

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

FENOMÉN EXKORIAČNÍ PORUCHY
THE PHENOMENON OF EXCORIATION DISORDER



Magisterská diplomová práce

Autor: **Adéla Dudová**

Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

Olomouc

2024

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce Mgr. Martinovi Kupkovi, Ph.D. za trpělivé vedení, cenné rady a podporu při psaní této práce. Byl tu pro mě vždy, když jsem ho potřebovala a jsem ráda, že právě on byl s to vést mou diplomovou práci.

Velký dík patří též všem participantům mého výzkumu, kteří byli ochotní absolvovat poměrně dlouhé a náročné rozhovory o velmi osobních tématech. Věřím, že pro ně nebylo vůbec jednoduché o tak intimním tématu mluvit s naprosto cizím člověkem. Všem proto mnohokrát děkuji za jejich důvěru a odvahu.

V neposlední řadě chci poděkovat své rodině, která mě při mém studiu vždy podporovala a také kamarádům, kteří mi byli velkou oporou nejen při psaní této práce a kteří příznivě ovlivňovali mé duševní zdraví svým humorem v průběhu celého mého vysokoškolského studia.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Fenomén exkoriační poruchy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	7
1	Repetitivní poruchy chování zaměřené na tělo	8
1.1	Diagnostická klasifikace.....	8
1.1.1	MKN-10	9
1.1.2	MKN-11	10
1.1.3	DSM-5	13
1.2	Prevalence.....	14
1.3	Etiologie	15
1.4	Terapie.....	17
1.4.1	Psychoterapie	18
1.4.2	Farmakoterapie	18
2	Exkoriační porucha	21
2.1	Terminologie.....	22
2.2	Diagnostická klasifikace.....	23
2.2.1	MKN-10	23
2.2.2	MKN-11	24
2.2.3	DSM-5	25
2.3	Diferenciální diagnostika	26
2.4	Prevalence.....	28
2.5	Etiologie	28
2.6	Komorbidita.....	30
2.7	Terapie.....	31
2.7.1	Psychoterapie	32
2.7.2	Farmakoterapie	34
	VÝZKUMNÁ ČÁST	36
3	Výzkumný problém	37
3.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	38
4	Metodologický rámec	40
4.1	Charakteristika výzkumného souboru a metody výběru	41
4.2	Průběh výzkumu	41
4.3	Etické hledisko výzkumu	42
4.4	Metoda sběru dat.....	43

5	Analýza a interpretace dat	46
5.1	Popisy jednotlivých případů.....	46
5.1.1	Kristýna.....	46
5.1.2	Karolína.....	52
5.1.3	Lenka.....	56
5.1.4	Štěpánka.....	61
5.1.5	Vilém.....	65
5.1.6	Alžběta.....	68
5.2	Odpovědi na výzkumné otázky.....	73
6	Diskuze	78
7	Závěr	86
8	Souhrn	89
	LITERATURA	93
	PŘÍLOHY	107

ÚVOD

Ač to při volbě tématu magisterské diplomové práce pro mě nebylo první volbou, nakonec jsem došla jsem závěru, že právě věnování se tématu exkoriační poruchy mě bude dostatečně naplňovat a obohacovat, jelikož se sama posledních deset let s touto poruchou potýkám a domnívám se, že ohledně tohoto tématu existuje ve společnosti velká informační propast. Uvědomuji si, že ne vždy může být vhodné psát diplomovou práci o něčem, co se nás osobně velmi dotýká, nicméně právě v tomto případě v tom spatřuji velkou výhodu. Pro mé respondenty bylo totiž mnohem jednodušší svěřit se o svých problémech člověku, který je chápe a naprosto rozumí tomu, co popisují. Z vlastní zkušenosti vím, jak náročné je najít za svůj život vůbec někoho, kdo naše prožívání dokáže alespoň z části pochopit. Velmi dobře si uvědomuji, jak se dotyčný člověk cítí, když mu jeho okolí v dobré víře neustále radí slovy: „*Tak už s tím prostě přestaň!*“.

Téma exkoriační poruchy je v české literatuře značně opomíjené a nezpracované. Víím, že je poněkud naivní myslet si, že diplomová práce může být doopravdy užitečná pro jejího potenciálního čtenáře, ba možná je dokonce naivní samo o sobě myslet si, že nějaké čtenáře vůbec bude mít. Na druhou stranu, když jsem v prvopočátcích mé práce „rozhazovala sítě“ a zjišťovala, kolik lidí by bylo ochotných se do mého výzkumu zapojit, zjistila jsem, že lidé s touto poruchou nejenže jsou velmi ochotní na výzkumu participovat, ale jsou také zvědaví si výslednou práci přečíst, aby se dozvěděli cokoli, co by jim mohlo být ku pomoci při zvládnání jejich posedlosti kůží. Tato okamžitá zpětná vazba v počátku rozhodování se o tématu mé diplomové práce pro mě byla jasným znamením, že věnovat se exkoriační poruše je cesta, která mi dává smysl.

