

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VÝZVY A SUBJEKTIVNÍ
PROŽÍVÁNÍ PACIENTŮ S OCD
BĚHEM PANDEMIE COVID-19
V ČESKÉ REPUBLICĚ



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Zuzana Trnovcová**

Vedoucí práce: **PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.**

Olomouc

2023

Chtěla bych velmi poděkovat svému vedoucímu práce PhDr. Janu Šmahajovi, Ph.D. za to, že si na mě udělal čas i v posledních chvílích psaní mé diplomové práce. Velmi si cením všech hodnotných rad a podpory, které jsem v průběhu velmi ocenila.

Dále bych ráda poděkovala PhDr. Danielovi Dostálovi, Ph.D., jelikož nám vytvořil velmi užitečnou šablonu pro psaní diplomových prací, která nám ušetřila podstatné množství práce.

Také bych chtěla vyjádřit své díky respondentům, kteří se zapojili do mého výzkumu a během rozhovoru byli ochotni hovořit o svých zkušenostech a odhalili mi tak část svého vnitřního života.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, příteli i svým kamarádům, kteří mi během celého studia byli nesmírnou oporou a kteří mě podporovali také během psaní této diplomové práce.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: „Výzvy a subjektivní prožívání pacientů s OCD během pandemie COVID-19 v České republice“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 29. 3. 2023

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	6
1	Obsedantně-kompulzivní porucha	7
	1.1 Specifika OCD.....	7
	1.2 Obsese a kompulze	10
	1.3 Interpersonální faktory OCD	12
	1.4 Diagnostická kritéria, vyšetření a hodnocení symptomů	13
	1.5 Komorbidita a diferenciální diagnostika	16
2	Subtypy OCD	20
	2.1 Kontaminace a mytí.....	20
	2.2 Kontrolování a obavy z ublížení.....	21
	2.3 Nepřijatelné myšlenky a mentální rituály.....	21
	2.4 Symetrie.....	21
3	Etiologie a patogeneze	23
	3.1 Biologické faktory	23
	3.1.1 Genetické vlivy.....	23
	3.1.2 Neurotransmitery	24
	3.2 Neurobiologické koreláty	26
	3.3 Psychologické teorie.....	28
4	Možnosti léčby OCD	31
	4.1 Farmakoterapie	31
	4.2 Psychoterapie.....	32
	4.2.1 Kognitivně behaviorální terapie	33
	4.3 Zapojení pacientova okolí	35
5	Pandemie COVID-19	37
	5.1 Virus COVID-19	37
	5.2 Vliv pandemie na duševní zdraví	38
6	OCD během pandemie COVID-19	40
	VÝZKUMNÁ ČÁST	44
7	Výzkumný problém, CÍL výzkumu a výzkumné otázky	45
8	Typ výzkumu a použité metody	47
	8.1 Výzkumný design a typ výzkumu	47
	8.2 Metody získávání dat.....	47
	8.3 Metody zvyšování validity dat	49

8.4	Metoda zpracování a analýzy dat	50
8.5	Sebereflexe výzkumníka	51
8.6	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	52
9	Výzkumný soubor	54
9.1	Strategie výběru výzkumného souboru	54
9.2	Charakteristika výzkumného souboru	54
10	Výsledky	57
10.1	Analýza jednotlivých rozhovorů	57
10.2	Analýza společných témat	74
10.3	Odpovědi na výzkumné otázky	79
11	Diskuze	84
11.1	Limity výzkumu	87
11.2	Perspektivy dalšího bádání	89
11.3	Praktické využití výzkumu	90
12	Závěr.....	91
13	Souhrn	93
LITERATURA.....		96
PŘÍLOHY.....		107

ÚVOD

Příchod pandemie COVID-19 byl jistě něčím novým a nečekaným. Řada z nás virus podceňovala a mnozí si naopak dělali velké množství zásob potravin či hygienických pomůcek. Většina však v prvopočátcích pandemie neočekávala, jak dalekosáhlé změny v našem životě nás zastihnou. Byli jsme svědky toho, jak se na několik měsíců pomyslně pozastavil život a vše, co jsme pokládali za samozřejmost, najednou samozřejmostí nebylo. Nemohli jsme navštěvovat školu ani práci, většina služeb byla nedostupná a nakupovat jsme mohli pouze s ochranou nosu a úst. Tak jako každá situace v životě, má i pandemie své výhody a nevýhody. Ovšem jaké jsou reálné dopady na zdraví populace, se dodnes zcela jistě neví. Je pravdou, že vznikl velký počet studií, které se věnují dopadům pandemie jak na klinickou, tak neklinickou populaci. Problémem však zůstává, že tyto výzkumy přicházejí s protichůdnými zjištěními a studie týkající se dopadů pandemie na jedince s OCD, na našem území prakticky neexistují.

Já sama jsem se rozhodla zabývat se tímto tématem, jelikož mi připadalo velmi pozoruhodné, jak každý jedinec vnímal období pandemie jinak. Také se jeden člen mé rodiny léčí s obsedantně kompulzivní poruchou. Byla jsem tedy přímým svědkem toho, jak silný může být dopad pandemie COVID-19 na určitého jedince. Rozhodla jsem se tedy více prozkoumat, zda se jedná o ojedinělý případ, nebo jestli může COVID-19 opravdu zhoršovat psychický stav pacientů s OCD.

Hlavní cíl této práce můžeme spatřovat v pomyslném vnesení světla do velmi zajímavé a užitečné tematiky. Nyní jsme si již vědomi, že podobná krizová situace může znovu nastat a proto jsou tyto výzkumy potřebné. V praktické části práce se tedy v první řadě zaměřuji na to, jak jedinci celé období pandemie prožívali. Pokouším se zjistit, co pacienti v této době považovali za výzvu, jaké volili copingové strategie a v neposlední řadě, jestli měla pandemie nějaký vliv na jejich nemoc. Tato zjištění nám tak dále mohou pomoci k hlubšímu porozumění zmíněné problematice. Naše zjištění by potenciálně mohla přispět k větší připravenosti a efektivnější pomoci jedincům s OCD během dalšího krizového období. Snažím se tedy přinést jedinečný pohled na pandemickou situaci v České republice perspektivou jedinců s obsedantně kompulzivní poruchou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA

V mnoha kulturách po celé zemi jsou rituály chápány jako něco naprosto běžného a velmi podstatného pro život. Známe například mnoho přechodových rituálů, které jsou běžně využívány po celém světě. Také magické myšlení je velmi úzce spjato s naším dětstvím. Děti mají bujnou představivost a mnohokrát si utvářejí vlastní rituály. V malé míře však můžeme toto chování nacházet také u dospělých jedinců, ale musíme brát v potaz, že ne vždy je nutné výskyt těchto jevů považovat za patologii. V určitých situacích se může jednat o něco naprosto běžného a neškodného (Praško et al., 2019). Historicky bylo pohlíženo na obsedantně-kompulzivní rysy jako na něco abnormálního. Nyní se však autoři přiklání spíše k tomu, že jsou tyto rysy pouze extrémem normální osobnosti (Furnham et al., 2013).

Nyní již o této poruše víme mnohem více věcí, než tomu bylo dříve. I přes tuto skutečnost nám však mnohé stále zůstává utajeno. V poslední době se objevuje velké množství prací a výzkumů, které se snaží odhalit, jak tato porucha vznikla a jak by mohla být co nejefektivněji léčena.

1.1 Specifika OCD

OCD je globálním fenoménem se značnou podobností napříč kulturami, jedná-li se o příznaky, distribuci pohlaví, věk nástupu a komorbiditu (Carmi et al., 2022). Obsedantně kompulzivní porucha se vyznačuje opakujícími se rušivými myšlenkami (obsesemi), nutkavými činy (kompulzemi) či jejich kombinací (French & Lyne, 2020). Jedinci tedy trpí neodolatelným a nadměrným nutkáním provádět určité činy, aby se vyhnuli obávaným následkům, nebo se jim neustále vynořují určité nechtěné myšlenky či představy. Dle toho, jak intenzivně a s jakou frekvencí, lidé ony nutkavé činy vykonávají, stávají se často spíše destruktivním než ochranným chováním (Gillan et al., 2014). Lidé, kteří trpí obsedantně kompulzivní poruchou, zažívají souhru obsesí a nutkání, což posiluje cyklickou povahu tohoto stavu (Laving et al., 2022).

Kromě základních diagnostických rysů obsesí a kompulzí jsou symptomy OCD vysoce heterogenní (French & Lyne, 2020). Liší se zejména svým průběhem, bodem samotného nástupu nemoci a komorbidními klinickými stavy (Pinto et al., 2017). Tato různorodost také komplikuje výzkum, jelikož jsou diagnostické systémy (např. DSM-5) založeny na chování a klasifikují tak poruchy dle pozorovaných symptomů. Tato klasifikace je založena na předpokladu, že každé pozorované chování je prováděno ze stejného důvodu. Dle autorů je však již známo, že tomu tak není. Určitý člověk například může zkontrolovat nože, aby se ujistil, že jsou bezpečně uloženy a jiná osoba je kontroluje z důvodu obav z kontaminace (Robinson & Freeston, 2014). Navíc většina pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou není monosymptomatická, ale běžně se u nich vyskytují překrývající se skupiny příznaků (Pinto et al., 2017).

Obsedantně kompulzivní porucha má několik specifických charakteristik. Jednou z nich je právě časová náročnost, jelikož tato porucha zasahuje napříč všemi aspekty lidského života (Pinto et al., 2017). Jedinec si časem vytváří pravidla o tom, jak má obranné, bezpečné chování vypadat, jak často se má používat a kdy s ním již může přestat. Problémem je však to, že OCD má tendence se rozšiřovat a tak mohou být pravidla a rituály čím dál více propracovanější a časově náročnější (Philpot, 2022). Obecně tato duševní porucha způsobuje velké utrpení, se značným zhoršením sociálního fungování. Porucha totiž ovlivňuje ne jen samotného jedince, ale také jeho rodinu a vztahy. Velmi obtížným úkolem tedy může být například sebeobsluha, domácí práce, zaměstnání a koníčky jedince (Pampaloni et al., 2022). OCD je ve své podstatě velmi záladná, jelikož funguje na podstatě vnitřní logiky jedince. Člověk tak může být značně kreativní ve vymýšlení nového neutralizačního chování, pokud je mu jeden způsob blokován (Philpot, 2022).

Dalším důležitým aspektem poruchy je to, že všechny nutkavé obsese jsou vždy ego dystonické, což znamená, že jsou člověku cizí. Jedinec se tedy s tímto chováním neztotožňuje a naopak jím může být zhnusen, jelikož je v rozporu s jeho hodnotami (Guazzini, 2022). OCD je jednou z deseti nejvíce handicapujících medicínských stavů, jelikož má vliv na fungování a kvalitu života (Bharti, 2020). Mimo jiné také proto, že jedince zatěžuje obrovským stresem a utrpením (Praško et al., 2019). Obsedantně kompulzivní porucha je také spojována se zvýšenou mortalitou (Skapinakis et al., 2016).

Obecně lze usoudit, že jedinci vykazující symptomy OCD nemají rádi spontánnost a preferují předvídatelnost. Tedy jakési bezpečí, kde jsou schopni kontrolovat své

prostředí. A to právě proto, že je tato porucha spojena s nižším pocitem kontroly nad sebou a nad svým okolím. Rozpor mezi pociťovanou kontrolou a touhou po kontrole se považuje za motivaci k nutkavým příznakům (Froreich et al., 2016). Pro tyto jedince tedy mohou být změny v každodenním životě vysilující a velmi těžko zvládnutelné (Bharti, 2020).

Perfekcionismus a přehnaná odpovědnost jsou také velkými tématy této poruchy. Jedinec s OCD na sebe mnohdy klade větší odpovědnost, než jakou reálně má. Domnívá se, že svým chováním může způsobit či zamezit katastrofu. Nedokáže si uvědomit, že odpovědnost neleží pouze na něm samotném, ale že ji mají i ostatní lidé. Pokud je odpovědnosti přemíra, způsobuje úzkost a pocity viny (Praško et al., 2019). Perfekcionismus se pravděpodobně také podílí na udržování symptomů OCD. Navíc perfekcionistické rysy, které má většina jedinců s OCD, zpomalují rozhodování (Gillan et al., 2014). A také tento způsob myšlení snižuje úspěšnost léčby (Pinto et al., 2017).

V MKN-10 je obsedantně kompulzivní porucha zařazena pod kategorii: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Zde tvoří samostatnou podkategorii, avšak má mnoho společného s úzkostnými poruchami (Praško et al., 2019). V klasifikaci DSM byla tato porucha řazena přímo mezi úzkostné poruchy. Následně však byla přesunuta do nové kategorie: Obsedantně-kompulzivní a příbuzné poruchy (OCRD) (Carmi et al., 2022). Tento počin měl obrovský dopad na pochopení genetiky OCD a také měl dramatický vliv na diagnózu. Nyní jsou v popředí úlohy jiných emocí, než jen projevů úzkosti (Laving et al., 2022).

Prevalence

Obsedantně kompulzivní porucha je pro člověka celoživotní zátěží. Jedince tedy může provázet celým životem již od brzkého věku. Běžně se však začíná objevovat až v adolescenci a mladé dospělosti (Bharti, 2020). V minulosti se předpokládalo, že se jedná o vzácnější druh poruchy, ale nyní již víme, že tomu tak není a OCD se naopak řadí k těm, které se vyskytují nejčastěji (Praško et al., 2019). Aktuálně se odhaduje celoživotní míra prevalence OCD na 2-3 % populace. Je však nutno podotknout, že jakési podprahové příznaky OCD se mohou ve společnosti vyskytovat s mnohem větším rozsahem (French & Lyne, 2022). Prevalence u nejbližších členů rodiny, tedy u rodičů jedince, sourozenců nebo dětí, se odhaduje v rozmezí 10-11 % (Carmi et al., 2022). Také bylo prokázáno, že se tato porucha objevuje nepatrně častěji u žen, než u mužů (Praško et al., 2019). Pozoruhodné také je, že prevalence obsedantně kompulzivní poruchy je rovnoměrně

rozprostřena po celém světě a vyskytuje se napříč sociálními vrstvami. Ačkoli je nutno podotknout, že kulturní, finanční a sociální faktory hrají výraznou roli v tom, jak bude pravděpodobně vypadat obraz obsesí a jaká bude podoba nutkání (Carmi et al., 2022).

Průběh a prognóza

Začátky obsedantně kompulzivní poruchy bývají velmi pozvolné. Pacienti si sami mnohokrát neuvědomují propuknutí nemoci a mnohdy se také setkáváme s tím, že si ani jejich nejbližší nevšimnou žádné změny. Počáteční projevy poruchy jsou v některých případech označovány okolím spíše jako nevinné zvláštnosti, které se však postupem času začínají více projevovat a narušovat tak život nemocného, ale i jeho rodiny a blízkých (Paxos, 2022). Další část pacientů si však spouštěče může být vědoma. U některých jedinců totiž samotnému začátku OCD předchází nějaká stresující životní událost. Poté je rozvoj nemoci většinou rychlejší. Touto stresující událostí může být například velká psychická zátěž, trauma či například i radostná zpráva jakou může být narození dítěte (Praško et al., 2019).

V počátečních stádiích poruchy se často jedinci snaží udržet své nutkání i obsese pod kontrolou a v tajnosti. Zpočátku se může alespoň částečná kontrola opravdu dařit. Bohužel se však projevy nemoci v mnoha případech stupňují a pacient tak ztrácí schopnost kontroly (Paxos, 2022). Pokud tedy již člověk začíná přizpůsobovat svůj život poruše, může se objevovat stahování se ze společnosti a zanedbávání svého povolání. Důvody jsou různé, jedním z nich je například to, že jedinci jeho obsese a kompulze znemožňují opustit dům, či jej omezují navštěvovat určitá místa. Také stud a obava ze stigmatizace hrají velkou roli u tohoto fenoménu (Praško et al., 2019).

Pokud se porucha stane chronickou, může být velmi zákeřná. Symptomy totiž mají tendenci měnit svůj obsah i četnost. V některých případech se může objevovat spíše epizodický průběh, jindy je porucha přítomna v každodenním životě bez období relativního klidu. Obecně se tedy průběh nemoci může v mnohém lišit. Někteří lidé se uzdraví, ale většinou stále přetrvávají určité reziduální symptomy. Existují však i případy, kdy jedinec zažije pouze jednu epizodu OCD, která plně odezní (Praško et al., 2019).

1.2 Obsese a kompulze

Intruzivní myšlenky se objevují, jak u zdravých lidí, tak u osob trpících obsedantně kompulzivní poruchou. Velkým rozdílem je však to, jakou váhu jim lidé přikládají. Ti, jež

OCD netrpí, se nepříjemnou myšlenkou nebudou nějak více zabývat, ani jí nebudou přikládat hlubší význam. Jedinci s OCD však budou vnímat nutkavé myšlenky jako velmi rozrušující a budou se je snažit různými způsoby potlačit. Běžná populace se tedy liší od osob trpících OCD pouze četností, se kterou se tyto myšlenky objevují a tím, jak si je interpretují. Je také dokázáno, že se obsedantní myšlenky obecně objevují častěji, pokud je člověk pod stresem, je frustrovaný či pociťuje úzkost (Praško et al., 2019). Existují tedy názory, že je Obsedantně kompulzivní porucha spojena se špatnou tolerancí úzkosti a stresu (Robinson & Freeston, 2014).

Nejprve se v této práci zaměříme na obsese. **Obsese** se nejčastěji objevují ve formě vtíravých myšlenek, ale také jako slova, hesla, pochybnosti, obrazy, přesvědčení a představy. Liší se také svým obsahem, kdy se nejčastěji týkají: strachu z kontaminace, obav z poškození, agresivních myšlenek, pochybností, symetrie, somatických stesků a v neposlední řadě náboženských témat (Paxos, 2022). V mnoha případech obsah těchto myšlenek koresponduje s tím, co je pro konkrétního jedince nepříjemné a co je v rozporu s jeho přesvědčeními. Obsese jsou tedy egodystonní, repetitivní, neodbytné a opakují se ve stereotypní formě (Praško et al., 2019). Často vyvolávají nepříjemné emoce jako je: napětí, úzkost, zhnusení a pocity celkové nepohody. Témata mnoha obsedantních myšlenek souvisí se silnými emocemi, které se jedinec snaží blokovat i extrémními způsoby. Tato skutečnost může odrážet nesnášenlivost těchto emocí a potíže s tolerováním emočních stavů (Robinson & Freeston, 2014).

Kompulze můžeme označovat jako nutkavé jednání či rituály. Objevují se v reakci na obsedantní myšlenku a jejich účelem je snížení úzkosti. Jedná se o volní aktivitu, která z krátkodobého hlediska sice sníží prožívanou úzkost, ale postupem času se patologicky rozšiřuje. Kompulze mohou mít mnoho podob, kdy nejčastěji se objevují ve formě: Kontrolování, mytí, počítání, opakování, hromadění a dotazování. Jde tedy o provádění nějaké nepřiměřené aktivity, která je podmíněna silným, vnitřním puzením ji provést. Toto jednání vzniká za účelem neutralizovat spouštějící myšlenku a je prováděno stereotypním způsobem dle určitých pravidel (Paxos, 2022). Neutralizace však nemusí probíhat pouze ve formě nějakého viditelného jednání, ale může vypadat jako další myšlenka. Jedinec si v tomto případě úmyslně vyvolá myšlenku, která neutralizuje obsesi. Problémem však může být, že se tyto myšlenky mohou začít řetězit a každá z nich pak splňuje jedinečnou funkci. Důležité je také zmínit, že se časem rozvíjí podmíněný reflex. Ten způsobí u jedince okamžitou reakci ve formě naučené kompulze ještě předtím, než se vůbec

obsedantní myšlenka objeví. Nemocní jsou schopni své puzení na chvíli odložit a rituál provést až ve vhodné chvíli. Avšak jen ve výjimečných případech se bez pomoci vzdají rituálu úplně (Praško et al., 2019).

Tím, jak obsese stále přetrvávají, kompulze se stávají komplexnější a rozsáhlejší. Vznikají nové obsese a díky tomu se vytváří další rozmanité rituály. Například způsobem rozšíření konkrétní obavy k širším verzím. Člověk se nyní nebojí pouze chřipky, ale začne se obávat všech onemocnění. Nebo se snižuje pomyslný práh toho, co je potenciálně nebezpečné. V tomto případě se tedy člověk nebojí pouze toho, že chytí Covid-19 po podání ruky, ale začne se obávat onemocnění i po kontaktu s věcmi (Philpot, 2022). Jedinci se tak mnohdy přiklánějí k vyhýbavému chování. Usilují tedy o to, aby se vůbec se spouštěčem jejich obsesí nesetkali. Paradoxní je při této strategii však to, že se tímto způsobem podmíněný reflex upevňuje (Praško et al., 2019).

1.3 Interpersonální faktory OCD

Obsedantně kompulzivní porucha zasahuje život jedince komplexně. Je tedy velmi důležité, zaměřit se na to, jak proniká do společenského a rodinného života člověka. Právě tato skutečnost totiž může v mnoha případech napomoci léčbě, nebo ji naopak naprosto mařit.

Jak jsme již zmiňovali, člověk se řídí svou vnitřní logikou a jeho reakce mu tak dávají smysl. Jeho okolí však může toto chování vnímat jako absurdní a přehnané. Blízcí takto nemocného člověka si tedy mnohdy jeho jednání vysvětlují jiným způsobem a mohou jej například považovat za manipulaci či za chování, které má upoutat pozornost. Důležité je také zmínit, že i pacienti, kteří OCD trpí, mohou vnímat svou poruchu z obou perspektiv a díky tomu se zvyšuje jejich úzkost. Jsou si tedy v mnoha případech vědomi přehnanosti svých reakcí, ale pokud jsou postaveni před spouštěč, toto chování nadále opakují (Philpot, 2022). Takto nepochopení jedinci tedy čelí boji se svou nemocí a zároveň mnohdy i kritice okolí. Přičemž tento nesoulad, vede k tomu, že se jedinci na obou stranách cítí nepochopení a frustrovaní (Praško et al., 2019).

Obsedantně kompulzivní poruchou je zasažen celý rodinný život. Dopady na pečovatele a blízké okolí jsou tudíž opravdu nezanedbatelné. Sociální okruh okolo pacienta je mnohdy vtažen do provádění určitého chování a přizpůsobuje svůj život rituálům pacienta (Skapinakis et al., 2016). Členové rodiny se tedy často postupně vzdávají

vlastních zálib, jelikož se rituály jejich blízkého stávají čím dál rozsáhlejší. Rodina se snaží vyhovět přáním nemocného ve víře, že mu tímto jednáním pomohou. Jedná se o přirozenou reakci, když vidí svého blízkého v nouzi. Díky tomu však může v rodině vznikat napětí v mezilidských vztazích, které mnohokrát ústí do bouřlivých konfliktů (Philpot, 2022). Pro rodinu může být velmi obtížné být milovanému oporou, když oni sami bojují se svými pocity a frustrací. Blízké okolí tak mnohdy trpí pocity viny a studu (Praško et al., 2019). Zapojení rodiny je tedy pochopitelně dalším velmi důležitým faktorem pro léčbu OCD a na tuto problematiku se více zaměříme v pozdějších kapitolách.

1.4 Diagnostická kritéria, vyšetření a hodnocení symptomů

Abychom mohli říci, že někdo trpí určitou duševní poruchou, musíme nejprve znát normu psychického zdraví. Odborníci se shodují na tom, že v nejlepším případě by se psychické poruchy měly diagnostikovat již v iniciálním období. Z praxe však víme, že tomu tak většinou není (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Je velmi důležité zmínit, že obsedantně kompulzivní porucha bývá velmi často nedostatečně diagnostikována. Tato latence mezi začátkem OCD a první adekvátní farmakologickou léčbou se v poslední době dostala do popředí výzkumů zabývajících se touto poruchou. Diagnostika může být složitá kvůli několika faktorům (Pampaloni et al., 2022). Jedním z těchto faktorů může být nesprávně posouzení symptomů, díky čemuž odborník stanoví špatnou diagnózu. Diagnostika v psychiatrii je obtížná, jelikož jsou obrazy duševních poruch velmi proměnlivé a různorodé (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Dále se může stát, že si je jedinec vědom svých příznaků, ale nevyhledá odbornou pomoc, protože se stydí. Nemocný však nemusí mít dostatečný náhled a svou nemoc si díky tomu nemusí připouštět. Stupeň náhledu se může vývojem poruchy měnit. S touto skutečností se pojí těžší výskyt příznaků a oslabený náhled může negativně ovlivnit výsledek léčby (Praško et al., 2019).

Aby mohla být obsedantně kompulzivní porucha diagnostikována, mělo by být splněno několik kritérií: Příznaky OCD se musejí projevovat po dobu minimálně dvou týdnů a současně by měly být přítomny po většinu dní. Jedinci jsou symptomy nepříjemné, způsobují mu úzkost, objevují se opakovaně a tato osoba se je snaží potlačovat. Důležitým faktorem pro diagnostiku je také to, že nemocnému výrazně zasahují do běžného

fungování. Také minimálně jedna obsese či kompulze vykazuje známky nesmyslnosti či přehnanosti (Praško et al., 2019).

V psychiatrii se tedy dostáváme k diagnostickým závěrům skrze podrobné a precizní získávání informací k symptomovému, syndromovému a následně ke konečnému závěru. Samotná diagnostika by měla být komplexní, což znamená, že by se měly posuzovat různé oblasti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Dobrou klinickou praxí tedy je zkoumání věku nástupu, získávání rodinné anamnézy, hodnocení rizik a zvážení různých faktorů, jako je například kulturní zázemí pacienta (Praško et al., 2019). Podstatná je podrobná analýza pacientova denního režimu, aby nevědomky nevynechal důležité informace. Hodnocení se v nejlepším případě provádí v rámci multidisciplinárního týmu. Díky tomu je možné shromáždit potřebné informace z různých úhlů pohledu. Jedná se sice o zdlouhavý proces, avšak komplexní hodnocení může pomoci včas adekvátně identifikovat potenciální překážky a přispět k sestavení co nejlepšího léčebného plánu. Proces hodnocení těží z přístupu, u něhož se ptáme otevřenými otázkami, jelikož ty vybízejí pacienta, aby popsal své aktuální potíže. Dále je zásadní určit, zda existuje spouštěcí událost a musíme také zjistit, jak se v průběhu času obsedantně kompulzivní porucha vyvíjela. Dalším neméně důležitým krokem je identifikování faktorů, které přispívají k udržování OCD. Psychometrická měření pak mohou být použita k potvrzení těchto informací a k přezkoumání symptomů (Pampaloni et al., 2022).

Při diagnostice je vhodné využití komplexního psychologického vyšetření, které by mělo být rutinní částí při každé diagnostice. Zjistíme tak cenné informace o kognitivních funkcích, intelektu, osobnostních charakteristikách a o psychopatologických fenoménech (Praško et al., 2019).

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCD) je hodnotící stupnice, která se používá k posuzování závažnosti OCD. Aktuálně se velmi hojně využívá také její druhá verze: Y-BOCS II. (Catro-Rodrigues et al., 2018). Y-BOCS je považována za zlatý standard, jelikož je nejčastějším posuzovacím nástrojem OCD na světě. Využívá se také k hodnocení účinku léčby (Vyskocilova et al., 2016). Tento nástroj byl v roce 1989 zaveden Goodmanem a jeho kolegy. Od té doby byl podroben nespočtem výzkumů a studií. Na základě jejich výsledků byly této metodě přiřknuty dobré psychometrické vlastnosti a byla prokázána klinická užitečnost. Jedná se o manuální polostrukturovaný rozhovor, který se skládá z komplexního seznamu symptomů. Tento seznam slouží k identifikaci určitého typu OCD a ke specifikaci symptomů. Hodnocení probíhá na

devatenácti bodové hodnotící stupnici, jejíž prvních deset položek tvoří celkové skóre Y-BOCS (Hauschildt et al., 2019). První část obsahuje dotazník, který samostatně měří typ obsesí a kompulzí. Druhá část obsahuje dotazy, které hodnotí závažnost, frekvenci a důsledky obsesí či kompulzí. Dále pomocí této metody získáváme cenné informace o míře vzhledu, vyhýbavém chování, potížích s rozhodováním, přehnanou odpovědností a o patologických pochybnostech. Na základě odpovědí jedince provádí tazatel hodnocení na pěti bodové škále od 0 do 4 pro každou položku. Následně vzniká celkové skóre a dílčí skóre pro obsese a nutkání. Obecně lze tedy říci, že se hodnotící snaží hodnotit celkovou závažnost poruchy (Praško et al., 2019).

Administrace Y-BOSC je však časově velmi náročná, jak pro lékaře, tak pro pacienty. Dalším úskalím této metody je to, že jsou od tazatele vyžadovány rozsáhlé klinické zkušenosti a intenzivní školení v práci s tímto nástrojem (Hauschildt et al., 2019). Aby se tato omezení obešla, vznikla nová forma S-Y-BOCS, která je subjektivní formou dotazníku pro pacienty (Vyskocilova et al., 2016). V této verzi nástroje však může být problematické, že jedinci, kteří provádějí své první hodnocení, nemusejí mít přehled o symptomech OCD a nemusí jim dostatečně porozumět. Na sebehodnocení také mohou mít vliv další sociodemografické faktory, jako je pohlaví a věk. Navzdory těmto potenciálním problémům se S-Y-BOCS stále více používá jako výstupní měřítko vyšetření (Hauschildt et al., 2019). Existuje také verze pro děti, která se nazývá CY-BOCS (Rapp et al., 2016).

International Neuropsychiatric Interview (MINI) je další velmi podstatnou metodou. Hodnotí mimo jiné přítomnost bipolární poruchy, úzkostných poruch, deprese, poruchy příjmu potravy a suicidalitu. MINI byl vyvinut v roce 1990 lékaři a je to nejrozšířenější diagnostické interview na světě. Nyní je přeložen do více než 70 jazyků a je využíván po celém světě. Pomocí této metody získáváme pouze jednoznačné odpovědi, tedy zda klient splňuje či nesplňuje kritérium (Praško et al., 2019). Tato skutečnost však také může být vnímána jako limitující, což může mít za následek frustraci pacienta. Nástroj existuje, jak ve verzi tužka papír, tak ve webové verzi. Je nutné, aby rozhovor vedli certifikovaní psychologové, či praktičtí lékaři. Lékaři uznali, že díky zkušenostem s MINI se jejich hodnocení symptomů stalo ještě profesionálnější. MINI také může pomoci usnadnit konverzaci s pacienty, kteří nejsou příliš výmluvní, nebo kteří mají potíže s vysvětlením svých pocitů. (Pettersson et al., 2018). Limitem však může být zkreslená interpretace a pravdivost výpovědí pacienta (Brakoulias et al., 2013). Také zde existuje

verze pro děti, která má název: MINI-KID. Jedná se o krátký diagnostický rozhovor určený pro diagnostiku duševních poruch u dětí. Jeho administrace je velmi krátká a je určen pro děti ve věku šest až sedmnáct let (McDonald et al., 2021).

Můžeme však používat širokou paletu nástrojů, které nám pomáhají získávat podstatné informace k diferenciaci diagnostice a k dalším komorbiditám. Příkladem tak mohou být: Beckova sebesuzovací stupnice deprese, Dotazník k hodnocení disociativních příznaků, Sheehanova stupnice úzkosti, Minnesotský multifázický osobnostní dotazník, Rorschachův test a další (Praško et al., 2019).

1.5 Komorbidita a diferenciaci diagnostika

Mnoho pacientů s OCD má komorbidní psychiatrické poruchy, které mohou ztěžovat léčbu a ještě více snižovat celkovou životní spokojenost jedince (Paxos, 2022). Macy et al (2013) uvádí, že alespoň 50 % pacientů s OCD má minimálně jednu další psychiatrickou poruchu. Dává tedy smysl, že přidaná léčba zaměřena přímo na komorbiditu tak může zvýšit úspěšnost léčby či prolomit rezistenci (Praško et al., 2019). Mimo tuto skutečnost mohou vzory komorbidit vrhnout pomyslné světlo na patogenezi OCD a mohou mít dopad na nosologii této poruchy (Lochner et al., 2014).

Navíc bylo zachyceno, že mnoho pacientů vyhledalo léčbu až při větším narušení, na kterém se podílí komorbidita (Praško et al., 2019). Z toho plyne, že pochopení prevalence a vzorců komorbidit má důležité klinické a výzkumné důsledky. I samotný věk nástupu komorbidních psychiatrických poruch může být ovlivněn různými faktory a to nejen genetickými, ale také sociokulturními. Následně se klade důraz na nabídnutí vysoce specifické léčby pro každého jedince (Sharma et al., 2021).

