

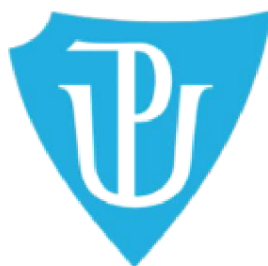
Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**STIGMATIZACE U OSOB
S OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ
PORUCHOU**

STIGMATIZATION AMONG PEOPLE
WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER



Bakalářská diplomová práce

Autor: Barbora Majíčková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Olomouc

2023

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce panu doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D. za podnětné rady při vedení mé bakalářské diplomové práce. Největší poděkování patří mým respondentům za jejich ochotu a otevřenost při sbírání dat.

Prohlášení

Mistopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „*Stigmatizace u osob s obsedantně-kompulzivní poruchou*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 3.11. 2023

Podpis.....

Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA	8
1. 1 Zařazení obsedantně-kompulzivní poruchy	8
1. 2 Definice obsedantně-kompulzivní poruchy	9
1. 2. 1 Symptomatika obsedantně-kompulzivní poruchy	10
1. 3 Potíže vyplývající z obsedantně-kompulzivní poruchy	11
1. 4 Prevalence obsedantně-kompulzivní poruchy	12
1. 5 Léčba obsedantně-kompulzivní poruchy	13
1. 5. 1 Farmakoterapie obsedantně kompulzivní poruchy	14
1. 5. 2 Psychoterapeutická léčba OCD	15
2 STIGMATIZACE U PSYCHICKÝCH PORUCH	19
2. 1 Veřejné stigma psychických poruch a jeho příčiny	19
2. 1. 2 Stigmatizace podle druhu psychopatologie.....	22
2. 1. 3 Lidé s duševním onemocněním v médiích.....	23
2. 4 Negativní důsledky stigmatizace a intervence proti ní	23
2. 5 Stigmatizace a rodina člověka s obsedantně-kompulzivní poruchou	25
2. 6 Sebestigmatizace u duševní poruchy	27
3 SEBEPOJETÍ VE VZTAHU KE STIGMATIZACI	30
3. 1 Sebepojetí osob s obsedantně-kompulzivní poruchou.....	30

EMPIRICKÁ ČÁST	33
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	33
4. 1 Výzkumný problém	33
4. 2 Cíle práce.....	33
4. 3 Výzkumná otázka	34
5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY	35
5. 1 Typ výzkumu	35
5. 2 Použité metody výzkumu.....	35
5. 2. 1 Metoda analýzy dat	36
6 TVORBA DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	37
6. 1 Etické aspekty výzkumu	38
6. 2 Popis výzkumného souboru	38
7 ANALÝZA KVALITATIVNÍCH DAT	39
7. 1 Proces analýzy rozhovorů.....	39
8 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH ROZHovorů	42
8. 1 Lucie	42
8. 2 Andrea.....	45
8. 3 Markéta	47
8. 4 Radek	48
8. 5 Samara	50

9	SPOLEČNÁ ANALÝZA DAT	55
10	DISKUSE.....	59
11	ZÁVĚRY	63
	Souhrn	64
	Seznam použité literatury	66
	SEZNAM TABULEK	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

Úvod

Tato bakalářská práce zkoumá stigmatizaci a sebestigmatizaci u osob trpících obsedantně-kompulzivní poruchou (též obsedantně-nutkavou poruchou), a zjišťuje faktory, které se na stigmatizaci psychické poruchy podílejí, zkoumá proces internalizace stigmatu, a jak se případně promítne do sebepojetí jeho nositele.

Zaměřit se v bakalářské práci na stigmatizaci duševních potíží mi vyvstalo v souvislosti s tím, že jsem to zaprvé zažila já sama (byť ne zrovna kvůli obsedantně-kompulzivní poruše) a za druhé si myslím a pozoruji, že je v dnešní společnosti nízká psychoedukace, která se na stigmatizaci z velké části podílí. Ve svém okolí si také všímám, že lidé užívají jiného slovníku, když hovoří o něčích psychických potížích oproti tělesným. Zdá se mi, že když lidé hovoří o svých zdravotních psychických problémech, jsou méně otevření a sdílní, než když hovoří o svých zdravotních čistě somatických problémech. K tomu mě napadají dvě varianty, proč se tomu tak děje. První je, že za psychické potíže se člověk více stydí a obává se např. odsouzení. Za druhé je možné, že psychické problémy berou jako osobní téma, které mají potřebu si kvůli pocitu bezpečí a jistoty nechat v tajnosti.

Protože už symptomy samotné narušují nositeli kvalitu života, je dobré prozkoumat, jaký diskomfort navíc přidává právě stigmatizování. Dále si myslím, že lidé s neurotickým onemocněním mají možná vyšší skóre neuroticismu a vulnerability, což by je mohlo vůči stigmatizaci činit zranitelnějšími. Také si myslím, že výsledný dopad stigmatizace na sebepojetí záleží na sebeobrazu člověka před samotným vypuknutím nemoci a zkušenostmi se stigmatem. Myslím si, že pokud se má tento člověk už delší dobu rád a má sebevědomí ve zdravé normě, pak si hned po zjištění diagnózy nezačne myslet, že je neschopný apod. Pokud se však za neschopného již delší dobu považuje, může zjištěná diagnóza toto přesvědčení posílit. Také se domnívám, že se nemocný člověk může stigmatizovat např. v závislosti na tom, jak jej nemoc omezuje oproti době, kdy byl zdravý; nebo jaký podíl na rozvoji poruchy možná přisuzuje sám sobě; případně jaké komplikace jeho nemoc činí dalším lidem v okolí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA

Na úvod si charakterizujeme obsedantně-kompulzivní poruchu a uvedeme si její léčbu.

1.1 Zařazení obsedantně-kompulzivní poruchy

Obsedantně-kompulzivní (též obsedantně-nutková porucha) porucha se zkratkou OCD (z anglického Obsessive Compulsive Disorder) je v Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů vymezena v rámci neurotických, stresových, a somatoformních poruch (kódy F40-F49). OCD nese kódové označení F42 (Orel, 2020; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023). V diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch – DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) je vymezena zvláště v kategorii obsedantně-kompulzivní a přidružené poruchy. Tyto přidružené poruchy jsou v podstatě ty, které jsou v MKN-10 zařazeny v kategorii poruch neurotických. Neurotické poruchy jsou charakteristické nadměrnou a opakovanou úzkostí, a doprovodnými tělesnými projevy (Orel, 2020). V novém pojetí však není úzkost sama o sobě základním rysem OCD, ale spíše její sekundární manifestací. Někteří lidé trpící touto nemocí místo úzkosti hovoří o jiném typu psychické nepohody (Stopková, 2017). Např. sdělují emoci znechucení, viny nebo napětí (Praško et al., 2019).

Úzkost je popisována jako nepříjemný pocit tenze doprovázen fyziologickými projevy, jako je zrychlené bušení srdce, zvýšení krevního tlaku, mdloby, bolest hlavy či dušnost a návaly horka. U neurotických poruch je zachován kontakt s realitou, čímž se odlišují od psychotických poruch (Praško & Laňková, 2006; Raboch & Zvolský, 2001). Nejedná se tedy o bludné přesvědčení. V některých případech je však tento rozdíl nejasný. Příčinu úzkosti člověk neumí blíže určit, může ale obvykle určit kdy a kde se úzkost projeví (také dle Pittengera & Blocha, 2014).

Podle Rabocha & Zvolského (2001) je úzkost normální reakcí na stres, která má funkci adaptivní. Neměla by však trvat příliš dlouho, v intenzivní míře a neadekvátně.

Pokud obranné mechanismy překročí fyziologický rámec a stanou se patologickými, mluvíme už o neurotických poruchách. Podle kognitivně-behaviorálního přístupu jsou úzkost a na ni navazující úzkostné poruchy způsobeny chybně naučenými mechanismy zvládnání stresu. Průběh je u některých neurotických poruch krátkodobý (např. akutní reakce na stres), u jiných spíše dlouhodobý (např. právě obsedantně-kompulzivní porucha).

1. 2 Definice obsedantně-kompulzivní poruchy

OCD se dělí na obsese a kompulze. Obsese znamenají vtíravé protivolní myšlenky, které pacient považuje za své vlastní. Na ně navazují kompulze, tedy nutkavé chování, jehož účelem je zabránit objektivně nepravděpodobné události, která by znamenala škodu pro postiženého. Postižený obvykle hodnotí kompulze jako bezúčelné nebo nesmyslné, a opakovaně se pokouší jim odolat. Úzkost postižený zažívá téměř vždy a zhoršuje se, pokud nutkání odolá. Je si vědom iracionality svých myšlenek a strachů, přesto nejsou s to je ovládat a jsou dál nuceni provádět zatěžující kompulze. Proto řadíme OCD do neurotických poruch, ne do psychotických. Jádrem OCD je obava z ohrožení a potřeba mu zabránit. Lidé takto postižení si nejsou jistí bezpečností v určité oblasti a kompulze jim pomáhají nejistotu neutralizovat. Obvykle k obsesím i kompulzím cítí odpor, který se však postupem času může snižovat. Můžou se vyskytovat jak obsese samostatně, tak obsese spolu s kompulzemi (Foa, 2010; Orel, 2020; Praško et al., 2019; Shaikh et al.; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR – MKN-10, 2023). Podle Fineberga & Galea (2005) a Theinera (2014) je běžné, že se u pacientů střídá období zhoršení a zlepšení příznaků. Můžou se můžou vyskytovat i tzv. mentální kompulze, které probíhají jen v duchu, např. počítání číselných řad, odříkávání modliteb nebo opakování slov a vět.

1. 2. 1 Symptomatika obsedantně-kompulzivní poruchy

Obsese se vyskytují s různými obsahy u různých pacientů. Proto ani podoba kompulzí není u všech osob stejná (Praško et al., 2019). Katerberg et al. (2010) dělí dimenze OCD na:

- taboo intrusions (obsese s tabuizovaným obsahem),
- kontaminace/čištění,
- strach z ublížení a kontrolování,
- provádění rituálů a pověřčivost,
- uspořádávání a symetričnost.

Taboo intrusions zahrnuje obsese, které pro člověka představují tabu-např. vtíravé myšlenky na sex, násilí, kriminální činnost, vyslovení nevhodného obsahu. Podle Prudona (2018) vyvolávají tyto myšlenky pocity viny. Podle Praška (2019) je časté, že novopečení rodiče mají obsese týkající se ublížení jejich dítěti. Těm může předcházet myšlenka, že nejsou dostatečně dobří rodiče.

Kontaminační dimenze se týká úzkosti z (možné) kontaminace mikroby, tělními sekrety, nebo i intoxikace chemikáliemi. Z této úzkosti pak pramení nadměrné mytí a čištění.

Podle Praška (2019) je kontrolovací a mycí forma nemoci nejčastější. Strach z kontaminace se často vyznačuje výrazným znechucením spíše než strachem (McKay, 2006).

Lidé, u nichž se vyskytuje dimenze kontrolování či strachu z ublížení se obávají toho, že ublíží sobě nebo lidem v okolí. Provádějí opakované kontroly zamčených dveří a dalších možných rizikových věcí. Je zde významný faktor pochybností. Ústředním fenoménem je zkušenost s poškozováním druhých, ať už záměrným nebo způsobeným nedbalostí. Tato zkušenost pak vyvolává morální úzkost a pocity viny, což pak motivuje ke kontrole výskytu další škody. Foa (2010) rozlišuje kompulze s obsahem kontroly na dva typy, a sice kontrolu, aby se předešlo poškozování druhých, a na kontrolu pramenící z nejistoty dokončení.

Podle Prudona (2018) je pro tyto tři zmíněné dimenze charakteristický strach a harm avoidance-jedná se o osobnostní rys vyznačující se nadměrným pesimismem a starostlivostí, vyhýbáním se nebezpečí, plachostí (Markett et al, 2016).

Dimenze rituálů a pověřivosti zahrnuje např. opakování určitých formulí k zabránění nebezpečí. Rituály mohou být otevřené i skryté. Podle Diallo (2017) jsou lidé z vykonávání rituálů mnohdy fyzicky i psychicky vyčerpaní. Rituály snižují kvalitu některých mentálních procesů, jako je pozornost, druhotně i vůle.

Dimenze symetrie a uspořádávání zahrnuje např. řazení podle speciálního systému barev nebo velikosti, strach ze ztráty věcí-ten může vést k nadměrnému tvoření seznamů. Kompulze ve školním prostředí mohou mít podobu excesivního škrtní, pomalého a perfekcionistaického vykreslování jednotlivých písmen, nadměrně vysokého počtu kontrol odpovědí, symetrického přerovnávání pomůcek (Diallo, 2017).

K tomu zvlášť uvádí Prudon (2018) dimenzi hromadění. Hromadící kompulze mohou být motivovány jak pocitem nedokončenosti, tak harm avoidance, např. člověk hromadí noviny, kdyby v nich náhodou byla informace, která může předejít zranění.

Chromý (2007, doplněno) však rozlišuje jen čtyři typy obsahů myšlenek:

- Symetrie a přesné uspořádání předmětů,
- tabuizované myšlenky-sem jsou řazeny i magické myšlenky podobné pověřivosti. Podle Chromého tabuizované myšlenky vedou ke kontrolovacím kompulzím;
- myšlenky o nečistotě a kontaminaci,
- A hromadící obsese.

U Pacientů s OCD se jednotlivé dimenze většinou překrývají, nicméně jedna dimenze zpravidla převažuje. Může se taky během průběhu poruchy měnit převažující obsah obsesí. (Diallo, 2007; Praško et al., 2019). V klinické praxi je vzácné najít lidi s OCD, kteří mají jediný podtyp obsedantně-kompulzivního chování (Jenike et al., 2001, citováno v Casado et al., 2011).

1. 3 Potíže vyplývající z obsedantně-kompulzivní poruchy

OCD zhoršuje fungování v každodenním životě, a to i při nízkém stupni závažnosti (Fairfax, 2008; Kılıç et al., 2022). Představuje velkou zátěž i pro pacientovy blízké, a je spojena s vysokou socioekonomickou zátěží (Stopková, 2017). Doron et al. (2007) uvádějí, že OCD je jedna z nejvíce zneschopňujících poruch. Snižuje kvalitu života např. tím, že nemocného mnohdy přivádí do postupné sociální izolace (Markarian et al., 2010).

Podle Theinera (2014) a Praška et al. (2008) se u osob s OCD objeví často tzv. vyhýbavé chování, aby předešly vtíravým myšlenkám a následným kompulzím. To může dále narušovat a omezovat život nemocného. Např. pokud má dotyčný strach z nákazy, bude se vyhýbat návštěvě veřejné toalety, aby se pak nemusel dlouze mýt. Frekvence obsesí a kompulzí postupně narůstá (Kılıç et al., 2022). Porucha může začít náhle nebo postupně, často jí předchází stresující zkušenost (Praško & Ocisková, 2015).

Podle Fineberga & Galea (2004) a Praška et al. (2008) se jedná o dlouhodobou poruchu a léčba mnohdy není optimální. Dle Praška et al. (2008) se méně než 40 % pacientů dostává léčba specifická pro OCD a méně než 10% z nich je léčeno podle postupů tzv. medicíny založené na důkazech. U většiny pacientů není ani správná léčba optimální, dochází spíše ke zmírnění příznaků než k jejich úplnému odstranění. I reziduální potíže mohou znamenat výrazné omezení v běžném životě. U nás v průměru trvá 7–15 let od počátku příznaků OCD do doby, kdy se trpící odhodlá léčit. Většinou přichází, až když mu příznaky značně překážejí, např. v práci (Stopková, 2017). Též dle Cludius et al. (2020) je obsedantně-kompulzivní porucha dlouhodobý přetrvávající problém, který pokud není léčen, bude nejspíš přetrvávat po celý život jedince. Dle Praška & Ociskové (2015) se však u méně než 1/3 pacientů nemoc vyskytne jen jako několikaměsíční epizoda, po které příznaky odezní samy a už se nikdy neobjeví.

1. 4 Prevalence obsedantně-kompulzivní poruchy

OCD je jednou z desíti nejčastějších psychiatrických diagnóz (Shaikh; Theiner, 2014). Co se týče prevalence, tedy výskytu nemoci v populaci, literatura uvádí zastoupení od 1 do 4 % (Deacon & Abramowitz, 2005; Fairfax, 2008; Husain et al., 2014; Kılıç et al., 2022; Pittenger and Bloch, 2022; Praško & Ocisková, 2015; Praško et al., 2019; Shaikh, 2022, Stopková 2017). Je třeba zdůraznit, že počet jedinců může být i vyšší (Praško & Ocisková, 2015).

OCD se může začít projevovat od předškolního období až do dospělosti včetně. Vyskytuje se častěji u žen, v poměru k mužům 1,5:1 (Fineberg & Gale, 2004). Bylo zjištěno, že ženy jsou ve srovnání s muži náchylnější k OCD. Průměrný věk, kdy se objeví první příznaky, je u žen 21 a u mužů 20 (Praško & Prašková, c2008).

Dle statistik jedna třetina až dvě třetiny dospělých pacientů s touto diagnózou uvádí, že se patologické symptomy více či méně silně objevily již během dětství či adolescence (Diallo, 2017). Též dle Nooripoury (2017) u 40 % osob s propuknutou poruchou v dětství pokračují symptomy až do dospělosti. Dle Theinera (2014) OCD typicky začíná v rané dospělosti, ale až pětina pacientů má příznaky před pubertou. V dětství se porucha vyskytuje častěji u chlapců a také má lepší prognózu než u dospělých.

OCD se vyskytuje i spolu s dalším komorbidním onemocněním, typicky další poruchou z neurotického spektra, např. sociální fobií nebo PTSD a traumaty (Brander et al., 2016). Dále se lze setkat se závislostí na alkoholu, poruchou příjmu potravy, nebo depresí. (Fineberg a Gale, 2004). Deprese nepříznivě ovlivňují výsledek léčby. Podle Praška (2019) je pravděpodobné že častá komorbidní deprese je způsobena bezmocí pramenící z obsesí.

1.5 Léčba obsedantně-kompulzivní poruchy

Při OCD se nejlepších léčebných účinků dosahuje kombinací kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a farmakoterapie antidepresivy (Cludius et al, 2020; Fairfax, 2008; Fineberg a Gale, 2004; Kosová, 2009; Praško, 2019; Theiner, 2014). Kombinovaná KBT a medikace je preferována z hlediska rychlosti, účinnosti, trvanlivosti a tolerability. Zařazení medikace by mělo záviset na závažnosti onemocnění a věku (Fineberg & Gale, 2004; Orel, 2020). Někteří pacienti například nemohou tolerovat úzkost, která je vlastní nácvikům v KBT, dokud jejich symptomy nejsou zmírněny léky (Pittenger & Bloch, 2014).

Nezbytná je dlouhodobá léčba. Přibližně čtvrtina pacientů však na léčbu nereaguje (Pittenger & Bloch, 2014). Dle Kosové (2009) a Stopkové (2017) se jedná až o 40-60 % pacientů, u kterých nedojde k úplnému ani dostatečnému vymizení příznaků po léčbě léky. O refrakterní (rezistentní) OCD mluvíme, když nedojde k významnému zlepšení symptomatiky po adekvátní léčbě farmakou a KBT. Adekvátní léčba dle Kosové (2009) představuje minimální dobu 10–12 týdnů podávání maximální tolerované dávky klomipraminu (spadá do kategorie tricyklických antidepresiv) nebo SSRI, popř. min. 20–30 hodin expozic + zábrany odpovědi v KBT (viz dále).

U většiny pacientů není ani správná léčba optimální, po jejím nasazení dochází spíše ke zmírnění příznaků než k jejich úplnému odstranění. I zbytkové potíže mohou znamenat výrazné omezení v běžném životě. Výsledný efekt léčby je ovlivněn mnoha faktory, jako je závažnost OCD na začátku, depresivní a disociativní příznaky, trvání nemoci. Absence poruchy osobnosti predikuje lepší výsledky v KBT. Vyšší míra úzkosti predikuje horší výsledky léčby (Stopková, 2009).