Rozhodla jsem se tak prostudovat dostupnou literaturu o tomto fenoménu a vytvořit teoretický podklad, na jehož základě jsem poté zkonstruovala vhodný výzkumný design mé práce. V její teoretické části tedy čtenář nalezne informace o repetitivních poruchách chování zaměřených na tělo, do kterých kromě exkoriační poruchy spadá mimo jiné také trichotilománie – její o něco známější sestra. Ve druhé části teoretické práce se čtenář dozví, co je exkoriační porucha, jaké má diagnostické zařazení, jaká je její diferenciální diagnostika, etiologie, prevalence, komorbidita a možná terapie.

Po důkladné rešerši dostupné literatury a uvážení všech možností jsem se rozhodla pro kvalitativní charakter výzkumu, konkrétně interpretativní fenomenologickou analýzu.

Hlavní výzkumnou metodou byly hloubkové polostrukturované rozhovory se šesti respondenty, kteří se s exkoriační poruchou potýkají. Mým cílem bylo porozumět tomu, jak o své poruše uvažují, jak se u nich projevuje, kdy a jakým způsobem tuto poruchu u sebe začali rozpoznávat a co jim nejvíce pomáhá nebo naopak nepomáhá ji zvládat. Chtěla jsem znát jejich zkušenosti s vyhledáním odborné pomoci a v neposlední řadě jsem se chtěla dozvědět, jak moji respondenti prožívají něžný dotyk a zda, popřípadě jak zasahuje exkoriační porucha do jejich intimního života.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Repetitivní poruchy chování zaměřené na tělo

Diagnostická kategorie Repetitivních poruch chování zaměřených na tělo vychází z 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jako MKN-11). V originálním anglickém znění je nalézáme pod názvem Body-focused repetitive behavior disorders, známé pod zkratkou BFRB (popřípadě BFRBD, BFRBs aj.), kterou pro ně v této práci budeme také užívat. Jsou charakterizovány ritualizovaným chováním zaměřeným na tělo, zahrnující nutkavé poškozování fyzického vzezření a/nebo způsobování si fyzických zranění. Kromě exkoriační poruchy se mezi ně řadí např. také trichotilománie, kousání nehtů, rtů nebo tváří (Solley & Turner, 2018). Vyznačují se jak nutkavým, tak návykovým charakterem (Snorrason et al., 2018).

Přestože se BFRB poruchy týkají různých částí těla, předpokládá se, že mají společné funkční podobnosti a mohou představovat různé behaviorální projevy latentní obsedantně kompulzivní poruchy (dále jako OCD), která je s nimi příbuzná. BFRB mají totiž podobné příznaky, fenomenologii, věk nástupu i průběh, vyskytují se ve vysoké míře společně (Bohne et al., 2005; Snorrason et al., 2012) a reagují na podobný typ léčby (McGuire et al., 2014; Selles et al., 2016; Woods & Houghton, 2015).

Příležitostné behaviorální projevy BFRB jsou relativně běžné a neškodné (Hansen et al., 1990), nicméně v závažnější formě mohou vést k tělesným a psychosociálním následkům jako je krvácení, jizvy, stud nebo deprese (McGuire et al., 2014; Tucker et al., 2011; Woods et al., 2006). I přes tyto negativní důsledky mají jedinci s BFRB poruchami potíže s kontrolou nebo inhibicí onoho chování (American Psychiatric Association, 2013).

1.1 Diagnostická klasifikace

Tato kapitola je věnována diagnostickému zařazení BFRB poruch v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (dále jako MKN-10), 11. revize a Diagnostického a statistického manuálu 5. revize (dále jako DSM-5). Přestože se BFRB poruchám budeme věnovat poněkud obecněji a povrchněji, umožní nám to pohlédnout na

exkoriační poruchu z širšího a komplexnějšího hlediska. V první řadě se krátce zaměříme na historii zařazení BFRB v diagnostických manuálech.

Jak uvádí Grant & Stein (2014), jako první se objevila trichotilománie v MKN-9 (1975) pod kódem Jiné poruchy kontroly impulzů. V MKN-10 (1990) už byla trichotilománie uvedena jako specifická a samostatná porucha. Na poli americké diagnostiky byla trichotilománie zařazena až do DSM-III-R (1987) jako porucha kontroly impulzů, kde zůstala až do vydání DSM-5 (2013), v níž se přesunula do kapitoly Obsessive-Compulsive and Related Disorders (Grant & Stein, 2014). Oproti tomu exkoriační porucha byla uvedena jako specifická porucha až v DSM-5 a nyní byla jako samostatná porucha přidána také do MKN-11, čemuž je dále věnován samostatný oddíl této práce. Již dle stručné historie obou poruch v diagnostických manuálech si může čtenář udělat představu o tom, proč je exkoriační porucha oproti trichotilománii stále tak málo známou, i přestože jejich výskyt je v populaci takřka totožný.