Abychom dokázali léčit pacienta s příznaky OCD, musíme nejdříve provést diferenciaci diagnostiku. Diagnóza OCD by tedy měla být jedinci přiřknuta až v případě, že příznaky nemohou být důsledkem jiné poruchy (Praško et al., 2019).

Jednou z nejčastějších komorbidních diagnóz OCD je deprese (Bharti, 2020). Řada autorů však vnímá depresi spíše jako komplexní součást OCD (Praško et al., 2019). A to právě díky důkazu, že společně se snižováním symptomatologie OCD se kontinuálně snižují i depresivní symptomy. Deprese může být také až sekundárním problémem a může vznikat spíše jako reakce na symptomy OCD. Deprese je spojena se závažnějšími obsedantně kompulzivními symptomy a může zde být také vyšší riziko suicidálních

myšlenek či pokusů o sebevraždu (Pampaloni et al., 2022). Prvním krokem k efektivní léčbě deprese je její včasné rozpoznání a diagnostika. Aby bylo možné depresi diagnostikovat, je zapotřebí otevřený rozhovor s pacientem, který může být časově náročný. Je tedy vhodné využívat rychlejší a levnější metody pro screening (Holt et al., 2014). Rozvoj deprese bývá pozvolný s nespécifickými příznaky, jako jsou poruchy spánku a skleslost. Postupně se deprese prohlubuje a člověk se začíná zanedbávat a podceňovat. Mezi příznaky deprese patří například smutná nálada, podrážděnost, utlumená psychomotorika, pomalejší myšlení, pocity psychického i fyzického vyčerpání a změna hmotnosti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Kromě farmakologické léčby se jako nejúspěšnější ukazuje kognitivně behaviorální terapie. Její principy zahrnují edukaci pacienta, výuku relaxačních technik a rozvíjí dovednosti pro identifikaci a zpochybnění maladaptivních myšlenek a pocitů (Tiller, 2013). Pro diferenciální diagnostiku je velmi důležité odlišení depresivních ruminací od obsesí, které jsou přítomny u OCD (Praško et al., 2019).

Ve vysoké míře se společně s OCD vyskytují také úzkostné poruchy. Mezi nejčastější patří: Generalizovaná úzkostná porucha, specifické fobie, sociální fobie a panická porucha (Brakoulias et al., 2017). Existuje mnoho podobností mezi panickou poruchou a OCD. Patří mezi ně například: hypochondrické chování, zabezpečování, vyhýbání se a nadměrné hodnocení rizika. Výhodou je, že se obě tyto poruchy léčí stejným způsobem. Účinná je tedy léčba kognitivně-behaviorální terapie a SSRI (Praško et al., 2019). Generalizovaná úzkostná porucha je chronická duševní porucha, která se pojí s nadměrnými strachy a neadekvátní úzkostí. Podstatné je, že se tyto obavy neváží k žádné konkrétní situaci a jsou přetrvávajícího charakteru. Pro lékaře může být obtížné rozlišit mezi těmito dvěma poruchami, jelikož se značně překrývají obavy u GAD a obsese u OCD. Ovšem rozdílem je to, že GAD většinou obsahuje obavy z reálných situací, zatímco obsese u OCD jsou ego-dytonické a mají bizarnější povahu. Pokud se objevují současně, mohou vést k horší schopnosti rozhodování a k patologické odpovědnosti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Jedinci s GAD také mají větší tendence opustit behaviorální terapii, proto se jeví jako lepší volba léčby právě kognitivní terapie (Praško et al., 2019). Fobické úzkostné poruchy mohou mít velmi odlišný objekt, který spouští příznaky. Ovšem průběh je velmi podobný. Jedná se o periodické ataky strachu, které začínají náhle a jsou doprovázeny silnými somatickými příznaky (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Minimálně 50 % pacientů s bipolární poruchou má další diagnózu, přičemž jednou z nejobtížněji zvládnutelných je právě OCD. Velkou komplikací této komorbidity je to, že první linie léčby OCD pomocí farmak, může zhoršit symptomy bipolární poruchy. Antidepresiva totiž mohou vyvolat manické epizody, destabilizovat onemocnění zvýšením manických či depresivních epizod, nebo vyvolat chronický depresivní stav. Tato komorbidita má také významný vliv na klinické rysy, symptomatologickou expresi, na komplikace poruchy a na prognózu těchto pacientů (Amerio et al., 2014). Jedinci mají vyšší míru určitých obsesí a kompulzí, vyžadují častější hospitalizace a složité farmakologické intervence. Také se u nich vyskytuje více myšlenek na smrt, sebevražedných pokusů a větší riziko závislostí na návykových látkách. Bipolární porucha také zhoršuje systematickou léčbu, která je pro pacienty s OCD velmi potřebná (Praško et al., 2019). Zůstává však nejasné, zda vysoká komorbidita představuje častý výskyt dvou nezávislých poruch, nebo se jedná spíše o symptomy jedné poruchy. Závažnější symptomy OCD se totiž objevují během deprese a během mánie či hypománie dochází ke zlepšení (Pampaloni et al., 2022).

Častá komorbidita se ukazuje také mezi schizofrenií a OCD. Mnoho pacientů se schizofrenií se během svého života setká se symptomy OCD a 12 % přímo naplňuje kritéria pro diagnózu OCD. Současný výskyt obou zmíněných nemocí způsobuje vyšší míru úzkosti, depresivní projevy, větší neurokognitivní deficit a zhoršuje to jejich fungování ve společnosti (Vrbová et al., 2022). Diferenciální diagnostika zde může být velmi obtížná. Lékař by se měl primárně zaměřit na diferenciaci mezi bludem a obsesí a to ne jen na základě vhledu, jelikož ten může být u obou poruch nedostatečný. Důležitým rozdílem je to, že bludy jsou považovány jako pravdivé, přesné a nezpochybnitelné, zatímco obsese jsou přetrvávající myšlenky, impulsy či obrazy, které působí rušivě a způsobují úzkost (Oulis et al., 2013). Primární obsesivní pomalost může být v některých případech zaměněna za prodromální schizofrenii či poruchu myšlení, jelikož jedinec v tomto stavu nemusí být schopen popsat obsese či nemusí vykazovat kompulze. Při diferenciální diagnostice je tedy potřebné zaměřit se na to, abychom nepovažovali opakující se a vtíravé myšlenky za obsesi, pokud se týká výhradně bludných témat. Nutné je také považovat určité chování za nutkání pouze v případě, pokud slouží ke snížení úzkost, nebo se objeví jako reakce na obsedantní myšlenku (Praško et al., 2019). Důležité je také mít na paměti, že atypická antipsychotika mohou spustit OCD, či mohou zhoršit jeho symptomy (Vrbová et al., 2022).

Existuje mnohem více poruch, které lékař musí brát v potaz, aby mohl adekvátně diagnostikovat OCD. Dalšími poruchami, které mohou způsobovat velké diagnostické potíže, jelikož se v mnohém podobají OCD, jsou: Posttraumatická stresová porucha, ADHD, Touretův syndrom, Autismus, Hypochondrická porucha, Poruchy příjmu potravy... (Praško et al., 2019).

2 SUBTYPY OCD

Byly učiněny pokusy o klasifikaci OCD na základě rozpoznání „dysfunkční“ přesvědčení. Zde se klade důraz na seskupování podtypů OCD dle důvodu, proč člověk určité chování dělá a ne jen dle toho, jak ono chování vypadá. Problémem této klasifikace je však to, že nejsme schopni přesvědčení přesně měřit, jelikož nejsou přímo pozorovatelná. Také může mít každý jedinec rozdílný náhled na své OCD. V této práci se tedy budeme zaměřovat na klasifikaci, která je založena na rozpoznávání chování. Díky identifikaci převažujícího chování u osob s OCD, bylo objeveno pět až sedm hlavních podtypů. Výhodou této klasifikace je to, že sledujeme něco relativně dobře identifikovatelného a tedy i měřitelného (Robinson & Freeston, 2014). Je však důležité zmínit, že spektrum OCD zachycuje širokou škálu jevů a že jen velmi zřídka najdeme jedince, který by měl příznaky pouze jediného podtypu OCD (Guazzini, 2022).

2.1 Kontaminace a mytí

Tento podtyp je spojen s nutkavým mytím nebo čištěním a je jedním z nejčastěji se vyskytujících podtypů OCD (Menzies et al., 2020). Obsese a nutkání se týkají realistických, ale i naprosto irelevantních nákaz. Mohou být způsobeny také myšlenkou na určitou traumatickou událost či pouhou mentální představou (Guazzini, 2022). Jedinec vnímá riziko nákazy mnohem intenzivněji a díky tomu vyvíjí obrovské úsilí k ochrannému chování, které je zaměřeno na odstranění či na neutralizaci možného rizika (Zaccari, 2021). Tento typ obsese se v mnohém podobá fobiím. Klasickým obrazem tohoto subtypu je právě široké množství objektů, které navozují příznaky. Člověk je tak mnohdy velmi omezován a nemusí být schopen fungovat v běžném životě (Praško et al., 2019). K tomuto podtypu OCD se také váže vyhyčivé chování. Jedinec v tomto případě přijímá neadekvátní opatření, aby snížil možnost vystavení se spouštějícím objektům (French & Lyne, 2020). Menzies et al. (2020) se domnívají, že je zde propojení mezi obavami z kontaminace a se strachem ze smrti. Toto čištění je totiž běžně spojováno s obavami z choroboplodných

zárodků a jiných látek, které mohou přenášet nejrůznější infekce. Tyto bakterie, viry a jedovaté látky následně mohou způsobovat smrtelné onemocnění.

2.2 Kontrolování a obavy z ublížení

Jedinci, u kterých převažuje podtyp Kontrolování a obavy z ublížení, se snaží dosáhnout jistoty, že nezavinili žádnou újmu sobě, ani ostatním a to tím způsobem, že se mnohokrát ujišťují (Praško et al., 2019). Tito lidé se velmi obávají o svou vlastní bezpečnost, ale také o bezpečnost svých blízkých a snaží se dělat vše proto, aby se nebezpečí vyhnuli. Frekvence tohoto vyhýbání je však tak vysoká, že je samotné velmi zneklidňuje (Bharti, 2020). Toto chování „hledající bezpečí“ osobě s OCD poskytuje krátkodobou úlevu, avšak z dlouhodobého hlediska posiluje tyto stresující myšlenky a zvyšuje pravděpodobnost jejich budoucího výskytu (Philpot, 2022). Tito jedinci tedy velmi špatně reagují na nejistotu. Mezi typické příklady nutkavé kontroly patří právě ověřování toho, že jsou jejich blízcí v bezpečí. Opakovaně kontrolují, zda zamkli dveře, zavřeli okna, a jestli vypnuli všechny elektrospotřebiče. Takováto kontrola je prováděna několikrát po sobě a může trvat až hodiny. Tato skutečnost má následně vliv na život jedince i jeho rodiny (Guazzini, 2022).

2.3 Nepřijatelné myšlenky a mentální rituály

Nepřijatelné myšlenky mohou být pro jedince velmi nepříjemné. Většinou jsou to myšlenky, které jsou v rozporu s jeho vlastními přesvědčeními. Pokud tedy jedinec například vyrostl ve velmi nábožensky založené a ortodoxní rodině, je velká pravděpodobnost, že budou jeho obsedantní myšlenky v rozporu s jeho náboženskými přesvědčeními. Dále jsou tyto myšlenky velmi často agresivního či sexuálního rázu. Tyto myšlenky se neustále opakují a jedinec tak nabývá názoru, že je špatným člověkem. Také si může myslet, že se tyto myšlenky mohou vyplnit. Snaží se je tedy různými způsoby potlačit. Tyto pokusy jsou však kontraproduktivní, jelikož způsobují ještě častější výskyt těchto myšlenek (Williams et al., 2013).

2.4 Symetrie

Tento podtyp OCD se vyznačuje nepříjemnými pocity, že věci nejsou v pořádku. Dostavuje se úzkost a stres, které jedince ženou k akci. Tedy aby dal věci do stavu,

v jakém by dle něj měly být (Guazzini, 2022). Příznaky mohou vypadat tak, že pacient několik hodin přemísťuje určité předměty. Tímto způsobem snižuje svou úzkost a dosahuje tak pocitu, že jsou věci v jeho okolí perfektně poskládány a seřazeny (Menzies et al., 2020). Mezi hlavní symptomy řadíme perfekcionalismus a potřebu uspořádání. Pacienti s OCD tedy nejsou schopni tolerovat předměty, které jsou poskládány asymetricky. Pokud jsou asymetrii vystaveni, vzbuzuje to v nich pocit nedostatku harmonie a logiky (Guazzini, 2022).

3 ETIOLOGIE A PATOGENEZE

Dosud nebyl plně objasněn etiologický základ OCD. Je však velmi pravděpodobné, že se jedná o multifaktoriální původ onemocnění (Paxos, 2022). Objevují se testovatelné hypotézy o jeho psychologickém, nervovém, genetickém a imunologickém základu (Robbins et al., 2019). Většina studií prokázala, že mezi hlavní faktory přispívající k OCD řadíme faktory prostředí a biologickou vulnerabilitu (Afsah et al., 2022). Například genetické faktory mohou jedince predisponovat k tomu, aby se u něj tento problém rozvinul (Praško et al., 2019). Pokud hovoříme o faktorech prostředí, nepochybně důležitou roli zde hraje prožívání stresu (Afsah et al., 2022). Psychosociální stres je spojován ne jen s rozvojem OCD, ale také se závažností symptomů (Katz et al., 2022). Velmi stresující jsou určitá období lidského života, která jedince obvykle vystavují většímu množství stresu. Například těhotenství, narození dítěte a následná odpovědnost, mohou vést k nutkavým myšlenkám, které mají podobu obav o zdraví dítěte. Samotná starost o dítě nemusí být patologická. Ovšem zde si jedinec interpretuje zmíněné myšlenky jako vlastní pochybení a snaží se je potlačit (Praško et al., 2019).

Dále se objevily hypotézy, že pro objasnění etiologie poruchy, může být užitečné brát v potaz osobnostní rysy jedince. Specifické osobnostní vlastnosti jej totiž mohou učinit zranitelnějším vůči nástupu poruchy (Pinto et al., 2017). S jistotou však můžeme říci, že je velmi podstatné pochopit etiologii OCD, což následně může pomoci v léčbě této poruchy (Prabhavi, 2022).

3.1 Biologické faktory

3.1.1 Genetické vlivy

Gen je základní jednotkou dědičnosti. Jedná se o úsek DNA, který má určitou funkci a vyskytuje se na specifickém místě chromozomu (Maříková & Seemanová, 2014). Doposud se nepovedlo rozklíčovat, jaké lokality v genomu, jsou přímo spojeny s OCD (Praško et al., 2019).

Ačkoli bylo k hodnocení role dědičnosti u OCD použito několik přístupů, studie dvojčat a rodiny zůstávají nejběžnějšími. Umožňují totiž přímé srovnání mezi příbuznými. Role genetiky byla zkoumána stanovením prevalence OCD u rodinných příslušníků pacienta. Na základě těchto studií existují důkazy, že se v určitých rodinách objevuje OCD mnohem častěji, než v jiných (Carmi et al., 2022). Tato skutečnost však ještě nemusí znamenat, že se jedná o genetické faktory, jelikož zde může hrát velkou roli naučené chování, které si jedinec přejímá z rodinného soužití. Navíc musíme také zmínit, že se vyskytují rodiny, ve kterých nenajdeme žádného dalšího jedince s touto poruchou (Praško et al., 2019). Grootheste et al. (2005) uvádějí, že se heritabilita OCD pohybuje od 27 % až 47 %. Důležité je také zmínit, že pokud se jedná o OCD s nástupem v dětství, má ještě větší genetickou složku a heritabilita se tudíž odhaduje mezi 45 % až 65 %. Tato familiární prevalence se dále zvyšuje přítomností tiků (Carmi et al., 2022).

Afsah et al. (2022) provedli statistický test, který potvrdil, že genetika hraje významnou roli při vzniku OCD. Řada studií se zaměřila na geny, které souvisí s dopaminergními, serotoninergními a glutamátovými drahami. Zatím však badatelé stále nedospěli k jednotnému závěru. Mnoho studií však identifikovalo možný přínos genu (SLC1A1), který ovlivňuje transportér vychytávání glutamátu (Praško et al., 2019). Další významné zjištění bylo v oblasti kadherinových shluků, které jsou spojeny s poruchou autistického spektra. Toto genetické překrývání je v souladu se značnou souvislostí s jinými poruchami, jako jsou: Tourettův syndrom, ADHD, anorexie. Nepochybně však můžeme usoudit, že další prozkoumávání genů glutamátergního systému, zlepší naše chápání patofyziologie OCD. Cílem je hledat důkazy, které nám pomohou vyřešit fenotypovou a terapeutickou heterogenitu OCD. Díky tomu můžeme v budoucnu dosáhnout personalizovanější medicíny (Robbins et al., 2019). Obecně můžeme říci, že se OCD neřídí jednoduchými dědičnými vzory a pravděpodobně není způsobeno výlučně genetickými faktory (Katz et al., 2022).

3.1.2 Neurotransmitery

V rámci neuronu se informace přenášejí pomocí akčního potenciálu. Mezi jednotlivými neurony se však informace nesou prostřednictvím chemických látek. Těmito látkami jsou neurotransmitery. Jedná se o molekuly, které přenášejí určité informace mezi buňkami. Každý neuron je vybaven speciálními receptory, které jsou senzitivní, pokud se v synapsích vyskytuje určitý neurotransmitter. Cílová buňka následně na základě

přítomnosti specifického neurotransmiteru vyvolá specifickou odpověď (Ayers & De Visser, 2021). Zaměříme-li se konkrétně na propojení neurotransmiterů a OCD, hrají zde ústřední roli serotoninové, glutamátové a dopaminové systémy (Murphy et al., 2013).

Serotonin (5-HT) je přirozeně se vyskytující látka v těle, která se podílí zejména na emočním prožívání, vnímání bolesti a na spánku. Mimo jiné participuje při vzniku deprese a úzkosti (Ayers & De Visser, 2021). Serotonin také zlepšuje kondici neuronů (Orel & Procházka, 2017). Vědecké důkazy naznačují možné zapojení serotoninového systému, na základě studií, které se zabývají agonisty serotoninových receptorů (mCPP). Tyto výzkumy naznačují, že periorální podávání metachlorfenylpiperazinu, může vést ke zhoršení obsedantně kompulzivních symptomů u řady pacientů. Tyto výsledky byly interpretovány jako možný důkaz serotonergní hypersenzitivity u pacientů s OCD (Zohar et al., 1987). V některých studiích byly také hlášeny změny hladin serotoninu a jeho metabolitů v mozkomíšním moku pacientů s OCD po úspěšné léčbě (Stein et al., 2019). Výzkumy také zjistily, že selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) mají antiobsedantní účinky (Goodman et al., 1992). Vliv serotonergního systému tedy můžeme přímo sledovat v rámci úspěšné léčby OCD pomocí SSRI (Praško et al., 2019).

Omezení serotoninové hypotézy OCD spočívá v tom, že značný počet pacientů s OCD nevykazuje významné zlepšení po podání SSRI. Existují však důkazy, že zmínění pacienti mohou mít prospěch z přidání antipsychotik k probíhající léčbě SSRI. Tato zjištění naznačují, že dopamin může také hrát významnou roli v patofyziologii OCD (Denys et al., 2004).

Dopamin má v těle vícero funkcí a v mozku se vyskytuje ve třech hlavních okruzích. První okruh je spojen s emocemi a kognitivními funkcemi. Druhý okruh je zodpovědný za pohyb a nedostatek dopaminu tak může způsobovat třes a pohybové obtíže. Třetí okruh usměřňuje endokrinní systém (Ayers & De Visser, 2021). Řada charakteristik OCD, jako je například ztráta kontroly, opakování a nutkavost, připomínají návykové chování. Je patrné, že nutková povaha chování pochází ze zvýšeného přenosu dopaminu (Denys et al., 2004). Dopamin je součástí systému odměn, který má vliv na naše chování. Dopamin zde funguje jako jakýsi motivátor k činnostem, které nám pomáhají přežít. Mechanismus systému odměn obecně způsobuje, že se během určité aktivity cítíme dobře. V budoucnu ji tedy budeme chtít provádět déle a častěji, abychom si tyto blažené pocity znovu navodili (Hansen, 2021).

Dopamin dále hraje klíčovou roli ve zvířecích modelech stereotypního chování (Stein et al., 2019). Campbell et al. (2000) vycházejí z výzkumů na myších, které naznačují, že obsedantně kompulzivní chování může být způsobeno agonisty dopaminového D1 receptoru. Glutamáterická hyperaktivita vyvolaná kortikálně-limbickou neuropotenciací D1+ zvyšuje výskyt kompulzí. Toto zjištění naznačuje dopaminem regulovaný glutamátergický základ těchto stavů. Studie molekulárního zobrazování naznačily změny specifických dopaminergních receptorů, jako je například pokles D2 receptorů u OCD (Stein et al., 2019). Dalším přístupem k hodnocení fungování dopaminergního systému je hodnocení účinků podávání kokainu. Výzkumy poukázaly na to, že chronické užívání kokainu může být spojeno se zhoršováním obsedantně kompulzivních symptomů (Denys et al., 2004). Předešlá zjištění tedy naznačují, že dopaminový systém v bazálních gangliích by se mohl podílet na OCD.

Glutamát je jedním z nejdůležitějších neuropřenašečů, jelikož synapse v mnoha případech pro přenos informací využívají právě tuto aminokyselinu (Orel & Procházka, 2017). Glutamát má excitační funkci a podílí se na vzniku paměťových stop (Ayers & De Visser, 2021). Přispívá také k rozvoji mozku a hraje ústřední roli v okruzích, které se podílejí na vzniku OCD. Jedná se o hnací vlivy, které působí na serotonergní dorzální raphe neurony, jež souvisejí s úzkostným a tikovým chováním (Murphy et al., 2013). Biologické a neurovývojové studie podporují zapojení glutamátergního systému do vzniku OCD. Také studie využívající zobrazování mozku podporují roli glutamátu u OCD (Rosenberg & Hana, 2000). Při léčbě OCD bylo také hodnoceno několik glutamátergických léků, jako je například riluzol. Na základě výsledků se ukázalo, že má tento lék pozitivní výsledky na OCD (Coric et al., 2005).

3.2 Neurobiologické koreláty

Poruchy v kognitivním a afektivním zpracování u jedinců s OCD by mohly být způsobeny také změnami specifických nervových okruhů. Tato hypotéza vznikala na základech studií, využívajících zvířecí modely stereotypního chování. Nejvíce však k jejímu vzniku přispěly pokroky ve funkčních a strukturálních zobrazovacích metodách mozku (Stein et al., 2019). Na základě výzkumů jsou nejčastěji s obsedantně kompulzivní poruchou spojovány dysfunkce v oblasti orbito-frontální kůry, přední cingulární kůry, bazálních ganglií, a thalamu (Hudak & Dougherty, 2011). Výsledky studií naznačují různé vzorce subkortikálních abnormalit u dětských a dospělých pacientů s OCD. U dospělých

jedinců s touto poruchou hraje důležitou roli pallidum a hippocampus, zatímco u dětského OCD se zdá být klíčový thalamus (Boedhoe et al., 2017). Důležité je také zmínit, že zvýšený objem pallidu, je přítomen primárně u dospělých, kterým OCD propuklo již v dětství. Tato skutečnost naznačuje, že jsou zmíněné změny důsledkem chronicity onemocnění a léčby. Větší thalamus u neléčených dětí s touto poruchou může odrážet změněné zrání mozku (Stein et al., 2019). Je tedy patrné, že studium mozkových charakteristik onemocnění během dětství může potenciálně minimalizovat matoucí účinky neuroplatických změn spojených s dlouhodobou léčbou (Boedhoe et al., 2017).

Modely OCD integrují data z neuroobrazovacích a kognitivně-afektivních studií tím, že předpokládají zapojení přímé a nepřímé kortiko-striato-thalamo-kortikální dráhy (CSTC). Zmíněné okruhy se podílejí na senzomotorických, kognitivních, afektivních a motivačních procesech OCD (Stein et al., 2019). Nejpřijímanějším neuroanatomickým modelem OCD je standardní model. Model pracuje s předpokladem, že symptomy OCD jsou způsobeny dysfunkcí částí zmíněné dráhy (CSTC). K tomuto modelu přispívají také výzkumy, které popisují, že chirurgické přerušení drah či hloubková mozková stimulace, mohou snížit příznaky OCD () Omezení standardního modelu však spočívá v tom, že i když specifikuje zapojené mozkové struktury, neposkytuje psychologické vysvětlení specifických příznaků OCD.

Následně byl standardní model upřesněn předpokladem, že rozvoj OCD: „*Souvisí s nerovnováhou mezi aktivací přímé (excitační) dráhy, která spojuje orbitofrontální kůru, striatum, globus pallidus, thalamus a zpět kortikální struktury, a nepřímé (inhibiční) dráhy, v níž je zapojena dorzolaterální prefrontální kůra, striatum, globus pallidus, subthalamické jádro a kortikální oblasti*“ (Saxen & Rauch, 2000, citováno v Praško et al., 2019, s. 163-164). V případě nadměrné aktivace přímé dráhy v bazálních gangliích, dojde k orbitofrontální-subkortikální hyperaktivitě. Na základě této nadměrné aktivity se může snížit kognitivní flexibilita či může dojít k poruchám inhibice. Tato nadměrná aktivita kortiko-striato-thalamo-kortikálních drah s úspěšnou léčbou klesá (Paxos, 2022).

V minulosti vznikalo a stále vzniká mnoho výzkumů, které se snaží zachytit a popsat anomálie mozku, které se mohou pojít se vznikem OCD. Elektroencefalografické studie v klidovém stavu (EEG) například ukázaly, že jedinci s OCD vykazují významné rozdíly v elektrické aktivitě mozku ve srovnání s jedinci bez této poruchy (Prabhavi, 2022). První funkční studie zobrazování mozku u OCD využívaly PET a fMRI k pozorování změn v aktivaci mozku při záměrné provokaci symptomů pomocí hmatových

a vizuálních podnětů např. obavy z kontaminace (Xia et al., 2013). Při zobrazování mozku bylo patrné, že zvýšení symptomů souviselo s aktivací ventrálních, frontostriálních a temporálních oblastí (Locatelli et al., 1996). Důležitým zjištěním bylo také to, že pacienti s výraznými příznaky agresivních obsesí a kompulzí, měli menší objem pravé amygdaly ve srovnání s ostatními jedinci s OCD. Tato skutečnost může naznačovat, že různorodé symptomy této poruchy, mohou být založeny na odlišných nervových mechanismech (Stein et al., 2019).

3.3 Psychologické teorie

Zpočátku se lidé snažili vysvětlovat příznaky OCD pomocí náboženských a nadpřirozených jevů. Domnívali se například, že byl jedinec posednut zlým duchem, či že se jedná o odplatu za jeho hříchy. Později se však začaly o OCD zajímat také psychologové. Dosud vzniklo mnoho teorií, které se snaží vysvětlit, jak OCD vzniká a co je příčinou této poruchy. Žádná z nich však plně nevysvětluje podstatu etiologie OCD, a to právě díky rozmanitosti příznaků zmíněné poruchy (Praško et al., 2019).

Z historického hlediska je nejstarším výkladem poruchy ten **psychoanalytický**. Již sám Sigmund Freud vnímal OCD jako regresi do předchozího stádia vývoje. Konkrétně se jednalo o stádium análně-sadistické. V tomto stádiu se stává hlavní erotogenní oblastí konečník. Dítě získává slast pomocí vypuzování stolice a má také určitou moc nad situací. V tomto okamžiku je již dítě schopno odmítat pobídky dospělých, aby se vyprazdňovalo na nočníku. Klade se zde velký důraz na to, jaký výchovný styl v této fázi vychovatele zvolí. Pokud jsou příliš shovívaví, či naopak velmi tvrdí, může dítě dle této teorie v dospělosti projevovat anální sklony (Freud, 1996). Tento výklad OCD je tedy postaven na tom, že konkrétní prožitky, přání, konflikty a frustrace tohoto období, mohou jedince predisponovat k rozvoji OCD (Praško et al., 2019). V pozdějších letech vznikalo mnoho dalších psychodynamických koncepcí. Všeobecně však můžeme říci, že psychodynamická pojetí chápou obsese a kompulze jako obranné reakce, které se pokoušejí potlačit hluboké nevědomé konflikty. Tyto konflikty dle jejich názoru zahrnují silné primitivní emoce, zejména hněv (Robinson & Freeston, 2014).

Mezi současně nejlépe vědecky podložené teorie OCD, patří Kognitivně-behaviorální teorie. Praško et al. (2019) popisují, že tato teorie v sobě zahrnuje tři dílčí pohledy na OCD:

- **behaviorální model**, který považuje vyhýbání za udržovací mechanismus OCD.
- **kognitivní modely**, které přikládají velký vliv na rozvoji a vzniku OCD právě kognitivním procesům.
- **kognitivně-behaviorální modely**, tyto modely propojují oba předešlé pohledy na OCD. Navíc přisuzují zásadní vliv jádrovým přesvědčením a podmíněným předpokladům.

Zástupcem behaviorálního pojetí je **teorie učení**, která předpokládá, že jsou obsese a kompulze podmíněným reflexem. Tedy že jde o naučené vzorce chování a myšlení na základě spojení dříve neutrálního podnětu s podnětem, který vyvolává úzkost. Pokud tedy bude následně jedinec vystaven neutrálnímu podnětu, dojde k rozvoji úzkosti. Jelikož je zaplavující úzkost pro člověka nepříjemná, snaží se ji odstranit. Díky tomu se naučí, že určité chování může úzkost zmírnit či zcela odstranit. Toto chování bude tedy následně provádět jako zautomatizovaný způsob prevence úzkosti, či ji tímto způsobem bude zahánět (Praško et al., 2019).

Mowrer (1960) vůbec poprvé propojuje poznatky výzkumů v oblasti učení a vytváří tak **teorii dvoustupňového učení**. Tato teorie popisuje aktivaci strachu klasickým podmiňováním a následné udržování OCD pomocí operantního podmiňování. Operantní podmiňování je učení, které ovlivňuje, jak často se určité chování opět vyskytne na základě jeho důsledků (Skinner, 1938, citováno v Plháková, 2020). Jedná se o čistě behaviorální teorii. Vznik OCD je tudíž dle tohoto výkladu pouze naučeným chováním. Nejprve se jedinec setká s podnětem, který v něm vyvolá nepříjemnou myšlenku. Tato myšlenka jej vyděsí. Pokud je později vystaven stejnému podnětu, zmíněná myšlenka jej napadne znovu. V této chvíli začne prožívat silnou úzkost, kterou se snaží potlačit kompulzí. Jelikož toto chování úzkost opravdu zažene (byť jen dočasně), začne jej automaticky při vystavení podnětu opakovat. Následně se však začne vyhýbat i podobným podnětům. Toto chování negativně posiluje zmiňovanou myšlenku a je tedy pravděpodobné, že se bude častěji opakovat (Mowrer, 1960).

Později byla teorie dvoustupňového učení více propracována. Nyní tvoří základní stavební kámen kognitivně-behaviorální terapie a to právě díky Meyerovi, který byl tím, kdo na zmíněnou teorii navázal. Pokusil se zaměřit ne jen na behaviorální složku, ale také na tu kognitivní. Autor poukazuje na to, že k rozvoji obsese není nezbytně nutný vnější podnět, ale že ke vzniku posedlosti může vést i pouhá představa (Meyer, 1966).

Praško et al. (2019) popisují, že nutkavé myšlenky samy o sobě nemusejí být špatné. Tyto myšlenky nám v mnohém pomáhají v běžném životě, jelikož díky nim můžeme pohotově reagovat na různé situace. Problém však nastává ve chvíli, kdy tyto intruzivní myšlenky v jedincovi vzbuzují tak silnou úzkost, že se je snaží neutralizovat. Potřeba neutralizace se váže právě k dysfunkčním kognitivním schématům, která se tvořila již v předchorobí. S dysfunkčními schématy pracuje právě **Kognitivně-behaviorální model** OCD, který poprvé popsali Salkovskis a Westbrook. Schémata jsou obecně jakási základní přesvědčení člověka, dle kterých hodnotí sebe i své okolí. Je to tedy soubor znalostí, které mu pomáhají vyznat se v okolním světě. Může být však velmi obtížné schémata měnit. Dle Beckovy teorie schémat jsou také určitá schémata, která jedince přímo predisponují k tomu, aby byl úzkostnější či depresivnější (Eysenck & Keane, 2008).

