientů se ale stav zlepší i bez psychoterapie. Psychofarmaka opět plní sekundární funkci. Bývají účinná antidepresiva k vychytávání serotoninu. (Seifertová a kol, 2004, s. 286-287)

### 2.5.4 Perzistující (přetrvávající) somatoformní bolestivá porucha

Hlavním rysem je, že pacient trpí těžkou a skličující bolestí na jednom nebo více místech a nelze ji vysvětlit žádným fyziologickým procesem ani tělesnou poruchou. Objevuje se v souvislosti s citovým konfliktem nebo psychosociálními problémy. (MKN-10, 2018, s. 227)

Na pozadí bývají emoční konflikty nebo psychosociální problémy, které pravděpodobně působí jako hlavní příčinné vlivy. (Praško a kol, 2011, s. 377)

## Epidemiologie

*„Plně vyjádřenou somatoformní bolestivou poruchou trpí kolem 1 % nemocných přicházejících k lékaři první linie. V mírnější formě se však může vyskytovat až u 15 % těchto osob. Porucha postihuje 2x častěji muže než ženy. Může se objevit v kterémkoliv věku, nejčastější je ve 4. a 5. dekádě”* (Herman a kol, 2004, s. 272)

Lidé, kteří pracují v dělnických profesích, trpí touto poruchou nejčastěji. (Seifertová a kol, 2004, s. 288)

## Etiopatogeneze

Přesná etiologie není známá. Existuje opět několik teorií a pohled na tento problém. Podle teorie učení je psychogenní bolest naučené chování. Bolest a chování s ní spojené je pozitivně posilováno pozorností a péčí od okolí jedince a vyhýbavé chování ho naopak negativně posiluje. U psychoanalytického přístupu se tvrdí, že pacienti mohou symbolicky vyjadřovat intrapsychický konflikt a ten je poté přeměněn na bolest pomocí potlačení, přenosu a substituce. (Seifertová a kol, 2004, s. 288)

Z biologického hlediska se etiologie připisuje neurobiologii jako disbalance v systémech ovlivňující bolest (adrenergní, serotoninergní, endorfinové okruhy). (Herman a kol, 2004, s. 272)

## **Průběh**

Porucha se může objevit v kterémkoli věku, objevuje se náhle a k jejímu nárůstu dochází během týdnů až měsíců. Průběh bývá chronický a vlnovitý. (Seifertová a kol, 2004, s. 288)

## **Komorbidita**

Až 60% pacientů, kteří trpí touto poruchou, trpí depresivními příznaky spojené s nadměrným užíváním alkoholu, analgetik a benzodiazepinů. (Herman a kol, 2004, s. 272)

## **Léčba**

Léčba této poruchy se provádí především psychoterapií, rehabilitacemi a klinickým vedením. Pokud pacient trpí doprovodnými úzkostmi nebo depresemi je vhodné zařazení psychofarmak. Doporučují se především antidepresiva. Nejrozvinutější je kognitivně behaviorální terapie. Pacient se učí modifikovat bolest pomocí ovládnutí se svým emocím, relaxováním a distrakcí pozornosti. (Seifertová a kol, 2004, s. 289)

### **3 Praktická část**

V praktické části se budu snažit představit použitou metodologii, výzkumný cíl a hypotézy. Rovněž bude popsán soubor respondentů, procedura sběru dat a statistická analýza.

#### **3.1 Cíl práce**

Cílem výzkumu bakalářské práce je zjistit výskyt a míru hypochondrie u studentů ZČU pomocí kvantitativního výzkumu.

#### **3.2 Hypotézy**

Pro tuto bakalářskou práci a výzkum byly zvoleny tyto dvě hypotézy.