BFRB poruchy se v současnosti do velké míry odlišují svým vymezením v MKN-10, MKN-11 a DSM-5. V následujících podkapitolách si uvedeme jejich odlišné diagnostické zařazení u každého ze zmíněných diagnostických manuálů.

1.1.1 MKN-10

10. revize MKN BFRB poruchám nevěnuje takřka žádnou pozornost. V kapitole Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69) bychom našli skupinu Návykových a impulzivních poruch (F63), do které spadá kromě Patologického hráčství, Patologického zakládání požárů (pyromanie), Patologického kradení (kleptomanie), Návykových a impulzivních poruch nespécifikovaných také Trichotillomanie (F63.3) a Jiné nutkavé a impulzivní poruchy (F63.8) (Palčová, 2006).

Trichotillomanie (F63.3), jakožto jediná explicitně uvedená BFRB porucha v MKN-10, je zde charakterizována „*patrnou ztrátou vlasů, která je způsobena opakovaným selháním snahy odolat impulzům k vytrhávání si vlasů. Vytrhávání vlasů obvykle předchází stoupající napětí a je následováno pocitem uvolnění. Tato diagnóza by neměla být použita tam, kde je nějaký již dříve se vyskytující zánět nebo jestliže je vytrhávání vlasů odpovědí na blud nebo halucinaci*“ (Palčová, 2006). Nedostatky tohoto diagnostického popisu jsou evidentní. Jedinec s trichotilománií nemusí být postižen na první pohled evidentní ztrátou vlasů a celkově je uvedený diagnostický popis velmi chudý a nedostatečný (Grant & Stein, 2014).

Grant & Stein (2014) uvádějí, že termín trichotilománie se po vydání MKN-10, kde vůbec poprvé došlo k vydělení této poruchy jako samostatné diagnózy, setkal s vlnou kritiky ze strany jedinců s touto poruchou vzhledem k tomu, že zahrnutí termínu „mánie“ poruchu nesprávně charakterizuje a stigmatizuje tyto osoby. Přípona „mánie“ naznačuje vztah k bipolární afektivní poruše, který ale ze studií rozhodně nevyplývá. Některé publikace navrhuji alternativní termíny jako „traction alopecia“, „hair-pulling disorder“ nebo „trichotillia“. DSM-5 vytvořila jistý kompromis tím, že v závorce u této poruchy uvádí alternativní název Hair-pulling disorder. V odborné literatuře tedy nepanuje obecná shoda o tom, jak co možná nejpřesněji tuto poruchu pojmenovat.

Ostatní BFRB poruchy jsou implicitně obsaženy v diagnóze Jiné nutkavé a impulzivní poruchy (F63.8), které MKN-10 popisuje jako *„jiné druhy trvale opakovaného maladaptivního chování, které nejsou sekundární k rozpoznatelnému psychiatrickému syndromu a kde se zdá, že osoba opakovaně selhává ve snaze odolat impulzům se takto chovat a je tu prodromální období napětí s pocitem uvolnění v době činu“* (Palčová, 2006). MKN-10 zde uvádí jako příklad pouze Intermittentní explozivní poruchu chování, zbylým BFRB poruchám zde tedy není věnována žádná pozornost.

Zařazení BFRB poruch do kategorie Návykové a impulzivní poruchy (F63) je kontroverzní. MKN-10 o této skupině poruch udává, že jsou *„charakterizované opakovanými činy, které nemají žádnou jasnou racionální motivaci a obvykle škodí vlastním zájmům nositelů i zájmům jiných lidí“* (Palčová, 2006). Dále této skupině poruch MKN-10 přisuzuje impulzy k činnosti, které nelze kontrolovat a také tvrdí, že příčiny těchto poruch jsou nám neznámé. Zároveň se však v textu můžeme dočíst, že tyto poruchy *„řadíme dohromady vzhledem k popisným podobnostem, není však známo, že mají jiné důležité společné rysy“* (Palčová, 2006).

1.1.2 MKN-11

Přestože aktuálně je v České republice stále platná 10. revize MKN, v současné době (rok 2024) se nacházíme v přechodném období mezi 10. a 11. revizí MKN. Vzhledem k tomu, že je již k dispozici česká verze 11. revize MKN, která by v horizontu tří let měla vejít v platnost, je namístě zde detailněji rozvést klasifikaci a popis jednotlivých BFRB diagnóz právě podle MKN-11.