4 MOŽNOSTI LÉČBY OCD

Abychom mohli jedinci s OCD pomoci, musíme nejprve poruchu správně identifikovat. Následně se adekvátně diagnostikovaná porucha začne léčit (Ocisková & Praško, 2015). Poskytovatelé léčby by se měli snažit v první řadě zmírnit příznaky, ale měli by také zajistit, aby pacienti mohli opět znovu spokojeně fungovat v každodenním životě (Macy et al., 2013). Jedná se tedy o komplexní zlepšení fyzické, psychické, sociální, a pracovní pohody. Monitorování účinnosti léčby se provádí pomocí standardizovaných hodnotících škál. Y-BOSC je zlatým standardem pro klinické hodnocení závažnosti symptomů OCD (Paxos, 2022). Remise je definována jako Y-BOSC skóre méně než čtrnáct. V novějších studiích také méně než dvanáct (Praško et al., 2019).

Při nastavení adekvátní léčby, hraje důležitou roli právě správná diagnostika poruchy, ale také jejích komorbidit. Zásadním by mělo být primární somatické vyšetření, aby se vyloučil možný vliv tělesných příčin (Praško et al., 2019). Mimo jiné také znalost specifického profilu symptomů může mít dopad na složky léčby (Orsolini et al., 2022). Nejběžněji se OCD léčí farmakologicky, psychoterapií, či se tyto postupy léčby vzájemně kombinují. Navzdory pokroku v účinnosti těchto intervencí, předčasné ukončení léčby, či omezená odpověď na léčbu ponechává řadu pacientů klinicky nemocných (Knoop et al., 2013). V tomto případě se mohou využít také alternativní způsoby léčby, jako je například transkraniální magnetická stimulace. Ta byla pro léčbu OCD schválena Úřadem pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) (Paxos, 2022). Dále mohou být pro rezistentní jedince využity: Elektrokonvulzivní terapie, hloubková mozková stimulace či chirurgické zákroky (Kammen, 2022).

4.1 Farmakoterapie

Nejprve se prokázala vysoká účinnost klomipraminu při snižování symptomů OCD, což bylo pro farmakologii průlomové. Následně se objevovaly i další léky, které byly pro léčbu účinné (Praško et al., 2019). Psychofarmakologická léčba první volby je nyní založena na inhibitech zpětného vychytávání serotoninu (Orsolini et al., 2022). SSRI

produkují míru odpovědi až 60 % (Paxos, 2022). Mezi léky schválené FDA pro léčbu OCD patří klomipramin, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin a sertralin. Je však pravdou, že se studovaly i jiné SSRI inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, které se také prokázaly jako účinné (Macy et al., 2013). Adekvátní léčba antidepresivy by měla vypadat tak, že jedinci podáváme maximální tolerované dávky SSRI po dobu deseti až dvanácti týdnů. Delší časový úsek je nezbytný, jelikož je třeba brát na vědomí, že řada pacientů nereaguje na léčbu antidepresivy ihned, ale až po osmi týdnech podávání (Praško et al., 2019). Léčba antidepresivy by měla pokračovat ještě alespoň jeden až dva roky po odpovědi na léčbu, aby se snížilo riziko relapsu (Bandelow et al., 2008). Skapinakis et al. (2016) zjistili, že SSRI jsou obecně stejně účinné. Tedy že není žádný jeden lék této skupiny, který by byl lepší, než ostatní.

Přibližně polovina jedinců s OCD však nereaguje úplně, či částečně na tuto léčbu a v takovém případě se nejprve doporučuje změna SSRI. Pacient však mnohdy potřebuje augmentační strategii pomocí antipsychotik druhé generace (Orsoini et al., 2022). Antipsychotické léky totiž mají antiobsesivní vlastnosti a lze je tak použít jako doplňkovou léčbu u pacientů, kteří plně nereagují na SSRI. Dávkování je v tomto případě obvykle nižší, než u léčby schizofrenie (Paxos, 2022). Pokud však léčba dlouhodobě funguje, antidepresiva vysazuje lékař postupně. Snižuje tedy dávku každý měsíc či každé dva měsíce za průběžného sledování příznaků OCD (Koran et al., 2007). Mnoho pacientů však trpí reziduálními symptomy OCD, i když jsou léčeni adekvátními léky. Zde se doporučuje kombinace s psychologickou intervencí, aby dále zmírnili své symptomy (Foa, 2010).

4.2 Psychoterapie

Psychoterapie je další možností, která se hojně pro léčbu OCD využívá. Psychoterapeut zde záměrně působí psychologickými prostředky na jedince. Psychoterapie může být buď individuální nebo také skupinová, či se tyto varianty mohou vzájemně kombinovat (Gavendová, 2021). Pokud se jedná o lehčí formu obsedantně kompulzivní poruchy, volí se primárně psychoterapie. Je však důležité zmínit, že tato varianta léčby klade na pacienta větší nároky, než pasivní farmakologická léčba. Výsledek však bývá trvalejší a nejsou přítomny nežádoucí účinky, jako tomu může být u léčby farmaky (Praško et al., 2019). Mezi hojně využívané přístupy pro pacienty s OCD patří právě: Kognitivní terapie, behaviorální terapie, terapie přijetí a závazku (ACT) a v neposlední řadě

samozejmě kognitivně behaviorální terapie s nejlépe prokázanou účinností. Nyní se začíná čím dál více psychoterapeutů zabývat také akomodací příznaků pomocí rodiny pacienta (Stopková, 2017).

4.2.1 Kognitivně behaviorální terapie

Dlouhou dobu se obsedantně kompulzivní porucha považovala za problém, který lze jen velmi obtížně ovlivnit psychoterapií (Praško et al., 2019). Velkým zvratem bylo, když Meyer poprvé popsal léčbu využívající expozice s prevencí odpovědi (ERP). Jednalo se o první úspěšnou behaviorální léčbu OCD (Mckay et al., 2015). V inklinované době se vyvíjela také metoda, při níž je jedinec s OCD postupně vystaven určitým podnětům, které u něj vyvolávají obsese. Jednalo se o odstupňovanou expozici, kterou vytvořil Rachman a jeho kolegové. Postupem času se tyto techniky stále více zdokonalovaly (Praško et al., 2019).

V několika komplexních výzkumech OCD bylo prokázáno, že je KBT velmi účinná a nyní je tak psychoterapeutickou léčbou první volby. Navíc se účinky této léčby zdají být v mnoha případech trvalého charakteru (Franklin et al., 2015). Moderní Kognitivně behaviorální terapie je spojením dvou směrů, které byly původně využívány odděleně. Jedná se o výše zmíněný behaviorální směr a následně byly přidány ještě techniky kognitivní terapie, které zvýšily pozitivní výsledky léčby. KBT přístup byl odvozen z teorie učení a je založen na předpokladu, že patologické chování a myšlenky, jsou založeny na naučených vzorcích. Dle tohoto úsudku je patrné, že chování i myšlení můžeme odnaučit či jej přeučit (Gavendová 2021). KBT terapie se při léčbě OCD snaží, aby měl každý jedinec léčbu založenou na svých individuálních potřebách, a to i přes její velmi strukturovanou povahu (Praško et al., 2019). Psychoterapeut zde vystupuje jako jakýsi vůdce, který pracuje s pacientem direktivně. Klade mu řadu otázek, ukládá domácí úkoly a jeho role je v této terapii obecně velmi aktivní (Gavendová, 2021).

Díky struktuře můžeme vymezit řadu ústředních kroků, kterými si jedinci při léčbě procházejí. Nejprve je velmi důležité prozkoumat povahu a původ obsesí i kompulzí. Psychoterapeut by se měl snažit zjistit, co symptomy OCD spouští a co je dále udržuje. Také je podstatné rozpoznat, kdy jedinec uplatňuje vyhybavé chování. Potřebné informace terapeut získává pomocí důkladného klinického rozhovoru, ale také pomocí přímého sledování (Praško et al., 2019). Podstatné je také již od samého počátku budovat **terapeutickou alianci**, která má vliv na úspěšnost léčby. Jedinec s OCD a terapeut

společně pracují na dobrém pracovním vztahu s jasně vymezenými cíli léčby a předem dohodnutými intervencemi (Mckay et al., 2015). Podstatná je také **edukace** jedince, jelikož snižuje pravděpodobnost předčasného ukončení terapie. Osoba s touto poruchou musí být přesně seznámena s modelem OCD a s tím, jak léčba KBT vypadá. Pacientovi by mělo být sděleno, že léčba může být nepříjemná a může způsobovat krátkodobé zvýšení úzkosti (Praško et al., 2019).

Léčba založená na expozici má největší množství podporujících důkazů pro OCD (Foa, 2010). U **expozice se zabráněním odpovědi** je nejprve společnými silami sestavena hierarchie strachu od nejméně znepokojujících obav až po ty největší strachy. Podstatné je dbát na to, aby expozice byla dostatečně silná a aktivovala tak strukturu strachu. Nesmí však být příliš zahlcující, aby bylo stále možné i přes strach dosáhnout nového učení. Pokud bychom vystavili jedince příliš intenzivnímu emocionálnímu vzrušení, mohl by ze situace utéct dříve a nedošlo by tak k potřebnému učení (Mckay et al., 2015). Obvykle je nejprve jedinec vystavován středně znepokojujícím podnětům, které v něm vyvolají nepříjemné pocity, ale dají se zvládnout. Zásadní je však to, aby byl pacient v průběhu terapie exponován také nejvýše posazeným položkám v jeho hierarchii strachu a zjistil tak, že je dokáže pomocí postupného nácviku zvládnout (Praško et al., 2019).

Expozice je založena na tom, že jedinec bude vystaven obávaným podnětům delší dobu, než je obvykle ochoten tolerovat. Díky tomu zjistí, že úzkost má po určitém čase tendenci klesat a nevystupňuje se do nesnesitelného bodu, jak se domníval (Zaccari, 2021). Terapeut se snaží jedince exponovat nepříjemným podnětům opakovaně, jelikož díky tomu pacienta utvrzuje, že situaci dokáže zvládnout a nejednalo se pouze o náhodu. Taktéž i nepohoda onoho člověka v dané situaci bude stále více klesat (Praško et al., 2019). Důležitou součástí léčby je i prevence odpovědi. Spočívá v přerušení ochranného chování po dobu delší, než je jedinec obvykle ochoten snášet (Zaccari, 2021). U prevence odpovědi se terapeut snaží podporovat člověka, aby z vlastního přesvědčení odolal nutkání provést kompulzi. Díky tomu se pacient naučí, že úzkost přejde i bez provedení kompulze či bez ujištění se u svého okolí. Jedinec situaci ze svého seznamu zvládne, pokud mu již nezpůsobuje silné negativní emoce a nemá potřebu při vystavení provést kompulzi. Poté se může s terapeutem posunout k další, výše postavené položce (Praško et al., 2019).

Kognitivní terapie je navržena tak, aby pomohla pacientům identifikovat automatické nerealistické myšlenky a změnila jejich chybnou interpretaci. Díky tomu následně dochází ke snížení úzkosti a nutkavých tendencí. Můžeme tedy říci, že zásadní

není pouze expozice sama o sobě, ale také hodnocení a diskuze pacientových zkušeností. Terapeuta zajímá, jak tato zkušenost s expozicí potvrzuje či vyvrací očekávání. Pomocí sokratovského dotazování terapeut zpochybní nerealistická přesvědčení. To pomáhá pacientovi identifikovat kognitivní zkreslení, jako je například: Přehnaný pocit zodpovědnosti, nadměrné vnímání nebezpečí... (Foa, 2010). Velmi důležitou roli zde hrají také **dysfunkční jádrová schémata**. U OCD se tato schémata objevují jako negativní přesvědčení o sobě, o druhých a o světě. Pokud jedinec není vystaven stresujícím situacím, nemusejí se projevit, ale pokud jsou aktivovány, mají podstatný vliv na myšlení, chování a náladu člověka. Léčba by se tedy mimo jiné měla zaměřovat na změnu těchto dysfunkčních jádrových přesvědčení (Praško et al., 2019).

4.3 Zapojení pacientova okolí

Je důležité zmínit, že jedinec s OCD nežije ve vakuu, ale je součástí sociálních vztahů, které mohou velkou měrou ovlivňovat jeho nemoc. Nyní se tedy zaměříme na to, jak může být okolí nemocného zapojeno do léčby.

V mnoha případech rodina přebírá zodpovědnost za úkoly a povinnosti, které měl provádět nemocný, jelikož se mu snaží pomoci. Mimo jiné může vznikat u nemocného také tendence ujistit se u svého okolí. Blízcí této osoby zmíněné chování mnohokrát podporují ve snaze, aby jedinec nemusel tolik času věnovat ujišťovacímu chování. V konečném důsledku se však nemocní stávají závislými na svém okolí a jejich OCD chronifikuje (Philpot, 2022). Dalšími aspekty, kterými rodina potenciálně zhoršuje průběh obsedantně kompulzivní poruchy, jsou: velká míra kritiky a hostility. Nemocný se tak točí v bludném kruhu mezi projevy nemoci, které již mohou být neovladatelné a vnějším opovržením, což vyvolává ještě větší míru napětí a samotný vzestup příznaků. Blízcí se také mohou snažit zamezit pacientovi rituály provádět. To však vede pouze k odložení nutkání na dobu, kdy nebude jedinec pod dohledem (Praško et al., 2019).

Správné zapojení sociálního okolí však může být velmi pozitivní pro léčbu. Pro psychoterapeuta je tedy nezbytné věnovat pozornost rodinným interakcím. Díky tomu může zjistit, co funguje a u jakého rodinného chování by měla být provedena profesionální korekce. Terapie by tedy měla být zaměřena na starostlivé oddělení pečovatelských záměrů rodiny od negativního udržování OCD. Je však nezbytné postupovat opatrně, jelikož osoba s touto poruchou musí být na změnu připravena (Praško et al., 2019). Jedinci od svých blízkých potřebují v první řadě podporu, jelikož se potýkají při změnách chování s velmi

vysokou úroveň úzkosti. Mezi přínosné způsoby zapojení patří například povzbuzování jedince, fyzická blízkost a pochopení. Velmi výhodné může být právě utvoření rodinné dohody, jak nejlépe nemocnému poskytnout pozitivní podporu, která mu pomůže v léčbě. Strategickým krokem je také vytvoření plánu postupu, který bude zapojen v případě selhání. Terapeut i rodina tímto způsobem postupně zvyšují jedincovo sebevědomí a jeho dovednosti, což vede k tomu, že již nebude potřebovat tolik podpory od svého okolí (Philpot, 2022).

5 PANDEMIE COVID-19

Na pandemii těchto rozměrů nebyl nikdo plně připraven a právě i díky tomu byla tak velmi ochromující napříč všemi kontinenty. Zdálo se, že se chvílemi zastavil běžný život a lidé se obávali, co bude dál. Do dnešních dní si odborníci nejsou zcela jisti, jaké různorodé následky může v nadcházejících letech tato pandemie přinést.

5.1 Virus COVID-19

COVID-19 je virus horních cest dýchacích, u kterého můžeme pozorovat dva charakteristické rysy. Jedná se o vysokou přenositelnost a patogenitu tohoto viru, které vedou k velmi vysoké míře nemocnosti a úmrtnosti (Jiang et al., 2020). Mezi nejčastější příznaky patří horečka, suchý kašel, únava, bolesti hlavy, zimnice, ztráta čichu či chuti a další. Tento virus představuje vysoké riziko primárně pro osoby trpící kardiovaskulárními onemocněními, dýchacími obtížemi, rakovinou a oslabeným imunitním systémem... (World Health Organization, 2020). COVID-19 je podobný předchozím typům koronavirových infekcí, se kterými se již lidstvo setkalo. Jedná se například o: SARS-CoV a MERS-CoV (Alhujaili et al., 2020). Ahmed (2021) udává, že podobně jako při vypuknutí SARS v roce 2003, jsou znalosti a postoje k infekčnímu onemocnění spojeny s různými úrovněmi paniky, což následně ovlivňuje šíření nemoci. Úřady veřejného zdraví se proto po celém světě snažily zavést veřejná zdravotní opatření a pokoušely se zvýšit povědomí veřejnosti (French & Lyne, 2020). Celosvětově bylo od počátku pandemie k roku 2023 hlášeno 757 264 511 potvrzených případů COVID-19, včetně 6 850 594 úmrtí způsobených tímto virem (World Health Organization, 2023). S rostoucím počtem případů a úmrtí se po celém světě rozšířil strach a nejistota (Pinociotti, 2022). Také telefonní linky krizového poradenství hlásily drastický nárůst hovorů od začátku pandemie (Bharti, 2020).

Nový koronavirus (COVID-19) byl světu poprvé nahlášen 31. prosince 2019 ve městě Wu-chan v Číně. Oznámila jej Světová zdravotnická organizace (WHO) (World Health Organization, 2020). Od konce ledna 2020 zavedlo mnoho provincií v Číně

karanténní opatření, což v místních komunitách vzbudilo strach z viru. V celé zemi se kladl důraz na osvětu veřejnosti o prevenci nemoci, avšak ani tato opatření nebyla dostačující a COVID-19 se šířil dále do celého světa (Ji, 2020). V březnu 2020 WHO oznámila, že se jedná o pandemii (Pinociotti, 2022).

Evropa nahlásila svůj první oficiální případ již během února. V průběhu března se dostal COVID-19 i do České republiky. Na základě zkušeností z jiných zemí se vláda obávala kolapsu zdravotnické péče v důsledku zahlcení nemocničních lůžek. Rozhodla se tedy plošně zavádět mimořádná protiepidemická opatření (Trojánek et al., 2020). 12. 3. 2020 vláda vyhlásila nouzový stav, s čímž se pojily další a důslednější restriktce, zejména omezení volného pohybu osob. Dále vláda zavedla: Zákaz konání akcí, nutnost ochrany nosu a úst ve veřejných prostorech, uzavření všech škol, podniků a služeb, které nebyly nezbytně nutné. Česká republika vyhlásila lockdown a také se kladl velký důraz na povinnou karanténu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020). Aby se zpomalilo šíření viru, mnoho pracovišť přešlo na virtuální formáty práce z domova (Pinciotti, 2022).

Tato razantní opatření virus zpomalila, avšak nákazu nebylo možné zcela zastavit. Od propuknutí pandemie do současnosti se tak vystřídalo více “pandemických vln“, které si vyžádaly mnoho životů. Velkým zvratem však bylo očkování, které je doposud nejefektivnějším způsobem, jak zastavit šíření pandemie pomocí kolektivní imunity. V České republice se jedná o dobrovolnou vakcinaci, kterou hradí zdravotní pojišťovna. Očkování tedy nelze plošně nařídit, ale je možné posuzovat postavení jedinců, kteří očkování proti COVID-19 odmítnou (Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České Republiky, 2023).

5.2 Vliv pandemie na duševní zdraví

Příchod COVID-19 představoval výzvu pro dosavadní život, který jsme považovali za samozřejmost. Každodenní maličkosti, jako je například interakce s okolím, začaly představovat hrozbu pro osobní i společenské přežití. Každodenní realita se začala měnit ve skutečnost, kdy je nutné držet si fyzický odstup, používat ochranné prostředky a dodržovat hygienická opatření (Baldí & Schruers, 2021). Lidé nyní nemohli svobodně cestovat, běžně se vzdělávat a pracovat. Pandemie mají obecně intenzivní dopady na duševní zdraví dané populace a jsou jak psychického, tak společenského, ale i ekonomického rázu (Ahmed, 2021).

Dle výzkumů, zkušenost dlouhé karantény a izolace, vedla k vysoké úrovni hněvu, stresu a zmatku (Zaccari, 2022). Jiné výzkumy zase poukazují na to, že strach z nákazy COVID-19 vede k intenzivně pociťovaným emocionálním a behaviorálním následkům, jako je nuda, osamělost, úzkost a problémy se spánkem (Brooks et al., 2020). Dle Alhujaili et al. (2020) nepředvídatelnost, nejistota a závažnost onemocnění přispívají ke stresu a duševním poruchám. Také mnoho rychle se šířících dezinformací, napomáhá k mylným přesvědčením a obavám. Deprese, úzkostné poruchy, PTSD a dokonce i sebevražda, mohou být důsledky strachu z této pandemie. Mimo jiné mohou tyto obavy zhoršit již léčené psychické poruchy (Seçer & Ulaş, 2021). Riziko sebevražd se mohlo zvýšit právě v reakci na psychický stres či pocit uvěznění (French & Lyne, 2020).

Pandemie také v mnoha ohledech bránila tradičním způsobům poskytování psychiatrické a psychologické péče, jelikož vláda zavedla protiepidemická opatření a lidé tak nemohli různá léčebná zařízení navštěvovat. Je však nutné zmínit, že i sami jedinci se úmyslně vyhýbali vyhledání lékařské pomoci, kvůli vnímanému riziku kontaminace ve zdravotnických zařízeních (French & Lyne, 2020). Díky tomu byla ambulantní léčba duševního zdraví během pandemie hojně poskytována pomocí telekomunikačních technologií. Tento způsob zdravotnické péče se nazývá Telehealth a byl zkoumán již před vypuknutím pandemie. Mnoho jedinců totiž nemohlo díky vzdálenosti navštěvovat ambulantní léčbu či existovaly jiné překážky, proč se pacienti nemohli dostavit osobně. Tato léčba se na základě výzkumů ukázala být účinnou alternativní léčbou psychických problémů (Pinciotti, 2022). Během pandemie byla tato forma léčby velmi přínosná, jelikož eliminovala riziko nákazy a také umožnila zpřístupnění léčby i přes řadu protiepidemických restrikcí (French & Lyne, 2020).

I přes značnou snahu o poskytování psychiatrické a psychologické péče během pandemie nevíme, jaký bude konečný dopad krize COVID-19 na duševní zdraví populace. Je tedy velmi důležité dále zkoumat a zabývat se touto otázkou do budoucna (French & Lyne, 2020).

6 OCD BĚHEM PANDEMIE COVID-19

V této kapitole se zaměříme na výzkumy, které se zabývají vlivem COVID-19 na jedince s již diagnostikovanou obsedantně kompulzivní poruchou. Musíme však zmínit, že pandemie COVID-19 vyvolala psychosociální úzkost, která má dalekosáhlé dopady na jedince po celém světě a to jak na klinickou, tak neklinickou populaci (Rastogi, 2022). Někteří autoři poukazují na různorodé výsledky výzkumů, což může spočívat v tom, že jen velmi málo z nich specifikovalo podtypy OCD. Studie také používají různá kvalitativní či kvantitativní měření. Vzorky většinou pokrývají široké věkové rozmezí a značný rozdíl také může spočívat v tom, že jsou symptomy OCD zkoumány v odlišných obdobích pandemie. Všechna výše zmíněná omezení mohou zkreslovat výsledky výzkumů. V současnosti totiž neexistují žádné definitivní epidemiologické údaje o psychologických účincích COVID-19 na jednotlivce ani na veřejné zdraví. Jelikož nyní máme k dispozici pouze omezený počet studií, byly zahrnuty také výzkumy na dětské populaci.

Výzkumy poukazující na zhoršení příznaků

Seçer a Ulaş (2021) provedli výzkum na tureckém vzorku 598 adolescentů a zkoumali vztah mezi strachem z pandemie a OCD. Zabývali se také tím, jakou roli má emoční reaktivita a emoční vyhýbání se v tomto vztahu. Lze očekávat, že negativní emoční reaktivita v důsledku pandemie, může představovat zvýšené riziko deprese, úzkosti a OCD. Ačkoli OCD dobře reaguje na psychologickou a farmakologickou léčbu, autoři se domnívají, že může dojít ke zhoršení příznaků vlivem společenských faktorů během pandemie. V souladu s výsledky této studie lze říci, že strach z COVID-19 má významný vliv na OCD. Úzkost způsobená intenzivním očekáváním, může zhoršit příznaky OCD a to zejména v oblasti mytí a hromadění. Také sekundární emocionální a behaviorální následky pandemie jako je: Osamělost, nespavost a úzkost, mohou zhoršit příznaky OCD. Dalším důležitým zjištěním tohoto výzkumu je to, že vyhýbání se zkušenostem transformuje negativní náladu způsobenou strachem z pandemie na příznaky OCD. Dle autorů odhalení psychologických dopadů, poskytne psychiatrům a psychologům důležitý zdroj informací.

Další studie se snažila analyzovat vztah mezi pandemií COVID-19 a OCD se zaměřením na prevalenci OCD symptomů a na provedené intervence. Výsledky výzkumu naznačují zvýšení prevalence příznaků OCD v populaci stejně jako vznik nových obsesí u již diagnostikovaných jedinců. Relapsy či zhoršení existujících příznaků souvisejících zejména s kontaminací a nutkáním k mytí. Autoři v této studii popisují také predisponující faktory, jimiž jsou: Mladší věk, nízká odolnost, nízká sociální podpora, nedostatečná léčba během pandemie a nadměrné vystavení zprávám o pandemii. Autoři však dodávají, že je zde možnost stabilizace, pokud již nebudou detekovány nové případy onemocnění. U pacientů s již diagnostikovaným OCD, se objevuje výskyt nových posedlostí, recidivy či zhoršení již existujících symptomů v rozsahu prevalence od 6 % do 71,8 % v závislosti na analyzovaném vzorku (Malas & Tolsá, 2022).

Jedna z mála středoevropských studií, zkoumajících vliv pandemie na OCD, vznikla na území Německa. Výzkum byl proveden online průzkumem a zúčastnilo se ho celkem 394 účastníků mezi 23. březnem a 18. květnem 2020. Byla zde hodnocena změna závažnosti příznaků poruchy a důvody, které jedinci uvedli, jako podstatné pro tuto změnu (např. snížení svobody pohybu, ekonomické faktory, mezilidské konflikty...). 72 % účastníků výzkumu uvedlo, že se jejich příznaky zvýšili během pandemie. Přičemž zhoršení symptomů bylo nejčastěji spojováno se snížením svobody pohybu a s mezilidskými konflikty. Důležité je také zmínit, že signifikantně vyšší změny byly zaznamenány u jedinců s podtypem mytí (Jelinek et al., 2021).

Rastogi (2022) provedl výzkum v Indii s cílem identifikovat příznaky OCD v souvislosti se strachem z pandemie. Výsledky této studie ukázaly, že indická etnika po celém světě byla nejvíce ovlivněna a vykazovala zvýšené úrovně úzkosti a symptomů OCD. Ve výzkumu autor poukazuje na zhoršení mycích rituálů. Mezi další důležité příznaky patří zvýšená morální odpovědnost za šíření viru, stejně jako nadměrné prověřování informací o pandemii. Významná je také potřeba ujištění, aby se snížil stupeň jejich úzkosti. Studie mimo jiné ukázala, že ženy reagují lépe na strach a úzkost spojenou s pandemií. Dále autor poukazuje na to, že téměř rok od vypuknutí pandemie došlo k nárůstu fyzických i psychických příznaků souvisejících s OCD. Také Gauzzini (2022) tvrdí, že lidé s příznaky OCD kladou větší důraz na informace z novin a televize a díky tomu jsou více zranitelní a ovlivnitelní negativními zprávami.

Důležité výsledky přinesla také Katarská průřezová studie založená na telefonickém dotazníku. V tomto výzkumu bylo zjištěno, že osoby s dobou trvání diagnózy

OCD méně než deset let, vykazují statisticky významné zvýšení průměrného skóre Y-BOCS během pandemie. Toto zvýšení závažnosti symptomů se týkalo dospělých se strachem z kontaminace a to pouze v případě, že trvání jejich diagnózy bylo kratší než deset let. Studie tedy klade důraz na důležitost délky trvání poruchy a na jejím podtypu. Autoři předpokládají, že osoby s dlouhodobým trváním příznaků OCD nebyly významně ovlivněny, jelikož jsou jejich symptomy dostatečně stabilizovány. V potaz by se mělo brát také to, že i sama pandemie se neustále vyvíjí a je tedy možné, že se výsledky studií budou lišit dle toho, kdy vznikaly (Siddiqui et al., 2022).

Výzkumy poukazující na stagnaci či zlepšení symptomů OCD

Několik současných publikací považuje osoby s obsedantně kompulzivní poruchou za zvláště zranitelné v období pandemie a vyzývají k častějšímu sledování symptomů. Účelem této studie bylo vyhodnotit, zda došlo k nárůstu symptomů během první vlny COVID-19 u dětí a dospívajících v Izraeli. V období mezi dubnem a květnem 2020 bylo hodnoceno 29 dětí a dospívajících s OCD. Byly využity dotazníky CGI a OCI-CV, které však nezjistily, že by se symptomy během zkoumaného období zhoršily. Zaznamenáno bylo spíše zlepšení symptomů v návaznosti na finální skóre CGI (Schwartz-Lifshitz et al., 2021).

Další výzkum byl proveden na jedenácti pacientech s OCD a jejich psychoterapeutech. U všech pacientů bylo mezi prosincem 2019 a lednem 2020 provedeno specifické psychodiagnostické vyšetření OCD a následně bylo toto vyšetření zopakováno. Pacienti udávali významný pokles symptomů OCD. Psychoterapeuté těchto jedinců hodnotili zlepšení spíše jako okrajové. Zlepšení symptomů zaznamenalo 90,9 % klinického vzorku, což následně potvrdilo 45,4 % terapeutů. Tito terapeuté u svých pacientů vnímali mírný pokrok. Cílem studie bylo zejména shromáždit nová data pro sledování symptomatického stavu pacientů s OCD během nouzového stavu. Zároveň si výzkum klade za cíl provést srovnání subjektů OCD hodnocených ve zmíněném období se současným stavem. Všichni jedinci ve výzkumu byli léčeni KBT terapií s ERP během roku 2020. Kvalitativní data byla podpořena statistickými daty a bylo zde možné pozorovat pokles skóre ve srovnání s výchozí hodnotou. Přes toto negativní období tedy nebyla symptomatologie pacientů s OCD nepříznivě ovlivněna (Zaccari, 2021).

Storch et al. (2021) zkoumali to, jak lékaři vnímají účinek pandemie COVID-19 na pacienty s OCD, kteří podstupují léčbu ERP. Byla zde použita škála NIMH-GOCS

a Y-BOCS. Lékaři se zaměřili na klinické příznaky při zahájení léčby, těsně před pandemií a uprostřed pandemie. Zjištění naznačují, že pandemie byla u většiny pacientů během prvních měsíců spojena s útlumem postupu ERP. Dle lékařů se jedna třetina pacientů zhoršila i přes léčbu, 47 % pacientů zůstalo stabilních a u 10 % pacientů zaznamenali zlepšení. Z dlouhodobého hlediska se symptomy OCD od doby nástupu léčby po vypuknutí pandemie COVID-19 zlepšily a poté se symptomy spíše stabilizovaly.

Závěry týkající se dopadu pandemie COVID-19 na jedince s OCD byly smíšené. Pravděpodobně tato variabilita do jisté míry odrážela i různorodou povahu této poruchy. Řada nově vznikající literatury poukazuje na to, že jedinci s OCD se zdají být ovlivněni přibližně stejně, jako neklinická část populace. Ačkoli jiné zdroje zjistily zvýšení závažnosti OCD, zejména u jedinců, kteří trpí obavami z kontaminace. Tento autor se tedy pokusil zjistit, co zmíněnou různorodost výsledků způsobilo a přiklání se k tomu, že v mnoha případech hrála ve stabilitě příznaků velkou roli kontinuální online léčba. Tato studie poskytuje důkazy o účinnosti léčby OCD pomocí telehealth během pandemie (Pinciotti, 2022).

Také musíme brát v potaz dopad, který má stigma spojené s duševní poruchou a následnou izolací za normálních okolností. V jistém smyslu COVID-19 učinil pocity nejistoty, strachu a neschopnosti univerzálními pro většinu jedinců. Tato skutečnost mohla pacientům s OCD vrátit pocit sounáležitosti a mohli se tak lépe včlenit do zdravé společnosti. To mohlo potenciálně zesílit odolnost a posílit mentální zdroje (Baldi & Schruers, 2021).

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V teoretické části jsme se pokoušeli nastínit problematiku obsedantně kompulzivní poruchy a také pandemie COVID-19. Samostatně bylo vydáno o těchto fenoménech mnoho výzkumů a článků, avšak studie týkající se dopadu pandemie COVID-19 na OCD nejsou dostatečné. Pokud je nám známo, výzkumy na našem území prakticky neexistují a středoevropské studie jsou také jen velmi málo zastoupeny. Tato skutečnost tak může být velkým problémem pro zjišťování dopadů pandemie na duševní zdraví jedinců s OCD v České republice. Jak jsme již v teoretické části zmiňovali, právě kulturní zvyklosti mohou ovlivňovat podobu obsedantně kompulzivní poruchy. Je zde tedy šance, že budou vznikat určité rozdíly napříč zeměmi. V neposlední řadě je důležité podotknout, že i podoba pandemie a vládních restrikcí se mezi státy lišily. Lze předpokládat, že i dopady pandemie COVID-19 na pacienty s OCD mohou být v různých státech rozdílné. Je tedy podstatné, aby byly důsledky pandemie na tuto poruchu studovány také v naší zemi.