H1: Míra hypochondrie nezávisí na studijním směru

H2: Míra hypochondrie nezávisí na pohlaví

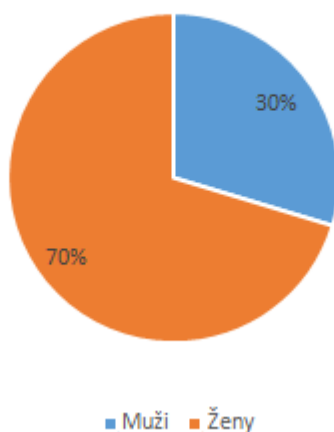
#### **3.3 Metoda sběru dat**

Pro sběr dat byl použit dotazník, o 25 položkách, který zjišťuje míru hypochondrie u daného respondenta. Dotazník byl následně upraven pro přesnější a snadnější vyhodnocení získaných dat. Dotazník byl rozeslán elektronicky a respondent měl u každé otázky na výběr ze dvou možností. Buď ano nebo ne. Pokud respondent odpověděl víckrát ano jeho sklon k hypochondrii byl větší. Na základě počtu odpovědí s možností ano byl výsledek zařazen dle vyhodnocovací tabulky do pásma míry hypochondrie. Pokud respondent byl v intervalu od 0-7 tzv. pokud odpověděl maximálně 7 krát ano. Jeho míra hypochondrie je nízká a nemá k ní žádné sklony. Pokud respondent byl v intervalu od 8-25. Jeho míra a sklony k hypochondrii jsou buď mírné, středně velké nebo vysoké. Byly použity pouze dvě pásma z důvodu přesnějšího výpočtu a určení hypotéz.

### 3.4 Popis respondentů

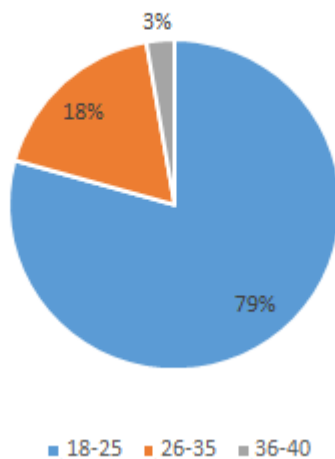
Celkem se průzkumu zúčastnilo 145 respondentů, kteří jsou studenty Západočeské univerzity v Plzni. Z tohoto počtu tvořily část ženy. Jednalo se konkrétně o 102 žen (70%) a o 43 mužů (30%). Respondenti tvořili věkové kategorie v rozmezí 18- 25 let (79%), 26-35 let (18%) a 36-40 let (3%). Respondenti také tvořili skupiny z jiných fakult a studijních směrů směrů. Fakult bylo dohromady 9 konkrétně (Pedagogická, Právnická, Elektrotechnická, Filozofická, Ekonomická, Aplikovaných věd, Designu a umění, Strojní a Zdravotnický studií). Procentuální zastoupení fakult je znázorněno v grafu číslo 4. Studijní směry tvořily (Humanitní, Přírodovědný, Ekonomický, Technický). Jejich procentuální zastoupení je znázorněno v grafu číslo 3.

Pohlaví



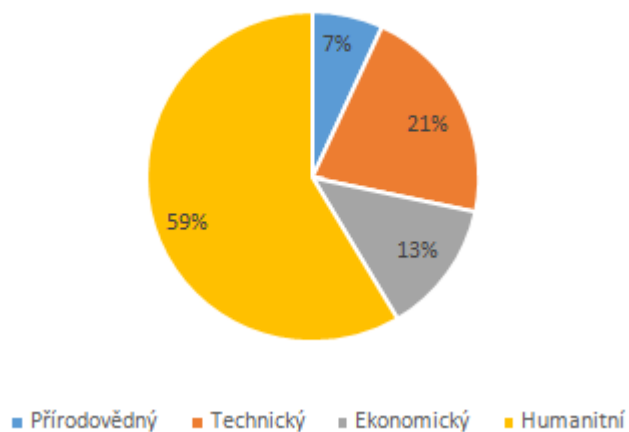
Graf 1: Procentuální zastoupení respondentů podle pohlaví

Věk



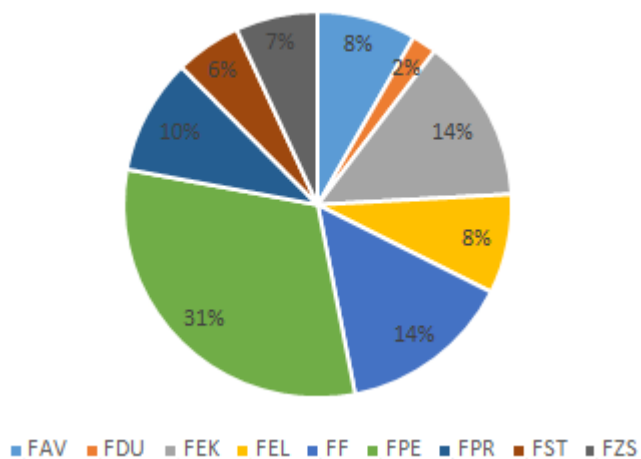
Graf 2: Procentuální zastoupení respondentů podle věku