Přestože je OCD dnes už dobře léčitelná, může ve vyhledání odborníka a léčby překážet nemocnému sebestigma. Pozdní zahájení léčby ale zvyšuje riziko chronifikace poruchy. Pak hrozí, že se symptomy stávají víc a víc závažnými, a větší závažnost symptomů předpovídá horší odpověď na léčbu (Akyurek, 2019; Fineberg & Gale, 2004; Kılıç et al., 2022). Čím dříve postižený léčbu zahájí, tím bývá léčba kratší a úspěšnější (Praško et al., 2019). Nicméně, např. Rufer (2006, citováno v Olatunji, 2013) nenašli žádný vztah mezi závažností symptomů před léčbou a výsledkem u velkého vzorku pacientů s OCD léčených KBT.

Nemocní raději můžou zkusit alternativní řešení svých problémů. Odhaduje se, že až polovina osob s diagnostikovanou OCD se neléčí (Fairfax, 2008). Pacienti se často dostávají k odborníkovi kvůli komorbidní depresi. Podle autorů Fineberga & Galea (2004) by lékař nebo psycholog mohl položit stručné screeningové otázky týkající se OCD.

1.5.1 Farmakoterapie obsedantně kompulzivní poruchy

Jak už jsme uvedli, první volbou při léčbě OCD jsou antidepressiva-konkrétně SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) (Pittenberg & Bloch, 2014). Tím, že blokují zpětné vychytávání serotoninu, tak zvyšují jeho koncentraci v synaptické štěrbině (Orel, 2020). Antidepressiva představují velmi rozšířenou skupinu léčiv a jejich indikace nejsou jen afektivní poruchy, jak se podle názvu může zdát, ale taky právě neurotické poruchy, poruchy spánku, chronická bolest, somatoformní poruchy atd. Jejich efekt však přichází až po 3-4 týdnech od začátku užívání. Antidepressiva působí na hladiny neuromediátorů nebo jejich receptory. Působí především na serotonin, dopamin a noradrenalin. Výběr antidepressiva by se měl odvíjet od typu a závažnosti poruchy, komorbidit a věku. AD jsou určena k dlouhodobému působení a výhodou je, že u nich nehrozí riziko závislosti.

Pokud je stav závažný, běžně se na zmírnění úzkosti a tenze používají benzodiazepiny (spadající do skupiny anxiolytik) před nástupem účinku AD (Stopková, 2017). Přibližně ale u 30 % případů přetrvávají reziduální symptomy i přes dlouhodobou léčbu pomocí medikace SSRI. K faktorům přispívajícím k nižší pravděpodobnosti dobré odpovědi na léčivou látku patří vyšší závažnost poruchy, komorbidita jako deprese, ADHD či tiková porucha (Fineberg & Gale, 2004). Pokud farmakoterapie selhává, je možno použít biologickou nefarmakologickou léčbu, především repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci (rTMS) nebo neurochirurgické operace jako je přední cingulotomie a kapsulotomie (Praško et al., 2008).

1.5.2 Psychoterapeutická léčba OCD

Nejčastěji používanou a nejúčinnější psychoterapeutickou léčbou je kognitivně-behaviorální terapie, v jejíž rámci je nejlepších účinků dosahováno díky zařazení EX/RP (exposition ritual prevention). To znamená, že klientovi jsou zadávány úlohy od nejjednodušší po nejobtížnější, dokud nejobtížnější položky nebudou tolerovány, a je mu zakázáno provést rituál, aby bylo postupně zrušeno spojení mezi úzkostí a následnou úlevou způsobenou provedením rituálu. Cílem je naučit se úzkost z obsesí tolerovat a vydržet neprovést kompulzi, aby se klient naučil, že úzkost se nakonec bude snižovat sama bez rituálů. A čím častěji bude vystaven obávanému podnětu, tím rychleji bude jeho úzkost snižována. Postupně vzniká desenzitizace a organismus přestává reagovat silnou úzkostí nebo znechucením na spouštěče (Foa, 2010, McKay et al., 2015; Praško & Ocisková, 2019; Simpson et al, 2011; Theiner, 2019).

Vystavování spouštěčům se aplikuje i u dalších neurotických poruch (Snyder et al., 2000). Podle autorů je tento krok nezbytný. Výraz “kognitivní” označuje kognici, tedy vnímání a poznávání světa kolem člověka, způsob zpracovávání informací a přisuzování jim určitý význam. Výraz behaviorální označuje chování. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) tedy pracuje s identifikací, zpochybněním a změnou dysfunkčních předpokladů a automatických negativních myšlenek, což se projeví i ve změnách chování (American Psychological Organisation, 2017; McKay et al., 2015; Praško et al., 2019; Vymětal, 2010). Expozice vede ke změně kognitivního uvažování.

Pokud pomůžeme klientovi změnit interpretaci významu jeho myšlenek, má to za následek snížení úzkosti a nutkání (Foa, 2010).

Kognitivní terapie se vyvinula z názoru, že specifické dysfunkční přesvědčení podporuje problematické chování (McKay, 2015). KBT příliš nehledá hypotetické příčiny, zaměřuje se spíše na přítomnost, na aktuální prožívání a chování. Kognitivisté se soustředili na fakt důležitosti přesvědčení člověka o různých záležitostech. Tvrdí, že pokud člověk věří, že problém zvládne, bude mít skutečně větší šanci jej vyřešit. KBT navazuje na stoickou filosofii, podle které člověka neznepokojuje samotná skutečnost, ale její hodnocení (Vymětal, 2010). Filosofické kořeny KBT vycházejí z Epiktita, který postuloval, že žádná událost není dobrá nebo špatná. Pouze naše prohlášení týkající se události ji činí dobrou nebo špatnou (Ellis, 1994, citováno v McKay, et al., 2015). Jeden z kognitivních modelů tvrdí, že kognitivním jádrovým problémem u OCD je druh interpretačního zkreslení-přehnaná odpovědnost. V rámci kognitivní složky KBT je cílem změna identifikace tohoto kognitivního procesu (McKay, 2015).

Charakteristickým rysem KBT je proměna problému klienta na definovaný cíl, který lze řešit souborem postupů, pro který existuje empirický důkaz efektivity dosažení cíle. Kognitivně-behaviorální přístup je cílevědomý a zaměřený na problém (Snyder et al., 2000). Abychom zvýšili úspěšnost léčebného účinku, je důležitá adherence pacienta k léčbě a s tím související motivace k léčbě (McKay, 2015). Snyder (2000) mluví o důležitosti Sense of Agency (SA) v KBT. SA je subjektivní uvědomění si iniciování, vykonávání a kontrolování vlastních úmyslných akcí ve světě. Jinými slovy pocit kontroly nad činy a jejich důsledky. Obzvláště u expozice a zabránění rituálů může být pro klienty náročný kontakt se spouštěči nebo náročné představit si, že tento druh léčby zvládnou překonat. Proto je důležité zdůraznit klientovi výhody léčebných intervencí a zmírnit jeho počáteční obavy nejlépe už před léčbou. Kognitivně-behaviorální intervence se zdají být vhodné k vytváření naděje pro klienty v psychoterapii díky silným důrazům kladeným na stanovení cílů, vytváření strategií a pozměnění negativistických přesvědčení týkajících se dosažení cíle. Struktura a zaměření, které terapie poskytuje, ve spojení se zpětnou vazbou od terapeuta mohou klientům pomoci v tom, aby si mysleli, že jsou schopni identifikovat nové a proveditelné cesty k cílům a tyto cesty si osvojit. Snyder (2000) dále píše, že ke zvyšování skóre SA přispívá překonávání malých dílčích kroků na cestě k cíli, což se při hierarchických expozicích (od nejjednodušší po nejsložitější) děje. Už vyhledání léčby pomáhá ke zvýšení klientovy naděje a SA.

Toto počáteční zlepšení může být ale pomíjivé, pokud klient nebude nadále vnímat, že nově zavedené kroky ke zlepšení – KBT– jsou proveditelné. Klienti by tedy co nejdříve měli obdržet odpověď na otázku, jak jim terapie pomůže se uzdravit. Kognitivně-behaviorální intervence prokázaly převahu v prevenci relapsů ve srovnání s farmakoterapií v léčbě.

Simpson et al. v roce 2011 prováděli výzkum vlivu adherence na léčebné účinky ERP. Vyšší průměrné hodnocení adherence významně predikovalo nižší závažnost OCD po léčbě. Na adherenci měla mj. vliv závažnost poruchy. Podle nich je pro léčebný výsledek v rámci KBT důležité, aby klient dodržoval domácí úkoly. Také Simpson et al. roku 2012 zjistili, že adherence při plnění domácích úkolů během EX/RP mělo vliv na snížení závažnosti OCD nejen hned po léčbě, ale ještě 6 měsíců po ukončení intervencí. Podle autorů by to mohlo být i tím, že adherentní respondenti dodržující léčbu, budou s větší pravděpodobností používat dovednosti sami po ukončení léčby.

Co se týče historie psychoterapie OCD, až do poloviny 60. let 20. století byla OCD považována za neléčitelnou nemoc, protože tehdy používané léčebné metody-tedy psychodynamická psychoterapie, časná behaviorální terapie a medikace, nebyly úspěšné ve výrazném snížení symptomů. Psychoanalytické a psychodynamické teorie nevědomých pudů a přání pouze vytvořily několik formulací OCD a popisy případových studií. Kvůli nedostatku alternativ se však psychodynamická terapie dál používala. První průlom přišel v roce 1966 se zavedením techniky ERP (Foa, 2010).

Jednou z behaviorálních terapií, kterou v roce 1974 použil Mastellone, byla averzivní terapie, která sestává z trestu za nežádoucí reakci. Myšlenka této terapie spočívala v tom, že činnost, která je opakovaně spojována s nepříjemným zážitkem, vyhasne (Foa, 2010). Nejběžnější aplikací averzivní terapie u OCD byla u Mastellona „technika zacvaknutí gumičkou“, kdy pacient nosil na zápěstí gumičku a měl ji zacvaknout pokaždé když přišla obsese. To mělo vést k ostré bolesti, čímž by došlo k potlačení dalších obsesí. Mastellone hovoří o dobrých výsledcích u případů, kdy se objevuje jedna nebo dvě specifické obsesivní myšlenky, které se vyskytují pravidelně, avšak s mírnou četností. Zjistil rychlé, ale dočasné snížení četnosti příznaků. Dle něj se zdá, že nošení gumičky napomáhá rozvoji sebekontroly. Několik klientů uvedlo totiž, že pouhé nošení gumičky bez použití jim dalo kontrolu nad jejich chováním.

Mindfulness jako doplňková psychoterapeutická léčba OCD

Technika Mindfulness based interventions (MBI) můžou pacienti praktikovat i svépomocí. Tato technika představuje všímavost, otevřenou a bdělou pozornost, plně soustředěné vnímání (Kananifar, 2013). V souvislosti s vtíravými myšlenkami a úzkostí se dá MBI využít jako účelné a nehodnotící pozorování myšlenek a emocí v přítomném okamžiku (Cludius et al., 2020; Chien et al., 2022). MBI jsou účinné ve snižování symptomů úzkosti a doporučují se jako doplňková léčba ke KBT (např. de Abreu Costa, 2018). Dle autorů je MBI účinnější spíše ve směru snížení symptomů úzkosti než změny OCD přesvědčení. U MBI totiž terapeut s klientem pracuje na tom, aby své obsese přijal a toleroval je, než aby je přehodnocoval tak, jak je tomu u KBT. Jedinci s OCD se spíše učí negativní myšlenky přijmout, než aby se jim snažili unikát, což by mohlo snížit potřebu zabývat se jimi. Pacienti se mají naučit se po obsesi tzn. pouze svézt a přistupovat k ní lhostejně. Pak si pacienti mohou všimnout, že úzkost spojená s jejich dotěrnými nutkáními odezní, aniž by bylo nutné je potlačovat myšlenky a/nebo provádět nutkavé rituály (Cludius et al., 2020). Při správné aplikaci může MBI zvýšit účinnost KBT a zabránit relapsu. Také je díky nim možnost zlepšit sebeúctu normalizací obsesivních myšlenek, protože se pacient učí, že jeho katastrofická představa je pořád jen myšlenka (Fairfax, 2008).

2 STIGMATIZACE U PSYCHICKÝCH PORUCH

Podle Hartla (2004, s. 262) je stigma „předem dané hanlivé až záporné hodnocení, které okolí přisoudí jedinci, skupině nebo organizaci“. Původ slova pochází z řečtiny a nese s sebou význam vypáleného znamení (Ocisková & Praško, 2015). Lidé s duševní poruchou jsou jednou z nejvíce stigmatizovaných skupin, což souvisí taky s vývojem pojetí duševních nemocí (Göpfert et al., 2019; Rüsche et al., 2005).

Podle Stengler-Wenzke et al. (2004) zažívají pacienti s duševním onemocněním a jejich příbuzní zažívají ve svém každodenním životě diskriminaci, stigmatizaci, a ostrakizaci. Stigma duševních chorob bylo rozlišeno na veřejné stigma, kdy obecná populace podporuje předsudky a projevuje diskriminaci vůči lidem s duševním onemocněním a sebe-stigma, tedy internalizace stigmatu osobou s duševní nemocí (Corrigan et al., 2006; Corrigan & Rao, 2012).

2.1 Veřejné stigma psychických poruch a jeho příčiny

Nejprve bych se ráda věnovala procesu stigmatizace ze sociologického pohledu, a poté se přesunu k sebestigmatizaci samotného člověka s duševní poruchou.

Často se považuje za samozřejmost rozlišovat mezi různými skupinami ve společnosti a podle toho označovat lidské odlišnosti. Označování osob často znamená oddělení „my“ od „nich“. Toto oddělení snadno vede k přesvědčení, že „oni“ jsou zásadně odlišní od „my“ a že „oni“ jsou tím, čím jsou označeni (Link & Phelan, 2001).

Dle Linka & Phelana (2001) však každé vymezení skupin vyžaduje přílišné zjednodušení. Právě že ani mezi duševním zdravím a duševní nemocí neexistuje ostrá hranice. Používání jazyka je zjevné, pokud jde o používání nálepek k odlišení „nás“ od „nich“. Např. je běžné nazvat někoho „schizofrenikem“ místo toho, abychom jej nazvali člověkem se schizofrenií. U fyzické nemoci se často vyjadřujeme jinak. Např. obvykle říkáme, že člověk má rakovinu. Osoba postižená rakovinou zůstává jedním z „nás“ a má atribut, zatímco „schizofrenik“ se stává jedním z „nich“ a je to nálepka, kterou tomuto člověku přilepíme. Tímto způsobem může být jazyk silným zdrojem a známkou stigmatizace. Když jedinec „získá“ nálepku psychicky nemocného, společnost vůči němu změní postoj (Praško & Ocisková, 2015).

Osoby s duševním onemocněním musí často bojovat s dvojitým problémem. Nejprve se musí vyrovnat s příznaky samotné nemoci; v závislosti na konkrétní duševní poruše mohou mít problémy, jako jsou patická nálada, úzkost, bludy, potíže se socializací, samostatností, výkonností, sníženým well-being atd. Sekundárním problémem však mnohdy bývá nepochopení společnosti ohledně různých duševních poruch a na něj navazující stigma. Některé osoby, které zvládají svou duševní chorobu natolik dobře, že mohou pracovat, mají stále obrovské potíže s hledáním práce, protože je zaměstnavatelé diskriminují. Duševní onemocnění má tedy za následek nejen obtíže vyplývající z příznaků onemocnění, ale i znevýhodnění prostřednictvím reakcí společnosti (Rüsch et al., 2005). Finzen (1996, citováno v Stengler-Wencke, 2004) tento jev nazval „druhou nemocí“.

Dle Akyurka et al. (2019) patří mezi časté představy a stereotypy o duševně nemocných, že duševní onemocnění není skutečná nemoc nebo že jsou vinní, nezodpovědní, nejsou vhodné pro důležité pracovní pozice nebo pozice, u nichž je zvlášť požadována zodpovědnost; měli by být zavřeni v ústavech apod. To vychází i z obav, že by mohli být nebezpeční. Dále se můžeme setkat s představou, že mladí či úspěšní lidé duševními poruchami netrpí. Stigma se může podílet na tom, že jedinec nepřijme duševní nemoc. Pravděpodobně proto, aby se této možné stigmatizaci vyhnul. Tak jako všechny kulturní postoje se i kulturní postoj k duševním potížím v průběhu historie mění. Obecné postoje k duševním poruchám a jejich léčbě přetrvávají až do určité změny a neodrážejí pokrok v oblasti psychiatrie a možnosti léčby, které psychiatrie v dnešní době nabízí.

Na stigmatizaci se dle Brockingtona et al. (1993) podílejí následující faktory: Za prvé, strach a vyloučení-osob s těžkým duševním onemocněním je třeba se obávat, a proto je třeba je držet mimo společnost; za druhé, autoritářství: osoby s těžkým duševním onemocněním jsou nezodpovědné, takže o jejich životě by za ně měli rozhodovat jiní; a za třetí, benevolence: osoby s těžkým duševním onemocněním potřebují péči.

Též Akyurek et al. (2019) uvádí, že faktor strachu vůči jednotlivci s duševním onemocněním je nejvýznamnějším faktorem způsobujícím stigmatizaci. Strach však lze snižovat informováním veřejnosti o duševních poruchách (viz dále). Strach též vede k vyhýbavému chování. Zaměstnavatelé například nechtějí mít kolem sebe osoby s duševním onemocněním, takže je nezaměstnávají.

Ačkoli se stigma netýká pouze duševního onemocnění, zdá se, že právě lidé s duševní nemocí jsou stigmatizováni ve větší míře než lidé se somatickým onemocněním. Osoby s duševním onemocněním budou s větší pravděpodobností považovány za odpovědné za způsobení jejich nemoci (Rüsch et al., 2020). Tyto postoje vedou k odpovídajícímu diskriminačnímu chování. Mohou být vystavováni posměchu a odmítavým reakcím, mohou být méně ceněni (Akyurek et al., 2019; Ocisková & Praško, 2015). Podle Praška & Ociskové (2015) může však stereotyp duševně nemocného vést i k pozitivní diskriminaci, kdy je druhými např. ochraňován nebo jsou na něj kladeny menší nároky.

Uvádí se, že faktor strachu vůči jednotlivci s duševním onemocněním je nejvýznamnějším faktorem způsobujícím stigmatizaci. Strach však lze snižovat informováním veřejnosti o duševních poruchách (Akyurek et al., 2019). Strach též vede k vyhýbavému chování. Zaměstnavatelé například nechtějí mít kolem sebe osoby s duševním onemocněním, takže je nezaměstnávají.

Corrigan et al. v r. 2006 představili proces společenské stigmatizace ve třech krocích a tvrdí, že tento model umožňuje rozluštit různé jevy, které jsou základem stigmatu, a zpřístupnit je empirickému výzkumu:

- 1) Diskriminativní podněty. Jedná se např. o viditelné symptomy či pokles dovedností.
- 2) Stereotypy jako kognitivní mediátory. Na základě vnímání určitých „nedostatků“ si společnost vytvoří stereotypy např. o nebezpečnosti.
- 3) Diskriminace jako behaviorální důsledek předsudků. Např. izolace a nezaměstnanost.

Link & Phelan (2001) tvrdí, že předpokladem stigmatizace je třeba si všimnout rozdílů mezi lidmi, být považováni za relevantní a být odpovídajícím způsobem označeni. Přestože jsme zvyklí skupiny ve společnosti rozlišovat a tyto skupiny označovat různými atributy, není to samozřejmý proces u všech lidských charakteristik. Většina lidských rozdílů je v naší společnosti ignorována a je společensky irelevantní. Zjevně existuje sociální selekce, na které lidské vlastnosti společensky záleží a na které ne. Aby se stigma projevilo negativními důsledky, musí být stigmatizující skupina v mocnějším postavení než stigmatizovaná skupina.