Nyní jsme si již vědomi, že se podobná pandemie může zopakovat a proto je nezbytné, abychom zkoumali dopady pandemie COVID-19 a mohli se tak lépe připravit a efektivněji pomáhat jedincům s OCD.

Výzkumným problémem je zjištění, zda pandemie COVID-19 ovlivnila z pohledu jedinců s OCD jejich zdravotní stav a pokud ano, tak jakým způsobem. Snažíme se zde zjistit, co pacienti během pandemie považovali za výzvu, jaké volili copingové strategie a jestli měla pandemie nějaký dopad na symptomy jejich nemoci. Tato zjištění by nám mohla pomoci k lepšímu porozumění zmíněné problematice, což by mohlo potenciálně dopomoci k efektivnější léčbě během pandemie. Díky podobným studiím můžeme zjistit, jaké potřeby mají jedinci s OCD v době pandemie a co se na základě jejich zkušeností jeví jako účinná intervence.

Hlavním **cílem** výzkumu je přinést jedinečný pohled na pandemickou situaci v České republice perspektivou jedinců trpících obsedantně kompulzivní poruchou. V této diplomové práci se budeme snažit zmapovat, jaké bylo subjektivní prožívání těchto

pacientů v průběhu pandemie a jestli oni sami vnímali nějaké změny ve svém zdravotním stavu. Mimo jiné se zaměříme na to, co těmto lidem dle jejich názoru během tohoto období nejvíce pomáhalo a co pro ně bylo naopak nejobtížnější.

Naše **Výzkumná otázka** vypadala takto:

- Jak jedinci s OCD vnímají vliv pandemie COVID-19 na svou poruchu?

Do výzkumu jsme zařadili také dvě **výzkumné podotázky**:

- Jaké byly zvládací strategie jedinců s OCD během pandemie COVID-19?
- Jak jedinci s OCD vnímali opětovné zařazení do rutinního života a koexistenci s virem COVID-19?

8 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Vzhledem k tomu, že ve výzkumné části této práce, byly dodržovány stejné zásady a postupy jako v naší bakalářské diplomové práci, budeme se v některých pasážích touto prací inspirovat a určité kapitoly tak mohou korespondovat.

V této kapitole se seznámíme s metodami, které byly použity tak, aby nám pomohly dostat zvolených cílů výzkumu. Přesněji se zde tedy zaměříme na to, o jaký typ výzkumu se jedná, budeme popisovat, jak byla data získána a analyzována. V neposlední řadě se zaměříme na metody, které zvyšují validitu dat, a přesněji popíšeme etické problémy spojené s tímto výzkumem.

8.1 Výzkumný design a typ výzkumu

Vzhledem k povaze výzkumného problému a k cílům této práce, byl zvolen kvalitativní design výzkumu, který je značně flexibilní a dává nám prostor k popsání vnitřních prožitků respondentů (Miovský, 2006). V této práci byly totiž primárně zkoumány subjektivní pocity, prožitky a názory respondentů. Díky kvalitativnímu výzkumu můžeme proniknout daleko hlouběji, než by tomu bylo u kvantitativních metod. Zkoumané fenomény chápeme jako unikátní a neopakovatelné. Je zde zohledněna kontextuálnost a procesuálnost. Dále můžeme díky kvalitativnímu designu zachytit velké kvantum informací, které je značně přínosné převážně pokud zkoumáme jevy, které nejsou tolik probádané (Miovský, 2006). Kvalitativní výzkum se od kvantitativního liší tím, že můžeme rozličně přemýšlet o zkoumané realitě. Nezajímá nás tedy pouze výzkum samotný, ale také se musíme zamýšlet nad tím, jak zkoumaný jev vypadá v reálném životě a snažit se ho porovnávat s našimi výsledky (Punch, 2008).

8.2 Metody získávání dat

Abychom mohli získat odpovědi na výzkumné otázky a byli schopni naplnit stanovené cíle, museli jsme nejprve sestavit otázky k rozhovorům, na které budou participanti odpovídat. Bylo důležité zkonstruovat polostrukturovaný rozhovor tak, aby

nebyl opomenut žádný důležitý aspekt. Proto bylo nutné nejprve provést rešerši odborné literatury a poznat tak důležité složky tématu, které by v rozhovoru neměly být vynechány.

Účastníci výzkumu byli jedinci s obsedantně kompulzivní poruchou, které jsme v první řadě oslovili v našem okruhu známých. Následně jsme respondenty získávali prostřednictvím internetu s prosbou o poskytnutí rozhovoru. Některé z rozhovorů byly provedeny online formou skrze programy Zoom a Skype a jiné byly uskutečněny tváří v tvář. Jedinci dostali prostor zvolit si, jakou podobu interview preferují. Někteří z nich totiž žili na opačné straně České republiky a jiným nebylo příjemné přímé setkání vzhledem k jejich zdravotnímu stavu. Každá schůzka trvala přibližně hodinu a půl. Tímto způsobem se podařilo provést pět polostrukturovaných rozhovorů. Zmíněné rozhovory lze definovat jako hloubkové interview skládající se z mnoha různých částí, které vedou k získání potřebných dat. Tento typ rozhovoru je specifický tím, že tazatel vychází z listu předem připravených otázek, na které může respondent svobodně odpovídat dle svého uvážení (Švaříček & Šed'ová, 2014).

Je také důležité zmínit, že polostrukturovaný rozhovor je jakousi střední cestou, protože není omezen pořadím otázek ani jejich přesným zněním, jako tomu je u strukturovaného rozhovoru. Také není tak otevřený a variabilní jako nestrukturovaný rozhovor. Je tedy ideální volbou, pokud máme přesně definované okruhy rozhovoru a chceme využít metodu, která je dostatečně pružná (Hendl, 2016). Otázky rozhovoru byly rozděleny do pěti tematických okruhů, které jsou podrobněji vypsány v příloze č. 3: Otázky k rozhovorům. První okruh, který se jmenuje: „Úvodní otázky“, slouží k naladění respondenta pro rozhovor. Jsou zde řazeny otázky, které se týkají seznámení a představení celého výzkumu. Vysvětlujeme zde, k čemu je výzkum potřeba a jaké mohou být jeho přínosy. Také znovu opakujeme, že má respondent právo kdykoli přerušit výzkum.

Dalším okruhem jsou „Otázky týkající se OCD“, tato sekce již nechává větší prostor samotnému respondentovi. Chceme, aby o své nemoci hovořil jako o příběhu, ve snaze zachytit jeho perspektivu a názory. Následně jsou zde zařazeny také pomocné otázky, které plní funkci jakési pobídky, pokud by se respondentovi naše otázka zdála příliš obecná. Tato specifikace nám také pomáhá, aby dotazovaný hovořil o tom, co je pro náš výzkum zásadní. Zmíněné otázky se týkají například toho, kdy bylo onemocnění diagnostikováno, jak se nemoc v jeho případě projevuje a jakou formou probíhá jedincova léčba.

Třetí okruh se týká otázek, které jsou spojeny se začátkem pandemie. Nyní opět chceme po dotazovaném, aby se zpětně zamyslel a samovolně hovořil o svých prožitcích a pocitech v počátcích pandemie. Snažíme se již propojit téma OCD a COVID-19. Navíc se zde také vyskytují pomocné otázky viz příloha č. 3

Následný okruh se zaměřuje na výskyt pandemie na našem území. Snažíme se zde o to, aby se pacient rozmluvil o prožitcích během pandemie v souvislosti s jeho onemocněním. Respondent tedy dostane prostor, aby popsal jeho vlastní postřehy. Opět se zde vyskytují pomocné otázky, které mohou následně jedince navést ke stěžejním tématům našeho výzkumu. Jedná se tedy o otázky typu: Pociťoval/a jste nějaké změny Vašich symptomů OCD v průběhu pandemie? Jaké byly Vaše strategie zvládnání a co Vám pomáhalo? Byl pro Vás lockdown v něčem výhodný a jaká byla jeho negativa?

V dalším oddílu otázek jsme se zaměřili na období návratu do rutinního života a koexistence s nemocí COVID-19. Žádáme dotazovaného, aby se pokusil zamyslet nad tím, co prožíval a jaké změny v jeho životě nastaly v souvislosti s OCD. Také zde se objevují pomocné otázky.

Na závěr jedinec dostal prostor sdělit, co by dle jeho názoru mohlo být důležité, ale v průběhu dotazování se k tomu nedostal. Během rozhovorů byl také možný přímý či vzdálený vizuální kontakt. Díky němuž jsme mohli registrovat reakce respondentů, které podtrhovaly a zdůrazňovaly výpovědi. Bylo tedy možné využít vizuálního obrazu ve prospěch výzkumu, abychom tak snáze zachytili potenciálně důležitá témata a případně se na ně doptali.

Bylo pro nás překvapivé, že téměř všichni jedinci začali okamžitě vyprávět o své nemoci. Nejdříve jsme se totiž obávali toho, že se jedná o citlivé téma a respondenti tak nemusejí být tolik otevření. Jak jsme již zmiňovali, délka rozhovoru se pohybovala okolo hodiny a půl. S tím, že nejkratší rozhovor trval cca 50 minut a nejdelší dvě hodiny.

8.3 Metody zvyšování validity dat

Validitu můžeme rozdělit na interní a externí. Interní validita je využita u explanatorních studií, jelikož se týká příčinných vztahů a říká nám, zda měříme opravdu to, co chceme měřit. Abychom zvýšili vnitřní validitu, můžeme zohledňovat například alternativní řešení. Externí validita se oproti tomu váže k zobecnitelnosti na populaci, což

nám dává možnost použít replikační logiku u většího množství případů (Hendl, 2016). Je patrné, že tyto postupy nemůžeme využívat pro kvalitativní výzkum. Přesto však i u kvalitativního výzkumu existuje několik rozličných postupů, které nám ke zvýšení validity mohou dopomoci. Jedná se například o to, že necháme respondenty, aby následně nahlédli do přepisů rozhovorů a mohli požádat o upřesnění výpovědí. Dále můžeme použít triangulaci metod výběru výzkumného souboru.

V rozhovoru a následném přepisu mohlo dojít k nepochopení či k určitému zkreslení dat, proto byla využita validizace respondenty. Účastníci výzkumu byli tedy následně kontaktováni s prosbou o pročetí všech svých odpovědí. Bylo jim sděleno, že pokud zaznamenají jakoukoli nepřesnost, mohou se k ní znovu vyjádřit a upřesnit své myšlenky. S přečtením svých odpovědí souhlasili čtyři respondenti z pěti, avšak pouze jeden respondent zpětně požádal o upřesnění některých svých výroků. Spíše se však jednalo o určité dodatky k jeho tvrzením, než o nějaké razantní změny textu.

8.4 Metoda zpracování a analýzy dat

Data byla zpracována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA), která se jevila jako nejvýhodnější typ analýzy dat pro tento výzkum. Jednak proto, že se IPA zaměřuje na specifické a ne příliš obvyklé skupiny jedinců (Řiháček et al., 2013). A jednak proto, že cílem této metody je podrobné prozkoumání perspektivy respondenta na svět kolem něj. Zaměřujeme se tedy na hlubší pochopení toho, jaký on sám přisuzuje smysl svému osobnímu a sociálnímu světu (Smith & Osborn, 2007).

Interpretativní fenomenologická analýza se tedy snaží prozkoumat zkušenosti a prožitky určitého člověka. Důležitým aspektem je však také kladení důrazu na výzkumníkovo chápání zkoumané problematiky a jeho pohled na svět. Nedílnou součástí je i společná interakce tazatele a respondenta (Smith et al., 2022).

Smith et al. (2022) tvrdí, že samotná IPA přináší výzkumníkovi značnou svobodu ve výzkumném procesu. Existuje však schéma určitých kroků, o které se může během analýzy výzkumník opírat (Řiháček et al., 2013):

0. Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu
1. Čtení a opakované čtení
2. Počáteční poznámky a komentáře

3. Rozvíjení vznikajících témat
4. Hledání souvislosti napříč tématy
5. Analýza dalšího případu
6. Hledání vzorců napříč případy

Nejprve bylo nutné provést transkripci nahrávky pořízené při rozhovoru s respondentem. V této fázi se snažíme zachytit i sebemenší přeroknutí či výrazné emoční projevy, které mohou zdůraznit význam sdělení. Během přepisování jsme se poprvé seznámili s daty a následně jsme si znovu poslechli nahrávku, abychom získali nový náhled. Doslovně přepsaný rozhovor byl vytisknut a mnohonásobně pročitán tak, abychom se mohli co nejhlouběji ponořit do světa respondenta. Následně v něm byly barevně vyznačovány pasáže, které obsahovaly důležité informace. Pokoušeli jsme se číst výpovědi respondenta z různých úhlů pohledu, abychom narušili již známou strukturu. V mnoha případech jsme tedy například četli odstavce na přeskáčku.

Dále jsme začali tvořit poznámky a komentáře k jednotlivým pasážím, které byly nositelkami informací. Na levé straně vytištěných rozhovorů jsme si značili komentáře a vlastní poznatky. Na stranu pravou jsme se pokoušeli zachytit témata, která se postupně začala shlukovat do specifických kódů. Následně jsme se pokoušeli nalézat souvislosti mezi jednotlivými kódy a také se začaly objevovat nadkategorie. Poté jsme vzniklá data postupně redukovali, pokud již nenesla žádné zásadní informace.

Zmíněná data byla přepsána a zpracovávána jednak formou tužka papír a jednak pomocí programu Microsoft Office Word. Pokoušeli jsme se zde hledat souvislosti mezi tématy a snažili jsme se zachytit vzorce. Zpětně jsme se průběžně vraceli k rozhovorům, abychom se pokusili získat co nejvíce nových informací. Takto jsme pracovali u každého jednotlivého rozhovoru zvlášť a závěrem jsme propojovali rozhovory mezi sebou.

Jak jsme již zmiňovali, byl při kódování rozhovorů využit způsob ručního kódování tužka papír, a k přehlednějšímu značení výsledných kategorií jsme použili program Microsoft Office Word.

8.5 Sebereflexe výzkumníka

Podstatnou částí metody IPA je také reflexe vlastních zkušeností s tématem. Pokud se tedy zamyslím, co mě k výběru tématu motivovalo, bylo to pravděpodobně mé blízké

okolí a má práce. Mám totiž velmi blízkého člověka, který je s obsedantně kompulzivní poruchou léčen. Byla jsem tak přímým svědkem toho, jak bouřlivě tuto pandemii COVID-19 prožíval. Zajímalo mě tedy, zda se jednalo pouze o ojedinělý případ, nebo jestli se negativní vliv pandemie objevil také u více osob s OCD. Také jsem si povšimla, jak velmi křehký může být v takových situacích náš zdravotnický systém. Chtěla jsem tedy nějakým způsobem přispět k tomu, aby se tato tematika dostala do širšího povědomí a mohly se tak hledat co nejefektivnější způsoby pomoci v podobných krizových obdobích.

Dalším impulsem bylo to, že pracuji s lidmi s duševními problémy. Díky mnoha společným rozhovorům jsem si povšimla toho, že pandemii každý z nich prožíval zcela individuálně. Velmi mě zaujala tvrzení některých klientů, kteří se dle svých slov celý život cítili jako v pasti a lockdown jim tak život příliš nezměnil. Někteří tvrdili, že se právě díky pandemii po dlouhé době cítili konečně jako „normální lidé“. To právě z toho důvodu, že nyní bylo zcela běžné držet si odstup či se lidí stranit.

V neposlední řadě bych chtěla zmínit, že mě samotnou obsedantně kompulzivní porucha vždy zajímala, jelikož jsem se s ní v okruhu své rodiny setkávala již od dětských let. Tento výzkum je tak v určité míře také snahou hlouběji pochopit, jak tato nemoc vzniká, na jakém principu funguje a jak jedinci s touto poruchou co nejlépe pomoci.

8.6 Etické hledisko a ochrana soukromí

Dotazování byli kontaktováni prostřednictvím internetu, což znamená, že již předem znali téma i účel výzkumu. Před začátkem online rozhovorů však byl participantům znovu stručně vysvětlen cíl výzkumu a také jeho využití. Na konci tohoto obeznámení byli respondenti ústně dotázáni, zda chtějí ve výzkumu pokračovat a pokud souhlasili, byl tímto udělen ústní informovaný souhlas s účastí na výzkumu. Dále byli také informováni o tom, jak bude nakládáno s jejich údaji. Jelikož se výzkum týkal intimních témat, bylo účastníkům několikrát připomínáno, že mohou z výzkumu kdykoli odejít nebo jej přerušit, pokud se nebudou cítit komfortně.

Dotazování také ústně udělili souhlas s nahráváním rozhovoru a nahrávka poté byla šifrována tak, aby se zachovala anonymita jedinců. Každý rozhovor byl pojmenován dle pořadí rozhovoru a data. Poté byly rozhovory přepsány do programu Microsoft Office Word a souboru byl ponechán stejný šifrovací název jako nahrávce. Zvuková nahrávka však nebyla okamžitě po přepisu smazána, ale byla uložena na externí disk, aby bylo

zabráněno potenciálnímu zneužití. Ponechána zde však byla až do ukončení práce, za účelem zálohy a opětovné kontroly. Přepsané rozhovory byly uloženy v počítači, který byl zaheslován, a vytištěné přepisy byly uchovávány v neprůhledných složkách.

Další ústní souhlas byl udělen ve chvíli, kdy jsme se rozhodli kontaktovat Ester s dotazem, zda můžeme využít část jejího rozhovoru v příloze. Samozřejmě jsme po jejím souhlasu anonymizovali veškeré údaje, které by mohly vést k její identifikaci.

Dle autora Rastogi (2020) jsme zjistili, že úzkost je velkým tématem u obsedantně kompulzivní poruchy. Proto jsme se pokusili snížit případnou úzkost tím, že předem každému participantovi pošleme otázky k rozhovoru, aby měl dostatečný čas se zamyslet a připravit. Jelikož se náš výzkum zabývá specifickými osobními tématy, pokusili jsme se vyhnout případnému poškození jedince také tím, že mu poskytneme dokument s kontakty na profesionální krizové linky a poradny. Během celého výzkumu, jsme postupovali v souladu s etickým kodexem, který se nachází na webových stránkách Univerzity Palackého v Olomouci.

9 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumným souborem zvoleným pro tuto práci byli právě jedinci s diagnostikovanou obsedantně kompulzivní poruchou, kteří byli ochotni zapojit se do našeho výzkumu.

9.1 Strategie výběru výzkumného souboru

Výběr vzorku může mít pravděpodobnostní či nepravděpodobnostní metody. Ke kvalitativním přístupům se vztahují právě metody zmíněné na druhém místě, které jsou charakteristické tím, že určitý člen populace bude vybrán s větší pravděpodobností, než jiný (Miovský, 2006). Můžeme tedy konstatovat, že respondenti byli vybíráni nepravděpodobnostními metodami. K výběru byly využity tři metody, díky čemuž jsme mohli zvýšit validitu dat. Primárně byli respondenti osloveni na základě známosti. Byl tedy zvolen **příležitostný výběr**, který posloužil jako jakýsi pomyslný odrazový můstek, díky kterému bylo možné proniknout do komunity pacientů s OCD. Je však možné, že by tato metoda mohla potenciálně zkreslovat výsledek, jelikož je výběr účastníků založen na blízké vazbě. Proto bylo následně osloveno několik jedinců z tematických online skupin, díky čemuž jsme získali další respondenty pomocí metody **záměrného výběru**. Tato metoda je u interpretativní fenomenologické analýzy obvyklá (Smith & Osborn, 2007). Poslední variantou byl **samovýběr**, který je založen na motivaci respondentů zapojit se do výzkumu (Miovský, 2006).

9.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal celkem z pěti respondentů. Pro tento počet jsme se rozhodli, jelikož Smith et al. (2022) ze své zkušenosti doporučují vzorek o velikosti tři až šesti respondentů, jako adekvátní pro studentský výzkum. Dle jejich názoru lze provést kvalitní interpretativní fenomenologickou analýzu spíše na menším vzorku, jelikož se výzkumník zaměří na méně dat, ale více do hloubky.

Konkrétně se jednalo o tři ženy a dva muže, což koresponduje s tím, že se OCD v populaci celosvětově častěji objevuje u žen, než u mužů (Siddiqui et al, 2022). Nejmladšímu respondentovi bylo 24 let a nejstarší účastník tohoto výzkumu měl 35 let, což znamená, že průměrný věk účastníka se rovnal 29,5 letům života. Všichni respondenti měli diagnostikovanou obsedantně kompulzivní poruchu, která byla stanovena psychiatrem již před začátkem pandemie. Více informací o našich respondentech lze nalézt v následující tabulce.

Tabulka 1: Tabulka výzkumného souboru

Respondent	Monika	Jana	Marek	Ester	Zbyněk
Věk	25 let	35 let	29 let	24 let	33 let
Práce či studium	Pracuje v marketingové firmě	Pracuje v maloobchodě	Pracuje jako operátor výroby	Studentka VŠ	Pracuje s technologiemi
Diagnostikován/a	5 let	14 let	11 let	5 let	6 let
Téma OCD dle našich respondentů	Romantické vztahy, ujišťování, perfekcionalismus, sociální interakce	Ujišťování, kontrolování a nadměrné obavy	Čistota, mytí, kontaminace, nadměrné obavy a uspořádání	Kontaminace, ujišťování, nadměrné obavy a uspořádání	Nadměrné obavy, ujišťování, kontaminace a mytí

Smith & Osborn (2007) zmiňují, že se u metody IPA volí směr účelného vzorkování, což vede k nalezení definované skupiny, která adekvátně reprezentuje daný fenomén. Snažíme se tedy najít relativně homogenní vzorek pomocí stanovení kritérií.

Aby byl tedy respondent do práce zahrnut, musel splňovat určitá kritéria:

- 1) Věk od 20 do 35
- 2) Diagnóza OCD (musí být stanovena psychiatrem)
- 3) Bez dalších sekundárních psychiatrických diagnóz
- 4) Léčit se s OCD alespoň 1 rok před začátkem pandemie COVID-19
- 5) Jedná se o občana České republiky, který pobýval před pandemií, během ní a po návratu do rutinního života v ČR

Kritéria byla stanovena na základě rešerše zahraničních výzkumů, které se zabývaly touto tematikou. Rozhodli jsme se stanovit věkový interval, abychom utvořili

homogennější skupinu, která se pravděpodobně zabývá podobnými životními otázkami a dilematy. Zvolili jsme mladou dospělost, která se dle Thorové pohybuje v intervalu od 20 do 35 let (Thorová, 2015). Doba léčby OCD, byla stanovena jako kritérium proto, aby již proběhla určitá stabilizace onemocnění. Dále bylo nutné, aby respondent prožil všechny restriktce i nouzový stav na území našeho státu, jelikož se omezení mohla v jednotlivých zemích lišit. To znamená, že i dopady by mohly být potenciálně různorodé. Také nechceme, aby výsledná data byla narušena sekundární psychiatrickou diagnózou, proto se toto kritérium stalo jedním z podmínek pro výběr respondentů.

10 VÝSLEDKY

V této kapitole se dozvíme odpovědi na výzkumné otázky a hlouběji prozkoumáme specifické pohledy respondentů na tuto problematiku. Respondenti zde budou jmenováni falešnými jmény, aby se zachovala anonymita.

10.1 Analýza jednotlivých rozhovorů

Nyní se zaměříme na každého dotazovaného zvlášť a přiblížíme si, jak svou nemoc jedinci vnímají a jaký dopad měla pandemie COVID-19 na ně samotné. Každý rozhovor byl jednotlivě analyzován a byla v něm nalezena ústřední témata, která jsme dále více rozpracovali.

Analýza rozhovoru s Monikou

Rozhovor s Monikou (25 let), která pracuje v marketingové firmě. Její obsese se týkají: *„Romantických vztahů (vztahové OCD), ujišťování, perfekcionalismu, sociálních interakcí a toho, co si o ní druzí myslí.“*

Hlavní témata rozhovoru s Monikou:

- **Vztah:** Obavy co udělala; alkohol; ujištění, že má přítele ráda; spouštěče; propad.
- **Ujišťování:** Účelné navozování myšlenek; volání sestře; ujišťování u kamarádů; internetové skupiny.
- **Izolace:** Žádný řád; odloučení; přemýšlení; odstěhování se od přítele; zhoršení stavu; pozornost ve škole; stres.
- **Sociální kontakt:** Nebýt sama; přesunutí tématu OCD; Tendence odejít ze společnosti; zapomínání slov; Co si o mě druzí myslí?
- **Práce:** Zhoršení výkonnosti; perfekcionalismus; pocity neklidu; potřeba ujištění.
- **Léčba:** Vyhledání odborné pomoci; Internetová skupina; rozeznat spouštěče; samoléčba; afirmace; vystavení; mít sebe na prvním místě.

Respondentka zmiňovala, že OCD pravděpodobně trpí již od dětství. Ve velmi brzkém věku prováděla různé kompulze, které se týkaly zamezení nějakého neštěstí. Sama však tvrdí, že jí to v běžném fungování nikterak nepřekáželo. „*Měla jsem takové to, že se něčeho musím dotknout, nebo že něco musím vykonat...x krát kouknout do zrcadla...nebo se něco stane, ale nepřišlo mi to zvláštní.*“ Monika se domnívá, že nynější obsedantně kompulzivní symptomy, by mohly být spojeny s jejím toxickým vztahem a také s dětstvím. „*V minulosti jsem měla hodně toxický vztah a myslím, že to hodně ovlivnilo...a věci z dětství...jsem z rozvedené rodiny a mamka furt házela vinu na sebe, že ona za to může...a neřekla, že je normální mít ve vztahu nějaké problémy...pak třeba to porovnávání se ségrou...*“

Poprvé byla diagnostikována více než rok před pandemií. Tehdy prožívala značný nárůst symptomů OCD týkajících se jejího partnera. „*Když jsem opustila takové ty růžové brýle a začala jsem vidět i ty chyby v tom vztahu, myslela jsem si, že to není normální...že už ho nemám ráda...bylo pro mě důležité a musela jsem se jako ujistit, že je vše v pořádku.*“ Pravidelně měla respondentka sezení s psychologkou a následně se společně zaměřily na KBT terapii. To však bylo pro Moniku finančně náročné, jelikož stále studovala a neměla pravidelné příjmy ze zaměstnání. Tato sezení jí velmi pomohla a byla pomyslným nasměrováním pro budoucí cestu samoléčby. Respondentka totiž nikdy nechtěla brát léky. „*Psycholožka mi moc pomohla, protože mi tak jako zastoupila matku a vysvětlila mi, jak funguje vztah... že to chci až moc perfektní...potom jsem to trošku omezila s tou psychologkou...chodila jsem, když to na mě jakoby přišlo, protože to bylo drahé a pak jsem se léčila sama.*“

Jedním z hlavních témat byl pro respondentku vztah s jejím přítelem. Moničiny obsedantní myšlenky totiž byly velmi často spojeny právě s touto tematikou. Obsese se týkaly ujištění, zda svého přítele stále miluje. „*bála jsem se, že už ho nemám ráda...bylo pro mě důležité, aby v tom vztahu bylo vše v pořádku...objevovaly se myšlenky, jestli se mi třeba nelíbí někdo jiný...musela jsem se ujistit ve své hlavě, že to je prostě v pohodě.*“ Dospělo to až do té fáze, že respondentka nebyla schopná běžně fungovat a musela vyhledat odbornou pomoc. „*Měla jsem jako obsese každých pár vteřin, opravdu každých pár vteřin jsem si vzpomněla na nějakou myšlenku, která mě jako štvala a musela jsem se v tom hrozně šfourat...ty myšlenky se dostaly do formy, kdy už jsem nemohla nějak normálně fungovat.*“ Problémem byly také akce, kde se pil alkohol. Následně se jí totiž začaly zjevovat vtíravé myšlenky, jestli náhodou neudělala něco špatného. „*Když jsem*

třeba byla na nějaké akci, nebo s nějakými kamarády a pili jsme alkohol, tak se mi pak objevovaly takové falešné vzpomínky...ten alkohol mě tak dostal do takových situací, že jsem začala jako přemýšlet...a co když se něco stalo? Co když jsem přítele podvedla?“ Respondentce v podobných chvílích pomohlo právě ono ujištění. Primárně se ujišťovala u sebe a to tím způsobem, že si musela vyvolat vzpomínku, kde si užívá příjemné chvíle s přítelem. Tímto způsobem si uvědomila, že ho má stále ráda a že je vše v pořádku. *„Musela jsem se ujistit a to ne tou formou jako třeba na něco šáhnout, ale v hlavě...že jsem si jako schválně vzpomněla na to, jak jsem byla s přítelem a jako bylo to fajn...musela jsem si to připomenout.“* Dále se ujišťovala také u své sestry a u kamarádů. Domnívala se však, že tomu ostatní tolik nerozumí a že je tímto neustálým ujišťováním zahlcuje.

K ujišťování určitou dobu využívala také internetové skupiny. Tyto skupiny měly sloužit jako vzájemná podpora jedincům s OCD. Lidé se na těchto stránkách například vzájemně motivují k léčení a dávají si určité rady a tipy. Monika však vnímala, že v jejím případě šlo spíše o jakousi závislost. Skupiny si pročítala, aby se ujistila, že není jediná, koho tyto myšlenky trápí. *„Měla jsem i tendence ujišťovat se na internetu a hodně jsem se hlásila do skupin na facebooku, kde lidi píšou o svých obsesích. Na začátku člověk cítí, že v tom není sám, že je to dobře, ale to je prostě taky forma ujišťování...musela jsem se z nich vyloženě odhlásit...i přítel mi to říkal, že je to zlo.“*

Odloučení od přítele během lockdownu a hodně volného času, jí způsobilo rapidní zhoršení OCD. Monika trávila lockdown se svou rodinou a její přítel byl také u sebe doma. Během izolace se tedy vůbec neměli šanci vidět, jelikož žijí na opačné straně České republiky. *„Byla jsem delší dobu doma a neměla jsem žádný řád ani denní rozvrh. Měla jsem hodně času na přemýšlení...už s tou izolací teda začínaly ty myšlenky, že něco není v tom vztahu v pořádku zase... že máme nějakou krizi...hodně se mi začaly vracet vzpomínky na jednoho kluka, do kterého jsem byla kdysi zamilovaná...říkala jsem si...a co když ho mám pořád ráda?“* Monika své obsedantní myšlenky přirovnávala ke drogám *„Byla to prostě závislost, nešlo přestat a stále se to opakovalo.“* Na toto období respondentka nevzpomíná v dobrém, jelikož byla dle svých slov paralyzovaná a většinu času trávila v slzách a úzkostech. K největšímu zhoršení však došlo v okamžiku, kdy se respondentka opětovně dostala do kontaktu s oním “klukem” kvůli kapele. *„To mi na OCD dělalo hodně zle, protože...co když ho mám ráda a takové myšlenky...nejhorší ale bylo, když jsme se osobně viděli...To mi pak to OCD nedalo třeba týden v kuse pokoj.“* Ve spojitosti s izolací hovořila také o zhoršení ve škole. Výuka v té době probíhala online

a pro Moniku bylo velmi obtížné soustředit se kvůli obsedantním myšlenkám. *„ty myšlenky mě během těch online hodin hrozně lehce jako rozptýlily. Pro mě to bylo hrozně těžké to studium v té době.“*

Respondentka cítila, že už její nemoc přesáhla únosnou mez a rozhodla se tedy na zlepšení pracovat z domova. Během pandemie byla v kontaktu se svou psychologkou, která ji podporovala, a doporučila ji různá vzdělávací videa. *„terapie mi pomohla, ale i já sama jsem si hodně pomohla, hodně jsem se o to zajímala. Díky té psychologce jsem se dostala k videím, kde lidi popisovali, co jim pomohlo a jak se vyléčili.“* Monika se také zaměřila na to, aby si zorganizovala během lockdownu svůj čas a stanovila si denní řád. Začala zapojovat sportovní aktivity a meditace, což sama považuje za velmi přínosné. *„Hodně jsem se snažila pozměnit si režim...běhala jsem, meditovala...snažila jsem se psát si pokroky a to dělám dodnes. Hodně se snažím ty pocity prodýchat a být s nimi a ne je hned potlačit...to mi moc pomáhá.“* Vnímala, že se nevyлéčí pouze pomocí terapie, ale že proto musí ona sama udělat maximum. *„Člověk nesmí spoléhat čistě jen na lékaře, protože hodně lidí si myslí, že půjde za psychologem a že to stačí, ale ne...musí zapracovat oni sami.“*

Dále hovořila o nejrůznějších technikách a postupech, které během své léčby vyzkoušela. Velmi jí pomohly například afirmace a úmyslné vystavování se spouštěčům OCD. *„Afirmace mi hodně pomáhají před spaním, nebo i v těch daných chvílích...že si prostě říct ten opak té obsedantní myšlenky...Taky se úmyslně vystavovat těm situacím a hlavně mít sebe na prvním místě za každou cenu.“* Po rozvolnění restrikcí se respondentka rozhodla navštěvovat také další terapie, které pro ni byly přínosné. *„Chodila jsem i na Terapii emoční svobody...EFT...a ještě na jednu...to mi moc pomohlo...kvantová se tuším jmenovala.“* Monika zmínila, že jsou obě tyto terapie zaměřeny na energii, která se z těla neuvolnila. *„Ono se během té terapie jakoby tak tuká na ty speciální body a potom se člověk cítí lépe, že to uvolní tu energii zaseklou.“*

Hovořila o tom, že se jí podařilo obsese zaměřené na její vztah úspěšně zvládnout. Problém však nastal ve chvíli, kdy se uvolnily restrikce a ona se měla vrátit do rutinního života. V té chvíli se začaly objevovat zcela nové obsese, kterými nikdy dříve netrpěla. *„Já jsem dřív hodně vyhledávala společnost, abych se zaměstnala a neměla ty myšlenky a pak bum a je s tím problém.“* Ústředním tématem rozhovoru se tedy mimo jiné stal také sociální kontakt. *„se mi to OCD přesmyklo na sociální kontakt s lidmi. Mám pořád v hlavě, že si o mně lidi myslí, že jsem hloupá a nezajímavá prostě...mám problém jít do společnosti*

a hrozně tak jako přemýšlím v tom kontaktu... třeba jaké slova použít a často se mi stává, že se nemůžu vyjádřit.“ Respondentka dále popisuje určité stavy “derealizace”, které v onom sociálním kontaktu pociťuje. *„strašně často v té chvíli prožívám derealizaci... cítím se jako v nějakém snu, nebo že to není jako úplně realita.“* V rozhovoru dále zaznělo, že tyto obsedantní myšlenky respondentka nemá spojeny s kompulzemi. Sama však podotkla, že nutkáním by mohla být touha opustit sociální kontakt. Proto se snaží tyto nepříjemné pocity překonat a vystavit se sociální interakci. Uznává však, že je to pro ni dodnes velmi těžké.