### Studijní směry



Graf 3: Procentuální zastoupení respondentů podle studijního směru

### Respondenti dle fakult



Graf 4: Procentuální zastoupení respondentů dle fakult



## 3.5 Statistická analýza

### Analýza kvantitativních dat

Po vyhodnocení dotazníku byly získány data, které jsou zařazeny do kontingenčních tabulek naměřených četností, které se nachází níže.

Tabulka 1: Výsledky vyhodnocení míry hypochondrie u studijních směrů

	0 až 7	8 až 25	suma
ekonomický	11	8	19
humanitní	64	21	85
přírodovědný	5	5	10
technický	23	8	31
suma	103	42	145

Tabulka 2: Výsledky vyhodnocení míry hypochondrie u pohlaví

	0 až 7	8 až 28	suma
Muž	32	11	43
Žena	71	31	102
suma	103	42	145

### Výsledek hypotézy H1

Jako alternativní hypotéza k nulové hypotéze H1 (H0) (Míra hypochondrie nezávisí na studijním směru) byla (Míra hypochondrie závisí na studijním směru).

Hypotéza byla testována statistickou metodou chí kvadrát testu nezávislosti. Pro výpočet testovacího kritéria byla použita pearsonova testovací statistika. Pro testování byla zvolena 5% hladina významnosti. Na základě výsledku chí kvadrát

testu nezávislosti jsme hypotézu H1 nezamítli, protože hodnota testovacího kritéria spočítaného pomocí pearsonovy statistiky byla menší, než příslušná hodnota kvantilu 95% chí kvadrát rozdělení pravděpodobnosti pro tři stupně volnosti. Bylo ověřeno splnění předpokladu chí kvadrát testu. Hypotézu H1 tak můžeme potvrdit.

## Výsledek hypotézy H2

Jako alternativní hypotéza k nulové hypotéze H2 (H0) (Míra hypochondrie nezávisí na pohlaví) byla (Míra hypochondrie závisí na pohlaví)

Hypotéza byla testována statistickou metodou chí kvadrát testu nezávislosti. Pro výpočet testovacího kritéria byla použita pearsonova testovací statistika. Pro testování byla zvolena 5% hladina významnosti. Na základě výsledku chí kvadrát testu nezávislosti jsme hypotézu H2 nezamítli, protože hodnota testovacího kritéria spočítaného pomocí pearsonovy statistiky byla menší, než příslušná hodnota kvantilu 95% chí kvadrát rozdělení pravděpodobnosti pro jeden stupeň volnosti. Bylo ověřeno splnění předpokladu chí kvadrát testu. Hypotézu H2 tak můžeme potvrdit.

## Průměrné hodnoty s charakteristikami variability

Tabulka 3: Průměrné hodnoty s charakteristikami variability

	Počet	Průměr	Rozptyl	Odchylka
FAV	12	6,58	12,07	3,48
FDU	3	6,67	14,89	3,86
FEK	20	7,45	19,05	4,36
FEL	12	7,17	24,81	4,98
FF	21	6,33	26,41	5,14
FPE	45	6,71	13,58	3,69
FPR	14	6,5	21,68	4,66
FST	8	6,13	9,36	3,06
FZS	10	5,6	6,24	2,5
celkem	145	6,66	17,29	4,16

## Diskuze

Prostřednictvím výzkumu jsem se snažil zjistit míru a výskyt hypochondrické poruchy u studentů Západočeské univerzity v Plzni. Po vyhodnocení dotazníku jsem provedl verifikaci hypotéz.

První hypotéza: Míra hypochondrie nezávisí na studijním směru.