Pokud si např. jedinci s duševním onemocněním vytvoří stereotypy a předsudky vůči zaměstnancům v psychiatrické léčebně, je nepravděpodobné, že se tento personál stane stigmatizovanou skupinou, protože osoby s duševním onemocněním nemají společenskou sílu, aby vůči zaměstnancům způsobily vážné diskriminační důsledky.

2. 1. 2 Stigmatizace podle druhu psychopatologie

Podle Akyureka et al., (2019) a Ociskové & Praška (2015) a může domnělá příčina nemoci může mít vliv na postoj k pacientovi a na podceňování nebo naopak přeceňování psychických problémů. Přecenění souvisí s etiologií poruch založených především na biologických faktorech, podcenění souvisí se vznikem nemoci odvozeného z psychologických faktorů (např. poruchy přizpůsobení). Stresová interpretace, která vidí různé negativní události jako příčinu, je příznivější než organická interpretace, která zdůrazňuje význam biologického původu poruchy („nemocný mozek“). Pokud je předpokládán původ poruchy v osobnosti, je na ně kladen požadavek, aby se snažili se sebou něco dělat. Pokud je domnělou příčinou organicita, měl by být takový člověk léčen a izolován. Kdežto pokud je domnělou příčinou krizová situace (např. zhroucení po traumatickém zážitku, šok), měla by takovému člověku být podaná pomocná ruka; eventuálně tento člověk slýchá, že už je čas na „hlavu vzhůru“. Přecenění může vést k tendenci vzdání léčby v domnění, že pacient nemůže být léčen. Při podceňování může lékař zlehčovat a dokonce vyvracet příznaky, které pacient popisuje, nebo podceňuje léčbu.

Krendl & Freeman se v r. 2019 zamýšleli, jestli jsou odlišné duševní poruchy stigmatizovány kvůli stejným důvodům. Jejich výsledky totiž naznačují, že stigmatizace vůči různým duševním chorobám pramení z kombinace různých stigmatizujících přesvědčení. Podle autorů existují dva klíčové faktory, které určují míru stigmatizace-tedy relativní ovladatelnost a relativní sociální žádoucnost. Např. psychóza a OCD byly hodnoceny jako těžce ovladatelné, zatímco deprese, PTSD nebo suicidalita jako snadněji ovladatelné. Naopak jako relativně společensky přijatelné vyšla OCD a úzkost; jako sociálně hodně nežádoucí suicidalita a psychóza. Míra, do jaké je duševní nemoc vnímána jako ohrožující, může přispívat k její celkové sociální nežádoucnosti. Člověk, který má několik sociálně nežádoucích rysů, přestává být rovnoprávný člen společnosti.

Toto zjištění dle autorů může být základem pro snahy přizpůsobit psychoedukaci tak, aby se snížila míra, do jaké veřejnost stigmatizuje různé duševní poruchy.

Též dle Rüsche et al. (2020) jsou určité psychiatrické stavy silněji stigmatizovány ve srovnání s jinými. Např. Dinos et al. na základě studie z r. 2004 tvrdili, že respondenti s psychózou či s poruchou spojenou s užíváním návykových látek byli velmi silně stigmatizováni.

2. 1. 3 Lidé s duševním onemocněním v médiích

Předsudky a stereotypy lidí s duševním onemocněním jsou podpořeny také šokujícími a často zkreslenými zprávami v médiích, kde tito jedinci bývají zobrazováni jako nebezpeční nebo agresivní. Často se o nich píše negativně (Ocisková et al, 2013; Ocisková et al., 2014; Ocisková & Praško, 2015).

Též ze studie Nawkové et al. (2010) zaměřující se na analýzu vyobrazení duševně nemocných v českých, slovenských a chorvatských tištěných médiích vyplývá, že negativní postoje vůči psychicky nemocným se objevovaly v 38% článků. O lidech s psychickou nemocí se též psalo častěji jako v roli pachatele trestného činu (29%) než v roli oběti trestného činu (9%). Taky byli třikrát častěji vyobrazováni jako agresivní než jako oběti cizí agresivity.

2. 4 Negativní důsledky stigmatizace a intervence proti ní

Stigmatizace zhoršuje zdraví i kvalitu života lidí s psychickou poruchou, vede k sociální diskriminaci a izolaci a snižuje pravděpodobnost, že se lidem s duševním onemocněním dostane adekvátní léčby jejich onemocnění, protože může mít negativní dopad na chování při vyhledávání pomoci, dodržování léčby a zotavení (McCullock & Scrivano, 2023) a taky může snížit sebevědomí lidí a jejich vlastní účinnost a negativně ovlivnit emocionální pohodu a osobní vztahy (Livingston & Boyd, 2010; Rüsche et al., 2020). Dobře navržené iniciativy proti stigmatizaci proto pomohou zmírnit negativní důsledky stigmatizace duševních chorob.

Jednou z intervencí je vzdělávací (edukační) intervence, která se snaží poskytnout informace nebo vyvrátit mýty nebo mylné představy týkající se duševního zdraví nebo lidí s duševním onemocněním. Tato psychoedukace dokáže pozitivně ovlivnit stigmatizující postoje. Dále se dá použít kontaktní intervenci založenou na kontaktu, který se pokouší usnadnit rozvoj vztahu nebo spojení mezi členy patřícími do stigmatizované skupiny a členy, kteří jsou mimo tuto stigmatizovanou skupinu-tj. lidé bez duševní choroby (Livingston & Boyd, 2010). Podle McCullocka & Scrivana (2023) vedou tyto dva druhy intervence k malému až střednímu snížení stigmatizujících postojů a touhy po sociálním odstupu. Kontakt a psychoedukace je rovněž vhodné kombinovat. Kontakt s osobami s duševním onemocněním může pomoci zesílit účinky vzdělání na snížení stigmatu.

Existuje řada faktorů, které vytvářejí vhodné prostředí pro mezilidský kontakt a redukci stigmatu. To zahrnuje rovné postavení mezi účastníky, kooperativní interakci i institucionální podporu kontaktní iniciativy. Například školní program bude úspěšnější, pokud jeho úsilí najde podporu ředitele a pokud umožní neformální diskuse mezi lidmi s duševní nemocí a studenty namísto jednostranného přednášení před publikem studentů. Spolupráce nabízí dobrou příležitost k dosažení rovného postavení pacientů a příslušníků většiny, pokud se obě skupiny účastní stejného úkolu (Rüsch et al., 2020).

Podle Linka & Phelana (2001) je důležité zdůraznit, že pokud je jeden diskriminační mechanismus zablokovan, silná stigmatizující skupina může vždy vytvořit nové způsoby diskriminace. Pokud jsou například osoby s duševním onemocněním chráněny novou pracovní legislativou, zaměstnavatelé mohou najít nové, neformální způsoby, jak je nezaměstnávat nebo propouštět. K podstatnému omezení diskriminačního chování je proto nutné zásadně změnit postoje společnosti související se stigmatizací. Tedy např. aplikovat psychoedukační intervence.

2. 5 Stigmatizace a rodina člověka s obsedantně-kompulzivní poruchou

Stigma neovlivňuje pouze lidi s OCD či jiným duševním onemocněním, ale také jejich rodiny. Ve studii Stengler-Wenzke et al. v roce 2004 byli respondenti dotazováni na změny a zátěže související s OCD jejich manželů, rodičů či dětí. Popsali nejen zátěž, ale i široké spektrum stigmatizujících zkušeností v každodenním životě. Často byli příbuzní sami omezováni mnohočetnými a složitými nutkavými rituály pacientů. Příbuzné může trápit doprovodné symptomy jejich nemocného člena rodiny, např. ztráta zájmů, negativismus, podrážděnost a neschopnost vykonávat vlastní sociální roli. Pokud si pacienti kvůli nemoci stále více nevěří a ztrácejí sebevědomí, často začnou pochybovat o smyslu svého života. Pro příbuzné bývá emocionálně obtížná nelibost pacientů čelit životu i jejich snížené fungování v běžném životě.

Od nástupu příznaků až do diagnózy jsou posedlosti a nutkání způsobené poruchou nepochopitelné a bizarní. I po zjištění diagnózy mohou být vnímány jako provokující stigma a trapné, obzvláště pokud porušuje normy společnosti i jejich vlastní. Přijmout a pochopit bizarní myšlenky a kompulze a definovat je jako duševní poruchu je pro příbuzné dlouhý proces – a často trvá celý průběh poruchy. Většina pacientů i jejich příbuzných očekává, že ostatní lidé budou reagovat překvapením až hrůzou, když uslyší obsah myšlenek nebo uvidí nutkavé chování. Obávají se, že by lidé mohli člověka s OCD nepochopit či odmítnout. Pacienti i jejich rodinní příslušníci se snaží vyhnout stigmatu „blázna“ tím, že nemoc před okolím tají. Často se příbuzní vyhýbají společným aktivitám. Prováděné kompulze mohou pro člověka, který OCD nikdy nezažil, vypadat divně, což si sami nemocní velice často uvědomují. To pravděpodobně vychází z toho, že oni sami se perzekuují a vnímají své symptomy za bizarní (Kiliç et al., 2022; Stengler-Wenzke et al., 2004).

Na začátku léčby příbuzní často prožívají institut psychiatrie jako stigmatizované a děsivé. Mají strach z předsudků o „zbláznění se“. Zejména počátek nemoci, když se symptomy stanou tak intenzivní, že se stanou zjevnými a postižený je již nedokáže skrývat, je pro blízké příbuzné často nepříjemné, protože jsou vyděšení (např. agresivním obsahem) a cítí silnou potřebu být nemocnému příbuznému psychickou oporou. Kromě toho může být pro příbuzné obtížné pochopit, že jsou vyloučeni z léčebného procesu nebo nezískají

žádné informace bez souhlasu pacienta, když jsou zároveň kvůli nemoci extrémně znepokojeni (Praško et al, 2019; Stengler-Wenzke et al. 2004).

OCD vede v rodině k obviňování, dochází k tenzi a stresu, můžou se přidat pocity nejistoty, bezmoci a beznaděje, což přispívá k disharmonii vztahů v rodině. Chronický stres může pramenit z každodenní péče o nemocného. Ten může dále zvyšovat citlivost vůči negativním poznámkám a stigmatizaci. Příbuzní se můžou obávat obvinění, že poruchu členovi rodiny zapříčinili oni. Pro kvalitu života nemocného je situace v rodině a podpora z její strany klíčová (Ocisková et al., 2014; Yanos et al., 2011). Po zjištění, že se jedná o psychickou poruchu, může dojít k odmítání pacienta. Také se za něj může rodina stydět. Také stigmatizace rodiny může vést k tenzi a stresu (Kiliç et al., 2022).

Praško et al. (2019) uvádějí na kazuistice pacienta s mycí formou OCD, že jej otec kritizuje za nošení rukavic ze strachu, že bude jejich rodina označena za bláznivou. To v pacientovi spouští stres, který vede ještě k intenzivnějším mycím rituálům, které v otcovi vyvolávají další hněv, který pak projevuje synovi. Vzniká tak začarovaný kruh. V rámci terapie je tedy důležité zaměřit se i na sociální interakce. Pacient s otcem má kvůli nemoci konfliktní vztah a nesnášejí se. Tím, že se příbuzní často sami cítí bezmocní a nejistí, je pro ně obtížné být ke svému nemocnému příbuznému oporní a empatičtí. Pokud je pacient kritizován, snižuje to opět jeho sebeúctu a má vůči sobě výčitky.

Je zajímavé, že u dětí „rodičů s OCD“ je nemoc vnímána jako normalizovaná a teprve s rostoucím náhledem na povahu poruchy děti nemoc přehodnocují. Často se obávají, že si sami vytvoří symptomy. V této souvislosti lze distancování zdravých příbuzných stigmatizací vnímat jako krok k udržení jejich zdraví. Čím déle porucha trvá, tím vyšší je riziko sociálního stažení a izolace nemocných a jejich příbuzných. Avšak v důsledku toho se postiženému dostává adekvátní léčby příliš pozdě, čímž se nemoc mezitím mnohdy zhorší (Ocisková et al., 2014; Stengler-Wenzke, 2004).

2. 6 Sebestigmatizace u duševní poruchy

Corrigan & Deepa (2012), Corrigan et al. (2006) a Watson et al. (2007) definují sebestigmatizaci jako jev, kdy jedinec s duševní poruchou internalizuje kulturní předsudky o své duševní nemoci na svou osobu a v návaznosti na to trpí dalšími znevýhodněními.

Tzv. progresivní model sebestigmatizace dle Corrigan et al. (2011) ji rozděluje na čtyři fáze:

- 1) **Stereotype awareness:** Vědomí o stereotypu. Osoba s nežádoucím stavem si je vědoma stigmatu veřejnosti o svém stavu.
- 2) **Personal agreement:** Souhlas se stigmatem. Tato osoba pak souhlasí, že tyto negativní veřejné stereotypy o menšině platí.
- 3) **Self-concurrence:** Vztažení na sebe. Stigmatizovaná osoba si stereotypy vztáhne na sebe.
- 4) **Harm to self (self-esteem):** Snížená sebeúcta. Následkem vztažení stigmatu na sebe trpí člověk sníženou sebeúctou a vlastní účinností.

Každá fáze procesu sebestigmatu je nejsilněji ovlivněna bezprostředně tou předcházející. Ze studie Corrigan a Deepa (2012) vychází, že tzv. vztažení předsudku na sebe silně koreluje se sníženou sebeúctou a sebedůvěrou. Oproti tomu Watson et al. (2007) v souvislosti se self-concurrence zmiňuje, že paradoxně je tento děj pozitivně ovlivněn identifikací se skupinou (GI), v tomto případě identifikace sebe sama se skupinou lidí se stejnou diagnózou. Watson totiž na základě své studie tvrdí, že se zdá, že identifikace se skupinou osob s duševním onemocněním hraje ochrannou roli ve smyslu snižování stereotypní shody a self-concurrence. Dále GI přispívá k posílení sebeúcty a vlastní účinnosti. Oproti tomu schvalování legitimacy stigmatu a diskriminace duševních chorob činí člověka zranitelným vůči sebestigmatizaci tak, že snižuje povědomí o stereotypech a zvyšuje míru self-concurrence. Autoři modelu Corrigan et al. (2011) upozorňují, že jednou z výzev tohoto čtyřstupňového modelu je třídění následků sebestigmatizace od deprese, které se u lidí se závažnou psychickou poruchou často vyskytuje.

Následkem sebestigmatizace má člověk negativní emoce, sníženou sebeúctu a vlastní účinnost. Toto pak může souviset i s nevyužíváním příležitostí, které podporují možnost práce a samostatný život. Snížená sebeúcta má negativní dopad na naději na dosažení cílů. Člověk s nižší sebeúctou může mít i dojem, že si příležitost nezaslouží. Dále se snížená

sebeúcta a vlastní účinnost projeví např. v přesvědčení, že není schopen žít nezávisle, protože je slabý a nedokáže se o sebe postarat (např. Corrigan et al., 2016; Link a Phelan, 2001; Yanos et al., 2011). Následně se člověk ani nepokouší dosáhnout cíle. Zde mluvíme o tzv. “why try” efektu (Corrigan et al., 2016).

Internalizované stigma je rizikovým faktorem pro horší prognózu duševního zdraví (Kılıç et al., 2022). Alonso et al., (2009), Akyurek et al. (2019) a Praško & Ocisková (2015) uvádí, že sebestigmatizace může být spojena s adherencí k léčbě. Snížené sebehodnocení též negativně ovlivňuje jak psychoterapii, tak farmakoterapii (Praško 2005). Studie Linka et al. (1997) ukázala, že negativní účinky sebe-stigmatu na psychickou pohodu přetrvávají, i když psychiatrické příznaky vymizely.

Sebestigma však není samozřejmým důsledkem veřejného stigmatu. Mnoho lidí s duševním onemocněním zná stereotypy o své skupině. Ale stejně jako ve veřejném stigmatu, znalost sama o sobě nemusí nutně vést ke stigmatizaci, pokud si lidé uvědomují stereotypy, ale nesouhlasí s nimi. U mnoha osob s duševním onemocněním tedy vědomí stereotypů samo o sobě nevede k sebestigmatizaci (Göpfert et al., 2019).

Kvůli negativním důsledkům self-stigmatu přišli v roce 2011 Yanos et al. s metodou NECT: Narrative Enhancement/Cognitive Therapy. Jedná se o intervenci zahrnující nejen psychoedukaci, která pomáhá nahradit stigmatizující názory na duševní onemocnění a uzdravení empirickými nálezy; ale také techniky zaměřené na posílení kognitivních dovedností nezbytných pro změnu identity. Zaměřili se na dva klíčové směry: kognitivní restrukturalizaci a narativní modely procesů zapojených do pozitivního vývoje identity.

Pojem kognitivní restrukturalizace už jsme popsali v rámci KBT a znamená tedy zpochybňování vlastního nepřesného maladaptivního přesvědčení a pak jej nahrazovat přesnějším a přizpůsobivějším. Člověk si zvědomí automatické maladaptivní myšlenky související se stigmatem (např. O vlastní méněcennosti, nesamostatnosti, a následně spolu s terapeutem zkoumá jejich pravdivost pomocí hledání důkazů, které je (ne)podporují (Yanos et al., 2011).

Druhá složka NECT je narativ a pozitivní identita. Osobní identita je prožívána jako série smysluplných událostí a je nerozlučně svázána v příbězích, které o sobě vyprávíme. Sebestigma není jen otázkou maladaptivního přesvědčení, ale váže se na něj i určitý osobní příběh. V důsledku toho, aby se snížilo sebestigma a vytvořila pozitivní identita, je nutné, aby člověk vyprávěl nový příběh o svém životě. Jedná se tedy o přerámování jeho životního

příběhu a identity. NECT je prováděno ve skupinovém sezení a dle autorů umožňuje bezpečné prostředí podporu a sdílení, což pomáhá účastníkům rozvíjet pocit kontroly (sense of agency).

Ve studii v roce 2022 se Kiliç et al. zaměřili na vztah mezi internalizovaným stigmatem (IS), závažností OCD, sociodemografickými faktory a kvalitou života (QoL) u 79 respondentů. Mimo jiné byly použity inventáře ISMI (slouží ke zjištění míry internalizovaného stigmatu) a YBOCS (slouží ke zjištění závažnosti symptomů OCD). Vyšla vysoká korelace mezi vysokým skóre IS a vysokým skóre YBOCS, a mezi vysokým skóre IS a QoL. Možné faktory vztahu mezi vysokou mírou IS a nízkou mírou QoL jsou úzkost, sociální izolace, špatné mezilidské vztahy, či zhoršená samostatnost. Dále náhled na poruchu pozitivně koreloval s IS.

Co se týče sociodemografických proměnných, nebyla pozorována žádná korelace mezi IS a věkem, pohlavím nebo zaměstnáním. Pacienti, kteří byli v manželství, však méně často uváděli vnímanou diskriminaci ve srovnání s těmi, kteří byli bez manžela. Též absolventi vysokých škol skórovali níže v celkové škále ISMI ve srovnání s absolventy středních odborných škol. IS tedy může být ovlivněno dosaženým vzděláním. Pacienti, kteří trpěli OCD delší dobu, měli vyšší pravděpodobnost vyššího skóre v oblasti podpory stereotypů a sociální izolace. Ti, u kterých se nemoc rozvinula v mladším věku, se častěji stigmatizovali. Dále předchozí hospitalizace významně souvisely s vyšším IS. Naopak nebyla nalezena souvislost mezi adherencí a IS. Autoři se domnívají, že to může být důsledkem nepoužití strukturované škály adherence. Dále je důležité zjištění, že odolnost proti stigmatu pozitivně korelovala s fyzickým a psychickým zdravím, a kvalitními sociálními vztahy.