Posledním hlavním tématem, je respondentčino zaměstnání. Jak již bylo zmíněno, Monika pracuje v marketingové firmě a má na starosti zákaznický servis. V poslední době však dle svých slov pociťuje, že na sebe klade velmi vysoké nároky spojené právě s jejím perfekcionalismem. *„Mám teď takový perfekcionalismus v práci... že mám třeba strašný problém odeslat email, vždycky ho po sobě pročítám mockrát.“* Situace se údajně ještě zhorší, pokud je respondentka vystavena stresu a v té chvíli má ještě větší potřebu udělat vše dokonale. *„Mám potřebu to všechno udělat správně, aby nebyl žádný problém... a potřebuju často právě ujištění, že to jako správně dělám a že je vše tak, jak má být.“* Díky tomu, že vnímá zhoršení OCD v různých sférách jejího života, rozhodla se zintenzivnit návštěvy psychologa.

Analýza rozhovoru s Janou

Rozhovor s Janou (35 let), která pracuje v maloobchodě. Její obsese se týkají: *„Ujišťování, kontrolování a zamykání“*

Hlavní témata rozhovoru s Janou:

- **Bezpečí:** Nástup příznaků po porodu; zamykání a kontrolování; všude pozdě; hospitalizace; vliv pandemie.
- **Vzdálenost:** Daleko od rodiny; odříznutí od světa; zhoršení příznaků; návrat domů.
- **Rodina:** Volání; nepřipadá si dostatečně silná; pocit bezpečí; návrat; podpora.
- **Lockdown:** Úleva; uvědomění a prostor pro sebe; problematický návrat k běžnému fungování.

Respondentka popisovala, kdy si začala všimnout prvních příznaků obsedantně kompulzivní poruchy. Dle jejího názoru to bylo v období po porodu, kdy pociťovala silnou úzkost a velký strach o to, jestli se sama zvládne postarat o své dítě. *„Po porodu jsem byla*

u rodičů a tam byla nad postýlkou pro miminko taková polička a já měla hrozný strach, že na ni spadne...tak jsem chodila tu poličku rovnat a posouvat postýlku a nemohla jsem spát. Měla jsem strach, že se jí něco stane, že není v bezpečí.“ V této souvislosti také zmiňovala možné příčiny, které dle jejího názoru mohly vést k propuknutí oné nemoci. *„Já jsem vlastně rok předtím měla hodně špatný vztah...až jako domácí násilí tam bylo no a pak jsem teda s dalším partnerem zachvilku nečekaně otěhotněla...no a pak byl ještě problém, že jsme se s tím partnerem přestěhovali od rodičů do hezkého bytu, ale ve stejném domě žili lidi takoví ze slabší sociální sféry no a já se tam bála a tam to zamykání vlastně začalo.“*

Jana se velmi bála o bezpečnost sebe i svého dítěte a její obsedantní zabezpečování gradovalo. Toto chování dospělo až do bodu, kdy měla prsty rozedrané do krve ze zavírání dveří a kdy díky stresu velmi rychle zhubla. Symptomy OCD již v této době zaznamenali také její blízcí. *„Měla jsem ruce potom do krve a samý mozol...dokonce jsem do půl roku zhubla 50 kg tím stresem. Nechápala jsem, co se semnou děje.“* Určitá blízká osoba ji tedy doprovodila k obvodnímu lékaři, aby jí pomohl. *„Ta paní mě teda doprovodila k obvodňákovi, ale on nic nezjistil a já jsem si připadala jako hypochondr.“* Následně se však příznaky OCD ještě více stupňovali a respondentka byla převezena do psychiatrické nemocnice, kde jí byla tato porucha diagnostikována. Zmiňované období respondentka nenesla dobře, jelikož byla odloučena od své tehdy roční dcery. Věděla však, že toto rozhodnutí musí učinit a v nemocnici zůstat.

Diagnostikována tedy byla ve svých 21 letech a poté se její stav během let postupně stabilizoval. V průběhu této doby došlo k několika relapsům a jedním z nich byl návrat příznaků v průběhu pandemie. *„ze začátku jsem tomu covidu nedávala velký důraz...myslela jsem, že to zachvilku přejde, ale odřízlo mě to od světa...myslela jsem, že jsem to za ty roky měla zvládnuté, ale věděla jsem, že to tam sama nedám.“* Jana totiž v době propuknutí pandemie pracovala a bydlela velmi daleko od svých blízkých, což nesla opravdu špatně. *„Volala jsem v té době hodně domů. Bála jsem se, že to nezvládnou sama...to co nastane, že spadnu znovu na to úplné dno, že to bude zase jako na začátku.“* V rozhovoru mnohokrát zmiňovala, že se opět začaly objevovat zabezpečovací tendence, které se čím dál více stupňovaly. *„No postupně jsem začala chodit pozdě do práce. Nejdříve jsem se dívala tak dvakrát až třikrát na kličky u sporáku. Ted' jsem měla takovou úzkost a musela jsem se podívat čtyřikrát až šestkrát a to byl jen ten sporák...kontrolovala jsem všechno.“*

Pomyslnou poslední kapkou však bylo to, když vláda vyhlásila, že zavede lockdown. Respondentka si představila, že by tímto způsobem zůstala izolovaná a bez opory svých blízkých, což by nezvládla. *„A to jsem si uvědomila, že musím být někde, kde budu mít ty obsese pod kontrolou...že být sama na druhé straně České republiky při pandemii už je na mě moc...takže jsem si uvědomila, že nejsem natolik zdravá a silná, abych tohle zvládla a musela jsem se vrátit domů.“* Opustit dosavadní domov pro ni bylo výzvou, jelikož měla obavy, že se něco hrozného stane. Respondentka měla strach, že svůj byt dostatečně nezajistí a že například vyhoří, či se do něj někdo vloupá. *„Než jsem se rozhodla odjet, tak jsem strávila opravdu dlouhou dobu zajišťováním toho bytu. Měla jsem hroznou úzkost a strach, že ten byt nedokážu dostatečně zajistit, když jedu tak daleko a nevím na jak dlouho, ale zvládla jsem to nakonec.“*

Rodina znamenala pro Janu opravdu mnoho a vnímala ji jako velkou oporu při jejich zdravotních obtížích, týkajících se OCD. *„Rodina mi vždycky pomohla. Už když jsem tenkrát jela do blázince, tak moje maminka mi hlídala dceru. Já o ni měla obrovský strach a bylo to pro mě opravdu těžké. Věděla jsem ale, že to musím udělat a své mamince jsem věřila.“* Během pandemie byla se svými rodiči i s dcerou prakticky neustále na telefonu. Toto povídání ji na určitý čas zbavilo negativních pocitů, avšak nebylo dostačující. *„Snažila jsem se volat rodičům, aby to na mě tak nedolehlo prostě. Měla jsem velký strach a tohle mi pomáhalo.“* Rodina byla v tomto rozhovoru mnohokrát spojena s pocitem bezpečí, který v ní vzbuzovala. Pokud byla u svých blízkých, cítila se silnější a domnívala se, že svou nemoc dokáže efektivněji zvládat. *„Co mi během pandemie pomáhalo? No...myslím si, že ta rodina, že to byl takový pocit bezpečí...když jsou mi nablízku...Já jsem nechtěla být někde zavřená během pandemie a že bych se nemohla dostat ke svým blízkým. Z toho jsem jako měla strašnou úzkost a dilema.“*

Během lockdownu již byla respondentka u své rodiny a cítila se komfortněji. V rozhovoru bylo také několikrát zmíněno, že Jana nemá příliš ráda společenské akce ani místa, kde se schází více lidí. Izolace jí tedy v tomto směru vyhovovala. *„Mě to uzavření nevadilo, když jsem byla doma...já moc jako nějaké scházení lidí nemusím, nebo třeba restaurace a tady tyhle věci mi moc nic neříkají. Takže já jsem to i uvítala, že jsem to tím pádem nemusela dělat. Jako jít třeba na kafe a tak, protože to nešlo. Pro mé OCD to bylo přijatelnější.“*

Respondentka vnímala výhodu lockdownu také v tom, že nyní měla více času na sebe. Měla tak prostor uvědomit si, jak se svými symptomy OCD účelněji pracovat.

„Lockdown jsem vnímala pozitivně. Měla jsem víc času na to, uvědomění si, co s tou nemocí dělat. Co mi pomáhá a co mi dělá zle. Byla jsem taky v telefonním kontaktu s psychiatrickou, která mi na dálku radila. Takže paradoxně mně ta izolace udělala spíš dobře, kdybych to měla vzít tak obecně.“ Problém však nastal ve chvíli, kdy byl lockdown zrušen a lidé se měli znovu vrátit k rutinnímu způsobu života. Znovu se začaly otevírat obchody, služby a lidé se opětovně vraceli do práce. V této chvíli Jana pociťovala další zhoršení symptomů OCD, jelikož jí tyto velké změny nedělají po zdravotní stránce dobře. Již si navykla na způsob života v izolaci a návrat pro ni nebyl vůbec jednoduchý. *„Tyhle změny pro mě nejsou jednoduché...není to pro mě nikdy jednoduché, když se musím zapojit do normální sociální sféry. Byla to opět změna a já jsem člověk, který trpí tady touhle poruchou, takže já změny nemám ráda a tohle byla velká změna a navíc to byla změna i v mém životě.“*

Opět tedy pociťovala nárůst úzkosti, jelikož musela častěji opouštět svůj domov, který vnímala jako bezpečné útočiště. Tato úzkost ji podněcovala k tomu, aby častěji a déle kontrolovala elektrospotřebiče a přesvědčovala se o tom, že opravdu zamkla dveře. *„Takže zase znova jsem musela stát u sporáku a říkat si: Nebudeš to kontrolovat, nebudeš to mačkat. Zamkneš jenom jednou...musela jsem se prostě vrátit do toho rutinního života a bylo to ze začátku opravdu těžké. Lockdown byl pro mě opravdu lepší, než tohle.“* Postupně se však Janě povedlo své příznaky zmírnit, díky vlastní snaze a také pomocí navýšení medikace. Důležitou roli pro ni sehrála v tomto těžkém období právě podpora rodiny.

Analýza rozhovoru s Markem

Rozhovor s Markem (29 let), který pracuje v určité nejmenované firmě na pozici operátor výroby. Jeho obsese se týkají: *„Čistoty, mytí, kontaminace, nadměrných obav a uspořádání.“*

Hlavní témata rozhovoru s Markem:

- **Čistota:** Doma nebyla úplná čistota; Školní jídelna; hromadná doprava; systém na mytí; lékař nepomohl.
- **Pandemie:** Panika; média; nárůst symptomů spojených s mytím; návrat byl obtížný; navýšení antidepresiv a pravidelné návštěvy u psychologa.
- **Izolace:** Úleva; hodně volného času; prohloubení nemoci.
- **Přítelkyně:** Nátlak; zhoršení vztahu; přenesení odpovědnosti.

Jedním z ústředních témat byla pro tohoto respondenta právě čistota. Markovi obsese jsou totiž již od velmi brzkého věku zaměřeny tímto směrem. V dětství si uvědomoval, že to v jejich domácnosti není tak čisté, jak by si představoval. *„Já jsem na své OCD postupně přicházel už od doby, kdy jsem byl na základní škole. Možná i dřív, protože moje matka nebyla zrovna člověk, který si potrpěl na úplnou čistotu doma...byla hodně zaměstnaná a já jsem záviděl ostatním dětem...když jsem byl u někoho na návštěvě, jaké to doma měli čisté a jak to prostě vypadalo.“* Problémy s nečistotami však začal pociťovat i mimo domov, například ve škole. *„Postupně se to jakoby přeneslo...i když jsem chodil do školy, tak stalo se mi třeba ve školní jídelně, že to bylo stejné. A tohle jsou vlastně ty začátky, kdy mi to začalo vadit...bral jsem si do jídelny ubrousky.“* Postupně se jeho symptomy OCD rozšiřovaly i na doteky a on sám si již v dětském věku všiml, že se od svých vrstevníků liší. *„Pak to byly věci ne jen v rámci jídelny, ale třeba v tělocviku...když jsem se musel dotýkat se spolužáky jednoho míče, nebo když mi sahali na sešity...taky jsem pozoroval ostatní, že to jakoby vůbec neřešili, že jim to nevadilo.“*

Tehdy již Marek pozoroval první systematické rituály, které mu pomáhaly vyrovnat se s úzkostí, když něco nebylo dle jeho názoru čisté, či správně uspořádané. *„...no a já když jsem přišel domů, tak jsem si ty sešity musel vyčistit, aby prostě zase všechno bylo v takovém pořádku a měl jsem na to už svůj systém, který jsem musel dodržet, abych se cítil dobře.“* V té době již jeho chování zaznamenali také rodiče. Marek se na popud příbuzných poprvé dostal k doktorovi, ale bohužel mu dle jeho slov návštěva lékaře příliš nepomohla. *„Všimli si toho rodiče no a vzali mě k nějakému doktorovi...jako dítě nebo už možná teenagera, ale to mi nějak moc nepomohlo, i když jsem teda bral nějaké léky.“* Respondent v rozhovoru také uvedl, že pro něj začala být problémem hromadná doprava a místa, kde se shromažďuje více lidí najednou. Neustále se točil v kruhu mytí a srovnávání věcí, což mu však pomáhalo snižovat úzkost. *„Věděl jsem, že to přeháním, ale nemohl jsem si pomoci... všechny ty prostředky, které jsem používal na mytí, musely být na vaně srovnané...musely být poskládané od prvního použití do posledního...od hlavy až po škrabku na nohy...všechno muselo mít svůj systém.“*

Když již byla situace k nevydržení, Marek se z vlastní iniciativy rozhodl vyhledat odbornou pomoc. Dle svých slov věděl, že se jeho stav rapidně zhoršuje a že si sám není schopen pomoci. Toto rozhodnutí učinil v době, kdy ukončoval učiliště a jeho symptomy již dosahovaly extrémních projevů. Byla mu předepsána antidepressiva, která bere dodnes. Také byl na určitou dobu hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Marek zmínil, že se

poté jeho zdravotní stav stabilizoval. „*No už to bylo k nevydržení a já se rozhodl, že půjdu za psychiatrem. Paní doktorka mi nasadila antidepresiva, která beru do teď. Taky jsem odjel do Kroměříže...se léčit a to mi dost pomohlo...pak jsem mohl docela normálně fungovat a najít si holku.*“

Problémem však byla pandemie, kterou Marek dle svých slov nezvládal tak, jak by si sám představoval. Samotné prvotní informace o novém viru v něm vyvolaly nepříjemné pocity a paniku. „*Začátky té pandemie...to byla úplná panika. Měl jsem strach, že to chytну ve veřejných prostorech, když vlastně stoupala ta čísla v Číně. Snažil jsem se vyhýbat akcím a společným prostorům...no a měl jsem strach, že to přijde k nám.*“ Dle svých slov také trávil mnoho času na internetu, kde si pročítal jednotlivé stránky, které se na COVID-19 zaměřovaly. „*Já proseděl hodiny na stránkách seznamu a na facebooku...a sledoval jsem ten postup pandemie. Cítil jsem, že se mi zvyšovala s tím i ty úzkost a takové jako naštvání z té nevědomosti.*“ Respondent v rozhovoru také zmínil, že začal nosit respirátor a rukavice ještě předtím, než přišla nařízení vlády. Údajně se tak cítil lépe. „*Okamžitě jsem začal používat všechno, co jsem mohl...to znamená roušky, rukavice a respirátory...Já to všechno nosil ještě předtím, než to bylo povinné. Když k nám někdo přišel na návštěvu, tak musel mít taky roušku.*“ Marek prožíval začátek pandemie velmi intenzivně. Během rozhovoru popisoval, že největší úzkost se objevila ve chvíli, kdy ještě nebylo povinné nosit ochranu úst a nosu, avšak nemoc se již objevovala na našem území. „*V době, kdy ještě vlastně se tady nepoužívaly roušky a bylo to jenom o tom, že se ta nemoc šíří, tak to bylo pro mě asi nejhorší...jako ty moje příznaky.*“

Respondent dále popisoval, jak se jeho symptomy v důsledku pandemie prohlubovaly a čemu musel ve zmiňované době čelit. „*Pokud jsem třeba musel nakoupit, tak už jsem používal ne jedny, ale dvoje rukavice. Měl jsem třeba i dvě roušky najednou, abych se chránil. Snažil jsem se ničeho nedotýkat. Když jsem přišel domů, nestačilo si už jen umýt ruce, ale musel jsem se umýt celý. Měl jsem taky pocit, že mám jakoby kontaminované oblečení, tak jsem ho musel dát hned vyprat. Dokonce jsem i dezinfikoval buben pračky, aby tam nezůstal nějaký virus.*“ Nyní již byl také v úzkém spojení s psychiatrem a své příznaky s ním diskutoval telefonicky. Tato podpora mu sice pomohla, ale údajně si během pandemie představoval větší pomoc. „*Snažil jsem se tyhle věci probrat s psychiatrem, ale přišlo mi to strašně málo.*“ V průběhu dialogu jsme se také dozvěděli, že dalším krizovým obdobím, bylo pro respondenta vracení se zpět k rutinnímu životu. Toto téma však Marek popisoval velmi rozporuplně. „*No ono to je těžké...mělo to asi dvě*

strany. *Na jednu stranu se mi ulevilo, že jsem zase měl nějaké povinnosti a neměl jsem tolik času přemýšlet, jako v lockdownu. Prostě jsem se měl jak zaměstnat...na druhou stranu jsem cítil silnou úzkost, protože sice někdo řekl, že je konec pandemie, ale já jsem to tak necítil...ta hrozba tam byla pořád.*“ Samotný návrat byl dle respondenta obtížný už jen v tom, že si navykl na život doma. Mimo jiné se opět začala projevovat silná úzkost, jelikož byl častěji vystaven podnětům, které u něho spouštějí symptomy OCD. *„Třeba když jsem poprvé přišel z práce, tak jsem byl v koupelně snad nejvíc za celý svůj život. Jako ta izolace mě tak trochu uklidnila a tohle bylo najednou fakt těžké, protože jsem musel jít do té práce a tak.“* Toto období však Markovi také pomohlo, jelikož jej donutilo k tomu, aby navštívil psychologa. *„Pocitově to bylo hrozné období, ale zase mi to pomohlo v tom, že jsem se donutil...a teda i přítelkyně mě donutila, abych se přihlásil na terapie a ty mi teda asi nejvíc pomohly pochopit, co se mi děje.“* Nyní je respondent dle svých slov relativně stabilizovaný a snaží se své symptomy usměrňovat, aby mu již nedělaly tak velké obtíže v životě.

Izolace během lockdownu byla také zahrnuta do ústředních témat tohoto rozhovoru. Tuto separaci od okolí nejdříve respondent vnímal jako něco pozitivního, avšak později na tuto skutečnost nahlížel jako na součást vyhýbavého chování. *„bylo to výhodné, protože jsem nemusel dělat věci, které jsem nechtěl. Nemusel jsem chodit mezi lidi, takže se mi dost ulevilo. Bylo to teda pro mě jako pozitivní, když to tak hodnotím, ale po konzultacích s psychologem už vím, že jsem si tím jen živil tu nemoc doma.“* Respondent také uvedl, že velkým problémem byl nadbytek volného času, který trávil přemítáním nad pandemií a nad všemi negativními scénáři, které jej průběžně napadaly. *„Když má člověk hodně volného času, nebo alespoň já jsem měl hodně, tak vlastně celý ten volný čas věnuje jenom tomu přemýšlení, aby bylo všechno vydezinfikované a bezpečné.“* Marek si právě v tomto okamžiku uvědomil, že pokud nemá denní řád a povinnosti, tak to vede k nadměrnému cyklování obsedantních myšlenek. *„Když nemám nějaké životní povinnosti nebo nějaké věci, které musím udělat...jako navštívit rodiče, nakoupit, chodit do práce...tak se mi ty myšlenky objevují furt. Bylo mi jako líp, že jsem nikam nemusel, ale ty myšlenky byly silné. Až moc jsem nad věcmi přemýšlel.“*

Respondent také v rozhovoru velmi často zmiňoval svou přítelkyni, která s ním v době pandemie sdílela domácnost. Z rozhovoru bylo patrné, že je Markovi jeho přítelkyně oporou a že si jí velmi váží. *„Ted' zpětně, když se na to podívám, tak mě to strašně mrzí...jak jsem se k ní choval a je mi to celé trapné...ona teda o mé nemoci věděla.“*

Nejsem z těch chlapů, kteří se stydí za emoce...ale i tak vím, že jsem byl hrozný...jsem moc rád, že tam pro mě byla a pomáhala mi.“ Respondent v průběhu dialogu popisoval, jednak své zážitky a prožitky během pandemie, ale kontinuálně s tím hovořil o dopadu zmíněné situace na jeho vztah s přítelkyní. „Během té pandemie jsem měl velké problémy s přítelkyní, protože jsem na ni furt tlačil, aby se chránila, aby nosila rukavice...přitom teď už to jako beru jinak a vím, že dělala to, co všichni, ale nestačilo mi to v té době.“ Tento nátlak tak dle respondenta vedl k hádkám, které v něm samotném vyvolávaly ještě větší frustraci. Marek totiž dle vyprávění na svou nemoc náhled měl, avšak nebyl schopen svému nutkání odolat. „Nejhorší bylo, že jsem sám se sebou hodně bojoval a uvědomoval jsem si, že to je špatně...ale ta nemoc byla silnější, než já...dokonce mi přítelkyně v některých situacích i jako přímo zavazela doma a já na ni byl fakt hnusný.“

Respondent popisoval, že celá situace dospěla až do toho bodu, kdy on sám téměř vůbec nevycházel a vše za něj dělala zmíněná přítelkyně. „Já byl furt doma a přítelkyně nakupovala a dělala tady ty věci...když ale přišla, tak byla kontaminovaná a to pro mě bylo úplně špatně, takže jsem ji nutil, aby se šla hned umýt a bylo mi nepříjemné, když se mě třeba jen dotýkala...do teď nechápu, že to vydržela.“ Mimo to byla přítelkyně oním člověkem, který Marka namotivoval k tomu, aby zavolal svému psychiatrovi a pokusil se pracovat na zmírnění svých obsesí a kompulzí. „Taky přítelkyně na mě tlačila, abych zavolal svému psychiatrovi, protože už to prý semnou je k nevydržení a já jsem to udělal a jsem rád, že jsem to udělal. Pak jsem mohl začít chodit i na ty terapie a konečně mi to tam někdo tak víc vysvětlil.“

Analýza rozhovoru s Ester

První rozhovor byl proveden s Ester, která má 24 let a je studentkou vysoké školy. Její obsese jsou zaměřeny na: „*Obavy z nemoci, na ujišťování, na perfekcionalismus a na to, co si o ní myslí druzí.*“ Nyní se zaměříme na ústřední témata, který byla v rozhovoru zmiňována.

Hlavní témata rozhovoru s Ester:

- **Alkohol:** Myšlenky na to, že něco udělala; zhoršení stavu po každé akci; obavy ze získání nemoci; pomáhalo nepít alkohol.
- **Vina:** Pocit viny, že někoho mohla nějakou nemocí nakazit; strach, že někoho nakazí během pandemie a bude to její vina; Obavy, že všichni vědí, že je nákaza od ní; reklamní kampaně vzbuzující vinu; práce s vinou.

- **Izolace:** Domov je bezpečné místo; izolace znemožnila sport; nebýt sama; izolace zlepšila příznaky OCD.
- **Rodina a přítel:** Obavy z nákazy svých blízkých; Zodpovědnost během pandemie; opora; trávení volného času společně.

Respondentka nejprve začala hovořit o své rodině, která je úzkostnější, což mohlo dle jejího názoru podporovat vznik OCD. *„Mám úzkostnější rodiče...se to tak jako asi podporovalo, že v podstatě, třeba když jsem spadla někde v poli, tak všichni: Co když se ti tam dostaly nějaké chemikálie? Já jsem potom pořád chodila a chtěla nějaké ujištění.“* První projevy obsedantně kompulzivní poruchy se v jejím případě objevily již v dětství a primárně se týkaly ujišťování: *„Měla jsem takové strachy...jestli mi nebude z něčeho špatně, jestli nebudu nějakým způsobem nemocná, jestli se něco nemůže stát... A potom jsem třeba něco řekla a měla jsem z toho takové myšlenky, že se ten člověk semnou prostě přestane bavit, přestane mě mít rád... A potom jsem měla jako potřebu tohle diskutovat s mojí mamkou...Chodila jsem a ptala se, jestli mě má pořád ráda...“* Během let se její OCD již téměř neprojevovalo a větší zhoršení respondentka zaznamenala až na vysoké škole.

V této době se již začaly objevovat také další obsese spojené s akcemi, na kterých se popíjel alkohol. Alkohol je pro respondentku velkým tématem, jelikož se po pozření byt' jen velmi malého množství, prohloubí její obsedantní myšlenky. *„Byli jsme třeba někde na akci a trošku se prostě pilo, tak to bylo takové – a co když jsem něco udělala...co se mohlo stát...všichni říkali, že se nic nestalo, ale už v té hlavě to bylo....A s tím se začaly pojít strachy z nějakých nemocí....A hlavně z toho, že bych třeba já mohla někoho nakazit...a pak by to byla moje vina.“* Také ve velké míře přemýšlí nad tím, co si o ní myslí její okolí. Příkládá velký důraz tomu, co o ní lidé říkají, i když si dle svých slov uvědomuje, že to není podstatné. *„Co si o mně myslí druzí? Myslím, že třeba lidé mají pocit, že já bych měla všechno zvládat.“*

Ester se tedy rozhodla vyhledat odbornou pomoc a byla poprvé diagnostikována psychiatrem. *„já jsem šla první k psychiatrovi, protože jsem měla nějaké povědomí, co s tím můžu dělat. A nechtěla jsem jít úplně cestou přes obvodního lékaře, protože tomu mému úplně nedůvěřuji.“* Tuto variantu tady viděla jako nejefektivnější, jelikož by na terapii musela čekat velmi dlouhou dobu a k psychiatrovi se dostala poměrně rychle. Psychiatr jí předepsal antidepresiva, která užívá dodnes. Po pandemii se respondentka rozhodla podstoupit také terapie, které jsou zaměřeny na OCD. Nyní přemýšlí nad

snižováním dávky antidepresiv, jelikož je její stav již delší dobu stabilizován. „*Chci se prášků postupně zbavit...to je mým cílem a přejít na tu terapii jen...ale s těmi léky vidím jako posun.*“ Participantka tedy zmínila, že jí léky ve stabilizaci OCD velmi pomohly, ale nyní by se chtěla postupně dopracovat k jejich úplnému vysazení.

Velmi podstatným tématem je pro respondentku pocit viny. Napříč rozhovorem byla vina zmiňována mnohokrát a to z různých úhlů pohledu. Často se pojila s nějakou nákazou. Ester neustále obsedantně přemýšlela nad tím, zda se nemohla nějakou nemocí nakazit a zda tuto nákazu nepřenesla na své blízké. „*...prostě jsem taková jako hele a bude to tvoje vina...a ty s tím budeš muset žít...kdyby se něco zjistilo, tak prostě moje první myšlenka by byla: A nemohla jsem prostě někoho nakazit?*“ Vina byla také stěžejním tématem ve spojitosti s pandemií. Respondentka se bála, že by mohla COVID-19 chytit a nakazit svou rodinu. Dále popisovala hrůzné závěry, které se jí díky obsedantním myšlenkám zjevovaly v mysli. Například, že by někoho nakazila a následně by dotyčný zemřel. Ona sama by poté s touto vinou musela žít. Primárně měla obavy o své prarodiče, což je vzhledem k jejich potenciálně větší zranitelnosti logické. „*že já bych nakazila babi s dědou... a že by měli prostě špatný průběh....a že by to byla jako moje vina.*“ Ester se také obsedantně obávala toho, že všichni budou vědět, že to ona je přenašečem. Tedy, že ona je tím, kdo všechny nakazil. „*...ale ty pocity, že teď všichni ví, že je to ode mě a koho všeho jsem nakazila...teď to všichni o mě ví...a teď oni určitě, že jsem to věděla a šla jsem tam...a někoho jsem nakazila a ten pak někoho dalšího a někdo třeba umřel.*“ Respondentka uvedla, že v tomto ohledu na ni neměla pozitivní vliv kampaň zaměřená na prevenci šíření pandemie. „*nehrát to nějak úplně jako na vinu, na tu velkou zodpovědnost...nějaké menší strašení...třeba ta drastická kampaň, jak tam leží takové ty mrtvolky...na jednu stranu dobře cílené, ale na druhou stranu to hodně vzbuzuje takové jako pocity viny.*“ Postupně však společně s očkováním a zkušeností se samotným virem COVID-19 přestala nad pandemií takto obsedantně přemýšlet.