Tato hypotéza byla na základě vyhodnocení dotazníku **potvrzena**. Byla stanovena pomocí statistické metody chí kvadrát.

Druhá hypotéza: Míra hypochondrie nezávisí na pohlaví

Tato hypotéza byla na základě vyhodnocení dotazníku **potvrzena**. Byla stanovena pomocí statistické metody chí kvadrát.

Informace získané díky tomuto výzkumu se moje druhá hypotéza shoduje i s odbornou literaturou, která říká že výskyt hypochondrie je u obou pohlaví stejná. Platí tedy, že míra hypochondrie nezávisí na pohlaví.

## 4 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo seznámení se základní problematikou neurotických poruch se zaměřením na somatoformní poruchy. Dále měla za cíl zjistit výskyt a míru hypochondrie u studentů Západočeské univerzity v Plzni.

V první teoretické části jsem se snažil nastínit problematiku neurotických poruch. Uvedl jsem všechny známé poruchy, které spadají do této kategorie a popsal jejich projevy a vliv na lidské zdraví. U somatoformních poruch jsem se důkladněji zaměřoval na jejich výskyt, příčiny vzniku, průběh a jejich léčbu.

V praktické části jsem se věnoval kvantitativnímu výzkumu. Pomocí dotazníku jsem zjistil potřebná data, díky jimž se mi obě hypotézy potvrdily. Respondenti byli studenti Západočeské univerzity v Plzni z různých fakult a studijních směrů.

Díky této práci jsem získal nové informace a poznatky o problematice těchto poruch a doufám, že tyto poznatky budu moci využít pro můj osobní život ale i do mého budoucího zaměstnání.

## **5 Resumé**

Práce se zabývá neurotickými poruchami se zaměřením na somatoformní poruchy. V teoretické části je uvedena problematika neurotických poruch a jejich vliv na lidské zdraví. V kapitole somatoformní poruchy je kladen důraz na výskyt, příčiny vzniku, průběh a jejich léčbu.

V praktické části byl proveden kvantitativní výzkum, který zjišťoval míru a výskyt hypochondrické poruchy u studentů Západočeské univerzity v Plzni.

The work deals with neurotic disorders with focus on somatoform disorders. The theoretical part deals with neurotic disorders and their influence on human health. In the somatoform disorders chapter there is a focus on the occurrence, the cause of the onset, the course and their treatment.

In the practical part, a quantitative research was carried out to measure the rate and incidence of hypochondriacal disorder in students of the University of West Bohemia in Pilsen.

## 6 Seznam literatury

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Páté, rozšířené vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0981-2.

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

MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. 3., rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. Právnícké učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 80-86898-70-9.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění: specifita nespecifických účinných faktorů v psychoterapii*. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-518-3.

PRAŠKO, Ján, ed. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigris, 2011. ISBN 978-80-87323-00-7.

SEIFERTOVÁ, Dagmar, Ján PRAŠKO a Cyril HÖSCHL, ed. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. ISBN 80-86694-06-2.

WINFRIED RIEF A WOLFGANG HILLER. [PREKL.: DUŠAN MOJŽIŠ]. *Somatizační porucha a hypochondria pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavat. F, 2002. ISBN 8088952077.

## Internetové zdroje

HERMAN, Erik, Ján PRAŠKO a Jiří HOVORKA. Somatoformní poruchy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, (5), 270-272 [cit. 2018-06-30]. Dostupné z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200405-0010\\_Somatoformni\\_poruchy.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200405-0010_Somatoformni_poruchy.php)

*MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ* [online]. 2018 [cit. 2018-06-28]. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>

POLÁCH, Ladislav. Depersonalizace – neviditelná porucha, kterou trpí miliony lidí. *Uropsychiatra* [online]. 2015 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: <http://www.upsychiatra.cz/depersonalizace-neviditelna-porucha-kerou-trpi-miliony-lidi/>

ROUBALOVÁ, Kateřina. *SOMATOFORMNÍ PORUCHA A JEJÍ OVLIVNĚNÍ FYZIOTERAPIÍ* [online]. Praha, 2007 [cit. 2018-07-02]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/28558/>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze.