Také ze studie Alonsa et al. z roku 2009 vyplývá, že sebestigma bylo vyšší u osob nepracujících z důvodu zdravotního omezení, s nižším vzděláním oproti vyššímu, naopak vyšší stigma oproti předchozí uvedené studii se zjistilo u osob v partnerském vztahu. Také vyšla větší míra IS u lidí s duševní nemocí než u lidí s chronickým somatickým onemocněním. Opět se potvrdilo, že duševně nemocní s IS mají výrazně horší kvalitu života, větší pracovní i sociální omezení než jedinci s duševní poruchou, kteří sami sebe nestigmatizují.

3 SEBEPOJETÍ VE VZTAHU KE STIGMATIZACI

Stručný úvod do tématu sebepojetí zde uvedu proto, že jsme zjistili, že stigmatizace jde ruku v ruce se sníženou sebeúctou a sebedůvěrou.

Podle Blatného označujeme pojmem sebepojetí „souhrn představ a pojmů, které člověk o sobě chová (s. 439)”. Podle Shavelsona et al. (1976, citováno v Blatný, 2010) „je sebepojetí percepcí sebe samého a tyto percepce jsou formovány prostřednictvím zkušenosti s prostředím a interakce s tzv. významnými druhými-significant others“. Sebpoejetí můžeme rozlišit do tří kategorií podobně jako postoj: aspekt kognitivní (zahrnuje obsah a organizaci sebepojetí), afektivní (emocionální vztah k sobě samému), a konativní (sebpoejetí se odráží v seberegulaci chování).

Ve vztahu k internalizaci stigmatizace se mi jeví jako vhodné sem zařadit Cooleyho teorii o vytváření sebepojetí. Podle Cooleyho je důležitou součástí sebepojetí sociální rovina, v tomto případě zpětná vazba, kterou dostáváme od druhých. Reakce jednoho člověka na druhého je založena na významu, který takovému jednání přiřkládáme. Vzájemné působení lidí je tedy zprostředkováno použitím symbolů a výkladem významu jednání druhého (Rahim, 2010).

Cooley je autorem tzv. Zrcadlového Já (Looking Glass Self), kterou uvedl v díle *Human Nature and the Social Order* v roce 1902 (citováno v Rahim, 2010). Tato teorie říká, že si člověk svou identitu tvoří na základě toho, jak jej posuzují druzí, respektive jak vnímá, že jej posuzují druzí. Nejdůležitější je přitom hodnocení primární skupiny. Koncept zrcadlového Já se ve vyvíjí už v raném věku a následně jej provází po celý život, protože se stále dostává do sociální interakce, která pak formuje představy o něm samotném. Člověk už v dětství vymezuje sám sebe v kontextu vlastního sociálního života.

3. 1 Sebpoejetí osob s obsedantně-kompulzivní poruchou

Osoby s OCD se často obávají nesouhlasu druhých, mají nižší sebeúctu a sebevědomí a jsou méně nadějní. Právě už nedostatek sebedůvěry může být významnou příčinou toho, že psychicky nemocný člověk bude se stereotypy souhlasit a vztáhne je na sebe (Corrigan et al, 2009). Např. ve studii Husaina et al. (2014) vyšlo u jedinců s OCD nižší skóre v Rosenbergerově škále sebehodnocení oproti kontrolní skupině. Autoři taky uvádějí, že

nížká sebeúcta je typická pro neurotické poruchy celkově, nejen pro OCD. Obsedantní myšlenky můžou přispět k pocitům bezmoci, studu a viny, což dále přispívá k nižší sebeúctě. Poslední věta poukazuje na to, že sebestigma způsobeno nemocí může k nižší sebeúctě přispívat. Dle Dorona a Kyria (2005) a Fairfaxe (2008) může k horšímu sebevědomí přispět pocit odpovědnosti za morálně špatné myšlenky a přesvědčení, že jejich přítomnost je známkou nižší hodnoty nositele.

Též ze studie Kima et al. (2014) vyplývá, že osoby s OCD mají vyšší pocity nedostatečnosti a studu, odcizení, izolace a selhání než u kontrolní skupiny. Schéma studu/defektnosti znamená, že se člověk cítí podřadný, špatný, vinný, nedostatečný. To může vést i k sociální izolaci, aby neodkryl svůj nedostatek. Mají též tendence se víc kritizovat a můžou mít potíže v sociálních vztazích. Mají tendenci být svědomití vůči druhým a být zaujatí svými myšlenkami. To může být základ pro vývoj OCD. Podle Weingarda a Renshawa (2014) je možné, že stud je vyvolán právě strachem, že je okolí bude považovat za šílené, pokud uvidí vykonávání kompulzí. Soukromé kompulze proto můžou vyvolat menší stud ve srovnání s kompulzemi prováděnými na veřejnosti. Autoři také uvádějí, že stud velmi záleží na obsahu myšlenek. Např. u obsesí s násilným a sexuálním obsahem je stud pravděpodobný.

Bhar (2004) zjistil, že jedinci s OCD vykazali vyšší úroveň sebenejistoty než respondenti z kontrolní skupiny. Na základě tohoto zjištění Doron et al. (2005) tvrdili, že pravděpodobnost negativních reakcí jednotlivců na určité obsese se zvyšuje, pokud má jedinec zvláštní strukturu sebepojetí. Tato část sebepojetí je citlivá, pokud je jedincem vysoce ceněna, ale zároveň má pocit, že v této struktuře není dostatečně kompetentní. Obsesivní myšlenky, které ohrožují vnímanou kompetenci v této struktuře, pak pravděpodobněji vyvolávají znepokojení a úzkost. Zdá se, že sebepojetí je vícerozměrný konstrukt, kde jsou některé domény oceňovány více než jiné a kde vnímaná (ne)kompetence v těchto hodnotných doménách silně souvisí s pocity sebehodnocení. Obsesím může předcházet též vyšší skóre svědomitosti nebo přesvědčení, že můžou předcházet škodám. Jednotlivci náchylní k rozvoji OCD tedy mohou klást větší důraz na svůj výkon v práci nebo ve škole, zatímco pochybují o své kompetenci v těchto oblastech. Též právě v Doronově studii vyšší svědomitost souvisela s vyšší úrovní symptomů souvisejících s OCD.

Dle Beckera et al. (2014) souvisí sebenejistota a pochybnosti o vlastní osobě se sníženým sebehodnocením a vtíravými myšlenkami. Protože člověk vnímá nejistotu a nepředvídatelnost, v jeho tzv. kognitivním stylu se pravděpodobně objeví potřeba vyřešení s použitím jasných pravidel, a přejde k vykonávání rituálů, které už pravidla mají.

V rámci vztahu sebepojetí a OCD se dále zmíním o Bowlbyho teorii (1969) zmíněnou ve studii o emočním poutu mezi kojencem a primárním pečovatelem, která tvrdí, že typ vazby se projeví v představách o sobě. Když má dítě zkušenost s odmítnutím, nedostatkem emocionální náklonnosti, nebo nedostupností, povede to k tomu, že se tento kojenec ani v pozdějším věku nebude cítit dostatečně kompetentní. Interakce pečovatele s dítětem jsou považovány za zásadní pro rozvoj pohledu jednotlivce na sebe, ostatní a na svět. Emoční pouto mezi kojencem a primárním pečovatelem tedy může hrát roli v pozdějším rozvoji psychopatologie (citováno v Doron & Kyrios, 2005).

EMPIRICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Zde se podíváme na svůj výzkumný problém, cíle práce a výzkumnou otázku.

4.1 Výzkumný problém

Z teoretické části nyní víme, že projevy společenské stigmatizace, stejně jako sebestigmatizace se nevyhýbají ani lidem s obsedantně-kompulzivní poruchou. Víme, že se tito lidé za své projevy nemoci stydí, vnímají je jako absurdní, a zdržují se tak aktivit, kde by jejich problém mohl vyjít na povrch. Zjistili jsme, že nepříznivé důsledky stigmatu na sebeúctu a vlastní účinnost můžou být posilněny závažností onemocnění. Praško (2019) se zmiňuje o podílu rodiny na stigmatu a o tzv. bludném kruhu, kde negativní hodnocení nemocného vede k jeho dalšímu stresu a úzkosti, která pak zintenzivňuje obsesivní myšlenky a nutkavé rituály, jejichž vykonávání vede v rodině k dalším konfliktům a stigmatizujícím poznámkám směrem k nemocnému. Z tohoto důvodu se ve výzkumu podíváme i na blízké okolí lidí s OCD.

4.2 Cíle práce

Mým hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak osoby s OCD hodnotí případnou stigmatizaci, jak ji prožívají, ale také to, jak jim OCD ovlivňuje život, jak ji vnímají, jak vnímají sebe s touto nemocí. Dále také to, jestli trpí sebestigmatizací, a jak je ovlivňuje, např. jak ovlivní jejich sebeúctu a vlastní účinnost. Protože se bude jednat o kvalitativní design s počtem pouhých 5 respondentů, nemůžeme závěry a zjištění výzkumu globalizovat na skupinu osob s OCD.

4. 3 Výzkumná otázka

Na základě cílů výzkumu byla stanovena hlavní výzkumná otázka, na kterou se po společné analýze dat pokusím odpovědět.

VO: Jak se stigmatizace promítne do sebepojetí osob s diagnózou OCD?

Zde mám za cíl prozkoumat, s jakou stigmatizací se respondenti setkávají, od koho směřuje, a jak na sebe respondenti nahlíží. Zde, jak víme z literatury, hraje klíčovou roli sebestigmatizace a souhlas se stigmatizujícími výroky. Také hraje důležitou roli sebepojetí respondentů před samotným vypuknutím nemoci. Čím pozitivnější sebehodnocení mají, tím jsou vůči stigmatizaci odolnější. Také mě zajímá, jaký význam respondenti přisuzují stigmatizujícím komentářům a jak na ně působí.

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Zde popíšu, jak jsem metodologicky postupovala ve výzkumu.

5.1 Typ výzkumu

Jako první jsem stanovila výzkumný design vhodný pro své výzkumné cíle. Jelikož jsem chtěla detailněji prozkoumat subjektivní prožívání respondentů, zvolila jsem výzkum kvalitativní, který slouží dle Miovského (2006) k popisu, analýze a interpretaci zkoumaných jevů, které se nedají kvantifikovat. Dle Hendla (2016) se v rámci kvalitativního přístupu výzkumník snaží pochopit a porozumět jevům v jeho okolí a získává podrobné poznatky o vnitřních psychologických a fyziologických fenoménech. Kvalitativní přístup je založen na induktivních procesech, které se nejdříve soustředí na sběr dat a poté na formulaci vztahů.

5.2 Použité metody výzkumu

Data jsem získávala formou polostrukturovaného interview. Jeho výhodu vidím v tom, že se drží důležitých okruhů a otázek, které jsou pro výzkumný účel důležité. Zároveň nám umožňuje variabilitu ve znění a pořadí otázek v závislosti na individualitě respondenta a jeho výpovědi. Umožňuje nám detailněji se doptat respondenta na určitá témata (Miovský, 2006). Rozhovor se skládal z 13 předem připravených otázek, které byly formulovány tak, tak navazovaly na výzkumné cíle. Při tvorbě otázek jsem se inspirovala také škálou ISMI (the Internalized Stigma of Mental Illness scale) v české standardizované verzi Ociskové et al. (2014). Finální otázky jsou k dispozici v příloze.

5. 2. 1 Metoda analýzy dat

Jako metodu analýzy dat jsem zvolila interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA). Smith et al. (2009, citováno v Čermák et al, 2013, s. 9) tvrdí, že *„výzkumným fokusem interpretativní fenomenologické analýzy je porozumění žité zkušenosti člověka. Pomáhá nám detailně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti, což nám umožňuje porozumět jednotlivé události nebo procesu – fenoménu.“* Dle Miovského (2006) zachovává IPA osobní přístup k respondentům a dochází v ní k blízkému kontaktu s nimi, a tak jsou získané údaje individuální a detailní. V rámci IPA pracujeme s přirozeným jazykem respondentů, abychom zvýšili autentičnost výpovědí.

6 TVORBA DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Jako první jsem musela sestavit výzkumný soubor, pro který byla stanovena kritéria pro participaci na výzkumu.

1) Prvním kritériem je respondent, který má diagnostikovanou OCD. Není nijak omezeno množství a typy komorbidních onemocnění.

2) Dalším kritériem pro zařazení do výzkumu je respondent, který dosáhl věku 18 let. To z důvodu toho, že zaprvé se ve své práci zaměřuju téměř jen na dospělé pacienty, protože psychopatologie u dětí má jiná specifika, kterým jsem se nevěnovala. Zadruhé respondent mohl udělit souhlas sám a nemusela jsem žádat o souhlas s účastí ve výzkumu jeho zákonného zástupce.

Následně jsem sehnala respondenty pomocí příspěvku ve facebookových skupinách zaměřeny na neurotické problémy a OCD. Vysvětlila jsem zde, jaké respondenty hledám a také, jak výzkum probíhá a za jakým účelem jej vedu. Takto mě se zájmem na účasti ve výzkumu kontaktovali přes e-mail čtyři respondenti. Se všemi proběhl rozhovor online přes videohovor, protože byli z různých míst z České republiky. Pátý rozhovor proběhl osobně s mou známou, o které vím, že OCD trpí. Složení výzkumného souboru bylo v zastoupení čtyř žen a jednoho muže. Jedna respondentka má kromě OCD také komorbidní panickou poruchu. Další respondent-muž, hlásil kromě OCD i diagnostikovanou generalizovanou úzkostnou poruchu, neurastenii, depersonalizaci a derealizaci. Tyto poslední 3 zmíněné jevy jsou však doprovodem neurotických poruch včetně OCD. Nebudeme o nich tudíž mluvit jako o samostatných diagnózách. Nikdo z respondentů nehlásil další psychopatologii mimo neurotické spektrum.

Všichni respondenti se interview účastnili z domu, pro ně v příjemném prostředí. Během rozhovorů nás nic nerušilo. Rozhovory trvaly v průměru 30 minut a probíhaly od listopadu 2021 do září 2023.

6. 1 Etické aspekty výzkumu

Sběr výzkumných dat byl pořízen na základě ústního souhlasu samotných respondentů. Všichni respondenti byli před samotným rozhovorem seznámeni s účelem výzkumu, žádná z informací nebyla zatajena, tudíž ze strany výzkumníka nedošlo ke klamání respondentů. Každý z respondentů se výzkumu účastnil dobrovolně, a zároveň měl možnost z tohoto výzkumného šetření kdykoliv v průběhu odstoupit. To se však v ani jednom z případů nestalo. Také nebyli respondenti násilně nuceni k zodpovězení žádné otázky, na kterou si nepřáli odpovídat. Dále byly z rozhovorů sepsány jednotlivé kazuistiky s použitím fiktivního jména, aby žádné skutečné informace nebyly spojeny se skutečným respondentem.

6. 2 Popis výzkumného souboru

V následující tabulce uvedu základní anamnestické údaje jednotlivých respondentů. Kvůli zachování anonymity a ochraně osobních údajů jsem každému z nich přiřadila fiktivní jméno.

Tab. 1: Základní údaje výzkumného souboru

<i>Respon.</i>	<i>Pohlaví</i>	<i>Věk</i>	<i>Věk při stanovení dg. OCD</i>	<i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	<i>Počet dětí</i>	<i>Komorbidní psychická porucha</i>
Lucie	Žena	49	20	Vyučena	3	/
Andrea	Žena	30	11	Střední s maturitou	0	/
Markéta	Žena	39	31	Vysokoškolské	2	/
Radek	Muž	36	33	Vyučen	0	Generalizovaná úzkostná porucha
Samara	Žena	40	29/30	Základní	2	Panická porucha

7 ANALÝZA KVALITATIVNÍCH DAT

Po přepsání rozhovorů jsem se pokoušela analyzovat jednotlivé rozhovory. Získaná data byla nejdříve analyzována samostatně pro každého respondenta zvlášť. Až při druhém kroku jsem data sloučila do společných a komplexních výsledků, abych se následně pokusila odpovědět na předem vytyčenou výzkumnou otázku.

7.1 Proces analýzy rozhovorů

Během procesu analýzy rozhovorů jsem se inspirovala sedmi okruhy, které jsem při opakovaném čtení rozhovorů objevila. K rozebrání výpovědí jsem si pomohla softwarem pro analýzu kvalitativních dat-MAXQDA Analytics Pro 2022. Tam jsem přiřadila k 5 rozhovorům celkem 72 kódů se 159 označeními. Pro lepší přehlednost však ke každému ze 7 okruhů vypíšu jen ty nejdůležitější kódy a ty, které se vyskytovaly opakovaně:

1) Popis symptomů

- Opakované kontrolování
- Uklízení a symetrické srovnávání
- Čištění a strach z kontaminace
- “Strach že ublížím”
- Nejistota a opakované ujišťování

2) Náhled na nemoc, utrpení z nemoci a stesk po zdraví

- Vyčerpání
- Pracovní omezení
- Zdržování
- Omezení
- Uvědomění si absurdity příznaků

3) Sebestigmatizace

- Nenormální projevy
- Snížená sebeúcta
- Snížená sebedůvěra
- Cítí se méně výkonně
- Stud
- Zvýšené sebevědomí díky psychoterapii

4) Sdílení diagnózy a symptomů

- Skrývání
- Strach z nepochopení a odsouzení
- Nechce druhé zatěžovat
- Sdílení s nemocným

5) Reakce okolí

- Popírání
- Zlehčování
- Překvapení
- Strach
- Odmítnutí
- Odtážení
- Vyčítání
- Nepochopení
- Pochopení
- Podpora

6) Sociální izolace, konflikty a chybějící sociální opora

- Nepochopen(a)
- Konflikty s blízkými
- Tenze
- Nepřívětivost

7) Léčba a překážky ve vyhledání odborné pomoci

- Stud
- Strach z pobytu na psychiatrii
- Strach z nálepky “blázen”
- Strach z odebrání dítěte
- Beznaděj
- Zhoršení nemoci
- Nedostačující psychoterapeutická intervence
- Nemoc jako překážka

8 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH ROZHovorŮ

Nyní si rozebereme jednotlivé rozhovory, ke kterým jsem přiřazovala kódy v předchozí kapitole.

8.1 Lucie

Lucii je 49 let. Žije s manželem a dvěma dětmi. Má ještě jedno dospělé dítě z předchozího manželství. Pracuje jako ošetrovatelka v hospici. OCD jí byla diagnostikována v 20 letech. To bylo rok po narození prvního potomka. OCD se jí spustila brzy po porodu. S vyhledáním pomoci čekala rok. *„Dlouho jsem čekala, než jsem někam šla. Bála jsem se, že budu blázen a že mě zavřou do Opavy (smích). Takže jsem to nechala tak vygradovat. To už bylo takové nesnesitelné, že jsem měla strach, že mě zavřou do blázince. Ještě jsem měla dítě a bála jsem se, že mi ho vezmou.“* Lucie zažila náročnou a pedantskou výchovu ze strany matky. Její matka dodnes popírá, že existují psychické problémy. Myslí si, že je to o tom *„to překonat“*.