Izolace sice zamezovala využití určitých copingových strategií (např. sport), avšak pro Ester byla v mnohém výhodná. Respondentka v tomto období zaznamenala zmírnění příznaků OCD. Důvodem bylo to, že mohla být ve svém bezpečném prostředí a nemusela se vystavovat situacím, které obsese vyvolávají. „*...že jsem prostě byla doma a bylo to takové to moje bezpečné prostředí, kde zároveň nebudu mít ty pochybnosti, že se něco stalo, nebo že jsem mohla někde někoho nakazit....ty moje klasické strachy se tak jako zmírnily...takže izolace dá se říct pomohla.*“ Ester dále hovořila o tom, že se její stav

zhoršoval, pokud byla sama. Díky izolaci však byla neustále se svým partnerem či rodinou, což jí pomáhalo. „*nebýt sama, protože když jsem sama, je tam prostor pro ty myšlenky, protože to jako nic nepřeruší.*“

Poslední z ústředních témat rozhovoru se týkalo právě jejich blízkých. Svou rodinu a přítele respondentka považovala za protektivní faktory během pandemie. Pro Ester byla její rodina i přítel oporou po celé období pandemie i v průběhu léčby její nemoci. „*...byli jako opora...mohli jsme trávit ten čas spolu.*“ Také ji velmi uklidňovalo, že pandemii nebrali na lehkou váhu a snažili se sami chránit. „*No ale byli zodpovědní a to mě uklidňovalo...to mi asi pomáhalo...a nikdo neřekl hele, ty jsi nás tady nakazila, ale spíše říkali, ať ještě přijedu.*“

Analýza rozhovoru se Zbyňkem:

Rozhovor se Zbyňkem (33 let), který pracuje v nejmenované firmě zaměřené na technologie. Jeho obsese se týkají: „*Ujišťování, nadměrných obav, kontaminace a nemoci*“

Hlavní témata rozhovoru se Zbyňkem:

- **Závislost na hledání informací:** Šok; ztělesnění obav z dětství; pročítání článků do noci; závislost na médiích.
- **Ekonomické hledisko:** Problémy v práci kvůli nevyspání; obavy že přijde o práci; rostla úzkost.
- **Hádky:** Snaha příznaky OCD skrývat před manželkou; rozpory; hádky v rodině; manželka to nechápala.
- **Online skupiny pro jedince s OCD:** Online sezení s psychologem; zapojení se do online skupinek; zlepšení stavu.

Respondent v rozhovoru zmínil, že si prvních příznaků OCD povšiml před šesti lety, i když dodal, že již jako dítě byl úzkostnější. V této době si procházel velmi obtížným obdobím v rodině, které provázaly neshody, vážné onemocnění a utnutí kontaktu. Začal u sebe pozorovat symptomy týkající se nečistot a bakterií. „*Během té doby se mi to fakt spustilo. Začal jsem mít obsese hlavně, co se týče bakterií a špíny. Všude mi prostě přišlo, že je všechno špinavé a že se můžu nakazit nějakými těmi...parazity a bakteriemi a tak...nebo nakazit rodinu a oni pak mohou zemřít.*“ Zbyňkem v dialogu také hovořil o svých obavách z dětství, které se týkaly pandemií a válek. „*Ze začátku to byl šok prostě, protože už jako malý jsem měl strach, jakože z různých pandemií, jak byla ptačí chřipka,*

z válek a z nějakých katastrof a vlastně tohle bylo takové ztělesnění těch strachů.“ V době propuknutí pandemie COVID-19 se tedy jeho obavy z dětství staly skutečností, což dále vedlo k prohloubení symptomů OCD. „V té době už jsem byl nějak v pohodě s tím OCD a když přišel COVID, tak se to zhoršilo a vlastně ten strach a že člověk nevěděl, co bude...to mi rozhodně neudělalo na to OCD dobře.“

Jelikož byl onou nevědomostí frustrován, rozhodl se pátrat po informacích týkajících se pandemie, aby zjistit, jak sebe i svou rodinu před nákazou nejlépe chránit. *„Já jsem začal projíždět různé články...vlastně jsem se snažil hledat, když se to objevilo, protože mě to děsilo. Většinou jsem to pročítal po práci prostě dlouho do noci. Takže jsem to pořád vyhledával a zjišťoval...no a všechno ostatní šlo tak nějak mimo mě.“* Středobodem Zbyňkova života se tak po určitou dobu stal právě COVID-19. Dle svých slov o něm neustále mluvil, zabýval se všemi teoriemi a samozřejmě zjišťoval veškeré informace o tom, jak se vyhnout nákaze. *„I manželka se divila, co dělám a pořád jsem o tom COVIDU mluvil. Potřeboval jsem to ze sebe dostat tu úzkost. Tak nějak jsem to prostě vyhledával a stal jsem se až jako závislým no a z toho prostě pramenilo i hodně hádek a tak. Já jsem to v té době ale chápal tak, že tím ochraňuji svou rodinu, protože budu vědět, jak se chránit.“*

Jak již bylo zmíněno, tato touha znát veškeré informace o nákaze vedla i k mnoha rozepřím v rodině. Důležitým tématem tohoto respondentka tedy byly také hádky a konflikty s jeho manželkou během pandemie. *„No my jsme se začali i hodně hádat v té době s manželkou, protože ona úplně jako nechápala, proč dělám to, co dělám.“* Hádky se vršily a týkaly se v první řadě posedlosti zjišťovat informace o pandemii. *„...protože manželce to nedělalo moc dobře a snažila se těm médiím spíš vyhnout a já to vyhledával a zahlcoval jsem ji tím. Pro mě se všechno prostě točilo kolem toho.“* Vznikaly však také v důsledku rituálů, které se u Zbyňka začaly objevovat v hojném množství. Nejprve se pokoušel o to, aby manželka nevěděla, že rituály zaměřené na čistotu provádí. Věděl totiž, že to co dělá je přehnané a že by to pravděpodobně nepochopila, ale on sám si v té situaci nemohl pomoci. *„I ta zodpovědnost mi zhoršovala to OCD...začal jsem prostě nastavovat nějaké systémy, jak co vyčistit...a jaký saponát nebo dezinfekci na co použít. No a snažil jsem se rodinu do toho nezapojovat, takže jsem to nejdřív trošku tůlal a snažil se to dělat tak potají.“*

Postupem času se mu však nepovedlo své symptomy OCD držet pod kontrolou a manželka si začala všimnout jeho, dle ní neadekvátního chování. *„Manželka to tak nějak*

postupně zjistila, protože toho bylo čím dál víc a taky mi to prostě všechno dlouho trvalo. Když jsem třeba uklízel nebo když jsem přišel třeba z obchodu. Musel jsem se ujistit, že jsem domů nepřitáhl COVID.“ Kontaktovat psychiatra se však Zbyněk rozhodl až ve chvíli, kdy celá situace eskalovala a díky svým obavám z nákazy nepřiměřeně vynadal svému synovi. „Pamatuju si tu jednu hádku, kdy my máme jako malé dítě a to si neustále strká prsty do pusy a olizuje různé předměty. No a já jsem se už jednou jako neovládl a úplně jsem malého seřval venku, že na všechno šahá. Bylo to hodně přehnané a v té chvíli jsem se rozhodl, že už to jako nejde a že musím napsat doktorovi.“

Dalšími tématy respondentovi OCD byly: Celkový ekonomický dopad pandemie a obavy ze ztráty zaměstnání. *„Byl jsem hodně ve stresu a hodně jsem ze začátku, kdy se ten COVID objevil, ponocoval a tak no a pak jsem měl i určité problémy v práci.“* V období, kdy se v médiích začal více řešit dopad pandemie na ekonomiku státu a mnoho podniků se začalo zavírat, objevily se u respondenta další negativní myšlenky. *„Nevěděl jsem, co bude. Jak všechno zavírali a propouštěli, bál jsem se, že přijdu o práci...že nebudu mít peníze, prostě to ekonomické hledisko ne jen ta pandemie samotná. Tím že jsem živitel rodiny a mám malé dítě...no byl to stres.“* S touto nejistotou tak ve Zbyňkovi rostla také úzkost. Zmíněný pocit jej nutil přemýšlet nad katastrofickými závěry a dopady pandemie na jeho rodinu. *„Pořád jsem si říkal co kdyby...co když prostě onemocním, co když mě vyhodí z práce, co když nejsem dost dobrý, co když se semnou manželka rozvede.“* I ve chvíli, kdy byl virus již na ústupu, měl respondent obavy z nákazy. Neustále se mu totiž v mysli objevovaly myšlenky týkající se ztráty zaměstnání. *„I když už bylo očkování a cítil jsem se líp, pořád jsem měl strach, že se nakazím a nepůjdu do práce a nějak se to zkomplikuje a oni mě vyhodí. Tak jsem se tomu COVIDU pořád snažil vyhýbat a řešil jsem to, i když se ten důvod trochu změnil.“*

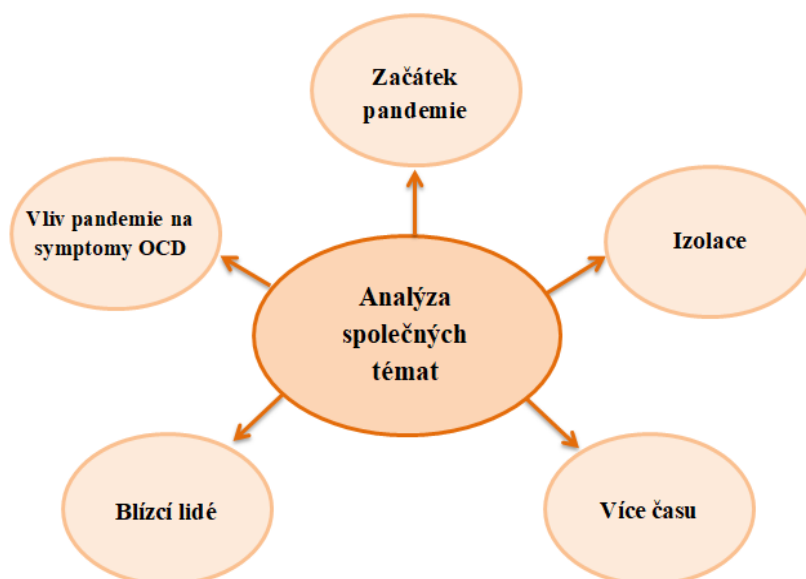
Jelikož během lockdownu nebylo možné navštěvovat terapie či se zapojovat do terapeutických skupin přímo, respondent se rozhodl pro online alternativu. Terapeutické skupiny, zaměřující se na pacienty s OCD, mu velmi pomohly. Rozhodl se do nich zapojit, na doporučení psychiatra. *„Já jsem se zapojil do takových skupin, kde byli lidi s OCD a tam jsme měli pravidelná setkání...no a to mi hodně pomohlo. To člověku pomůže, když ví, že není sám a lidi mu rozumí.“* Jednalo se o vůbec první Zbyňkovu zkušenost s online terapií. Také skupinová interakce pro něj byla zcela novou zkušeností, kterou považoval za přínosnou a podporující. Velké negativum však vnímal v tom, že je pro většinu pacientů obtížné dostat se do těchto uzavřených skupin v období pandemie. *„Nikdy dřív jsem jako*

skupinky nezkoušel a vnímal jsem to jako velkou výhodu v té pandemii. Škoda jen, že to trvalo tak dlouho, než jsem se k nim dostal.“

10.2 Analýza společných témat

Nyní se pokusíme analyzovat společná témata napříč rozhovory, která nám následně pomohou zodpovědět jak výzkumnou otázku, tak také další výzkumné podotázky. V analýze těchto rozhovorů jsme tedy odhalili **5 sdílených témat**. Na následujících stránkách se pokusíme podrobněji popsat tato společná témata a přiložit k nim odpovídající citace respondentů. Sdílenými tématy jsou:

Obrázek 1: Schéma společných témat



1. Začátek pandemie

Toto společné téma bylo velmi kontroverzním, jelikož počátek pandemie vnímal každý jedinec jinak. Také se každý respondent nacházel v naprosto odlišné životní situaci, která v mnohém přístup k pandemii ovlivnila.

Monika v rozhovoru zmiňovala, že v počátcích pandemie vůbec nepocítovala žádné obavy. „*No ve spojitosti s OCD to bylo ze začátku asi v pohodě...když se zpětně zamyslím, tak já jsem vlastně neměla strach, že někoho nakazím nebo tak ani z té pandemie obecně.*“ Média v ní však vzbuzovala stres, jelikož primárně poukazovala na věci velmi

negativní. Tento stres byl spojován s onou nepředvídatelností situace. „*Média no...člověk z nich měl stres. Jako jestli se to někdy vrátí do normálu, ale asi tak jako každý normální člověk.*“

Stejně tak **Ester** uvedla, že pandemii z počátku velmi podceňovala. Domnívala se, že její průběh bude podobný prasečí chřipce. Tedy že se na naše území COVID-19 téměř nedostane. „*No, když jsem se poprvé doslechla o pandemii, tak to bylo v Číně....A to já paradoxně, i když mi vadily ty nemoci, tak jsem se nebála. Myslela jsem, že to sem nepřijde.*“ Respondentka se v mladším věku prasečí chřipky velmi obávala. Díky strachu z nákazy brečela a potřebovala se u své matky ujistit, že se jejich rodina nenakazí. Prasečí chřipka však neměla na naši zem takový dopad a Ester později předpokládala, že se bude situace s COVID-19 vyvíjet podobně.

Zbyněk tuto pandemii vnímal jako jakési ztělesnění jeho dětských obav. V rozhovoru zmiňoval, že se již od dětství obával všech globálních katastrof, jako jsou právě pandemie a války. V počátcích prožíval silný šok a měl potřebu zjišťovat veškeré informace, které se pandemie týkaly. „*Hodně to na mě dopadlo a měl jsem potřebu projíždět různé články a snažil jsem se pátrat, když se to objevilo...*“ Zjišťování informací o viru se postupně stalo až jakousi závislostí, která ovlivňovala také jeho soužití s manželkou. Mimo to se i všechny konverzace s rodinou a přáteli začaly týkat pandemie, jelikož měl Zbyněk nutkání svůj strach neustále ventilovat. „*Pořád jsem o to mluvil. Potřeboval jsem to ze sebe dostat...asi tu úzkost a mockrát jsme se kvůli tomu pohádali.*“ Respondent také zmínil, že byl jedním z prvních lidí, kteří nosili roušky, jelikož nechtěl nic podcenit. Také se snažil omezit aktivity své rodiny tak, aby co nejméně chodili mezi větší počet lidí. „*My jsme byli dobře vybavení, co se týče těch hygienických pomůcek, ale i tak jsem měl strach a nechtěl jsem, ať někam zbytečně chodíme.*“

Marek měl v počátcích pandemie obavy, že COVID-19 přijde také do České republiky a on nebude moct nikam vycházet, aby se nenakazil. „*Ze začátku jsem měl strach, že to k nám přijde, že to zahltí Česko a já nebudu moct vycházet.*“ Již od samého propuknutí pandemie se snažil stranit veřejným prostorům, kde bylo větší riziko nákazy. Stejně jako Zbyněk se o pandemii více zajímal na internetu, což v něm však současně zvyšovalo hladinu úzkosti. „*Proseděl jsem hodiny na seznamu a na facebooku. Sledoval jsem postup té pandemie a tím se mi jako i zvyšovala ta úzkost, ale byla tam ta frustrace z toho nevědomí.*“ Před samotným nástupem restriktivních opatření vlády, se jeho symptomy OCD v mnohém zhoršily. Požadoval, aby každá návštěva v jeho bytě nosila

roušku a dodržovala určitou vzdálenost. Postupně začalo být problémem také nakupování. „*Pokud jsem třeba musel nakoupit, tak už jsem používal ne jedny, ale dvoje rukavice. Měl jsem třeba i dvě roušky najednou, abych se chránil.*“

Při prvních zmínkách o tomto viru **Jana** nepocítovala silné emoce. Domnívala se, že všechny povyk brzy ustane a pandemii nepřikládala velkou váhu. „*Ze začátku jsem tomu COVIDU nedávala velký důraz...myslela jsem, že to za chvíli přejde, ale odřízlo mě to od světa.*“ Brzy však zjistila, že se nejedná pouze o krátkodobou záležitost a začala pandemii prožívat intenzivněji. Respondentka se domnívala, že propuknutí pandemie prožívala dramaticky z toho důvodu, že se nacházela velmi daleko od své rodiny a známých. „*Já jsem nechtěla být někde zavřená během pandemie, a že bych se nemohla dostat ke svým blízkým.*“ Jana se tedy rozhodla, vrátit se domů.

2. Izolace

Monika izolaci nenesla příliš dobře, jelikož lockdown trávila bez svého přítele. Během tohoto období se u ní objevily velmi silné obsedantní myšlenky spojené právě s jejím vztahem. Samotné odloučení v ní tedy vyvolalo tyto myšlenky, které navíc byly podpořeny neefektivním trávením volného času během izolace. „*Byla jsem delší dobu doma a neměla jsem žádný řád ani denní rozvrh. Měla jsem hodně času na přemýšlení...už s tou izolací teda začínaly ty myšlenky, že něco není v tom vztahu v pořádku zase...*“ Také se díky těmto vtíravým myšlenkám zhoršila ve škole. Monika tedy období lockdownu přisuzuje velmi negativní vliv na její OCD.

Také **Jana** vnímala vliv odloučení od své rodiny v začátcích pandemie velmi intenzivně. S tímto osamocněním tak dle jejího názoru souvisel vzestup symptomů OCD. „*Žila jsem v té době úplně mimo svoji rodinu, takže pro mě to byla o to větší panika, protože jsem věděla, že pokud neodjedu, tak to zavřou a já zůstanu sama a sama to asi nezvládnou.*“ Samotné období lockdownu však respondentka hodnotí pozitivně. Ve chvíli, kdy dorazila ke své rodině, přestala mít obavy ze samoty. Také se nemusela vystavovat situacím, které spouštějí její OCD v takové míře, jako tomu bylo za běžného fungování. V izolaci tedy vnímala spíše pozitiva.

Ostatní respondenti se stejně jako Jana shodují, že jim období lockdownu v souvislosti s jejich poruchou spíše pomohlo. Například **Zbyněk** izolaci během pandemie popisoval jako období, které mu pomohlo, jelikož se nemusel tak často vystavovat svým obavám. „*Ten lockdown byl výhodný tím, že vlastně jsem se tomu nevystavoval.*“ **Ester**

navíc podotkla, že se obavy týkající se nákazy sice objevovaly v lockdownu průběžně, avšak veškeré její klasické obsedantní myšlenky se zmírnily. „*Jako co byl ten strach z toho COVIDU, že bych mohla někoho nakazit to jako určitě, ale ty moje jako dřívější strachy se nějak jako zmírnily...Takže ta izolace, dá se říct pomohla.*“

3. Více času

Nedílnou součástí izolace také bylo ve většině případů více času pro sebe. Řada respondentů zde hovořila o tom, že najednou neměli co dělat a mohli tak o různých věcech přemýšlet.

Marek sice hodnotil lockdown relativně kladně, jelikož se nemusel problematickým situacím tolik vystavovat. Na základě svých zkušeností však pociťoval, že přebytek času na jeho OCD působil negativně. Z počátku trávil svůj volný čas pasivně, což vedlo k nadměrnému objevování se obsesí. „*V té době jsem si nejvíc za svůj život uvědomil, že je špatně, když nemám nějaké životní povinnosti nebo nastavené věci, které musím udělat.*“

Tento problém podobně pociťovala také **Monika**. Respondentka popisovala, že se její pobyt doma během izolace, pojal s nadměrným přemýšlením. Mnoho volného času ji nutilo vracet se do minulosti a neustále probírat nejrůznější situace a pocity. „*To jsem byla jako hodně doma a měla jsem hodně času přemýšlet nad různými věcmi...a to mi právě rozjelo ty obsese...to vracení se do minulosti.*“ Přemýšlení se pro ni tedy během pandemie stalo až jakousi drogou. V pozdějších etapách pandemie však začala více volného času využívat ve svůj prospěch a investovala jej do samoléčby.

Jana a Ester tento volný čas dle svých slov uvítaly. Například **Jana** svůj volný čas během izolace investovala do sebepoznávání a soustředění se na sebe. „*Měla jsem víc času na to si to OCD uvědomit a pracovat s ním.*“ **Ester** všechn čas trávila se svou rodinou či přípravou na státnice, což zamezovalo nadměrnému přemýšlení.

4. Blízcí lidé

Toto společné téma bylo diskutováno napříč všemi rozhovory. Rodina, partner či přátelé byli v mnoha případech označeni jako podpůrný faktor během pandemie. Izolace a přítomnost potenciálně nebezpečného viru, však v mnoha ohledech tato pouta také zkoušela.

Jak již bylo řečeno, **Jana** se v době propuknutí pandemie nacházela daleko od své rodiny, což nesla velmi špatně. Své blízké dále spojovala s jakýmsi pocitem bezpečí. Také se domnívala, že v tomto prostředí bude celou pandemií i příznaky OCD zvládat lépe, než kdyby byla sama. „...*takže jsem si uvědomila, že nejsem natolik zdravá a silná, abych tohle zvládla a musela jsem se vrátit domů.*“ Než učinila rozhodnutí, vrátit se domů, trávila dlouhé hodiny voláním se svými rodiči. Cítila totiž, že ji tento kontakt uklidňuje a že potřebuje určité ujištění od lidí, kterým věří.

Monika hovořila o svých kamarádech a v první řadě o své sestře. Tito lidé jí pomáhali vyrovnat se s příznaky OCD, které se v průběhu pandemie začaly silně objevovat. Také však zmínila, že se o svých problémech styděla se svými blízkými hovořit, jelikož měla pocit, že ji nepochopí. Více se tedy během izolace otevírala své sestře, která také trpí OCD. Současně však měla pocit, že svou sestru svými problémy zahlcuje. „*Sestra potom byla taková otrávená už tím, jak jsem do ní neustále hustila. Ono jí to asi taky nedělalo dobře, protože má taky OCD, ale zároveň mě i držela.*“

Marek i Ester dále hovořili o podpoře ze strany svých partnerů. **Ester** nepociťovala nějaké větší dopady na její vztah s přítelem, ale přisuzovala to také tomu, že se během izolace pohybovala mezi svým domovem a domovem svého přítele. „*No, já jsem přejížděla a přítel bydlí kousek, takže jsme tak nějak i spolu bydleli a u něj byl větší klid na učení...přes týden jsem byla tady a na víkend jsem jela domů...občas jsme měli chuť se zabít, ale on pak chodil do práce, takže to bylo dobré.*“ **Marek** již zaznamenal větší dopady pandemie na rodinné soužití. V průběhu rozhovoru tedy zmínil, že ačkoli pro něj byla jeho přítelkyně velkou oporou a snažila se jeho symptomy OCD tolerovat, docházelo v průběhu pandemie k mnoha konfliktům. „*Já už žiju s přítelkyní nějaké roky a ona zná mou nemoc a nějakým způsobem se to snažila tolerovat, ale v době pandemie to prostě zřejmě nešlo.*“

Zbyněk se nejprve snažil své příznaky OCD před manželkou skrývat. Domníval se, že by tím celou situaci jen zhoršil. V průběhu pandemie se však symptomy poruchy prohlubovaly a pár tak procházel mnoha konflikty. Postupně se tedy stalo problematickým být jen společně trávení času. „*No my už jsme pak měli takovou ponorkovou nemoc...já jsem o tom s ní moc nemluvil totiž, ale ona viděla, co dělám a připadalo jí to nenormální.*“

5. Vliv pandemie na symptomy OCD

Téměř všichni naši respondenti se shodovali v tom, že na jejich příznaky OCD měla pandemie COVID-19 určitý vliv. Je však nutno podotknout, že se jednalo o velmi proměnlivou situaci, která přinesla řadu nečekaných změn. To je také důvodem, proč docházelo k dramatickým změnám zdravotních stavů, během velmi krátké doby. Toto společné téma se však natolik překrývá s naší výzkumnou otázkou, že se mu budeme podrobněji věnovat v nadcházející podkapitole: **Odpovědi na výzkumné otázky.**

10.3 Odpovědi na výzkumné otázky

V této části práce se tedy pokusíme odpovědět, jak na výzkumnou otázku, tak na výzkumné podotázky.

VO: Jak jedinci s OCD vnímají vliv pandemie COVID-19 na svou poruchu?

Pokud se na pandemii COVID-19 zaměříme z komplexního hlediska, všichni respondenti uvedli, že pandemie měla na jejich OCD vliv v určité její etapě. Tak jako se měnil průběh pandemie i vládních nařízení, měnil se ruku v ruce s tím i dopad pandemie na OCD u našich respondentů. Někteří z nich dle svých slov lépe nesli propuknutí pandemie, jiní zase izolaci či následné zařazení se do rutinního života. **Ester** během pandemie zápasila se svými pocity viny. V této době jí přicházely na mysl obsedantní myšlenky týkající se toho, že někoho ve svém okolí nakazí a ten poté třeba i zemře. Katastrofické závěry, následně vedly k dalším nepříjemným pocitům. V konečném důsledku se však Ester domnívá, že celou situaci zvládla dobře a že se její stav nezhoršil v nějaké větší míře. **Monika** vzpomíná na pandemii, jako na období chaosu. Její obsese se v této době zhoršily tak, že respondentka nebyla schopná každodenního fungování. Tématem jejich obsedantních myšlenek byl v této době její vztah s přítelem. Jako největší problém označuje právě ztrátu denního rozvrhu a nadbytek volného času. Respondentka se během této doby cítila paralyzovaná a velkou část dne tak trávila v úzkostech a sebeobviňování. Mimo jiné se také zhoršila ve studiu na vysoké škole. Následně však začala na své léčbě pracovat a její stav se v mnohém zlepšil. Kontaktovala svého psychologa a také se zapojila do různých sebevzdělávacích aktivit. Další dopad pandemie na svou poruchu však pocítila ve chvíli, kdy se měla vrátit zpět k rutinnímu životu. V té době došlo ke změně tématu obsedantních myšlenek.

Marek pocítoval největší dopad pandemie ve zvýšeném přemýšlení a v návratu mycích kompulzí. Již při prvních zmínkách o pandemii v Číně, se respondent začal obávat toho, že se virem nakazí. To je také důvodem, proč se chránil již od brzkých začátků. Jeho obavy z kontaminace se během pandemie rozrůstaly, a proto se také razantně stupňovalo nutkové chování. Pandemie ovlivnila respondentovo OCD natolik, že již nebyl schopen vycházet z domu a veškerou zodpovědnost za něj převzala přítelkyně. To bylo také důvodem mnoha rozepří. **Jana** vnímala vliv pandemie na její obsedantně kompulzivní poruchu hlavně v období, kdy byla odloučena od své rodiny. V této době se zvyšovala potřeba zabezpečovacího chování a postupně začala mít respondentka problémy také v práci. Díky zvyšující se úzkosti a strachu, Jana dospěla k názoru, že se musí vrátit zpět ke své rodině. Toto rozhodnutí spolu s lockdownem přispělo ke snížení pocítované úzkosti. Respondentka se rozhodla období izolace využít ve svůj prospěch a pokoušela se pracovat se svou nemocí efektivněji. Mírné zhoršení symptomů dále nastalo ve chvíli, kdy se Jana měla opět vrátit ke způsobu života před pandemií. **Zbyňka** velmi frustrovala nevědomost, která celé období pandemie provázela. Respondent se tedy rozhodl trávit dlouhé hodiny vyhledáváním si informací o pandemii a jejích dopadech. Ruku v ruce s tímto obsesivním dohledáváním informací se pojily také početné rituály, zaměřené na kontaminaci. Díky zmíněnému nevědnému chování se začaly objevovat konflikty mezi ním a jeho manželkou. Následně se také vyskytovaly obsedantní myšlenky týkající se ekonomických dopadů pandemie a obav ze ztráty zaměstnání. Respondent měl také strach, že přijde o svou ženu a všechny popisované katastrofické myšlenky v něm hromadily pocity úzkosti. To je také důvodem, proč se v průběhu izolace zapojil do terapeutických skupin.

Můžeme tedy konstatovat, že respondenti prožívali vliv pandemie velmi individuálně. Je třeba zmínit, že se mezi výpověďmi jedinců objevily velmi rozporuplné prožitky, avšak v mnohém se jejich zkušenosti také překrývaly. Na základě našich dosavadních zjištění tak můžeme říci, že určitý vliv pandemie na obsedantně kompulzivní poruchu se zajisté u respondentů objevil. **Ve většině případů došlo ke zhoršení obsedantně kompulzivních symptomů.** V menší míře však byly zaznamenány také změny tématu OCD, či relativní stabilita příznaků během pandemie.

VPO1: Jaké byly zvládací strategie jedinců s OCD během pandemie COVID-19?

Naším cílem v této části práce bylo získat více informací o tom, co lidem během nelehkého období pandemie pomáhalo. Zaměříme se na to, co oni sami vnímají jako protektivní faktory, které jim pomohli zvládat pocity nejistoty a úzkosti.

Většina našich respondentů se shodovala na tom, že v nějaké fázi pandemie kontaktovala svého **psychologa či psychiatra**, což jim následně pomohlo. Všichni účastníci výzkumu také konstatovali, že klíčová byla **opora jejich blízkých**. Rodinu, partnery či své přátele v mnoha případech přirovnávali k podporujícímu prvku, který jim celou situaci pomáhalo zvládat. Podstatným se v průběhu analýzy ukázalo také **smysluplné trávení volného času**. Respondenti se v několika případech shodovali na tom, že jim nadbytek času zvýšil počet obsedantních myšlenek. Následně jim však pomohlo, pokud svůj čas využili nějakou smysluplnější formou. V neposlední řadě se jako silná zvládací strategie našich respondentů, ukázala **pohybová aktivita a sport**. Někteří jedinci také poukázali na to, že jim ke zlepšení OCD během pandemie napomohlo **sebevzdělávání a sebepoznávání**. Díky tomu tak mohli snáze identifikovat spouštěče obsesí a naučili se se svou obsedantně kompulzivní poruchou lépe pracovat.

Monika se v této době rozhodla telefonicky kontaktovat svou psycholožku a domluvila se s ní na častějších online sezeních. Tento kontakt vnímala jako velkou pomoc, jelikož jí doktorka byla oporou a pomohla jí efektivně pracovat s obsesivními myšlenkami. Mimo to ji však také velmi pomáhalo trávit volný čas produktivně, snažila se meditovat, běhat a sebevzdělávat se. Bylo pro ni velmi důležité zaměstnat svou mysl a dělat něco užitečného. Během pandemie si zjišťovala více informací o své nemoci a snažila se vést si záznamy o svých úspěších. Velkou podporou jí byla také její sestra, které se o svých problémech svěřovala. Monika se také rozhodla využít mnoho technik, jako jsou například afirmace či se sama snažila vystavovat nepříjemným spouštěčům své obsedantně kompulzivní poruchy. **Jana** během rozhovoru označila svou psychiatricku, jako někoho, kdo jí ve zmiňované době opravdu pomohl. Byla si vědoma, že jí může v případě zhoršení kdykoli zavolat. Významnou zvládací strategií byl dle respondentky její návrat k rodině. Jana se snažila období izolace využít proaktivně a zaměřit se tak na efektivní práci se svou nemocí. Následně došlo také ke zvýšení medikace, ale to dle slov respondentky nemuselo souviset s pandemií. **Zbyněk** se v průběhu pandemie zapojil do

skupinových sezení pro pacienty s OCD, které probíhaly formou online schůzek. Tento krok respondent hodnotil velmi kladně, jelikož měl možnost mluvit s lidmi, kteří prožívají podobné trápení, jako on sám. Velkou oporou mu byl jeho kamarád, se kterým mohl své obavy sdílet. Mimo jiné také označil pohyb, jako výhodnou copingovou strategii během pandemie. Přínosné bylo v jeho případě zapojení každodenní rutiny.

Ester velmi pomohlo, že období izolace trávila se svou rodinou a přítelem. Svůj domov respondentka označila jako bezpečné prostředí, kde se cítila dobře. Podstatné pro ni bylo to, aby si našla určité činnosti, kterými se zaměstná a rozptýlí tak své myšlenky. V tomto období navštěvovala online přednášky a připravovala se na období státnic, takže měla stále určitý režim. Pozitivně také pro zlepšení svého zdravotního stavu hodnotila sport a cvičení. **Markovi** během pandemie pomáhaly pravidelné konzultace s psychiatrem. Také se pokoušel svou nemoc lépe pochopit, aby se s ní naučil efektivněji pracovat. Oporou mu byla v první řadě jeho přítelkyně.

VPO2: Jak jedinci s OCD vnímali opětovné zařazení do rutinního života a koexistenci s virem COVID-19?

Na základě našich zjištění můžeme konstatovat, že většina respondentů pocítila negativní změnu ve svém zdravotním stavu v průběhu rozvolňování restrikcí. Řada z nich uvedla, že se jednalo pouze o krátkodobé zhoršení OCD vlivem znovu vystavování se spouštěčům svých obsedantních myšlenek. V období izolace totiž nemuseli být těmto nepříjemným situacím vystavováni vůbec, či jen ojediněle. Postupně se těmto respondentům povedlo projevy OCD stabilizovat, a to ať už za pomoci medikace či terapie. Někteří respondenti však také shledávali dlouhodobější, negativní dopady pandemie na svou nemoc, které je ovlivňují až do dnešního dne. Obecně však můžeme říci, že **návrat do rutinního života a koexistence s virem COVID-19 byl pro všechny naše respondenty velkou výzvou a změnou.**

Pro **Moniku** byl návrat opravdu těžký. Během izolace se jí nakonec povedlo obsese zaměřené na její vztah zvládnout a naučila se s nimi pracovat. Ovšem problémem bylo, když se měla opětovně vrátit do rutinního života. V této chvíli se změnilo téma jejich obsesí na sociální kontakt. Když je respondentka ve společnosti více lidí, pocíťuje stavy derealizace a neustále přemýšlí nad tím, co říct a co si o ní druzí myslí. Komplikace se objevily také v práci, kde se začala ve velké míře ujišťovat. Díky svému perfekcionalismu a přehnané zodpovědnosti, tráví nad svou prací mnohem více času, než by sama chtěla.