SPĚVÁČKOVÁ, Petra. *NEUROTICKÉ PORUCHY U DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU* [online]. Plzeň, 2014 [cit. 2018-07-03]. Dostupné z: <https://otik.zcu.cz/handle/11025/12930>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita.

ŠÁCHA, Pavel. Neurastenie - chronický únavový syndrom. *Celostní medicína* [online]. 2008 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/neurastenie-chronicky-unavovy-syndrom-cfs.htm>

## **7 Seznam grafů a tabulek**

Graf č. 1 Procentuální zastoupení respondentů podle pohlaví

Graf č. 2 Procentuální zastoupení respondentů podle pohlaví

Graf č. 3 Procentuální zastoupení respondentů podle studijního směru

Graf č. 4 Procentuální zastoupení respondentů dle fakult

Tabulka č. 1 Výsledky vyhodnocení míry hypochondrie u studijních směrů

Tabulka č. 2 Výsledky vyhodnocení míry hypochondrie u pohlaví

Tabulka č. 3 Průměrné hodnoty s charakteristikami variability

## **8. Přílohy**

### **8.1 Dotazník**

Originál dostupný z: [http://www.4degreez.com/misc/hypochondria\\_test.html](http://www.4degreez.com/misc/hypochondria_test.html)

Česká verze dostupná z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

#### **Struktura použitého dotazníku pro výzkum**

Pohlaví

Muž/Žena

Jaký studijní směr studujete?

Přírodovědný/Technický/Humanitní/Ekonomický

Napište Vaší fakultu

Věk

18-25/26-35/36-40

1. Máte často strach o své zdraví?

ano/ne

2. Odvádějí vás vaše starosti o zdraví od plnění běžných denních aktivit?

ano/ne

3. Odvádějí vás starosti o zdraví od soustředění v práci?

ano/ne

4. Navštěvujete webové stránky týkající se zdraví?

ano/ne

5. Navštívil/a jste s nějakým problémem lékaře a on na vás nenašel žádné příznaky nemoci?

ano/ne

6. Myslíte často na to, co by se stalo, kdybyste zemřel/a?

ano/ne

7. Jsou lidé znechuceni tím, jak stále produkuje stížnosti na své zdraví?

ano/ne



8. Když cítíte bolesti, začnete okamžitě pomýšlet na to, která nemoc by mohla být jejich příčinou?

ano/ne

9. Vadí vám, že ostatní zlehčují vaše stížnosti na zdraví?

ano/ne

10. Dodržoval/a byste pevně zásady zdravého životního stylu, kdybyste měl/a záruku, že nedostanete určitou chorobu?

ano/ne

11. Bojíte se navštívit lékaře z důvodu, že by vám řekl něco nepříznivého o vašem zdravotním stavu?

ano/ne

12. Cítíte se bezmocný a vystrašený, když uvažujete o své smrtelnosti?

ano/ne

13. Domníváte se, že žijete ve stresu?

ano/ne

14. „Googlujete“ na internetu a hledáte vysvětlení svých potíží?

ano/ne

15. Berou lidé vaše potíže vážně?

ano/ne

16. Jste samouk, který má nastudované tyto termíny? Mozkový nádor, Kohnova choroba, zánět pohrudnice?

ano/ne

17. Vyděsily vás vážně potíže spojené se srdečním rytmem, dechem, krvácením z nosu nebo bolestmi hlavy a pak se ukázalo, že to nic nebylo?

ano/ne

18. Vyměnil/a jste doktora, protože jste cítil/a, že nebere vaše potíže vážně?

ano/ne

19. Když čtete o nemocech, nacházíte na sobě jejich příznaky?

ano/ne

20. Trpíte nějakou nemocí?

ano/ne

21. Mohou webové stránky způsobit, že se vám změní nálada, jednou vám přinesou úlevu, jindy vás přivedou do deprese a trápení?

ano/ne

22. Měl jste již delší dobu trvajícím strach z rakoviny, AIDS a jiných závažných onemocnění?

ano/ne

23. Jste ostatními považován za neurotika nebo „bláznivého“, co se týče svého vztahu ke zdraví?

ano/ne

24. Myslíte si, že máte více bolestí a zdravotních problémů než průměrná populace?

ano/ne

25. Navštěvujete často svého lékaře se svými problémy?

ano/ne