Lucie uvádí, že měla úzkostné stavy a pořád všechno hlídala a kontrolovala. Bála se také, aby neublížila malému synkovi. *„Stokrát jsem se šla podívat, jestli jsem vypla plyn. Nebo při vaření - vařila jsem brambory a teď jsem si řekla co když jsem ten hrnec pořádně neumyla po tom Jaru. Takže jsem šla ty brambory vyhodit. Znovu jsem ten hrnec umyla a naškrábala si nové brambory. Všechno jsem musela odnést z kuchyně od toho Jaru, abych si byla jistá, že jsem tam Jar nedala. Přitom mi mozek říkal: nejsi debil, proč bys to tam dávala.“*

Další příklad Lucie uvedla s rozbitým nádobím. Když se jí např. rozbila sklenička, musela několik předmětů z kuchyňských šuplíků a skříněk vytáhnout a vytřepat, aby se ujistila, že nikde v kuchyni nezůstane střep. Musela zkontrolovat i prostory, do kterých se dle jejích slov střepy nemohly dostat. Když např. synovi připravovala pudink, a syn jej následně snědl, obávala se, že syn snědl pudink se střepem. Jednou kvůli tomu i pro jistotu vyhledala lékaře. *„Tak jsem šla k doktorce a ptala se jí, co by se stalo, kdyby v tom pudinku byl střep. A ona že asi nebyl, když syn nebrečí. Ale tím mě moc neuklidnila.“* Lucie zmiňuje i obsese a kompulze z čistící dimenze. *„A to jsem i všechno myla a čistila...víš jak. No magor jsem byla.“*

Přidaly se také obsese i kompulze z kontrolující dimenze. Když vyšla ven z domu, musela se párkrát vracet zkontrolovat, jestli vypla sporák nebo kulmu. „*Televizi jsem vypínala ze zásuvek. Všechno jsem to vypočila a odešla.*” Když však Lucie do práce došla, nebyla si opět jistá, jestli kulmu vypočila. Musela volat manželovi a ujistit se, že kulmu opravdu vypočila. Také někdy zavolala synovcům a žádala je, aby to zašli k nim domů zkontrolovat. „*To bylo fakt šílené... fakt jako strašné. To bylo hrozné.*” Lucii symptomy omezovaly i v trávení volného času. „*Ani jsem neměla nic z výletů. Furt jsem si nebyla jistá, jestli jsem to vypla. To bych fakt nepřála nikomu. To už se mi pak ani nechtělo chodit ven. Bo jsem ten pocit kontroly měla doma. Jsem doma a nic se mi nestane, když tu sedím. Všechno vidím. Fakt blázen. Nepříjemné.*”

Z výše uvedené výpovědi vidíme, že Lucii její obsesivně-kompulzivní symptomatika velmi trápila a znesnadňovala jí každodenní život. Po roce od začátku symptomů a zároveň narození prvního potomka už jí příznaky vygradovaly natolik, že se s nimi svěřila své praktické lékařce. Ta jí řekla, že byl možným spouštěčem právě porod. Také ji odeslala k psychiatrice. „*Ona mi napsala antidepresiva a k tomu ještě nějaké léky na spaní. Bo k tomu se přidaly i takové živé sny. Tak mi napsala na spaní Balgusan*“ (nejsem si jistá správností názvu léku, jelikož jsem jej nedohledala). „*... i Lexaurin mi k tomu napsala, bo jsem měla i třes. Když jsem měla fakt horší dny, tak mi píchla injekci. Ona mi nabízela i lázně, ale to jsem nejela. No dlouho to trvalo, to se člověk hned nezbaví takových věcí.*“

Lucie uvádí, že nejhorší příznaky ji trápily čtyři roky od vypuknutí nemoci. Někdy kvůli úzkostem a závratím musela i odejít z práce (tenkrát pracovala na myčce v dopravním podniku). Bývala i na pracovní neschopnosti, protože „*nebyla schopná být v práci.*” Psychiatricka jí i doporučovala návštěvu psychologa a zahájení psychoterapie. To však Lucie odmítla. Když jsem se jí zeptala proč, odpověděla, že si představila skupinovou terapii a že bude nucena před ostatními mluvit o svých problémech. Je tedy škoda, pokud byla tato neznalost překážkou pro zahájení psychoterapie, že možná nebyla konzultována s psychiatrickou. Lucie totiž sama uvádí, že by se díky psychoterapii možná z nemoci vyléčila dříve.

Psychiatricka jí jako úkol zadávala psaní poznámek o jejím psychickém stavu v průběhu dne. „*Měla jsem si psát pocity. Třeba jak se cítím, když vstanu ráno. Nebo že se mi zopakuje ataka přes den, jak dlouho jsem spala atd.*” Co se týče práce s rituály, pamatuje

si jen, jak jí lékařka řekla, že se má snažit, aby spotřebiče nešla zkontrolovat. Tato rada však pro Lucii nebyla efektivní.

Dodnes Lucie stále bere antidepresiva a dochází k psychiatři. Symptomy se u ní vyskytují, pokud zažívá stres. *„Když mám nějaké vypětí, stres, tak už zas kontrolovat a uvažuju, jestli jsem tam něco nevyhlídla. A někdy mám i takové stavy, že chci být doma, bo se doma cítím v bezpečí.“*

Lucie si myslí, že dnes už psychické potíže nejsou takové tabu jako před třiceti léty, kdy se začala léčit. Sama říká, že se bála, že ji lékaři a okolí začnou považovat za blázna. Také měla strach, že jí vezmou syna z péče. *„Bo dřívě to byla fakt ostuda. To jsi měla strach říct, že jdeš k psychiatrovi. Úplně největší překážka“. „...ti lidé se dnes už nestydí. Jdou tam s tím problémem dřív. I kdybych já cítila, že už to na mě jde, už bych šla. Už bych si nechala napsat prášky atd.“* Myslí si však, že ani v dnešní době duševní potíže nejsou plně detabuizované. Např. si myslí, že *„řada lidí má zakódováno antidepresiva rovná se blázen. Kdoví kolik lidí tady ty AD bere, a všichni drží hubu.“*

Když se Lucie dozvěděla diagnózu, dlouho se s ní nikomu nesvěřila. *„To člověk nechce nikomu říkat.“* Později, když se svěřila manželovi nebo přátelům, setkala se s nepochopením a překvapením. Překvapila je její symptomatika, protože neviděli žádnou zjevnou příčinu. *„...že prosím tě z čeho můžeš mít nějaké ty...“* Lucie to také vnímá jako zlehčování. Tyto reakce byly v rozporu s jejím náhledem na sebe a svou nemoc: *„Já jsem si i říkala, že by mě do té Opavy měli zavřít, že jsem blázen. Že už je to něco, co nemůže být normální.“* Lucie se také setkala s verbální agresí pramenící pravděpodobně z nedostatečné psychoedukace. *„Reagovali nasraně. Že bych se měla věnovat malému, a ne vymýšlet kraviny. Nepochopili to.“* To na ni působilo „hrozně“. V návaznosti na to ale i sama pochybovala o tom, že ji skutečně postihla duševní nemoc: *„Já jsem si pak říkala, jestli je to nemoc nebo jsem se zbláznila. Pochybovala jsem o tom, jestli si třeba nevymýšlím.“*

Symptomy Lucie přede všemi skrývá. *„To právě bylo nejhorší. Třeba jsem se chtěla vrátit z toho výletu, ale nikomu jsem to nesměla říct.“* Lucie se však také setkala s porozuměním a uznáním, že *„to musí být hrozné“*. Nedočkala se ale sociální opory od *„těch nejbližších.“*

Lucie popisuje sníženou sebeúctu a víru k vyléčení v nejhorší fázi nemoci. *„Jsem měla sebevědomí 0. Já jsem si nevěřila vůbec už v ničem. Myslela jsem, že už nebudu ani schopná normálně pracovat. Já jsem byla už prostě debil. V tu chvíli jsem nevěřila tomu,*

že to někdy přejde. Taková beznaděj.” Také se někdy cítí podřadně vůči lidem bez psychické poruchy.

8. 2 Andrea

Andrei je 30 let a žije bez partnera a dětí. Pracuje na částečný úvazek jako administrativní pracovník u zdravotní pojišťovny. Andrei byla OCD diagnostikována už v 11 letech. Od svých 10-11 let do současnosti má obsese týkající se srovnávání. V dětství to začalo tak, že si dlouho skládala oblečení a „*měla své věci, na které nesměl nikdo sahat.*” Pamatuje si, jak si několik minut urovnávala boty, až od nich byla odřená zeď. Uvádí, že neměla moc rituálů, ale zabíraly jí hodně času. „*Byla jsem zlá a nepříjemná na ostatní. Protivná...*”

Její matka si tenkrát všimla, že něco není v pořádku a „*začala se zajímat.*” Andrea tedy byla u psychiatricky a od té doby užívala léky. Ve škole a učení jí OCD nečinily potíže, jelikož se její obsese týkaly jejích osobních věcí, které měla doma. Pamatuje si taky, že byla ve škole šikanována.

Její léčba probíhala tak, že šla jednou za měsíc k psychiatrice a ta jí napsala nové léky. V dospělosti také vyhledala terapii u psychologa. Psychiatrů i psychologů vyzkoušela víc, protože si „*ne s každým sedla.*” „*Trvá mi dýl, než se někomu otevřu a mluvím o svých věcech z mého života.*” Z terapií chodila „*rozhozená*” a nikdy s nimi nebyla příliš spokojená a nepomohly jí. Pak i vysadila medikaci. „*Sice mi to dělá velké problémy, ale nikdy jsem nenašla nikoho...kdy by mi to něco opravdu dávalo.*” Od Andrei se dozvídám, že nemá ráda utlumující účinek, který na ni antidepresiva mají. Dva roky zpátky též navštěvovala denní stacionář.

Při otázce, jak se její symptomy vyvíjely v čase, se dozvídám, že symptomy jsou podobné, ale ne úplně stejné. „*Za tu dobu jsem nějaké rituály opustila a dělám trochu něco jinýho.*” Dále zjišťuju, že její symptomy mají progredující charakter. „*Ale samozřejmě se mi to víc rozjelo. V daleko větší míře to teď je. Dřív jsem to měla na pár věcí.*” Říká, že se s primární rodinou často stěhovali. Když měla pokoj s bratrem, vyžadovala striktní rozdělení pokoje na jeho a její polovinu. Uvádí, že ho tím omezovala a měli kvůli tomu konflikty. Tvrdí, že omezovala rodiče, i sama sebe. Pak měla Andrea svůj pokoj, to jí přineslo určitou úlevu, „*ale zase se jí to rozšířilo na ten celý prostor.*” Pak měla svou vlastní

domácnost, kde se jí srovnávání věcí rozšířilo na více předmětů. V dospívání se přidaly také obsese v rámci kontrolující dimenze. Kontrolovala celý byt, než odešla ven. „...*jestli je všude všechno zhasnutý, vypnutý sporák apod., jestli neteče voda.*” Musela se několikrát vracet a už si začala všimnout, že se to začíná „*rozjíždět mimo tu jednu skříň s oblečením na ten celý byt.*” Respondentka má své každodenní rituály. Každý den musí projít každou místnost a porovnávat v každé místnosti věci. Pro respondentku jsou však tyto rituály egodystonní a velmi ji trápí. „...*je to samozřejmě problém a vyčerpává mě to.*” Znemožňuje jí to soužití s kýmkoliv jiným. Tvrdí, že by chtěla být zdravá a mít „*všchno v pořádku*”; „...*neřešit věci, které řeší*”. Proto své OCD bere jako slabost a méněcennost, „...*jako věc o které se nemluví, protože se za ni stydím, snaží se ji skrývat.*” Kompulze jsou pro ni vysilující, berou jí „*mozkovou kapacitu*”. Nemoc ji podle jejích slov omezuje. Kdyby prý byla zdravá, mohla by život žít úplně jinak a jinak využít volný čas. Dozvídám se, že „*samu sebe asi ani nemá ráda.*” Andrea mimo jiné jako další symptom OCD uvádí, že často musí něco lidem několikrát vysvětlovat. Ujišťuje se, zda ji pochopili.

Andrea vnímá své symptomy jako překážku pro navazování partnerských vztahů. Stydí se za ně a nepřijdou jí normální. Nedovede si představit partnerství, spolusoužití nebo založení rodiny představit i proto, že jí kontrolování a srovnávání zaberou spoustu času. Říká, že by se při spolusoužití necítila zaprvé ona komfortně, a zadruhé by nerada omezovala rodinu. Proto si myslí, že partnera ani rodinu mít nebude. Minimálně si nedokáže představit, že by s nimi bydlela. Andrea říká, že jednou bydlela s kamarádem, který má dvojčata. Když si tato dvojčata u nich doma hrála, měla pořádnou nutkání po nich uklízet. Např. když vytáhli hračku, musela hned jít a uklidit ji. Říká, že by ji vlastní děti omezovaly, protože by musela celé dny uklízet a srovnávat domácnost.

Andrea nikomu z kolegů neřekla, že má OCD, protože se „*stydí, jak by na to reagovali*”. Občas si říkala, jestli si toho nevšimnou... Je podle ní možné, že by ji nepochopili, nepřijali, nebo odsoudili. „*Protože ty věci úplně běžné nejsou, takže nevím, jak bych to vysvětlila normálním lidem. Těžko se to popisuje...*” Svěřila se ale kamarádce, se kterou navštěvovala skupinu na stacionáři. Andreino povědomí o kamarádčině problémech jí pomohlo být před ní od začátku otevřená.

8.3 Markéta

Markétě je nyní 39 let. Má manžela a dvě děti. Studovala gymnázium, pak VOŠ sociální, pak vysokou školu rovněž v oboru sociální práce. Tam se dostala k psychologii a po seznámení se s touto diagnózou byla přesvědčená, že touto nemocí trpí. Pak si o tom hodně četla a když pochopila, že v tom není sama a „*je to neurotického charakteru a je to o tom, že je člověk přecitlivělej*“, tak teprve pak byla ochotná „*s tím jít na povrch*“, protože se o tom dozvěděla nějaké informace. Toto zjištění, že se jedná o nemoc, jí ulevilo a nevnímala se už tolik stigmatizujícím způsobem. I když se pořád „*nechtěla, že by byla v pohodě a bojovala s tím*“, ulevilo se jí, když zjistila, že se jedná o nemoc a že jí netrpí jenom ona.

Markéta si pamatuje, že měla symptomy už v předškolním nebo brzkém školním věku. Svěřila se jedné matce, a ta to neřešila. Pamatuje si na obsese násilného typu. Měla vtíravé myšlenky a bála se, aby manžel nenaboural. Bála se toho, že to přivolává. Dodnes je jí fyzicky špatně dva týdny před tím, než mají někam jet, protože se bojí, že se na cestě něco špatného stane. Uvádí „*ošklivé myšlenky*“ a obsese týkající se toho, že by někomu ublížila. Vždycky ji to vyděsilo. „*Léta letoucí v tom byla sama*“, nikomu to neřekla, bylo to „*docela dost velký trápení*“. Bála se, že by pro okolí mohla být nebezpečná a připadala si strašně. Ve vyhledání pomoci jí bránil stud. Styděla se za to, že „*něco takového*“ má. Nyní uvádí, že jí nemoc bere hodně energie a bývá unavená, doma nestíhá. Trápí ji, že nestíhá tolik věcí, co ostatní. Mrzí ji, že nemá tolik času na děti. Obsese má i týkající se úklidu. Má v rámci něj přesný systém, kterého se potřebuje držet, a to ji zdržuje a „*všechno jí dlouho trvá*“. Tím trpí také její manžel. Bývá naštvaný a říkává jí, že je líná.

Když během studia sociální práce na VŠ pojala podezření, že trpí OCD, rozhodla se svěřit své kamarádce, která pracuje jako zdravotní sestra na psychiatrickém oddělení. Díky ní se prý odhodlala jít k psychiatrovi a psychologce. K oběma dochází dodnes a užívá antidepresiva. OCD jí byla diagnostikována v 31 letech. Tehdy se jí i narodilo druhé dítě. Markéta o sobě říká, že je optimistická a že „*ji to asi drží nad vodou*“ a snaží se s nemocí bojovat. Také tvrdí, že má i díky dlouholeté terapeutické práci větší sebevědomí a má samu sebe radši než dříve. Díky tomu jí případná stigmatizace a bagatelizace z okolí už neublíží. Názory na ni už ji nezajímají a nepřikládá jim takový význam jako dřív. Stále se však cítí slabší, méně výkonná, a zranitelnější. Markéta dnes uvádí, že díky léčbě zjistila, co je příčinou jejích symptomů.

Markéta se nerada svěřuje lidem, o kterých si myslí, že by ji nepochopili. Např. její manžel ji nechápe dodnes. Vnímá od něj i zesměšňování. Např. jí říká: „*No jo, spolkní si prášky, ať jseš v klidu*”. Markétu to uráží. Setkala se i s tím, že si OCD někdo zaměnil za schizofrenii (domnívám se, že to souvisí s obsesemi s obsahem agrese). Uvádí, že nemá chuť to všude vykládat. Také tvrdí, že se bojí, že bude odsouzena. Setkala se také s reakcemi „*tak to překonej; tak to nedělej; hele, to mají všichni; já se taky bojím o děti*”. Markéta to označila jako „*zlehčování*”. Uvádí však, že má kolem sebe hodně přátel, kteří o její nemoci vědí a umí Markétu podpořit.

8. 4 Radek

Radkovi je 36 let a žije sám. Momentálně je v invalidním důchodu. Od školy pracoval v automobilovém těžkém průmyslu. Zdá se, že býval velmi pracovitý a produktivní. V práci však nebyl nikdy spokojen. Pracoval ve firmách, „*...kde se prostě nonstop pořád jenom řve, křičí... prostě ponižují tě, že jsi fakt nula...*” To bylo pro něj emocionálně náročné. Psychiatrii mu řekli, že se dostal do bodu, kdy „*to jeho mozek přestal zvládat*”. Psycholožka mu řekla, že má obsese následkem toho, že byl neustále pod stresem. Dále také že „*je přepracovaný a vyčerpal lidské zdroje.*” Byl stále vyčerpaný a „*neměl žádný soukromý život*”, protože pracoval 250-300 hodin měsíčně. Měl také nucené přesčasy. Vyčerpávala jej směnnost provozu. Po nočních měl problémy se spánkem.

Radek zažil několik vyhazovů z práce. Ty jej frustrovaly kvůli vážnému zájmu pracovat a tomu, že „*se snaží*” a pracuje „*do roztrhání těla*”. Také jednání firem vnímal jako nespravedlivé. „*V těch firmách to funguje tak, že tam pracuješ tři čtyři měsíce, a letenka. Nikdo se s tebou nebaví, svoji práci jsi udělal, zmiz. Funguje to tam tak, že jsi jen číslo.*” Takhle se v něm prý hromadil hněv, protože jej „*to ubíjelo*”. To mu řekla také psycholožka a dva psychiatři z léčebny (o té dále). Bylo běžné, že v práci byl půl roku až rok, a po nečekané výpovědi si musel najít novou práci do týdne. Nikdy mu prý nikdo nepomohl. Radek měl následkem práce zdravotní problémy pohybového aparátu. Má za sebou několik operací. Má operovaná obě ramena.

První symptomy se u Radka objevily šest let zpátky, přičemž nejhorší fázi nemoci zažil tři a půl roku zpátky. Začalo to tak, že hodinu a půl nemohl odejít z bytu, protože kontroloval, jestli zamkl. Pořád zamykal a odemykal. Znovu se vracel, protože kontroloval

i spotřebiče. Když už odešel ze schodů, tak se musel vrátit zpátky. Vracel se také, když už byl v autě na dálnici na cestě do práce.

V té době zažíval ve svém posledním zaměstnání autoritářské chování. Uvádí, že po něm „*hrozně šlapali jeho tři šéfové*“, následkem čehož dle jeho slov začal mít násilné obsese. „*...třeba že se tam porveme. Že po někom skočím, někdo ublíží mně a já ublížím jemu.*” Dále když jde do obchodu, „*mozek mu křičí*“: „*kopni do košíku někomu, zařvi na něj, nebo po něm skoč.*” „*A to je pro mě úplně paralyzující, ubíjející, a samozřejmě já se toho bojím.*” Stávalo se mu, že když byl někde ve společnosti, obsese byly tak intenzivní, že musel odejít. Pro něj nejhorší obsesi zažil takovou, že mu „*mozek neustále opakoval*“, ať vyskočí z okna. Z této obsese byl velmi vyčerpaný. Dále uvádí, že „*mu mozek křičí*“, ať skočí pod vlak, když čeká na nástupišti a vlak přijíždí. Báł se, že něco z těchto obsesí se opravdu stane. Proto jej tak vyčerpávaly. „*I když vím, že ublížit samozřejmě nikomu nechci a ten mozek ví, že je to nesmysl.*”

Dnes už Radkovi nemoc tolik nekomplikuje život i díky technikám, které praktikuje. Ty se naučil v léčebně nebo je objevil samostudiem. Nejčastěji používá stop techniku. Při té např. křičí. Když jsou obsese silné, „*zařve z plna hrdla, aby je zastavil.*” To několikrát zopakuje. Když je mezi lidmi, praktikuje techniku, při které si pořád říká „*stop, stop, stop*” v duchu.