Zhoršení OCD v různých sférách jejího života ji přimělo k tomu, aby zintenzivnila terapeutická sezení. Respondentka se nyní snaží se svou obsedantně kompulzivní poruchou kontinuálně pracovat, ale zmiňuje, že je to pro ni dodnes velmi obtížné. **Jana** zaznamenala opětovné zhoršení symptomů OCD po zrušení lockdownu. Uvedla, že pro její obsedantně kompulzivní poruchu nejsou změny obecně dobré a nyní se jednalo opravdu o velkou změnu. Posupně se však respondentce podařilo její obsedantně kompulzivní poruchu stabilizovat, a to právě díky medikaci a vlastnímu úsilí.

Marek vnímal konec izolace rozporuplně. Na jednu stranu byl rád, že jeho život bude mít opět nějaký řád a bude pro něj jednodušší se zaměstnat. Na druhou stranu však pociťoval silné úzkosti pokaždé, kdy měl opustit svůj domov. Domníval se totiž, že pandemie ještě nekončí a nedůvěřoval vládě. Toto zhoršení příznaků však bylo impulsem k tomu, aby vyhledal odbornou pomoc psychologa. Respondent se tedy přihlásil na terapii, kam dodnes dochází. Nyní o sobě hovoří, jako o relativně stabilizovaném jedinci, který se snaží své symptomy OCD usměrňovat. **Ester** nejprve nepociťovala žádné zhoršení, ale postupně došlo k jakési eskalaci symptomů OCD. Respondentka se domnívá, že na ni pravděpodobně dopadl všechen nahromaděný stres z období pandemie a také ze státnic. Toto zhoršení přisuzuje i návratu spouštěčů OCD do jejího života. Opět byla nucena vystavovat se situacím, které v ní vzbuzovaly silnou úzkost. Dle jejích slov se však nejednalo o žádné rapidní zhoršení. Teď svou zdravotní situaci spojenou s OCD hodnotí pozitivně. **Zbyňka** v době návratu do práce provázely obavy, že onemocní a následně jej vyhodí ze zaměstnání. V jeho mysli se tedy ve velkém množství začaly objevovat katastrofické myšlenky týkající se ekonomických dopadů pandemie na jeho rodinu. Také měl obavy o svůj vztah s manželkou, který byl negativně ovlivněn pandemií. Velké pozitivum vnímal v tom, že se opět mohl bavit a zajímat se o různé věci. Bylo tedy jednodušší zaplnit volný čas a přestat přemýšlet jen nad svou nemocí. Aktuálně jsou jeho projevy OCD na ústupu, ale stále se svou nemocí dle svých slov svádí boj.

11 DISKUZE

Tato práce si kladla za cíl zjistit, jak jedinci s OCD prožívali pandemii na území České republiky. Pokoušíme se tedy zpětně zmapovat, jak strach z nákazy, frustrace z nevědomosti a následné restriktce vlády ovlivňovaly pacienty s OCD a co jim v tomto období nejvíce pomáhalo. Již na základě výše předestřených studií a odborné literatury, můžeme konstatovat, že pandemie měla bezesporu určitý vliv na každého z nás. Otázkou však zůstává, jaký konkrétní vliv měla pandemie COVID-19 na jedince s OCD, dle jejich vlastního názoru.

Jak již bylo zmiňováno, studie se neshodují na tom, jaký je dopad pandemie COVID-19 na pacienty s OCD. Jelinek et al. (2021) se kupříkladu domnívají, že zmiňovaná pandemie vedla ke zhoršení příznaků obsedantně kompulzivní poruchy u 72 % účastníků jejich kvantitativního výzkumu. Naopak Zaccari (2021) ve své studii dospěl k závěru, že i přes nepříznivé období, nebyly symptomy pacientů s OCD negativně ovlivněny. My jsme se však v našem výzkumu rozhodli využít kvalitativní metodu, abychom mohli hodnotit ne jen samotné závěry, tedy zda se jednalo o zhoršení, stabilizaci či zlepšení symptomů OCD, ale abychom mohli hlouběji pochopit všechny souvislosti. Ty následně mohou být zásadními k interpretaci výsledků. Snažili jsme se tedy zmapovat, co naši respondenti v tomto období prožívali a jaký vliv na ně samotné i na jejich symptomy OCD pandemie měla. Pokud hovoříme o pandemii, nezaměřujeme se pouze na obavy z nákazy COVID-19, ale snažíme se na toto téma nahlížet v celé jeho šíři. Klademe důraz také na vládní restriktce, na omezení sociálních kontaktů, na zhoršení dostupnosti léčby, na ekonomické dopady...

Pandemie byla stresujícím obdobím pro všechny z nás, je tedy důležité odlišit, co mohlo být běžnou reakcí na pandemii a co již bylo spíše způsobeno vlivem OCD. Proto se nejprve zaměříme na to, jaký vliv měla pandemie na běžnou populaci. La Rosa et al. (2022) provedli výzkum na neklinickém vzorku, kde se snažili identifikovat dopady pandemie. Zjistili, že COVID-19 je významným traumatickým stresorem. Jedinci v tomto období pociťovali vysokou míru úzkosti, paranoie a obav z nakažení. Také ve větší míře

užívali alkohol a trávili velké množství svého volného času na internetu. Abad et al. (2010) se ve své studii zaměřovali na izolaci. Zjistili, že izolace má negativní dopad na duševní pohodu pacientů a na jejich chování. Jedinci v izolaci dosahují vyššího skóre deprese, úzkosti a hněvu. Samozřejmě se nedá striktně říci, kde se ona hranice "normálního" chování a prožívání nachází. Také projevy našich respondentů totiž ve velké míře korespondovaly s prožitky neklinické populace. Mnozí z nich popisovali zvýšení úzkosti, frustrace, strachu z osamocení a z nákazy. Určitá vnímaná zhoršení zdravotního stavu, tak mohou souviset spíše s přiléhavou odpovědí organismu vzhledem ke kontextu situace. Například Ester zmínila, že pandemie pro ni byla stresujícím obdobím, které zvyšovalo její obsedantní pocity viny. Respondentčiny obsese jí však příliš nenarušovaly chod života. Také se jí podařilo relativně krátce po konci pandemie OCD stabilizovat. Proto bychom v tomto případě vnímali zhoršení příznaků OCD spíše jako normální či subnormální reakci na krizové období pandemie. Výše zmíněný případ tak potvrzuje výzkum Hossain et al. (2020), kteří tvrdili, že se prožívání pandemií podobá jak mezi klinickou, tak neklinickou populací. Tedy že psychiatrická diagnóza nečiní jedince během období pandemií zranitelnějšími. Toto tvrzení je však v rozporu s našimi obecnými zjištěními.

Určité projevy OCD totiž u našich respondentů byly natolik výrazné, že jsme je přisuzovali větší zranitelnosti těchto jedinců během pandemie. Zde můžeme zmínit kupříkladu Markovo a Zbyňkovo kompulzivní chování spojené s kontaminací, nebo Moničino obsedantní přemýšlení. Tyto projevy jsme v našem výzkumu klasifikovali jako neúměrné situaci, jelikož jim velmi narušovaly běžné fungování. Jassi et al. (2020) ve své studii také zvolili časově náročné a do života zasahující obsedantní projevy, jako kritérium zhoršení OCD během pandemie. Velkým problémem byl pro tyto respondenty také návrat do rutinního života. Zmiňovaná zjištění jsou v souladu s výzkumem, který byl proveden na tureckém vzorku. Strach z pandemie má významně negativní vliv na OCD. Úzkost způsobená obavami a neurčitostí situace, může zhoršovat příznaky obsedantně kompulzivní poruchy (Seçer & Ulaş, 2021).

Na základě informací vzešlých z našeho výzkumu, můžeme usoudit, že jedinci vnímali dopad pandemie různorodě. Snažili jsme se zachytit velmi individuální zkušenosti jedinců, které jsou silně vázány k životnímu kontextu každého z nich. Někteří z respondentů zvládli tíživou situaci pandemie bez větších komplikací, avšak **většina účastníků výzkumu vnímala dopad pandemie na svou nemoc velmi intenzivně**. Toto zjištění je tedy v souladu s výzkumy, které tvrdí, že lidé s OCD jsou během pandemie

potenciálně zranitelnějšími (Jelinek et al., 2021; Malas & Tolsá, 2022; Rastogi, 2022; Seçer & Ulaş, 2021).

Jelinek et al. (2021) Ve své studii zjistili, že výrazné zhoršení příznaků OCD je spojováno hlavně se subtypem mytí. V našem výzkumu jsme zkoumali jedince s různými tématy OCD, jelikož jsme se domnívali, že potenciální vliv na jedince nemusí mít pouze obava z kontaminace. Velký vliv může mít například právě sociální izolace, nejasná situace, vládní nařízení a stres, což je s tímto obdobím úzce spojeno. Tři z našich respondentů však měli své obsese zaměřeny na kontaminaci či mytí. Došli jsme k závěru, že se obsese mytí výrazně zhoršily ve dvou případech ze tří možných. Důležité je však také poznamenat, že pravděpodobně nejvýznamnější a nejdéle trvající zhoršení v našem vzorku zaznamenala Monika se "vztahovým OCD", které se postupně proměnilo na téma sociálního kontaktu. Jassi et al. (2020) ve svém výzkumu popisovali, že je pravděpodobné, že lidé trpící OCD mohou mít po návratu z veřejných prostor větší obavy a budou tak trávit delší čas svou dekontaminací. Toto tvrzení se shoduje s prožitky našeho respondenta Marka, který trávil po návratu z obchodu či práce dlouhé hodiny v koupelně. Musíme však brát v potaz také rozdíl mezi přísným dodržováním vládních opatření a symptomy podtypu mytí u OCD. Rozdíl je primárně v tom, že jedinci s OCD se snaží rituálním způsobem splnit interně stanovené kritérium, zatímco lidé bez této poruchy se budou řídit pouze pokyny vlády (Jessi et al., 2020).

Na základě rozhovorů s Markem a Zbyňkem jsme také zjistili, že si během pandemie nadměrně vyhledávali veškeré informace o viru, což jim však současně zvedalo úroveň úzkosti. Gauzzini (2022) tvrdil, že lidé s příznaky OCD přikládají větší vliv televizi a novinám, což je činí zranitelnějšími vůči negativním zprávám o pandemii. Rastogi (2022) se pokoušel identifikovat příznaky OCD v souvislosti se strachem z pandemie. Mezi důležité příznaky patřilo právě nadměrné prověřování informací o pandemii, které popisovali tito naši respondenti. Autor však zmiňoval také další příznaky, jako je například zvýšená morální odpovědnost za šíření viru, kterou zmiňovala v průběhu pandemie Ester.

Protektivním faktorem během pandemie, který byl zmíněn všemi respondenty v našem výzkumu, je právě **opora nejbližších**. Participanti hovořili o tom, že jim přítomnost a podpora ze strany rodiny či přátel pomáhala zvládat jejich symptomy OCD. Jana a Monika odloučení od svých nejbližších zvládaly velmi těžce a obě respondentky v této době pocítily rapidní zhoršení symptomů OCD. Když se však Jana vrátila ke své rodině, její obavy se zmírnily a ruku v ruce s tím se postupně stabilizovalo také její OCD.

Můžeme však konstatovat, že mezilidské vztahy hrály důležitou roli u všech našich účastníků výzkumu. Malas a Tolsá (2022) Identifikovali několik predisponujících faktorů, z nichž právě nízká sociální podpora hrála významnou roli pro zhoršení symptomů OCD. Pandemie COVID-19 a její kontext však také negativně působil na mezilidské vztahy. Například Zbyněk zmiňoval, četné množství konfliktů se svou manželkou. Hádky vznikaly právě v důsledku zesílených symptomů OCD a nedostatečné vzájemné komunikace. Jelinek et al. (2021) ve svém výzkumu popisovali právě nárůst mezilidských konfliktů v důsledku zhoršení symptomů OCD. Mezi další protektivní strategie v době pandemie se dle našeho výzkumu řadily: **Podpora psychologa či psychiatra, smysluplné trávení volného času, pohybová aktivita, sport, sebevzdělávání a sebepoznávání.** Pinciotti (2022) ve své studii shodně zjistil, že v mnoha případech hrála podporující roli právě kontinuální léčba v průběhu pandemie.

Také smysluplné trávení volného času bylo důležitým aspektem pro zlepšení či stabilizaci obsedantně kompulzivních symptomů. Naši účastníci výzkumu označovali nadbytek volného času jako silný spouštěč obsedantních myšlenek, zatímco rutinu a denní řád hodnotili v tomto ohledu pozitivně. Toto zjištění podporuje také výzkum Jassi et al. (2020) který hovořil o tom, že lockdown narušil denní rutinu jedinců, což následně vedlo k přebytku volného času. Tato skutečnost na řadu pacientů s OCD působila negativně, jelikož byl jejich volný čas zaplněn právě obsedantními myšlenkami. Pan et al. (2021) ve své studii naopak poukázali na pozitiva volného času v období izolace. Osoby s duševními problémy si mohou během pandemie vybudovat strukturovaný denní režim v bezpečí svého domova, který jim může poskytovat pocit bezpečí a následné psychické zlepšení. Toto tvrzení koresponduje také s našimi zjištěními. Ti respondenti, kteří se během izolace rozhodli svůj čas strukturovat a dbát na své duševní i fyzické zdraví, vykazovali dle svých slov zlepšení obsedantně kompulzivních symptomů. Vnímaný profit je logický, jelikož vlivem zaměstnání sebe sama neměli tolik prostoru věnovat se projevům své poruchy, což pravděpodobně také mohlo postupně vést k nižší četnosti jejich obsesí.

11.1 Limity výzkumu

Pokud zvolíme kvalitativní výzkum, musíme si být vědomi, že zde vždy existuje zkreslení jak na straně výzkumníka, tak na straně respondentů. Toto zkreslení nemusí být nutně negativní. Pouze by si ho měl být výzkumník vědom a měl by umět s vlastními postoji a názory efektivně pracovat. V neposlední řadě zmíníme také fakt, že jednotlivé

interview mohou být ovlivněny interindividuálními rozdíly v osobnostních charakteristikách. Proto jsou určití jedinci více nakloněni tomu své rozličné zkušenosti sdílet.

Jedním z největších limitů této práce je právě to, že ve střední Evropě dosud neexistuje dostatek výzkumů na zmíněné téma. Tato skutečnost má za následek volbu velkého množství studií ze vzdálených koutů světa. Lze tedy říci, že jsme sice měli možnost získat mnoho zajímavých informací, avšak musíme brát v potaz také to, že každá kultura je něčím specifická. Například Carmi et al. (2022) zmínili, že podoba obsesí může být dána také kulturním pozadím jedince a v každé kultuře mohou být jisté zvláštnosti. Také existují nezanedbatelné rozdíly v tom, jaké vládní restriktce byly v době pandemie v jednotlivých zemích zavedeny. Tato skutečnost může způsobovat rozdílné výsledky výzkumů, což je ostatně také dalším limitem. Po celém světě vznikaly studie, zabývající se dopadem pandemie na psychicky nemocné pacienty. Výzkumy, které se však tímto tématem zabývaly, přicházely s rozporuplnými zjištěními, což mohlo být v určitých fázích výzkumu velmi matoucí.

Dalším omezením práce by mohla být heterogenita výzkumného vzorku. Pro získání více specifických informací by pravděpodobně bylo výhodnější zkoumat jen určitý podtyp OCD, což jsme ale v našem výzkumu nedělali. Bylo tomu tak ze dvou důvodů. Za prvé jsme se snažili zachytit problém v celé jeho šíři. Zjistili jsme, že majorita studií zkoumala pouze podtyp mytí, který může na první pohled budit největší zájem. Nás však zajímaly souvislosti OCD a pandemie v celém rozsahu, takže jsme se nezabývali pouze obavami z nákazy jako takovými, ale zaměřili jsme se také na dopady odloučení, izolace a obecně vládních restrikcí na všechny typy OCD. Za druhé jsme se samozřejmě snažili při výběru respondentů nastavit kritéria výběru tak, aby byl náš vzorek co nejvíce homogenní. Problémem však bylo samotné získávání respondentů z této populace, což nás také nutilo snížit požadavky na specifický podtyp OCD.

Pokládáme za důležité zmínit to, že metodou výběru dotazovaných byl s největším zastoupením právě samovýběr. Potenciální respondenti tedy přímo reagovali na účast ve výzkumu ze své vlastní motivace. Tato skutečnost tak mohla zapříčinit, že se do výzkumu zapojili spíše lidé, kteří opravdu pociťovali vliv pandemie na své OCD. Zatímco pro jedince, kteří nevnímali výraznou změnu, nemusel být výzkum natolik přitažlivý, aby se do něj zapojili.

Dalším problematickým aspektem studie mohlo být také to, že použitý strukturovaný rozhovor nebyl založen na žádné standardizované metodě. Při jeho tvorbě jsme vycházeli pouze z poznatků odborné literatury a inspirovali jsme se také podobnými výzkumy. Rozhovory s našimi respondenty měly dvojitou podobu, což mohlo být dalším limitem práce. Jednalo se o interview tváří v tvář, ale řada respondentů se přiklonila spíše k rozhovoru online formou. Abychom však zamezili větším rozdílům, byl při online variantě vždy zajištěn také vizuální kontakt. Z toho důvodu, abychom neopomenuli nějaké důležité informace, které by mohly být spojeny s mimikou či s gesty jedinců. Snažíme se však brát v potaz také to, že vlivem neosobního a relativně zkreslujícího prostředí, mohli respondenti určité informace zamlčovat. Tomuto fenoménu jsme se snažili alespoň v určité míře zabránit tím, že jsme na začátek rozhovoru přidali seznamovací otázky a také informace o autorce i o samotném výzkumu. Tímto jsme se snažili vybudovat příjemnější a otevřenější atmosféru, která respondenty může podpořit v jejich otevřenosti.

11.2 Perspektivy dalšího bádání

Jak jsme již popisovali výše, je-li nám známo, tak studie na zmíněné téma v České republice téměř neexistují. Tato skutečnost tedy otevírá pomyslné dveře výzkumníkům, kteří mohou dopady pandemie zkoumat z různých úhlů pohledu. Domníváme se, že by například kvantitativní výzkum mohl přinést více objektivnějších informací o zkoumané problematice. Následně by tedy mohlo být reálnější vztáhnout výsledky studie na širší populaci. Také by se další výzkumníci mohli zaměřit pouze na určitý subtyp OCD, což by mohlo přinést poznatky o potenciálních rozdílech mezi jednotlivými podtypy. Následně by se tak dalo zacílit intervence na nejzranitelnější jedince.

Přínosný by mohl být také průzkum toho, zda-li se nějak liší prožívání pandemie dle délky diagnózy. Tedy jestli faktor doby stabilizace hraje důležitou roli v dopadech pandemie COVID-19. Také by mohla být provedena studie zkoumající dopady pandemie na jedince s OCD z jiné perspektivy. Zde by se tedy výzkumníci mohli zaměřit na blízké osoby pacientů. S těmito lidmi totiž v období pandemie trávili nejvíce času, a proto se domníváme, že by mohli přinést mnoho užitečných informací. Také by dle našeho názoru mohlo být přínosné zmapovat, jak dopad na jedince s OCD vnímají jejich psychiatři či psychologové. U většiny našich respondentů hráli významnou roli jejich partneři. Mohlo by být tedy zajímavé porovnat také to, jak pandemii vnímali jedinci s partnery a ti bez nich.

V našem výzkumu jsme se dále zabývali také protektivními faktory. Tedy co našim jedincům v době pandemie ve spojitosti s jejich OCD nejvíce pomáhalo. Velký potenciál tedy shledáváme v hlubším zkoumání těchto protektivních strategií.

11.3 Praktické využití výzkumu

Domníváme se, že by naše zjištění mohla být využita jako jakýsi informační zdroj, jak pro jedince s OCD, tak pro psychiatry a psychology. Odborníci tak mohou na základě předestřené výzkumu získat větší přehled o celé problematice. Informace, které jsme získaly během výzkumu, mohou také sloužit jako impuls proto, aby se věnovala větší pozornost tomuto tématu. Na základě našich zjištění bychom se tedy mohli domnívat, že jedinci s OCD mohou být v době pandemie potenciálně zranitelnějšími. Samozřejmě však musíme brát v potaz, že naše výsledky nemohou být vztahovány na celou populaci, jelikož zde hovoříme pouze o subjektivních prožitcích menšího počtu lidí. To nám však nebrání upozornit na důležitost potřeb dalších výzkumů v této oblasti, které by později mohly napomoci k efektivnějšímu zvládnání situace.

Stejně tak jako náhle a rychle přišla pandemie COVID-19, totiž může přijít také další podobná krize. Je tudíž podstatné abychom se snažili zmapovat, jaké dopady měla v celé její šíři na jedince s OCD. Díky tomu můžeme potenciálně lépe reagovat na potřeby zmíněných pacientů. Například Marek hovořil o tom, že se mu jeho léčba v době pandemie nezdála dostatečná. Proto vnímáme, že tento výzkum může sloužit také jako jakési povzbuzení k tomu, aby se začalo více pracovat na dostupnosti a efektivitě práce s klienty v online prostředí. Na základě našich zjištění usuzujeme, že samota jedinců s obsedantně kompulzivní poruchou může potenciálně vést ke zhoršení příznaků. Naše studie by tedy v tomto ohledu mohla sloužit jako motivace k zajištění podpůrných programů, aby se tito jedinci v době krize necítili osamoceni. Náš výzkum však může být nápomocný také samotným jedincům, kteří OCD trpí, jelikož se mohou inspirovat zvládacími strategiemi, které pozitivně působily na naše respondenty během tohoto krizového období.

12 ZÁVĚR

V naší studii jsme pomocí analýzy pěti polostrukturovaných interview zjišťovali, jak jedinci s OCD pandemií zvládali, jak prožívali období opětovného návratu do rutinního života, co jim v období pandemie pomáhalo a jaké změny vnímali ve svém zdravotním stavu. Výsledky naznačují, že každý respondent prožíval pandemií COVID-19 velmi individuálně. **Většina respondentů se však shodovala na tom, že během pandemie pociťovala zhoršení svého zdravotního stavu.** Rozdíly byly primárně v tom, kdy se ono zhoršení u našich respondentů dostavilo. Někteří jedinci zmiňovali, že pociťovali největší zhoršení již v samotných počátcích pandemie, jiní popisovali největší negativní dopady v období izolace. Řada z nich také hovořila o návratu k běžnému životu, jako o velmi komplikovaném a náročném období.

Jedinci v interview popisovali pocity frustrace, úzkosti, stresu a strachu z nákazy sebe či svých blízkých. Tyto zážitky tak korespondovaly se studii, které zkoumaly prožívání pandemie u neklinické populace. Zásadní rozdíl však byl v tom, že **většina našich účastníků výzkumu popisovala také značné zhoršení jejich symptomů OCD.** Tato skutečnost může naznačovat potenciálně větší zranitelnost našich respondentů v období pandemie. Zjistili jsme, že k vzestupu symptomů docházelo z několika příčin. Jednou z nich byly nadměrné obavy z nákazy, což se vyskytovalo převážně v případech jedinců s mycími kompulzemi. Dalším důvodem byla izolace, která zapříčinila přebytek volného času. Participanti tak ztratily svou každodenní rutinu a jejich volný čas zaplnily v mnoha případech právě obsedantními myšlenkami. Toto obsedantní přemítání se však nemuselo vztahovat pouze k pandemii. Kromě zhoršení mycích kompulzí jsme tedy zaznamenali také zhoršení obsedantních myšlenek týkajících se: Ujišťování, milostných vztahů, přehnané zodpovědnosti a kontrolování. V neposlední řadě bylo v několika případech zaznamenáno subjektivní zhoršení symptomů OCD ve chvíli, kdy byli osamoceni a neměli podporu svých blízkých.

Později jsme také zjistili díky naší VPO2, že **bylo toto zhoršení v mnoha případech déle trvající a narušovalo tak i opětovné zařazení se do rutinního života.**

Dva z našich respondentů navíc zmínili, že pociťují dopad pandemie na své příznaky OCD do dnešních dnů. V jednom případě navíc došlo ke změně tématu OCD během tohoto návratu k běžnému životu. Dle výše zmíněných zjištění bychom tedy mohli předpokládat, že by naši respondenti s OCD mohli být více zranitelnými v období pandemie.

Během naší studie jsme identifikovali také několik hlavních protektivních strategií, které našim respondentům pomáhaly období pandemie zvládat. Jsou jimi: **Spolupráce s psychologem či psychiatrem během pandemie, opora jejich blízkých, smysluplné trávení volného času, pohybová aktivita a sport, sebezdvělávání a sebepoznávání.**

13 SOUHRN

V teoretické části naší diplomové práce jsme se nejprve zaměřili na obsedantně kompulzivní poruchu. Zjistili jsme, že se jedná o závažné psychiatrické onemocnění, které se vyznačuje opakujícími se rušivými myšlenkami, nutkavými činy, nebo jejich kombinací (Carmi et al., 2022). Aktuálně se odhaduje celoživotní míra prevalence OCD na 2-3 % populace (French & Lyne, 2022). V počátečních stádiích poruchy se jedinci často snaží udržet své nutkání i obsese pod kontrolou a v tajnosti (Paxos, 2022). Tato částečná kontrola se po určitý čas může dařit, ale postupně začínají být pravidla a rituály čím dál více propracovanější a časově náročnější. Jedinec tak může začít zanedbávat všechny své povinnosti i péči o sebe sama (Philpot, 2022). V neposlední řadě je třeba zmínit, že jsou tyto obsese ego dystonické, což znamená, že se s nimi jedinec neztotožňuje (Guazzini, 2022). Nesmíme zapomínat, že je pacient s OCD součástí sociálních vztahů, které mohou velkou měrou ovlivňovat jeho nemoc a léčbu (Spakinakis et al., 2016). Nejčastější léčba OCD má dvě podoby, buďto se jedná o farmakologickou léčbu nebo o léčbu psychoterapeutickou. Efektivní však může být také jejich kombinace (Orsolini et al., 2022).

Pro diagnostikování OCD je vhodné využít komplexní psychologické vyšetření s důrazem na diferenciální diagnostiku (Praško et al., 2019). Mezi hojně využívané nástroje patří Y-BOCS (Vyskocilova et al., 2019). Velmi podstatnou metodou je však také MINI (Praško et al., 2019). Při diagnostice je třeba brát v potaz komorbidní psychiatrické poruchy, které mohou ztěžovat léčbu a ještě více snižovat celkovou životní spokojenost jedince (Paxos, 2022). V průběhu let byly také učiněny pokusy o klasifikaci OCD. Díky tomu vzniklo několik hlavních subtypů, jimiž jsou: Kontaminace a mytí, kontrolování a obavy z ublížení, nepřijatelné myšlenky a mentální rituály a v neposlední řadě symetrie (Menzies et al., 2020). Spektrum OCD však zachycuje širokou škálu jevů a jen velmi zřídka najdeme jedince, který by měl příznaky pouze jediného podtypu OCD (Guazzini, 2022).

Dosud nebyl plně objasněn etiologický základ OCD. Je však pravděpodobné, že se jedná o multifaktoriální původ onemocnění (Paxos, 2022). Nejprve tedy budeme hovořit o biologických faktorech, kde hrají podstatnou roli genetické vlivy. Vědcům se nepovedlo rozklíčovat, jaké lokality genomu jsou spojeny s OCD. Mnoho studií však identifikovalo možný přínos genu (SLC1A1) (Praško et al., 2019). Dalšími biologickými faktory jsou neurotransmitery, kde hrají ústřední roli serotoninové, glutamátové a dopaminové systémy (Murphy et al., 2013). Výzkumníci se snažili vysvětlit vznik OCD také pomocí neurobiologických korelátů. Nejčastěji docházeli k závěru, že vznik OCD je spojen s dysfunkcemi v oblasti orbito-frontální kůry, přední cingulární kůry, bazálních ganglií a thalamu (Hudak & Dougherty, 2011). V neposlední řadě byly pokusy popsát vznik OCD pomocí psychologických teorií (Praško et al., 2019).

V teoretické části jsme se zaměřovali také na COVID-19 a na to, jaké měl dopady na psychické zdraví populace. Podstatné se nám jeví to, že ačkoli v poslední době vzniká mnoho nových výzkumů, neexistují žádné definitivní epidemiologické údaje o psychologických účincích COVID-19 na jedince s OCD (Pinociotti, 2022). Proto jsme se tedy rozhodli tuto tematiku více prozkoumat.

Ve výzkumné části práce jsme se na základě pěti polostrukturovaných interview rozhodli zjistit, jaký má pandemie COVID-19 dopad na jedince s OCD dle jejich subjektivního názoru. Rozhovory byly prováděny jak tváří v tvář, tak online formou. Pro tuto hybridní variantu jsme se rozhodli, jelikož ne všichni dotazovaní souhlasili s přímým kontaktem. Data byla zpracována pomocí metody IPA, díky čemuž jsme mohli zodpovědět naši výzkumnou otázku a také další výzkumné podotázky.

Výzkumná otázka a výzkumné podotázky zněly následovně:

- VO: Jak jedinci s OCD vnímají vliv pandemie COVID-19 na svou poruchu?
- VPO1: Jaké byly zvládací strategie jedinců s OCD během pandemie COVID-19?
- VPO2: Jak jedinci s OCD vnímali opětovné zařazení do rutinního života a koexistenci s virem COVID-19?

V první řadě jsme se pokusili nalézt odpověď na naši komplexnější výzkumnou otázku, která si kladla za cíl zjistit, jak jedinci období pandemie prožívali ve spojitosti s jejich nemocí. Podařilo se nám zjistit, že respondenti vnímali vliv pandemie velmi individuálně. Někteří tedy zvládli tíživou situaci pandemie bez větších komplikací, avšak

většina účastníků výzkumu zaznamenala intenzivní dopad pandemie na svou nemoc. Zkušenosti našich respondentů také ve velké míře korespondovaly s prožitky neklinické populace. Určitá vnímaná zhoršení zdravotního stavu tak mohou souviset spíše s přiléhavou odpovědí organismu na ohrožení. Jisté projevy OCD v reakci na pandemii však byly u našich respondentů natolik výrazné, že narušovaly jejich běžné fungování.

Období pandemie tak u většiny respondentů vedlo ke zhoršení symptomů OCD.

Dále jsme se snažili zjistit, co našim respondentům během pandemie nejvíce pomáhalo. Podařilo se nám identifikovat několik hlavních protektivních strategií, které našim respondentům pomáhaly krizové období lépe zvládat. Jsou jimi: **Spolupráce s psychologem či psychiatrem, opora jejich blízkých, smysluplné trávení volného času, pohybová aktivita a sport, sebevzdělávání a sebepoznávání.**

Co se týče opětovného návratu do běžného života, většina našich respondentů pocítila negativní změnu ve svém zdravotním stavu v průběhu rozvolňování restrikcí. Někteří respondenti uvedli, že se jednalo pouze o krátkodobé zhoršení OCD vlivem znovu vystavování se spouštěčům. **Řada jedinců však popisovala dlouhodobější negativní dopady pandemie na svou nemoc, které zhoršovaly opětovné zařazení se do rutinního života.** Obecně můžeme říci, že návrat byl pro všechny naše respondenty velkou výzvou a změnou.

Největší limit naší práce shledáváme v tom, že jsme neměli dostatek výzkumů, které by zkoumaly vliv pandemie na jedince s OCD v České republice, nebo alespoň ve střední Evropě. Díky tomu jsme museli pracovat se studiiemi ze vzdálených koutů světa, což mohlo být zavádějící. Také relativní heterogenita výzkumného souboru, která byla způsobena problematickým získáváním respondentů, by se mohla pokládat za omezení této práce. Limitní bylo dle našeho názoru také to, že rozhovory s našimi respondenty měly dvojí podobu, což mohlo potenciálně vést k určitým zkreslením.

Přínos této práce vnímáme v tom, že může fungovat jako jakýsi informační zdroj pro jedince s OCD, pro lékaře i pro širokou veřejnost. Také by náš výzkum mohl být impulsem proto, aby se věnovala větší pozornost tomuto tématu. V budoucnu totiž může nastat podobná krize a výzkumná zjištění nám mohou potenciálně pomoci k jejímu efektivnějšímu zvládnutí. Také lidé s OCD by se mohli inspirovat zvládacími strategiemi, které pozitivně působily na naše respondenty v období pandemie.

LITERATURA

1. Aardema, F., O Connor, K. P., Delorme, M. E., & Audet, J. S. (2017). The Inference-Based Approach (IBA) to the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial Across Symptom Subtypes and Treatment-Resistant Cases. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 289–301. <https://doi.org/10.1002/cpp.2024>
2. Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *The Journal of hospital infection*, 76(2), 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.04.027>
3. Afsah A. S., Maryam I., & Aqsa A. (2022). Analysis of Genetic and Environmental Factors in the prevalence of OCD. *ScienceOpen Preprints*. <https://doi.org/10.14293/S2199-1006.1.SOR-.PPJ2Q5I.v1>
4. Ahmed, G. K., Ramadan, H. K., Refay, S. M., & Khashbah, M. A. (2021). Comparison of knowledge, attitude, socioeconomic burden, and mental health disorders of COVID-19 pandemic between general population and health care workers in Egypt. *The Egyptian journal of neurology, psychiatry and neurosurgery*, 57(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s41983-021-00280-w>
5. Alhujaili, N., Alghamdi, A., Talib, T., Alhaqbani, M., Alfelali, M. & Alghamdi, W. (2021). The Impact of COVID-19 Pandemic on Obsession and Compulsion Symptoms in Saudi Arabia. *Cureus*, 13 (11). <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.20021>
6. Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G., Simpson, H. B., & American Psychiatric Association (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 164(7 Suppl), 5–53.
7. Amerio, A., Odone, A., Liapis, C. C., & Ghaemi, S. N. (2014). Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 129(5), 343–358. <https://doi.org/10.1111/acps.12250>
8. Ayers, S., & De Visser, R. (2021). *Psychology for medicine and healthcare*. Sage.
9. Baldi, S., & Schruers, K.R. (2021). Expert opinion in Obsessive-Compulsive Disorder: Could protective measures for COVID-19 contribute to the worsening of OCD symptoms? *Personalized Medicine in Psychiatry*, 27, 100076-100076.

10. Bandelow, B., Zohar, J., Hollander, E., Kasper, S., Möller, H. J., WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders, Zohar, J., Hollander, E., Kasper, S., Möller, H. J., Allgulander, C., Ayuso-Gutierrez, J., Baldwin, D. S., Buenvicinius, R., Cassano, G., Fineberg, N., Gabriels, L., Hindmarch, I., Kaiya, H., & Vega, J. (2008). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders-first revision. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, *9*(4), 248–312. <https://doi.org/10.1080/15622970802465807>
11. Bharti, J. (2020). Preventive Steps Of Covid-19 Increases OCD Symptoms: Review Based Perspective. *International Journal of Advances in Engineering and Management (IJAEM)*, *2* (1), 484-487. <https://www.doi.org/10.35629/525245122323>
12. Boedhoe, P. S., Schmaal, L., Abe, Y., Ameis, S. H., Arnold, P. D., Batistuzzo, M. C., Benedetti, F., Beucke, J. C., Bollettini, I., Bose, A., Brem, S., Calvo, A., Cheng, Y., Cho, K. I., Dallaspazia, S., Denys, D., Fitzgerald, K. D., Fouche, J. P., Giménez, M., Gruner, P., & van den Heuvel, O. A. (2017). Distinct Subcortical Volume Alterations in Pediatric and Adult OCD: A Worldwide Meta- and Mega-Analysis. *The American journal of psychiatry*, *174*(1), 60–69. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16020201>
13. Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., Lochner, C., Marazziti, D., Matsunaga, H., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., do Rosario, M. C., Shavitt, R. G., Shyam Sundar, A., Stein, D. J., Torres, A. R., & Viswasam, K. (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Comprehensive psychiatry*, *76*, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.002>
14. Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Moses, K., Hannan, A., Sammut, P., & Martin, A. (2013). The characteristics of unacceptable/taboo thoughts in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, *54*(7), 750–757. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.02.005>
15. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how

- to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
16. Campbell, K. M., Veldman, M. B., McGrath, M. J., & Burton, F. H. (2000). TS+OCD-like neuropotentiated mice are supersensitive to seizure induction. *Neuroreport*, 11(10), 2335–2338. <https://doi.org/10.1097/00001756-200007140-00053>
 17. Carmi, L., Brakoulias, V., Arush, O. B., Cohen, H., & Zohar, J. (2022). A prospective clinical cohort-based study of the prevalence of OCD, obsessive compulsive and related disorders, and tics in families of patients with OCD. *BMC psychiatry*, 22(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03807-4>
 18. Coric, V., Taskiran, S., Pittenger, C., Wasyluk, S., Mathalon, D. H., Valentine, G., Saks, J., Wu, Y. T., Gueorguieva, R., Sanacora, G., Malison, R. T., & Krystal, J. H. (2005). Riluzole augmentation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: an open-label trial. *Biological psychiatry*, 58(5), 424–428. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.04.043>
 19. Denys, D., Zohar, J., & Westenberg, H. G. (2004). The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *The Journal of clinical psychiatry*, 65 Suppl 14, 11–17. Získáno z <https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/1741>
 20. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Grada Publishing.
 21. Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (2008). *Kognitivní psychologie*. Academia.
 22. Foa E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(2), 199–207. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/efoa>
 23. Franklin, M. E., Kratz, H. E., Freeman, J. B., Ivarsson, T., Heyman, I., Sookman, D., McKay, D., Storch, E. A., March, J. & Accreditation Task Force of The Canadian Institute for Obsessive Compulsive Disorders (2015). Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Empirical review and clinical recommendations. *Psychiatry research*, 227(1), 78–92. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.009>
 24. French I., & Lyne J. (2020). Acute exacerbation of OCD symptoms precipitated by media reports of COVID-19. *Ir J Psychol Med*, 37(4), 291-294. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.61>

25. Freud, S. (1996). *Three case histories*. Macmillan.
26. Foreich, F. V., Vartanian, L. R., Grisham, J. R., & Touyz, S. W. (2016). Dimensions of control and their relation to disordered eating behaviours and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of eating disorders*, *4*, 14. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0104-4>
27. Furnham, A., Hughes, D. J., & Marshall, E. (2013). Creativity, OCD, Narcissism and the Big Five. *Thinking Skills and Creativity*, *10*, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2013.05.003>
28. Gavendová, N. (2021). *Kognitivně-behaviorální přístupy v praxi pedagoga*. Grada.
29. Gillan, C.M., Morein-Zamir, S., Kaser, M., Fineberg, N.A., Sule, A., Sahakian, B.J., Cardinal, R.N., & Robbins, T.W. (2014). Counterfactual Processing of Economic Action-Outcome Alternatives in Obsessive-Compulsive Disorder: Further Evidence of Impaired Goal-Directed Behavior. *Biological Psychiatry*, *75*, 639-646.
30. Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1992). The role of serotonin and dopamine in the pathophysiology of obsessive compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, *7*(Suppl 1), 35-38. <https://doi.org/10.1097/00004850-199206001-00009>
31. Guazzini, A., Gursesli, M. C., Serritella, E., Tani, M., & Duradoni, M. (2022). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) Types and Social Media: Are Social Media Important and Impactful for OCD People?. *European journal of investigation in health, psychology and education*, *12*(8), 1108–1120. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12080078>
32. Hansen, A. (2021). *Insta-brain*. RBA Libros.
33. Hassoulas, A., Umla-Runge, K., Zahid, A., Adams, O., Green, M., Hassoulas, A., & Panayiotou, E. (2022). Investigating the Association Between Obsessive-Compulsive Disorder Symptom Subtypes and Health Anxiety as Impacted by the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Psychological reports*, *125*(6), 3006–3027. <https://doi.org/10.1177/00332941211040437>
34. Hauschildt, M., Dar, R., Schröder, J., & Moritz, S. (2019). Congruence and discrepancy between self-rated and clinician-rated symptom severity on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) before and after a low-intensity intervention. *Psychiatry research*, *273*, 595–602. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.092>

35. Hendl, J. (2016). Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace (4. vyd.). Portál. Získáno 9. prosince 2022 z databáze Národní knihovny ČR
36. Holt, R. I., de Groot, M., & Golden, S. H. (2014). Diabetes and depression. *Current diabetes reports*, 14(6), 491. <https://doi.org/10.1007/s11892-014-0491-3>
37. Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and health*, 42, e2020038. <https://doi.org/10.4178/epih.e2020038>
38. Hudak, R. (2011). Introduction to obsessive-compulsive disorder. In R. Hudak & D. Dougherty (Eds.), *Clinical Obsessive-Compulsive Disorders in Adults and Children*, 1-19. Cambridge University Press.
39. Jassi, A., Shahriyarmolki, K., Taylor, T., Peile, L., Challacombe, F., Clark, B., & Veale, D. (2020). OCD and COVID-19: a new frontier. *Cognitive behaviour therapist*, 13, e27. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000318>
40. Jelinek, L., Voderholzer, U., Moritz, S., Carsten, H. P., Riesel, A., & Miegel, F. (2021). When a nightmare comes true: Change in obsessive-compulsive disorder over the first months of the COVID-19 pandemic. *Journal of anxiety disorders*, 84, 102493. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102493>
41. Ji, G., Wei, W., Yue, K. C., Li, H., Shi, L. J., Ma, J. D. & Hu, X. Z. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on obsessive-compulsive symptoms among university students: prospective cohort survey study. *Journal of medical Internet research*, 22(9), e21915.
42. Jiang, F., Deng, L., Zhang, L., Cai, Y., Cheung, C. W., & Xia, Z. (2020). Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Journal of general internal medicine*, 35(5), 1545–1549. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05762-w>
43. Kammen, A., Cavaleri, J., Lam, J., Frank, A. C., Mason, X., Choi, W., Penn, M., Brasfield, K., Van Noppen, B., Murray, S. B., & Lee, D. J. (2022). Neuromodulation of OCD: A review of invasive and non-invasive methods. *Frontiers in neurology*, 13, 909264. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.909264>
44. Katz, T. C., Bui, T. H., Worhach, J., Bogut, G., & Tomczak, K. K. (2022). Tourette OCD: Current understanding and treatment challenges

- of a unique endophenotype. *Frontiers in psychiatry*, 13, 929526. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.929526>
45. La Rosa, V. L., Gori, A., Faraci, P., Vicario, C. M., & Craparo, G. (2022). Traumatic Distress, Alexithymia, Dissociation, and Risk of Addiction During the First Wave of COVID-19 in Italy: Results from a Cross-sectional Online Survey on a Non-clinical Adult Sample. *International journal of mental health and addiction*, 20(5), 3128–3144. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00569-0>
46. Laving, M., Foroni, F., Ferrari, M., Turner, C., & Yap, K. (2022). The association between OCD and Shame: A systematic review and meta-analysis. *The British journal of clinical psychology*, 10.1111/bjc.12392. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/bjc.12392>
47. Locatelli, M., Bellodi, L., Grassi, B., & Scarone, S. (1996). EEG power modifications in obsessive-compulsive disorder during olfactory stimulation. *Biological psychiatry*, 39(5), 326–331. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00172-7](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00172-7)
48. Lochner, C., Fineberg, N. A., Zohar, J., van Ameringen, M., Juven-Wetzler, A., Altamura, A. C., Cuzen, N. L., Hollander, E., Denys, D., Nicolini, H., Dell'Osso, B., Pallanti, S., & Stein, D. J. (2014). Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1513–1519. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.020>
49. Prabhavi, M., Perera, N., Mallawaarachchi, S., Bailey, N. W., Murphy, O. W., & Fitzgerald, P. B. (2022). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is Associated with Increased Electroencephalographic (EEG) Delta and Theta Oscillatory Power but Reduced Delta Connectivity. *bioRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2022.10.03.510571>
50. Macy, A. S., Theo, J. N., Kaufmann, S. C., Ghazzaoui, R. B., Pawlowski, P. A., Fakhry, H. I., Cassmassi, B. J., & IsHak, W. W. (2013). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS spectrums*, 18(1), 21–33. <https://doi.org/10.1017/S1092852912000697>
51. Malas, O. & Tolsá, M. (2022). The COVID-19 Pandemic and the Obsessive-Compulsive Phenomena, in the General Population and among OCD Patients: A Systematic Review. *European Journal of Mental Health*. 17. 132-148. <https://doi.org/10.5708/EJMH.17.2022.2.13>

52. Maříková, T., & Seemanová, E. (2014). *Klinická genetika. Praktická aplikace*. Karolinum.
53. McDonald, E., Whitney, S., Horricks, L., Lipman, E. L., & Ferro, M. A. (2021). Parent-Child Agreement on the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 30(4), 264–272.
54. McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., Matthews, K., & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 225(3), 236–246. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058>
55. Menzies, R. E., Zuccala, M., Sharpe, L. & Dar-Nimrod, I. (2020). Subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relationship to death anxiety. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100572. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100572>
56. Meyer V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour research and therapy*, 4(4), 273–280. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(66\)90023-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(66)90023-4)
57. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020). V souvislosti s vyhlášením nouzového stavu se zakazují akce s účastí přesahující více než 30 osob, omezuje se také přítomnost veřejnosti ve vybraných zařízeních. Získáno 12. listopadu 2022 z <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/>
58. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada. Získáno 9. prosince 2022 z databáze Národní knihovny ČR.
59. Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. Wiley. <https://doi.org/10.1037/10802-000>
60. Murphy, D. L., Moya, P. R., Fox, M. A., Rubenstein, L. M., Wendland, J. R., & Timpano, K. R. (2013). Anxiety and affective disorder comorbidity related to serotonin and other neurotransmitter systems: obsessive-compulsive disorder as an example of overlapping clinical and genetic heterogeneity. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 368(1615), 20120435. <https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0435>
61. Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.

62. Orel, M., & Procházka, R. (2017). *Vyšetření a výzkum mozku: pro psychology, pedagogy a další nelékařské obory*. Grada.
63. Orsolini, L., Bellagamba, S., Tempia Valenta, S., Salvi, V., & Volpe, U. (2022). Augmentation strategy fluoxetine and lurasidone in the treatment of OCD with comorbid Restrictive Anorexia: A case report. *European Psychiatry*, 65(S1), S646-S646. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1658>
64. Oulis, P., Konstantakopoulos, G., Lykouras, L., & Michalopoulou, P. G. (2013). Differential diagnosis of obsessive-compulsive symptoms from delusions in schizophrenia: A phenomenological approach. *World journal of psychiatry*, 3(3), 50–56. <https://doi.org/10.5498/wjp.v3.i3.50>
65. Pampaloni, I., Marriott, S., Pessina, E., Fisher, C., Govender, A., Mohamed, H., Chandler, A., Tyagi, H., Morris, L., & Pallanti, S. (2022). The global assessment of OCD. *Comprehensive psychiatry*, 118, 152342. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152342>
66. Paxos C. (2022). Moving beyond first-line treatment options for OCD. *The mental health clinician*, 12(5), 300–308. <https://doi.org/10.9740/mhc.2022.10.300>
67. Philpot, N., Thwaites, R., & Freeston, M. (2022). Understanding why people with OCD do what they do, and why other people get involved: Supporting people with OCD and loved ones to move from safety-seeking behaviours to approach-supporting behaviours. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15, E25. <https://doi.org/10.1017/S1754470X22000186>
68. Pinciotti, C. M., Bulkes, N. Z., Horvath, G., & Riemann, B. C. (2022). Efficacy of intensive CBT telehealth for obsessive-compulsive disorder during the COVID-19 pandemic. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 32, 100705. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100705>
69. Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M., Cervoni, C., Rees, C., & Egan, S. (2017). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treating clinicians know? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 12, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.001>
70. Plháková, A. (2020). *Dějiny psychologie* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
71. Praško, J., Grambal, A., Šlepecký, M., & Vyskočilová, J. (2019). *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Grada.
72. Punch, K. (2008). Úspěšný návrh výzkumu. Portál.

73. Rapp, A. M., Bergmann, R. L., Piacentini, J., & Mcguire, J. F. (2016). Evidence-Based Assessment of Obsessive–Compulsive Disorder. *Journal of Central Nervous System Disease*, 8. <https://doi.org/10.4137/JCNSD.S38359>
74. Rastogi, I. (2022). "Exploration of symptoms of ocd and anxiety in association with fear of covid-19 ". [Magisterská diplomová práce, Nottingham Trent University]. ResrarchGate. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24733.38880>
75. Robbins, T. W., Vaghi, M. M., & Banca, P. (2019). Obsessive-Compulsive Disorder: Puzzles and Prospects. *Neuron*, 102(1), 27–47. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.01.046>
76. Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical psychology review*, 34(3), 256–271. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.003>
77. Rosenberg, D. R., & Hanna, G. L. (2000). Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biological psychiatry*, 48(12), 1210–1222. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)01073-8](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)01073-8)
78. Řiháček, T., Čermák, I. & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
79. Seçer, İ., & Ulaş, S. (2021). An Investigation of the Effect of COVID-19 on OCD in Youth in the Context of Emotional Reactivity, Experiential Avoidance, Depression and Anxiety. *Int J Ment Health Addiction* 19, 2306–2319. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00322-z>
80. Sharma, E., Sharma, L. P., Balachander, S., Lin, B., Manohar, H., Khanna, P., Lu, C., Garg, K., Thomas, T. L., Au, A. C. L., Selles, R. R., Højgaard, D. R. M. A., Skarphedinsson, G., & Stewart, S. E. (2021). Comorbidities in Obsessive-Compulsive Disorder Across the Lifespan: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*, 12, 703701. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.703701>
81. Schwartz-Lifshitz M., Basel D., Lang C., Hertz-Palmor N., Dekel I., Zohar J., & Gothelf D. (2021). Obsessive compulsive symptoms severity among children and adolescents during COVID-19 first wave in Israel. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2211-3649. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100610>

82. Siddiqui, M., Wadoo, O., Currie, J., Alabdulla, M., Al Siaghy, A., AlSiddiqi, A., Khalaf, E., Chandra, P., & Reagu, S. (2022). The Impact of COVID-19 Pandemic on Individuals With Pre-existing Obsessive-Compulsive Disorder in the State of Qatar: An Exploratory Cross-Sectional Study. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 833394. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.833394>
83. Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., Welton, N. J., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., & Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, *3*(8), 730–739. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30069-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4)
84. Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2022). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. SAGE.
85. Smith, J.A., & Osborn, M. (2007) Interpretative Phenomenological Analysis. In: Smith, J.A., Ed., *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*, SAGE. <http://dx.org/.10.1002/9780470776278.ch10>
86. Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, Ch., Miguel, E., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive–compulsive disorder, *Nature Reviews Disease Primers*, *5*(1), 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
87. Stopková, P. (2017). Nové trendy v léčbě obsedantně kompulzivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, *18*(3), 114-119. [https://doi.org/10.1077/s1115-030\(25\)3X2000](https://doi.org/10.1077/s1115-030(25)3X2000)
88. Storch, E. A., Sheu, J. C., Guzick, A. G., Schneider, S. C., Cepeda, S. L., Rombado, B. R., Gupta, R., Hoch, C. T., & Goodman, W. K. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on exposure and response prevention outcomes in adults and youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, *295*, 113597. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113597>
89. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
90. Tiller J. W. (2013). Depression and anxiety. *The Medical journal of Australia*, *199*(S6), S28–S31. <https://doi.org/10.5694/mja12.10628>
91. Trojánek, M., Grebenyuk, V., Herrmannová, K., Necas, T., Gregorová, J., Kucbel, M., Šín, R., & Stejskal, F. (2020). *Nový koronavirus (SARS-CoV-2) a onemocnění COVID-19*. Získáno 18. února 2023 z <https://www.researchgate.net/341576392>

92. Vrbová, K., Praško, J., Hodný, F., Ocisková, M., Vaněk, J., Holubová, M., Boček, J. & Bundárová, L., (2022). Schizofrenie a obsedantně kompulzivní porucha. *Psychiatrie pro praxi*, 23(2), 64-71. <https://doi.org/10.36290/psy.2022.017>
93. Vyskocilova, J., Prasko, J., & Sipek, J. (2016). Cognitive behavioral therapy in pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 625–639. <https://doi.org/10.2147/NDT.S101721>
94. Williams, M. T., Mugno, B., Franklin, M., & Faber, S. (2013). Symptom Dimension in Obsessive-Compulsive Disorder: Phenomenology and Treatment Outcomes with Exposure and Ritual Prevention. *Psychopathology*, 46(6), 365-376. <https://doi.org/10.1159/000348582>
95. World Health Organization. (2020, 28. března). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Získáno 2. ledna 2023 z <https://www.who.int/novel-coronavirus-2019/>
96. World Health Organization. (2023). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Získáno 6. ledna 2023 z <https://covid19.who.int>
97. Xia, M., Wang, J., & He, Y. (2013). BrainNet Viewer: a network visualization tool for human brain connectomics. *PloS one*, 8(7), e68910. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068910>
98. Zaccari, V., Gagnani, A., Pellegrini, V., Caiazzo, T., D'Arienzo, M. C., Magno, A., Femia, G., & Mancini, F. (2021). An Observational Study of OCD Patients Treated With Cognitive Behavioral Therapy During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 12, 755744. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.755744>
99. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR. (2023). Očkování proti covidu-19. Získáno 8. února 2023 z <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/covid-19/ockovani>
100. Zohar, J., Mueller, E. A., Insel, T. R., Zohar-Kadouch, R. C., & Murphy, D. L. (1987). Serotonergic responsivity in obsessive-compulsive disorder. Comparison of patients and healthy controls. *Archives of general psychiatry*, 44(11), 946–951. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800230026006>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Otázky k rozhovorům
4. Ukázka rozhovoru s respondentem

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Výzvy a subjektivní prožívání pacientů s OCD během pandemie COVID-19 v České republice

Autor práce: Bc. Zuzana Trnovcová

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Počet stran a znaků: 107 stran, 198 293 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 100

Abstrakt:

Příchod pandemie COVID-19 přinesl řadu nečekaných změn, které měly dalekosáhlý vliv na naše dosavadní životy. Řada výzkumů se do dnešního dne snaží zjistit, jaké jsou reálné dopady na duševní zdraví populace. Problémem však zůstává, že studie, týkající se dopadů pandemie na jedince s OCD na našem území téměř neexistují. Cílem této práce je tedy přinést jedinečný pohled na pandemickou situaci v České republice perspektivou jedinců s OCD. Snažíme se zjistit, jak respondenti celé období pandemie prožívali, co považovali za výzvu a jaké volili copingové strategie. Pokoušíme se v neposlední řadě zjistit, jaký vliv měla pandemie COVID-19 na jejich nemoc. Teoretická část se věnuje: Specifikům OCD, diagnostickým kritériím, subtypům OCD, Etiologii a patogenezi OCD, možnostem léčby OCD a také vlivu pandemie na duševní zdraví. Respondenty pro naši empirickou část jsme získávali pomocí příležitostného a záměrného výběru a také samovýběrem. Výzkum je tvořen pěti polostrukturovanými interview, které jsou dále analyzovány pomocí kvalitativní metody IPA. V poslední části práce jsme se pokusili odpovědět na naše výzkumné otázky a diskuze propojila naše zjištění s již existujícími studii.

Klíčová slova: OCD, obsese, kompulze, pandemie, COVID-19, lockdown

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Challenges and subjective experiences of patients with OCD during the COVID-19 pandemic in the Czech Republic

Author: Bc. Zuzana Trnovcová

Supervisor: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Number of pages and characters: 107 pages, 198 293 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 100

Abstract:

The arrival of the COVID-19 pandemic has brought unexpected changes that have had a number of far-reaching effects on our lives so far. To this day we do not know the effects on the population and also studies that deal with this topic almost non-exist in our territory. The aim of this work is therefore to bring a unique view of the pandemic population in the Czech Republic with the perspective of individuals with OCD. I need to find out how the respondents experienced the entire period of the pandemic, what they considered a possibility and what coping strategies they chose. In the end, we try to find out what effect the COVID-19 pandemic had on their illness. The theoretical part is devoted to: Specifics of OCD, diagnostic criteria, subtypes of OCD, Etiology and pathogenesis of OCD, treatment options for OCD and also the impact of the pandemic on mental health. The research consists of five semi-structured interviews, which are further analyzed using qualitative IPA methods. In the last part of the thesis, we tried to answer our research questions and the discussion connected our findings with already existing studies.

Key words: OCD, obsession, compulsions, pandemic, COVID-19, lockdown

Příloha č. 3: Otázky k rozhovorům

Úvod: představení mé osoby i samotného výzkumu, vysvětlení k čemu výzkum slouží a jaké mohou být jeho přínosy, zopakování práv respondenta, ústní informovaný souhlas, sociodemografické údaje.

A) Otázky týkající se samotné OCD

Nyní bych se ráda dozvěděla něco více o tom, jakou podobu má Vaše onemocnění. Mohl/a byste mi povyprávět, kdy jste poprvé zjistil/a, že touto poruchou trpíte a kdy Vám byla OCD reálně diagnostikována? Třeba formou příběhu od samého začátku, kdy jste si všiml/a prvních projevů.

Doplňující otázky k tomuto okruhu (co by mělo zaznít):

- 1) Kdy bylo onemocnění diagnostikováno?
- 2) Jak se nemoc ve Vašem případě projevuje?
- 3) Jakou formou probíhá Vaše léčba?

B) Otázky spojené se začátkem pandemie

Nyní se zkuste zpětně zamyslet, jak jste se cítil/a, když jste se poprvé doslechl/a o pandemii. Vzpomenete si na to, co jste prožíval/a?

Doplňující otázky k tomuto okruhu (co by mělo zaznít):

- 1) Změnilo se nějak Vaše chování/myšlení? Pokud ano, tak co bylo jiné?
- 2) Zjišťoval/a jste si informace o pandemii? Pokud ano, tak jakým způsobem a jak často?
- 3) Jak na Vás působila média během pandemie?

C) Otázky zaměřené na souvislosti mezi OCD a pandemií, když se již vyskytovala na našem území (Zaměření se na nařízení vlády, nouzový stav, nedostatek hygienických pomůcek...)

Teď bych Vás chtěla požádat, abyste se pokusil/a zamyslet nad tím, jak jste prožíval/a změny, které COVID-19 na našem území způsobil. Zkuste se na celou situaci podívat ve spojitosti s Vaší nemocí.

Doplňující otázky k tomuto okruhu (co by mělo zaznít):

- 1) Pociťoval/a jste nějaké změny Vašich symptomů OCD v průběhu pandemie?
- 2) Jaké byly Vaše strategie zvládnání, co Vám pomáhalo?

- 3) Byl Vám někdo oporou?
- 4) Co pro Vás během pandemie bylo nejtěžší?
- 5) Byl pro Vás lockdown v něčem výhodný a jaká byla jeho negativa?
- 6) Pociťoval/a jste nějaký dopad pandemie na Vaše rodinné soužití?
- 7) Měla pandemie COVID-19 nějaký vliv na Vaši léčbu? Pokud ano, jaký?

D) Otázky týkající se období návratu do rutinního života a koexistence s nemocí COVID-19

Nyní Vás požádám, abyste se pokusil/a zamyslet nad tím, co jste prožíval/a, když jste se znovu vrátil/a do rutinního života?

Doplňující otázky k tomuto okruhu (co by mělo zaznít):

- 1) Vnímali/a jste nějaké změny Vašeho zdravotního stavu?
- 2) Změnila se nějak Vaše léčba v tomto období? Pokud ano, jak?

Závěr: Chtěl/a byste ještě něco doplnit k tématu rozhovoru?

Příloha č. 4: Ukázka rozhovoru s respondentem (Ester)

Mohla byste mi povyprávět, kdy jste poprvé zjistila, že touto poruchou trpíte a kdy Vám byla OCD reálně diagnostikována? Třeba formou příběhu od samého začátku, kdy jste si všimla prvních projevů. Takže první projevy...co jsem si podle mě začala všimnat...nebo jako nevím...já jsem měla strašně dlouho cestu k tomu, než mi došlo, že to je OCD, ale jakoby zpětně ty začátky byly nějak v dětství. Mám úzkostnější rodiče...se to tak jako asi podporovalo, že v podstatě, když třeba jsem spadla někde v poli, tak všichni a co když se ti tam dostali nějaké chemikálie? Já jsem potom pořád chodila a chtěla nějaké ujištění. V té době jsem to nějak nevnímala až zpětně potom... Nicméně, vážnější to začalo být, asi když jsem začala chodit na vysokou školu... Potom vlastně mi nějak došlo, že by to tohle mohlo být. Když jsem četla nějakou myslím knížku, ve které byly podobné příznaky, jako mám já. Díky, tomu jsem si uvědomila, že by nebylo úplně špatné si s tím někde zajít. Takže diagnostikováno mi to bylo, myslím si...že více než rok před covidem. 2018... Jo, myslím, že to bylo nějak na začátku zimního semestru. **Chci se zeptat na ty příznaky, které jste popisovala. Řekla byste mi o nich něco víc?** Jo, tak to dětství to byly takové jenom strachy. Jestli mi nebude z něčeho špatně, jestli nebudu nějakým způsobem nemocná, jestli se nějak něco nemůže stát. A potom jsem měla vždycky takové... že jsem třeba něco řekla a měla jsem z toho takové myšlenky, že potom ten člověk se semnou přestane bavit, přestane mě mít rád... A potom jsem měla jako takovou potřebu tohle diskutovat s mojí mamkou... že jsem prostě něco takové řekla, já jsem to vždycky psala prostě přes takové vzkazy, jako že jsem to řekla, ať to prostě jako ví....a potom jsem za ní prostě chodila a ptala se: Máš mě pořád ráda? Ujištění takové, jakoby... Potom teda musím říct, že si to nějak uklidnilo a neuvědomuju si, že bych to řešila... A pak jsem se hlásila na VŠ, tak začaly takové jako nějaké obavy... prostě ve smyslu toho, že když třeba...já nevím, jsme někde byli na akci, trošku se tam prostě pilo, tak to bylo takové a co, když jsem udělala něco... jako... co se mohlo stát... A všichni říkali, že se nic nestalo... ale už v té hlavě to bylo... A s tím se potom začaly pojít nějaké strachy...zase prostě z nějakých nemocí....A hlavně z toho, že bych třeba já mohla někoho nakazit...a pak by to byla moje vina... No tak tohle je tak nějak to, co mám doteď... S tím se asi nejvíc jako peru...**A jak probíhala léčba? Měnila se v průběhu nějak?** Jo, no, já jsem šla první k psychiatrovi, protože jsem měla nějaké povědomí, jako co s tím můžu dělat. A nechtěla jsem jít úplně cestou před obvodního lékaře, protože tomu mému úplně nedůvěřuju. A jako není to úplně člověk, kterého bych se s tímhle chtěla svěřit. Takže jsem to jako zkusila

touto cestou... protože jsem věděla, že kdybych hledala nějakou terapii, tak jako je to na dlouho, než mě někdo vezme... Protože se mi to ještě dostalo do takových horších stavů a věděla jsem, že je toho jako dost, a že potřebuju něco, co mi trošku pomůže. Psychiatr mi napsal prášky antidepressiva a stále je beru. Akorát mi měnili dávkování, že jsem prostě začínala na nějaké půlce, myslím... to nezabíralo, tak jsme zvýšili na 1, a teď jsem na 1,5 a potom jsme se vraceli, a to nebylo dobré, takže jsem stále na 1,5. A jako....No a určitě plánuju terapii i do budoucna... Já se chci totiž prášků postupně zbavit.... To je mým cílem prostě. **Přejít na tu terapii, spíš?** Jo, i s ohledem, jakoby na to, že třeba jednou prostě plánuju děti, a že není úplně nejlepší brát prášky prostě... nebo jako já chápu, že jsou lidi, kteří to prostě potřebují, ale já bych do té doby chtěla mít zpracované...A mě jako ty léky zabírají, takže já jsem teď tak jako v pohodě, nebo ne v pohodě, jako samozřejmě jako něco se pořád děje, ale je to lepší s těma lékama...vidím to jako posun. **Vy jste vlastně i říkala, že byly určité horší stavy. Bylo tedy něco, co to OCD zhoršovalo?** Jo, alkohol... Ne, fakt jako určitě, po každé akci, kdy se pilo. A potom vlastně jak se to jako zhoršovalo, tak i když jsem si dala jedno pivo, tak jsem začala mít tyhle myšlenky... takže alkohol určitě i do teď.... a určitě nějak můj menstruační cyklus to zhoršuje.... ten týden před a ten týden po byl řekla úplně nejhorší... Než jsem přišla k tomu psychiatrovi, tak jsem si vždycky říkala: A teď zase dva týdny to musím prostě přetrpět a pak to bude lepší...