Vyhledávání pomoci odkládal, protože měl strach, že jej zavrou do léčebny. Také prý nerozuměl svému psychickému stavu. „*To byly stavy, které jsem nepobíral, nerozuměl jim...já jsem nechápal, co se to se mnou děje.*” Taky měl strach. Pak se nemoc ale zhoršila natolik, že vyhledal psychiatrickou pomoc. „*Bylo to už tak zlé, že jsem prostě musel.*” K psychiatrovi šel tři roky zpět. Tedy tři a půl roku po prvních příznacích. Ten mu kromě OCD diagnostikoval také generalizovanou úzkostnou poruchu, derealizaci, depersonalizaci, a neurastenii. Dodnes dochází ke stále stejnému lékaři, i když to mezi nimi podle Radka nefunguje a není s ním spokojený. Prý mu vždy jen napíše léky a mluví s ním necelých deset minut. Vnímá, že s ním jeho problémy nikdy pořádně neřešil a nenabídl řešení. Také vnímá jako nedostačující lékařův zápis zprávy při každé Radkově návštěvě.

Dle jeho výpovědi se domnívám, že jej nemoc velmi trápí. Za poslední roky si, i kvůli invalidnímu důchodu, připadá „*bezceňný a k ničemu*”. Cítí se bezcenně vůči zdravým lidem. Byl prý člověk, který se „*stále smál a normálně pracoval*“. Nyní říká, že je bez energie a bez sil. Obsese jej také přivádějí do depresivní nálady.

Radek se setkává s nepříjetím po tom, co se s nemocí svěří. „...*ten člověk dal ruce pryč ode mě. Ti lidi měli strach, že jsem vyloženě blázen. I když jsem řekl, že chodím k psychiatrovi. Nebo když jsem mluvil do hloubky, tak dostali strach.*” Když jsem se Radka zeptala, jak ten strach poznal, odpověděl mi, že mu buď řekli, že se jej bojí, nebo to poznal z výrazu tváře. Kvůli tomu cítil lítost vůči druhému člověku, a „*nechtěl na něj přenášet negativní energii*”, tak se „*více uzavřel*”. Cítil totiž zodpovědnost za negativní emoce druhého. Také z tváře většinou vyčetl i překvapení. Většinou se tedy setkal se stigmatizací. „*Běž se léčit, to není normální.*” Radek má ale dva přátele, kteří ho dokáží pochopit a rozumí mu. Stále je ale Radkovy symptomy děsí.

Stigmatizace jej trápila a diagnóza ho tak trápila ještě o to více. Radek postrádal sociální oporu. „*Protože člověk hledá nějaké pochopení a vlastně se ti lidi od tebe odvrátí.*” Uvádí, že je po dobu šesti let, co OCD trpí, sám. „*Je to těžké. Snažím se to skrývat, aby to nešlo poznat.*” Sociální oporu mu dal pobyt v léčebně. Tam prý neměl vůbec problém se svěřit ani personálu, ani dalším pacientům ve skupinové terapii. Sdílení mu tam zlehčilo právě to, že „*jsou tam na to zvyklí.*” Chystá se do další léčebny. V léčebně se mu líbilo, že je tam „*program takový, aby člověka zaměstnali a nemyslel na to.*” Důležité je, že mu pobyt v léčebně pomohl ve zmírnění příznaků.

8. 5 Samara

Samaře je 40 let. Žije s manželem a dvěma dcerami. V šesti letech od ní a otce odešla matka. Také bydlela s dvěma nevlastními sestrami z matčina předchozího manželství. S otcem měla harmonický vztah. Matce měla odchod za zlé, ale dnes už má pro něj pochopení a je za něj ráda. Dodnes je s ní v kontaktu. Samara studovala střední školu technicko-administrativního zaměření. Když bylo Samaře sedmnáct, její otec onemocněl rakovinou a nebyl schopen pracovat. Protože byl bez příjmu, Samara ze školy odešla a šla pracovat. Měla v plánu si později střední školu dodělat. Ve dvaceti letech potkala svého dnešního manžela, odešla s ním do většího města, a školu nedokončila. Nyní je na invalidním důchodu. Poslední dvě zaměstnání před důchodem zmiňuje přepravní a tiskařskou společnost. Práce jí vyhovovaly. Od své první panické ataky v obchodě čtyři měsíce zpátky tráví většinu času doma a stará se o domácnost.

Samara trpí panickou poruchou od května tohoto roku, kdy měli s manželem málem dopravní nehodu. Následně měla dva dny nejspíš akutní reakci na stres. Když o několik dní později sedla za volant, měla úzkost a nebyla schopná dojet pro dceru do školy. Dnes už je schopna řídit, ale jen na velmi krátkou vzdálenost. V červnu tohoto roku se jí jednou v obchodě udělalo nevolno a byla dušná. Pak omdlela. Od té doby má označeno, že „*je tam pro ni nějaké nebezpečí*“. Od té doby se obchodům vyhýbá a je téměř pořád doma.

Na panické ataky užívala Seropram (patří do skupiny antidepresiv SSRI). AD dnes již nebere, protože jí snižovaly tlak. Byl jí zjištěn syndrom dráždivého tračnicku. Lékaři jej dávali do souvislosti s psychosomatikou. Když je Samara pod vlivem velkého stresu, má dva týdny zácpu nebo průjem. Přestože pro ni domov představuje bezpečné místo, panické ataky má i tam. Projevují se u ní tak, že jí brní končetiny, které jí následně znecitliví; má svalové křeče, třes, závratě. Také jí nedělá dobře být v otevřeném prostoru, protože má „*pocit, že padá*“. Potřebuje se něčeho chytnout.

Samara je šest let v invalidním důchodě. Začalo to narozením druhé dcery dvanáct let nazpět. Dcera měla časté zdravotní komplikace včetně závažného onemocnění ledvin od půl roku věku. Často se zánětem ledvin navštěvovali nemocnici s vysokou horečkou, která nešla ničím srazit. Dcera v šesti letech věku podstoupila i operaci, což představovalo pro Samaru stres. Lékaři také Samaře doporučili zvýšenou opatrnost o dceru. Dceři musela např. zehlit spodní prádlo, aby se minimalizoval počet zánětů. Tenkrát Samara pracovala v tiskařské společnosti, kde byla velmi spokojená. Musela však na čas práci opustit, aby doma pečovala o dceru. Samara si pamatuje, že po týdnu péče měla problémy s dušností, neschopností zajít si na toaletu a bolestí v podbřišku. Také měla otok nohy: „*...nohu jsem měla jako slon*“. Byla jí zjištěna trombóza, oboustranná plicní embolie a infarkt srdce. O dva měsíce později prodělala další trombózu. Do nohy jí byl zaveden stent a po dobu osmi měsíců si aplikovala injekce do břicha. Po roce pracovní neschopnosti jí lékařská komise udělila invalidní důchod třetího stupně. To Samara nesla těžce vzhledem ke svému nízkému věku a tomu, že se těšila do práce.

Od té doby tráví téměř veškerý čas doma. Žije „*v bublině*“ na vesnici. Před tím však byla velmi společenská. Popisuje, jak v adolescenci „*vymetala diskotéky s kamarádama*“. V pátek kvůli tomu pravidelně vynechávala školu. Po trombóze na sebe začala však být opatrná. Nechtěla zažít další trombózu.

Samara panickou poruchu těžce snáší a není s ní smířená, protože jí velmi komplikuje život. „...*pořád sedím doma na zadku. Je to peklo*”. Chtěla by „*zpět svůj život*”; „...*tohle je o ničem*”. Chybí jí společné výlety s rodinou. To ji mrzí i kvůli mladší dceři, která jí řekla: „*Děkuju za hezký prázdniny*.” Za Samaru vše vyřizuje manžel. „*I kdybych si zlomila prst, tak ten doktor bude muset přijet za mnou*”. Také by šla znovu ráda do práce, ale kvůli panické poruše „*to teď s tím nejde*” a „*nemůže*”. Samara si však zároveň uvědomuje, že když „*člověk nebude nikam chodit, tak se nikam neposune*.”

O panické poruše si zjišťuje informace. Dříve měla během ataky ve zvyku běhat po domě, opláchnout si obličej ledovou vodou a změřit si tlak. Velmi jí pomáhají videa od lidí, kteří tuto nemoc sami prožili. Díky nim se naučila panické ataky prožívat s menší mírou strachu. Pokud panickou ataku má, „*nechá ji projít*” a daří se jí už *trochu* „*ji odsunout na druhou kolej*”. Samara má tendenci přemýšlet, „*jestli jí je blbě*”. Proto praktikuje techniky na zamětnání pozornosti, aby atakám předešla. Např. si natáčí na mobil návštěvu obchodu, pojmenuje deset věcí, nebo pozoruje lidi kolem. Pak se ráda chlubí videem kamarádce, že „*to zvládla*”. Když se Samara vrátí domů z obchodu, zvýší se její sebeúcta. „...*člověk je na sebe strašně pyšnej, že to zvládl*”. To že to zvládla jednou, jí zároveň dává naději na to, že občas je schopná vyjít ven. Má ale strach, že když dostane panickou poruchu na veřejnosti, bude středem pozornosti. „*Co když se mi to tam stane, co když na mě budou lidi koukat*.” Do obchodu jde pouze v doprovodu manžela. Od omdlení v obchodě tam byla čtyřikrát a podmínkou je, aby měl obchod okna a viděla ven. Manžel dříve její nemoc zlehčoval. „...*no jo prosímtě, no jo prosímtě*”. Když ale viděl Samařiny tělesné projevy panické ataky, řekl, že „*to teda není asi žádná prdel*”.

Samara také všude vidí nebezpečí a „*co se může stát*”. Např. když vidí někoho (cizího) na kole bez helmy, je jí zle. Také se vyhýbá eskalátorům. Říká, že to podle ní umocňují sociální sítě, odkud zná katastrofická videa. Viděla tam např., jak jednomu klukovi vcucnul eskalátor tkaničku a málem mu zranil nohu. Má strach, že se jí to také stane. Taktéž má strach být přes noc sama doma a pokud se tak stane, má potíže se spánkem. Tvrdí, že se každou hodinu vzbudí a dívá se na dveře na zahradu, jestli u nich někdo nestojí. Dodává k tomu, že je to „*asi normální*”. Nutno však podotknout, že předtím jednou zažila cizí lidi v noci na zahradě.

Její OCD symptomy zahrnují uklízení, srovnávání, čištění a kontrolování. Říká, že je to „*docela hukot*”. Samara má přísný řád na uklízení nádobí. To např. zahrnuje, že nože musí být v příborníku seřazeny zoubky doprava. Tak samo hrnečky musí být oušky doprava. Hrnečky navíc musí být seřazeny v určitém pořadí. Má přesnou trasu vysávání. Její rodina jí věci seřazuje někdy naschvál jinak. Ona to však, zdá se, bere s humorem. Pokud se tak stane, věci seřadí podle sebe. Prý by za to ale „*manžela zavraždila*”. „*Nevydržela bych mít to jinak*”. Dále musí peřina směřovat směrem ke zdi, jinak by prý Samara nemohla jít spát. „*...na ten úklid já jsem hroznej magor*”. Pamatuje si, že na úklid začala takto dbát možná po narození své druhé dcery, která bývala často nemocná.

Samara popisuje rituály v souvislosti s čistotou a úklidem. Miluje vůni Sava. Každý den zhruba ve stejnou hodinu si chodí umýt ruce, i když na nic špinavého nesahala. Manžel jí říká, že je „*magor*”, nebo že je „*spadlá na hlavu*”. Také by nemohla jít spát, kdyby se večer neokoupala. I když už se třeba ten den jednou koupala a pak nikam nešla. Občas se stane, že vstane v noci na záchod, a pokud se jí nezdá čistý, musí jej před použitím nejprve umýt. Také musí na houbičku nanést přesné množství saponátu. Když jej dá náhodou víc, nemohla by s ní umýt vanu. Musí nejprve houbičku propláchnout a nanést nový saponát. K tomu dodává: „*Já jsem magor. To už asi je trochu divný.*” Samařina obsesivní čistota se promítla i do příchodu koronaviru tři a půl roku zpátky. Tenkrát musela hned po manželově příchodu domů jít vydesinfikovat kliky a boty, které měl venku na sobě.

Samara se domnívá, že příčina jejího kompulzivního uklízení tkví možná v tom, že viděla nepořádek u druhých lidí doma a ona nechtěla, aby to u ní vypadalo stejně. Kompulzivní uklízení je pro ni egosyntonní. Považuje jej za normální a baví ji. Také, zdá se, netrpí sebestigmatizací. Symptomy se nesnaží skrývat a netrápí ji, co si o ní myslí druzí. Popsala dvě situace z metra. Při první prošla celý vagon a nastříkala jej voňavkou, protože tam byl „*divnej zápach*”. Manžel jí vytknul, co dělá a ona: „*No já musím jako.*” Nevadily jí pohledy druhých lidí. Při druhé situaci jí matka vytkla, že má gumovou rukavici, zatímco se drží tyčky. „*...děláš si prdel, vždyť na tebe ti lidi koukaj.*” Samaru to však netrápilo: „*Mě je to u prdele, já na to sahat nebudu*”. Nebo se také drží tyče přes tričko, popř. ji utře vlhčeným ubrouskem. V MHD si nesesedne, protože neví, kdo tam seděl před ní. Nebojí se nákazy, ale prožívá znechucení.

Naopak egodystonní a obtěžující je pro Samaru kontrolování zamčených dveří před odchodem. „*Tisíckrát lomcuju za kliku, než někam jdu. Tu kliku už jsem málem urvala.*”

Už se musela také vracet z cesty na chatu zkontrolovat domů, jestli vypla fritézu. Od té doby má klíče od jejich domu také sousedka. Když si Samara mimo domov není jistá, jestli je něco vypnuté nebo zamknuté, volá sousedce, aby to šla zkontrolovat. Samara si také věci před odchodem fotí, aby se fotkou pak mohla ujistit, že je vše v pořádku.

Na OCD se přišlo cca deset let zpět náhodou. Tenkrát pracovala v tiskařské službě, kde měla hlavu neustále nakloněnou do stejné pozice, následkem čehož si zablokovala krční páteř. Navštívila proto svou praktickou lékařku. Ta ji po zjištění Samařiného neustálého uklízení a čištění odeslala k psychiatři. Samara byla překvapená, protože své symptomy a to že je „*magor na úklid*“ nepovažovala za něco abnormálního a patologického. Až během vstupního vyšetření u psychiatřičky si Samara řekla „*tyvole, to nebude asi úplně normální.*“ Samara také dvakrát navštívila jednoho psychologa, kde se jí ulevilo a cítila se po sezení lépe. Neměla však prý čas, tak k němu chodit přestala. Dnes Samara uvádí, že „lčba“ u psychiatřičky vypadá tak, že když se k lékařce dovolá, mluví jen se zdravotní sestrou a jsou jí předepsány léky.

S OCD se nikomu nesvěřovala, protože to považuje za normální. „*Pro mě to je přirozený.*“ Řekla o případu své známé, která desetkrát lomcuje za kliku. Podle Samary je to normální a „*dělá to asi každě, aby si byl jistěj*“. O její panické poruše to „*tady na vesnici vědí všichni*“. Když to na jedné akci „*odvyprávěla*“, ostatní jí řekli, že „*to není prdel*“ a asi to nevyлéčí sama doma, a doporučili jí odbornou pomoc-např. psychoterapii. I dnes by psychoterapii uvítala, ale „*nemůže jít ven. Já nepůjdu ven*“. Samaře jsem proto doporučila, aby to konzultovala se svou psychiatřičkou a případně s ní probrala možnosti online terapie. Také jsem se zmínila o tom, že by ji mohl do ordinace doprovodit manžel, protože se s ním v cizím prostředí cítí komfortněji a jistěji.

9 SPOLEČNÁ ANALÝZA DAT

V této kapitole se pokusím o sloučení zjištěných informací v rámci jednotlivých rozhovorů do uceleného celkového závěru, a poté se pokusím odpovědět na hlavní výzkumnou otázku svého šetření.

1) Popis symptomů

Zjistila jsem, že nejčastější OCD dimenzí v mém výzkumném souboru byla kontrolovací, kterou trpí všech pět respondentů. Následuje uklízení/symetrické uspořádávání (zastoupena u Andrei, Markéty a Samary) a obsese s obsahem ublížení druhému. Lucie se bála, že ublíží synkovi; Markéta, že může přivolat autonehodu; a Radek, že ublíží náhodným lidem v okolí. Radek také uvedl strach, že ublíží sám sobě-v jeho případě až sebezabitím. Se strachem z kontaminace jsme se setkali u Lucie, která se obávala o syna intoxikací chemikáliemi, a u Samary, která se obává kontaminace mikroby. U všech respondentů jsem se setkala s nejistotou a nadměrným ujišťováním, které je v případě Lucie a Samary praktikováno také přes příbuzné nebo sousedy.

2) Náhled na nemoc, utrpení z nemoci a stesk po zdraví

Co se týče náhledu na nemoc, všichni respondenti hodnotí obsese i kompulze jako něco nenormálního a uvědomují si jejich absurditu. Zdá se, že pro všechny kromě Samary jsou symptomy egodystonní a komplikují jim život. Samara v rámci OCD hodnotí jako život komplikující pouze dimenzi kontrolování, která však u ní není nejvýraznější dimenzí.

U všech je patrné utrpení z nemoci a stesk po zdraví. Všichni respondenti hodnotí nemoc jako vyčerpávající (Samara hlavně panickou poruchu). Všechny respondenty nemoc v něčem omezuje. Lucie bývala dříve na pracovní neschopnosti a Samara s Radkem jsou na invalidním důchodu. Oba by však rádi pracovali, kdyby byli zdravější. Také Markéta, Andrea, i Samara řekly, že je příznaky brzdí při vykonávání aktivit. Markéta nestíhá péči o domácnost, Andrea „*by mohla dělat jiné věci*” a nemoc jí podle jejích slov znemožňuje mít rodinu a žít s ní v jedné domácnosti; a Samaru zdržuje opakované kontrolování v domácnosti.

3) Sebestigmatizace

Jak už jsem uvedla, všichni respon. Vnímají své projevy OCD jako nenormální. Všichni také uvedli sníženou sebeúctu nebo sebedůvěru. Také se cítí (popř. cítili v horší fázi nemoci) méně výkonně. Všichni kromě Samary uvedli, že se cítí podřadně vůči lidem bez psychické poruchy. Radek si *připadá „bezcestný a k ničemu“* z důvodu pracovního omezení. Lucie si v nejhorší fázi nemoci *„nevěřila už v ničem“*. Andrea řekla, že samu sebe *„asi ani ráda nemá“*. Toto však řekla i mimo spojitost s OCD. Markéta si během nejsilnějších obsesí s násilným obsahem *„připadala strašně“* a nebezpečně. Také Radek se vlivem násilných obsesí obával, že je nebezpečný sobě i okolí.

Samara sníženou sebeúctu neuvádí. Možná má však momentálně menší sebedůvěru, protože *„nemůže jít ven“* z důvodu panické poruchy. Samara se proto i obává i nesoběstačnosti do budoucna. Samařina sebeúcta se zvýší poté, co překoná úzkou zónu komfortu způsobenou nemocí. To ji zároveň dává naději, že nemocí nemusí být vždy tolik omezená.

Všichni respon. kromě Samary se za OCD projevy stydí. U Lucie a Samary došlo během rozhovoru k hanlivému označení sebe sama. Lucie řekla, že byla *„magor, blázen, debil“*. Samara tvrdí, že je *„magor na úklid“*.

Zajímavé je, že Markétu, která má dnes dle jejích slov větší sebevědomí díky psychoterapii, stigmatizace z okolí dnes už tolik netrápí a nedbá na to, co o ní řeknou druzí.

4) Sdílení diagnózy a symptomů

Nikdo z respon. se běžně nehrne do sdělování, že OCD trpí. U čtyř respon. kromě Samary jsem slyšela, že *„to člověk nechce nikomu říkat“*. Samaře sdílení ani nepřijde podstatné, protože téměř všechny rituály považuje za normální. Všichni kromě Samary sdělili, že kompulze skrývají také proto, že mají obavu z nepochopení a odsouzení. Radek také nechtěl druhé zatěžovat a děsit. Pro Radka a Andreu bylo svěřením jednoduché v případě, že nemoc sdíleli s někým také psychicky nezdravým a *„na to zvyklým“*. Markéta se poprvé s potíží svěřila poté, co zjistila, že se jedná o oficiální nemoc a netrpí jí jen ona. Dále se po zjištění, že jsou její potíže *„neurotického charakteru“*, za ně méně styděla a došlo u ní k úlevě a částečné destigmatizaci.

5) Reakce okolí

Lucie, Markéta a Samara vnímají popírání a zlehčování nemoci. Např. Lucie konkrétně at' „*nevymýšlí kraviny*”, jako by nemoc nepředstavovala něco obtížně zvládnutelného. Lucie v důsledku bagatelizace začala sama pochybovat o závažnosti svých psychických problémů. Samařin manžel pochopil závažnost panické poruchy, až když u manželky viděl tělesné projevy úzkosti při atace. Lucie a Radek zažili překvapení, když se s trápením svěřili. Radek na druhých viděl strach a setkal se s odmítnutím a odtazením. To mu bylo „*lito*”. Samara se dokonce od vlastního manžela setkala s vyčtením, že je „*magor*” a „*spadlá na hlavu*”.

6) Sociální izolace, konflikty a chybějící sociální opora

Další sekundární komplikací nemoci je chybějící sociální opora: U Lucie a Radka proto, že se cítili nepochopení a nedočkali se podpory blízkých; u Markéty proto, že se dlouho nikomu nesvěřila z důvodu studu. Samara má obavy z toho, jak bude nadále žít s panickou poruchou, která ji omezuje v opouštění domova. Říká, že „...„žije v bublině” a „...„je to na hovno.”

Dále jsem se dozvěděla o konfliktech s respondent. blízkými. Andrea je omezovala, protože vyžadovala striktní dodržování teritoria-vedla nepřívětivost kvůli tenzi z potřeby vykonávání rituálů; na Markétu bývá manžel naštvaný, protože nestíhá péči o domácnost; a Samaře bylo vyčteno, že netráví více času s rodinou.

U všech respondentů vidím i sociální izolaci nebo vyhýbavé chování. Lucie má při velké tenzi a nejistotě potřebu být doma; podobně Samara téměř nevychází ven z obavy z panické ataky; Lucii nutkavé rituály brání v soužití s potenciálním partnerem a rodinou; Radek se cítí osamocen, protože kvůli násilným obsesím nechce trávit moc času ve společnosti. Také by se rád svěřil, ale nechává si utrpení pro sebe, aby ve druhých nezbuzoval negativní emoce. Samara a Radek cítí sociální oporu od lidí s podobnými psychickými problémy. Nakonec všichni respon. zažili alespoň někdy pochopení, empatii, a podporu.

7) Léčba a překážky ve vyhledání odborné pomoci

Překážku v navštívení odborníka hrál u Lucie, Radka a Markéty roli stud. Andrea to neřešila, protože jí v době první návštěvy psychiatra bylo 11 let; a Samaru OCD netrápila. Lucie a Radek se dokonce báli, že budou hned nedobrovolně hospitalizováni v psychiatrické nemocnici. Lucie se navíc bála, že jí seberou ročního synka z péče. Protože nebyla nemoc dlouho léčena, symptomy progredovaly, tedy byly čím dál intenzivnější a respon. komplikovaly život. Tak vznikla u Lucie beznaděj na normální fungování. Lucie a Radek vyhledali lékaře, až když „...to bylo nesnesitelné.“ Dodnes se všichni kromě Andrei léčí na psychiatrii. Všichni kromě Lucie někdy vyhledali i pomoc psychologa. Lucie nabídku psychologa odmítla, protože měla zkreslené informace o průběhu psychoterapie jejího problému. Andrea vystřídala několik psychiatrů i psychologů, ale nikdy pro ni terapie nebyla dostatečně efektivní. Markéta navštěvuje terapie několik let a je spokojená. Samara by se terapií též ráda účastnila, ale překážkou je pro ni panická porucha.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku

VO: Jak se stigmatizace promítne do sebepojetí osob zasažených OCD?

Nezjistila jsem, že by sebepojetí ovlivňovala přímo stigmatizace z okolí. Čtyři z pěti respondenti však kvůli nemoci a menší výkonnosti mají sníženou sebeúctu a vnímají se jako horší v porovnání s lidmi bez psychické poruchy. Všichni mají nižší sebedůvěru, protože je symptomy omezují v různých oblastech. S respondenty jsem se bavila o tom, jak se promítne sdílení nemoci do mezilidských interakcí. Respondenti mluvili jen o svých blízkých příbuzných a přátelích. Od těch respon. zažívají nedostatečnou sociální oporu a pochopení. Většinou je trápí nepochopení nemoci a zlehčování. V jednom případě následkem toho jedna respon. pochybovala o tom, jestli má skutečně problém nebo si jen „vymýšlí“. Všichni příznaky hodnotí jako nenormální. Setkala jsem se také se studem za nemoc a se strachem, jak by druhý člověk na psychické problémy nebo diagnózu reagoval. Dále čtyři z pěti respondentů své symptomy skrývají.

10 DISKUSE

Cílem této práce bylo prozkoumat zkušenosti se stigmatizací u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou. Teoretická část se s empirickou částí vzájemně doplňují. Protože jsme tématu stigmatizace v teoretické části věnovali velkou pozornost, která byla důležitá k lepší orientaci během vedení rozhovorů, a během jejich analýzy, nepopsali jsem detailněji např. teorie o příčinách vzniku této nemoci. Stručně jsme se zmínili o tom, že lidé s touto poruchou mají tendenci se cítit více zodpovědní, a zároveň nekompetentní a nesebejistí (Bhar, 2004). To by mohlo vysvětlovat, proč se např. několikrát vrací zkontrolovat spotřebiče nebo nadměrně brání věci před kontaminací. Dle Prudona (2018) je pro lidi s OCD typický strach a harm-avoidance, což dle mě nasvědčuje zvýšené míře neuroticismu, kterou jsem u respondentů zaznamenala. V rozhovorech jsme se setkali s fenomény známé z teoretické části. Konkrétně se respondenti za příznaky nemoci styděli. Ve třech případech jsme od respondentů slyšeli, že jim stud překážel ve vyhledání pomoci. Setkali jsme se i se strachem ze stigmatizace a obdržení negativní nálepky v souvislosti s nemocí. Ve dvou případech jsme zjistili strach z okamžitého pobytu na psychiatrickém oddělení po vyhledání psychiatra. Za tímto strachem může být představa, že by je lékař po zjištění psychické nemoci považoval (stereotypně) za nebezpečné sobě či okolí, či nedostatečně kompetentní se o sebe postarat. Jelikož se v těchto případech jednalo o obsese s násilným obsahem, možná se respondenti obávali označení jako nebezpeční ne kvůli stereotypu duševní nemoci, ale jednoduše kvůli tomu, že by mohli být nebezpeční kvůli obsesím s agresí. Zde se může odrážet neznalost psychopatologie a neznalost OCD jakožto neurotické poruchy, při které je zachován kontakt s realitou a dotyčný má na symptomy náhled a ví, že obsese neznamenaají, že chce skutečně např. někomu ublížit (Orel, 2020). Je možné, že si symptomy zaměňuje s psychózou, nebo se obává, že budou odborníkem označeny za psychotické pacienty s nedostatečným náhledem. Zde se nabízí rozšířit psychoedukaci veřejnosti. V návaznosti na to mě napadá, že respondenty trápilo zlehčování symptomů blízkými osobami. Toto zlehčování je dle mě též výsledkem nedostatečné psychologické znalosti a nedostatečné znalosti toho, že duševní onemocnění představují skutečné omezení a že eliminace psychické nepohody není vůlí ovladatelná. Proto bych poznatky z psychologie a psychopatologie zařadila už do osnov základního vzdělání.

Dále v souladu s tím, co tvrdí např. Praško et al. (2019), došlo kvůli oddalování léčby ke zhoršení příznaků. Uvedli jsme, že pro léčebný účinek je vhodná kombinace

farmakoterapie a psychoterapie, nejlépe s kognitivně-behaviorální spolu s expozicemi a následným zabráněním rituálů, aby u klienta došlo k nahrazení kognitivního maladaptivního přesvědčení za adaptivní (např. Foa, 2010; McKay, 2010; Theiner, 2019). Překvapilo nás, že se nikdo ve výzkumném souboru tímto účinným typem léčby neléčí. Bylo by podle nás zajímavé dozvědět se, jakým způsobem probíhala nebo stále probíhá psychoterapeutická práce s respondenty. Např. když jedna respondentka hlásila, že pro ni léčba nikdy nebyla efektivní, neznáme teď okolnosti této subjektivní nespokojenosti z léčby. Zřejmě jsme tento bod v průběhu interview nepovažovali za podstatný.

Dále jsme se v literatuře dozvěděli, že osobám s OCD jejich komplikuje běžný život. Zpomaluje je např. v práci nebo škole, protože je jejich pozornost zatížena nepříjemnými obsesemi, které pak narušují kognitivní kapacitu. K tomu nás napadá, že takto může vzniknout bludný kruh, protože může klesnout výkonnost, následkem čehož se člověk stigmatizuje zase více. To může vést k dalšímu stresu. A od Praška et al. (2019) víme, že stres může spustit další vtírající se myšlenky. Tohoto si všimla jedna respondentka, která hlásila, že má větší nutkání kontrolovat spotřebiče, když zrovna prožívá období se zvýšenou hladinou stresu. Také u jediného mužského respondenta jsme viděli, že jeho obsesím s násilným obsahem předcházelo prožívání stresu a frustrace v pracovní oblasti. I poslední respondentka začala přehnaně kontrolovat zamčené dveře a začala dbát příliš na čistotu a úklid někdy v době, kdy se starala o malou nemocnou dceru. Domníváme se, že tato zkušenost s dceřiným celoživotním onemocněním ledvin může být pro matku emocionálně velmi náročná a stresující. Dle Praška & Ociskové (2015) může být stresující událost spouštěčem OCD. Tato péče o nemocné dítě mohla navíc vést k většímu pocitu zodpovědnosti, který se u pacientů s OCD vyskytuje.

V teoretické části jsme dozvěděli, že sebestigmatizace a strach ze stigmatu vede mnohdy k vyhybavému chování a sociální izolaci (Markarian et al., 2010; Yanos et al., 2008). Nebo se lidé s OCD vyhybají určitým situacím či místům, kde by došlo k nepříjemným podnětům a následným vtíravým myšlenkám a nutkání (Praško et al., 2008; Theiner, 2014). V této souvislosti se nám vybavuje, že jedna respondentka v nejhorší fázi nemoci nerada opouštěla byt, protože venku měla pochybnosti, jestli je v bytě všechno v pořádku. Jiná respondentka se také vyhýbá opuštění domova, byť ne kvůli OCD, nýbrž panické poruše. U této druhé ženy se podle nás jedná o rozsáhlou sociální izolaci, která jí snižuje kvalitu života.

Zaujalo nás téma sebestigmatizace v souvislosti s omezenými pracovními možnostmi. Tento problém nám přišel nejvýrazněji v případě našeho jediného mužského respondenta, u kterého se zdá velmi nízké sebehodnocení kvůli závažnému pracovnímu omezení ve formě invalidního důchodu. Připomeňme si studii Alonsa et al. z roku 2009, ze které vyplynulo, že sebestigma bylo vyšší u osob nepracujících z důvodu zdravotního omezení. K tomu nás napadá se zmínit také o studii Kiliçe et al. z roku 2022, kde zjistili pozitivní vysokou korelaci mezi závažností OCD a vysokou mírou sebestigmatu. Je možné, že tento fenomén může být způsoben právě např. tím, že na jedné straně stojí závažná obsedantně-kompulzivní porucha, která nemocnému překáží natolik, že není momentálně schopen vykonávat dosavadní práci, což ho vede k myšlenkám o vlastní (ne)důležitosti. Tyto myšlenky bychom označili právě jako sebestigmatizaci. Omezení způsobené onemocněním může vést k úvahám o neschopnosti. A tak nás napadá, jestli sebestigmatizace je vždy skutečně důsledkem souhlasu s veřejnými stereotypy o osobách s duševním onemocněním. Uvádíme totiž Corriganův model 4 fází procesu sebestigmatizace (viz kap. 2). Podle Corrigan et al. (2011) totiž tento proces začíná znalostí společenských stereotypů. Následuje souhlas s těmito stereotypy. Tímto stereotypem může být v našem případě třeba to, že lidé s psychickým onemocněním jsou neschopní. Následuje vztažení si stereotypu na svou osobu. Zde by si člověk mohl říct: „*Jsem neschopný*“. Následně, aby byla dle Corriganova definice sebestigmatu naplněna, musí v návaznosti na fázi 3 dojít k poklesu sebeúcty (v anglickém originále “harm to self-esteem“). Je podle nás na místě položit si otázku, zda-li je znalost stereotypu a jeho vztažení na sebe podmínkou pro snížení sebeúcty. Myslíme si, že se jedinec může stigmatizovat i sám bez toho, aniž by věděl, jaké domněnky si o něm vytvoří společnost na základě stručné informace, že má danou poruchu.

Aby se lidé s duševní nemocí netrápili se sebestigmatizací, je dle nás důležité v rámci psychoterapie pracovat i se sebepojetím klienta. Tato práce je obzvláště důležitá u osob s OCD, protože jsme v teoretické části zjistili, že osoby s neurotickou poruchou mají nižší sebeúctu, větší míru vlastní nedostatečnosti, studu, a selhání, k čemuž můžou navíc přispět obsesivní myšlenky (Corrigan et al, 2009; Husain et al., 2014; Kim et al., 2014). Dále, pokud je trápí, že nejsou potřební v práci, je možná na místě jim nabídnout chráněné pracovní místo. K tomu nás ovšem napadá, že by se mohli cítit ještě méně schopněji, protože „musí“ pracovat na místě pro OZP. Je tedy důležitý způsob komunikace, když s klientem řešíme možné způsoby výdělků v jeho situaci. Také je důležitý kontext, proč

klient cítí nespokojenost. Např. pokud je pracovně omezen zdravotním stavem, trápí ho finanční nedostatek? Nebo se cítí nesamostatně, protože nyní není schopen si sám vydělávat? Schválně jsem v předchozí větě napsala „nyní“. Klient totiž může mít strach, že zdravotně omezen bude dlouhodobě. V takovém případě je na místě mu vysvětlit, že jeho psychický stav není neměnný. Je však potřeba zdůraznit důležitost účasti na léčbě.

Nyní by nás např. ještě zajímalo, jestli procesu sebestigmatizace předcházela znalost stereotypů o jeho nemoci a vztažení jich na sebe, nebo čím to je, že se jedinec vidí jako „blázen“. Dále by např. mohlo být důležité zjistit, jak přesně vypadá pracovní činnost respondenta, a jestli nějak ovlivněna symptomy, popř. jestli symptomy nějak ovlivňují vztahy s kolegy. Protože např. první respondentky jsme se nezeptali, čím se živí, a neprozkoumali jsme tak její pracovní život. Avšak u dalších rozhovorů už jsme se doptali, pokud to respondent nesdělil spontánně. Také by nás nyní zajímalo, jestli se kvůli příznakům respondenti vyhýbají aktivitám, které byli zvyklí provozovat, nebo by je nyní provozovat začali, a jak toto případné omezení prožívají. Pro budoucí kvalitativní studii bychom proto doporučili změnit pořadí mezi fázemi procesu analýzy dat. Nejprve jsme totiž jednotlivé respondenty vyslechli, pak jsme sepsali a rozebrali jednotlivých pět případů, a poté jsme zpracovali jejich společnou analýzu a pokusili se odpovědět na výzkumnou otázku. Když jsme však psali příběh, někdy jsme zjistili, že by stálo za to nějaké respondentovo téma více rozebrat. Kdybychom si proto toto uvědomili při analýze příběhu, mohli bychom to aplikovat při dalších rozhovorech.

11 ZÁVĚRY

V této kapitole shrnu hlavní výsledky výzkumu:

- Ve výzkumném souboru se objevila tato symptomatika obsedantně-kompulzivní poruchy: kontrolování, strach z kontaminace, obsese s obsahem agrese, symetrické uspořádávání a srovnávání.
- U všech respondentů jsme se setkali s nejistotou a nadměrným ujišťováním.
- Respondenti mají na své symptomy náhled a považují je za absurdní. To vede k sebestigmatizaci a studu.
- Respondenti projevili strach ze stigmatizace, což se projevilo v oddálení vyhledání odborné pomoci.
- Respondenti se setkali s těmito reakcemi blízkého okolí v souvislosti s nemocí: popírání a bagatelizace, překvapení, obviňování, ale i empatie a uznání utrpení.
- Respondenti v souvislosti se stigmatem a strachu z něj zažili nedostatečné nasycení potřeby sociální a emocionální opory. Objevily se také konflikty s blízkými v souvislosti s poruchou.
- U všech respondentů vidíme sociální izolaci nebo vyhýbavé chování.
- U všech respon. je patrné utrpení z nemoci a stesk po zdraví. Všichni hodnotí nemoc jako vyčerpávající.
- Všechny respondenty nemoc omezuje alespoň v jedné oblasti osobního či pracovního života. Pro poslední respondentku Samaru je komplikací především panická porucha.
- U všech jsme se setkali se sníženou sebeúctou nebo sebedůvěrou. Také se cítí (popř. cítili v horší fázi nemoci) méně výkonně. Všichni kromě poslední respondentky uvedli, že se cítí podřadně vůči lidem bez psychické poruchy.
- U respondentů s obsesemi s násilným obsahem se objevil strach, že jsou skutečně nebezpeční sobě či okolí (v závislosti na podobě myšlenky).

Souhrn

Cílem této práce bylo prozkoumat stigmatizaci i sebestigmatizaci u osob s obsedantně-kompulzivní poruchou (porucha je běžně známá pod zkratkou OCD-dle obsessive compulsive disorder). Práce je rozdělená do dvou základních celků-část teoretickou a výzkumnou (empirickou). V teoretické části jsme se nejprve zaměřili na charakteristiku této nemoci a nejrozšířenější druhy léčby. Dozvěděli jsme se, že OCD je neurotická porucha a nejefektivnějších léčebných výsledků je dosahováno kombinací farmakoterapie (ideálně antidepresivy SSRI) a psychoterapie-konkrétně KBT, která pracuje na zvědomění a zpochybnění klientova maladaptivního přesvědčení související s jeho OCD. Také jsou důležité expozice a následné zabránění odpovědi, aby se klient naučil, že úzkost postupně poklesne bez provedení nutkavého jednání. Zjistili jsme, že tato nemoc je zneschopňující a narušuje běžné fungování v každodenním životě. Objevuje se vyhýbavé chování, aby bylo předejito obsesím a následným nutkavým rituálům. Pokud se jedinec neléčí, frekvence obsesí a kompulzí postupně narůstá. Většinou přichází, až když mu příznaky značně překážejí.

Poté práce přechází v část o stigmatizaci jak u psychických poruch obecně, tak konkrétně u námi zkoumané obsedantně-kompulzivní poruchy. Byly popsány negativní důsledky stigmatu a zkoumané intervence proti němu. Byl popsán proces internalizace společenského stigmatu a stereotypů. Na tento problém navazovala podkapitola o sebestigmatizaci, kde jsme se dozvěděli o jejím negativním vlivu na kvalitu života a emoční prožívání, sebeúctu a vlastní účinnost, naději na dosažení cílů, nebo vyhledání péče odborníka. Sebestigma je rizikovým faktorem pro horší prognózu duševního zdraví a může být spojena s adherencí k léčbě. V kap. 3 jsme se podívali na sebepojetí ve vztahu ke stigmatizaci a sebepojetí osob s OCD. Osoby s OCD se totiž často obávají nesouhlasu druhých, mají nižší sebeúctu a sebevědomí, vyšší míru studu a sebenejistoty, a jsou méně nadějní. To mi přijde důležité připomenout, protože právě už nedostatek sebedůvěry může být významnou příčinou toho, že k sebestigmatizaci dojde.

Po teoretickém ukotvení jsme si představili empirickou část s naším kvalitativním výzkumem. Ten se zaměřoval právě na osoby s OCD a jeho cílem bylo prozkoumat jejich zkušenosti se (sebe)stigmatizací, přičemž výzkumná otázka zněla: Jak se stigmatizace promítne do sebepojetí osob s diagnózou OCD? Jelikož nás zajímaly subjektivní zkušenosti a prožívání těchto osob, rozhodli jsme se pro výzkum kvalitativní, který nám umožňuje jít

tzv. víc do hloubky výzkumného problému. Jeho limitem je ovšem malinký výzkumný soubor o počtu čtyř žen a jednoho muže. Nemůžeme tudíž zjištění z něj globalizovat na celou populaci osob s OCD. Jako metodu získávání dat byl použit polostrukturovaný rozhovor a jako metodu vyhodnocení dat interpretativní fenomenologická analýza. Také jsme popsali etiku výzkumu. Po zvolení metodologického rámce jsme stanovili dvě hlavní kritéria pro účast na výzkumu-těmi byli zletilost (věk 18+) a stanovená dg. OCD. Potenciální respondenty jsme oslovili ve facebookových skupinách zaměřené na OCD nebo další psychopatologie. Takto nás kontaktovali čtyři zájemci o účast ve výzkumu, z nichž všichni splňovali obě kritéria. K tomu jsme zvláště u jedné respondentky využili tzv. metodu prostého záměrného výběru, protože víme, že OCD trpí. Tento jediný rozhovor proběhl při osobním kontaktu, zbylé čtyři online přes videohovor na messengeru. Poté jsme si rozebrali všech pět respondentových výpovědí a následně je převedli do programu MAXQDA Analytics Pro, kde jsme výpovědi okódovali. Kódy nám pomohli k lepší orientaci v problematice a popisu zkušeností. Též nám usnadnily následující společnou analýzu dat.

U všech respondentů jsme objevili zkušenosti se stigmatizací i sebestigmatizací a studu, kterému předcházelo vnímání symptomů jako absurdních. Tři respondenti měli strach ze stigmatizace, kvůli čemuž oddalovali vyhledání odborné pomoci. U všech jsme se setkali se sníženou sebeúctou a/nebo sebedůvěrou. Také se cítili méně výkonně. Všichni kromě poslední respondentky uvedli, že se cítí podřadně vůči lidem bez psychické poruchy. U obou respondentů s obsesemi s násilným obsahem se objevil strach, že jsou skutečně nebezpeční sobě či okolí (v závislosti na podobě myšlenky).

V diskusi jsme jako další limit uvedli zřejmě nesprávně zvolené pořadí fází výzkumného šetření. Konkrétně se jednalo o to, že jsme první provedli všech pět rozhovorů, a poté jsme jednotlivé rozhovory rozebíraly. Během tohoto druhého kroku jsme však občas zjistili např., že v některém okruhu nemáme dostatek informací, které můžou ve sebestigmatizaci hrát roli, protože jsme to zaznamenali u dalšího respondenta. Další limit byl ten, že obzvláště otázky směřující k respondentově sebezpečí vyžadují schopnost sebereflexe a znalost sebe sama. Je také nutné počítat s tím, že sebestigmatizace je pouze jeden z několika faktorů, které se na respondentově vnímání a hodnocení sebe sama podílí.

Seznam použité literatury

Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., ...Vilagut, G. (2009). *Perceived stigma among individuals with common mental disorders. Journal of Affective Disorders, 118*(1-3), 180-186.

Akyurek, G., Sezer K. S., Kaya, L., & Temucin, K. (2019). *Stigma in Obsessive Compulsive Disorder. In Kocabaşoğlu, N. (Ed.), & Çağlayan, H. B. (Ed.). Anxiety Disorders - From Childhood to Adulthood, IntechOpen.* doi: 10.5772/intechopen.83642.

Becker M. P., Nitsch, A., M, Schlösser, R., Koch, K., Schachtzabel, C., Wagner, G., Miltner, W. H., Straube T. (2014). *Altered emotional and BOLD responses to negative, positive and ambiguous performance feedback in OCD. Soc Cogn Affect Neurosci, 9*(8), 1127-1133. doi: 10.1093/scan/nst095.

Bhar, S. (2004). *Self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder.* Unpublished PhD thesis, University of Melbourne, Melbourne, Australia, <http://eprints.unimelb.edu.au/archive/00000814/>

Brockington, I., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). *The Community's Tolerance of the Mentally Ill. The British Journal of Psychiatry, 162*(1), 93-99. doi:10.1192/bjp.162.1.9

Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy.* Grada

Brander, F., Pérez-Vigil, A., Larsson, H., Mataix-Cols, D. (2016). *Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 65* (1), 36-62. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.011>.

Corrigan PW, Larson JE, Rüsçh N. (2009). *Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry, 8*(2), 75-81. doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x.

Corrigan, P. V., Bink, A.B, Schmidt, A., Jones, N., & Rüsçh, N. (2016). *What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect, Journal of Mental Health, 25*(1), 10-15, DOI: 10.3109/09638237.2015.1021902

Corrigan, P. W., Rao, D. (2012). *On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change*. *Can J Psychiatry*, 57(8), 464-469. doi: 10.1177/070674371205700804. PMID: 22854028; PMCID: PMC3610943

Corrigan, P. W., Watson, A. C., Barr, L. (2006). *The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy* *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), DOI:10.1521/jscp.2006.25.8.875

Corrigan, P., W., Rafacz, J., Rüsçh N. (2011). *Examining a Progressive Model of Self-Stigma and its Impact on People with Serious Mental Illness*. *Psychiatry research*, 189(3), 339–43. 10.1016/j.psychres.2011.05.024

Čermák, I., Řiháček, T., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

de Abreu Costa, M., D'Alò de Oliveira, G.S., Tatton-Ramos, T., Manfro, G. G. & Salum, G., A. (2019). *Anxiety and Stress-Related Disorders and Mindfulness-Based Interventions: a Systematic Review and Multilevel Meta-analysis and Meta-Regression of Multiple Outcomes*. *Mindfulness*, 10, 996–1005. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1058-1>

Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5tm. (c2013) (5th ed). American Psychiatric Publishing.

Diallo, K. (2017). *Žák s obsedantně-kompulzivní poruchou*. *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání*, 7(2), 7-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.11118/lifele201707027>

Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). *Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness: Qualitative study*. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 176-181. doi:10.1192/bjp.184.2.176

Fineberg, N., A., Gale, T., M. (2005). *Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder*. *Int J Neuropsychopharmacol*, 8 (1), 107-29. doi: 10.1017/S1461145704004675.

Foa, E. B. (2010). *Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder*. *Dialogues Clin Neurosci*, 12(2), 199-207. doi: 10.31887/DCNS.2010.12.2/efoa

Göpfert, N. C., von Heydendorff, C. S, Dreßing, H., Bailer J. (2019). *Applying Corrigan's progressive model of self-stigma to people with depression. PLoS One*, 29(14)(10): e0224418. doi: 10.1371/journal.pone.0224418.

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

Chien, W. T., Tse M. K., Chan H. Y. L, Cheng, H. Y., Chen, L. (2022). *Is mindfulness-based intervention an effective treatment for people with obsessive-compulsive disorder? A systematic review and meta-analysis, Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 32. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100712>.

Chromý, K. (2007). *Obsedantně-kompulzivní spektrum. Psychiatrie pro praxi*, 8(3). 108-109

Kananifar, N. (2013). *The Effects of Mindfulness Group Training on the Rate of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms on the Women in Isfahan City (Iran). International Medical Journal*, 20 (1), 13 - 17. https://www.researchgate.net/publication/277252874_The_Effects_of_Mindfulness_Group_Training_on_the_Rate_of_Obsessive-Compulsive_Disorder_Symptoms_on_the_Women_in_Isfahan_City_Iran

Katerberg, H., Delucchi K., L., Stewart, S. E., Lochner, C., Denys, D. A., Stack, D., E., Andresen., J. M., Grant J. E., Kim, S. W., Williams, K., A., den Boer, J. A., van Balkom, A., J., Smit, J., H., van Oppen, P., Polman. A., Jenike, M. A., Stein, D. J, Mathews, C. A, Cath, D. C. (2010). *Symptom dimensions in OCD: item-level factor analysis and heritability estimates. Behav Genet*, 40(4), 505-17. doi: 10.1007/s10519-010-9339-z.

Kosová, J. (2009). *Psychiat. pro Praxi*, 10 (1), 31–35.

Krendl, A., C. & Freeman, J., B. (2019). *Are mental illnesses stigmatized for the same reasons? Identifying the stigma-related beliefs underlying common mental illnesses, Journal of Mental Health*, 28(3), 267-275. DOI: 10.1080/09638237.2017.1385734

Link, B. G., Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*, 27, 363–385.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). *The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. Psychiatric Services, 52*, 1621-1626

Livingston, J. D, Boyd, J. E. (2010). *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis, 71(12)*, 2150-61. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030

Mastellone, M. (1974). Aversion therapy: A new use for the old rubber band. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 5 (3-4)*, 311-312, [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(74\)90086-X](https://doi.org/10.1016/0005-7916(74)90086-X)

McCulloch, S.P., Scrivano, R. M. (2023). *The effectiveness of mental illness stigma-reduction interventions: A systematic meta-review of meta-analyses. Clin Psychol Rev, 100:102242.* doi: 10.1016/j.cpr.2022.102242.

McKay, D. (2006). *Treating disgust reactions in contamination-based obsessive-compulsive disorder, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37(1)*,53-59. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.09.005>.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Grada.

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Grada Publishing.

Ocisková, M., Praško, J., & Sedláčková, Z. (2013). *Stigma and self-stigma in patients with anxiety disorders. Activitas Nervosa Superior Rediviva, 55(1-2)*, 12-18.

Ocisková, M., Praško, J., Dostálová, L., Kamarádová, D., Látalová, K., Cinculová, A., Kubínek, R., Mainerová, B., Vrbová, K., Ticháčková, A. *Sebestigmatizace u psychiatrických pacientů – standardizace škály ISMI. (2014). Čes a slov Psychiat, 110(6)*, 301–310. http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_6_301_310.pdf

Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers M. P., Smits, J. A. J. (2013). *Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators, Journal of Psychiatric Research, 47 (1)*, 33-41, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>.

Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše (3., aktualizované a doplněné vydání)*. Grada.

Pittenger, G., & Bloch, M. H. (2014). *Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder*. *Psychiatr Clin North Am*, 37(3), 375-91. doi: 10.1016/j.psc.2014.05.006.

Praško, J., & Laňková, J. (2006). *Úzkostné poruchy: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Uzkostne-poruchy.pdf>

Praško, J., Grambal, A., Šlepecký, M., & Vyskočilová, J. (2019). *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Grada Publishing.

Prudon, Peter. (2018). *Incompleteness and Not-Just-Right experiences: A critical analysis of these concepts' meaning, assessment and role in OCD*.

Raboch, J., & Zvolský, P. (c2001). *Psychiatrie*. Galén.

Rahim, E. (2010). *Marginalized through the "Looking Glass Self". The development of Stereotypes and Labeling*. *Journal of International Academic Research*, 10(1).

Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). *Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma*. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539, doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004

Shaikh A. A., Imran M., et al. (2022). *Analysis of Genetic and Environmental Factors in the prevalence of OCD*. *ScienceOpen Preprints*. DOI: 10.14293/S2199-1006.1.SOR-PPJ2Q5I.v1

Simpson H. B., Maher, M., J., Wang, Y., Bao, Y., Foa, E. B., Franklin, M. (2011). *Patient adherence predicts outcome from cognitive behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder*. *J Consult Clin Psychol*, 79 (2), 247-252. doi: 10.1037/a0022659.

Simpson, H. B, Marcus, S. M, Zuckoff, A., Franklin, M., Foa, E. B. (2012). *Patient adherence to cognitive-behavioral therapy predicts long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry, 73(9), 1265-6, doi: 10.4088/JCP.12107879. PMID: 23059155; PMCID: PMC3951095.*

Snyder, C.R., Ilardi, S.S., Cheavens, J., Michael, S. T., Yamhure, L. & Sympson, S. (2000). *The Role of Hope in Cognitive-Behavior Therapies. Cognitive Therapy and Research, 24, 747–762. https://doi.org/10.1023/A:1005547730153*

Stengler-Wenzke K., Trosbach, J., Dietrich, S., Angermeyer, M. C. (2004). *Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder. Arch Psychiatr Nurs, 18(3), 88-96. doi: 10.1016/j.apnu.2004.03.004.*

Stopková, 2017. *Nové trendy v léčbě obsedantně kompulzivní poruchy. Psychiatr. praxi, 18(3): 114–119.*

Theiner, P. (2014). *Obsedantně-kompulzivní porucha v dětství. Pediatrie pro praxi, 15(1), 25-27. https://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-201401-0006_Obsedantne-kompulzivni_porucha_v_detstvi.php*

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR – MKN-10, platná verze od 1.1. 2023, https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F42

Watson, A.C., Corrigan, P., Larson, J.E., & Sells, M. (2006). *Self-stigma in people with mental illness. Schizophrenia bulletin, 33(6), 1312-8.*

Weingarden, H., Renshaw, K. D. (2014). *Shame in the obsessive compulsive related disorders: a conceptual review. J Affect Disord, 171, 74-84. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.010*

Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). *Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A New Group-Based Treatment for Internalized Stigma Among Persons with Severe Mental Illness, International Journal of Group Psychotherapy, 61(4), 576-595. DOI: 10.1521/ijgp.2011.61.4.576*

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Základní údaje výzkumného souboru

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské práce

Příloha č. 2: Abstract of thesis

Příloha č. 3: Otázky k výzkumnému interview

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské práce

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Stigmatizace u osob s obsedantně-kompulzivní poruchou

Autor práce: Barbora Majíčková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Počet stran a znaků: 71 s., 121 771

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 57

Abstrakt:

Tato práce se zabývá stigmatizací u osob s obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD). Cílem této práce je prozkoumat na pěti individuálních případech osob s obsedantně-kompulzivní poruchou zkušenosti se stigmatizací i sebestigmatizací v souvislosti s jejich OCD. Teoretická část se skládá ze tří kapitol, kde jsou tématy OCD, stigmatizace jak u OCD, tak u psychických poruch obecně, a sebezpetí v souvislosti se stigmatizací a v souvislosti OCD. V empirické části je představen kvalitativní výzkum, v jehož rámci jsme použili metodu polostrukturovaného rozhovoru (interview). Tohoto interview se zúčastnilo pět respondentů. K analýze dat jsme využili postup interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledky výzkumu ukazují, že zkušenosti se stigmatizací mají všichni respondenti a že na své symptomy mají náhled a považují je za absurdní. To vede k sebestigmatizaci a studu. U tří respondentů jsme objevili strach ze stigmatizace, který hrál roli v oddálení vyhledání odborné pomoci. V souvislosti se stigmatem a strachem z něj zažili nedostatečné nasycení potřeby sociální a emocionální opory. Objevily se také konflikty s blízkými. U všech respondentů jsme se setkali se sníženou sebeúctou a/nebo sebedůvěrou. Čtyři respondenti uvedli, že se cítí podřadně vůči lidem bez psychické poruchy. U respondentů s obsesemi s násilným obsahem je patrný strach, že jsou skutečně nebezpeční sobě či okolí.

Klíčová slova: obsedantně-kompulzivní porucha, OCD, stigmatizace duševního onemocnění, sebezpetí

ABSTRACT OF THESIS

Title: Stigmatization among people with obsessive-compulsive disorder

Author: Barbora Majíčková

Supervisor: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Number of pages and characters: 71 p., 121 771

Number of appendices: 3

Number of references:

Abstract:

This work deals with stigmatization among people with obsessive-compulsive disorder (OCD). The aim of this thesis is to examine experience of both stigmatization and self-stigmatization in connection with OCD through five individual stories of people with OCD. The theoretical part consists of three chapters, where the themes are OCD, stigmatisation for both OCD and psychological disorders in general, and self-conception in relation to stigmatisation and in relation to OCD. In the empirical part, qualitative research is presented where we used the semi-structured interview interview method. Five respondents participated in this interview. We used an interpretive phenomenological analysis procedure to analyze the data. The results of the research show that all respondents have experience with stigmatisation and that they have insight into their symptoms and find them absurd. This leads to self-stigmatization and shame. In case of three respondents, we found a fear of stigmatization that played a role in delaying seeking professional help. In the context of stigma and fear of it, they experienced a lack of saturation of the need for social and emotional support. There have also been conflicts with loved ones. All of them respondents have experienced reduced self-esteem and/or self-confidence. Four respondents say they feel inferior to people without the psychological disorder. There is a palpable fear among respondents with violent obsessions that they are indeed a danger to themselves or others.

Key words: obsessive-compulsive disorder, OCD, stigmatisation among mental illness, self-conception

Příloha č. 3:

Otázky k výzkumnému interview

A) ÚVOD

1. Otázky na základní demografické údaje (věk, pohlaví)
2. Kdy Vám byla OCD diagnostikována?
3. Kdy se u vás poprvé objevily symptomy a kdy jste se vyhledal pomoc?

B) OBAVY ZE STIGMATU

1. Byla nějaká překážka, kvůli které jste vyhledání pomoci odkládal? Jaká?
2. Svěřil jste se někomu se svými problémy nebo s tím, že se s OCD léčíte? Jak na to dotyčný reagoval? Změnil se od té doby nějak váš vztah s tímto člověkem? Např. se vás více straní, bere vás méně vážně, více vás kontroluje, nebo se vám naopak snaží pomáhat víc než dřív.
3. Snažíte se své symptomy skrývat?

C) PROJEVY STIGMATIZACE A JAK JI RESPONDENTI VNÍMAJÍ

1. Jakých reakcí na své symptomy jste si všiml? Mohlo se jednat např. o posměšky, pomluvy, distancování se od vás. Nebo se naopak mohlo jednat o snahu vás pochopit a pomoci vám.
2. S jakými reakcemi se setkáváte nejčastěji?
3. Jak na vás tyto reakce působí? Přisuzujete jim nějaký význam? Ublíží vám?

D) JAK SE STIGMATIZACE PROMÍTNE DO SEBEPOJETÍ

1. Vážíte si sám sebe méně než před tím, kdy se u vás nemoc vyskytla? (Pokud ano, podílí se na tom i reakce z okolí na vaše symptomy?)
2. Cítíte se někdy podřadně vůči lidem, kteří nemají psychickou poruchu?
3. Cítíte se více neschopný vlivem toho, že máte OCD? (víra v účinné plnění úkolů, řešení problémů...)