V 11. revizi MKN (ÚZIS ČR, 2024) spadají BFRB poruchy do kategorie Obsedantně-kompulzivních nebo příbuzných poruch, kam se řadí kromě Repetitivních

poruch chování zaměřených na tělo (6B25) také Obsedantně-kompulzivní porucha, Tělesná dysmorfická porucha, Čichová vztahovačná porucha, Hypochondrická porucha, Porucha hromadění a Obsedantně-kompulzivní nebo příbuzné poruchy vyvolané látkou. BFRB kategorii MKN-11 charakterizuje jako opakované a naučené chování zaměřené na pokožku či její deriváty, které je doprovázeno neúspěšnými pokusy o redukci nebo úplnou eliminaci takového chování, mající za následek dermatologické problémy (např. vypadávání vlasů, kožní léze, oděrky rtů). Chování může být omezeno na krátké epizody během dne či na méně častá, ale trvalejší období. Symptomy BFRB poruchy mají za následek výrazný distres a/nebo významné zhoršení v osobní, rodinné, sociální, vzdělávací, profesní nebo jiné významné oblasti fungování (ÚZIS ČR, 2024).

Trichotilománie (6B25.0)

MKN-11 uvádí, že diagnóza Trichotilománie (nutkavé vytrhávání vlasů) je charakterizována opakovaným vytrháváním vlasů a chlupů, které vede k jejich výrazné ztrátě a je doprovázeno neúspěšnými pokusy o omezení či zastavení takového chování. Dotyčná osoba se může takto zaměřit na jakoukoli tělesnou oblast, kde vlasy nebo chlupy rostou, nejčastěji se však jedná o pokožku hlavy, obočí a oční víčka. Trhání se může vyskytovat buď v krátkých epizodách rozptýlených během dne, anebo v méně častých, ale trvalejších obdobích. Symptomy vedou k výraznému distresu nebo výraznému zhoršení osobní, rodinné, sociální, vzdělávací, profesní nebo jiné významné oblasti fungování (World Health Organisation, 2022).

Epidemiologické studie trichotilománie nejsou ve velkém měřítku reprezentativní, nicméně dle menších studií zkoumajících prevalenci této poruchy mezi vysokoškolskými studenty ve Spojených státech a mezi dospívajícími i staršími dospělými v Izraeli zjistily míru výskytu 0,5 až 2,0 % (Christenson et al., 1991; Duke et al., 2009). S trichotilománií se často pojí také psychosociální dysfunkce, nízké sebevědomí a sociální úzkost, a to především kvůli neschopnosti s trháním přestat a následné alopecii (Diefenbach et al., 2005).

Zatímco dle Duke et al. (2010) se trichotilománie mnohem častěji vyskytuje u žen, MKN-11 uvádí, že prevalence je u obou pohlaví srovnatelná, nicméně ženy a dospívající dívky bývají diagnostikovány častěji (World Health Organisation, 2022). Trichotilománie obvykle začíná v mladém věku, mezi 10. a 13. rokem života (Christenson, 1999; Lewin et al., 2008). Nejčastěji vytrhávaným místem bývá pokožka hlavy (72,8 %) nebo obočí

(56,4 %) (Cohen et al., 1995). Trhání může podnítit jak smyslový spouštěč (délka nebo umístění vlasů, fyzické pocity na pokožce), tak emoční (úzkost, nuda, napětí, vztek) či kognitivní (myšlenky na vlasy a vzhled, rigidní myšlení, kognitivní omyly) (Christenson, 1999).

Trichotilománie se dle MKN-11 často projevuje také rituály spojenými s vlasy, jakými může být vizuální nebo taktilní zkoumání vlasů či orální manipulace s vlasy po jejich vytržení. U jedinců, kteří vytrhané vlasy navíc i polykají (trichofagie) se mohou vyskytnout závažné, až život ohrožující gastrointestinální komplikace v závislosti na objemu zkonsumovaných vlasů (World Health Organisation, 2022). Přestože trichotilománie zásadně narušuje kvalitu života, většina osob (asi 65 %) jí trpících nikdy nevyhledá léčbu (Grant & Stein, 2014).

Exkoriační porucha (6B25.1)

Do kategorie BFRB poruch se řadí také exkoriační porucha, ale vzhledem k detailnějším informacím obsažených v následující kapitole této diplomové práce se jí na tomto místě nevěnujeme.

Repetitivní poruchy chování zaměřené na tělo, jiné určené (6B25.Y)

Pod tímto kódem MKN-11 rozumí následující poruchy:

- Porucha sebepoškozování vlasů (poškození vlasů v důsledku nutkání poškodit si vlasy taháním, kroucením, stříháním atd.),
- Trichoteirománie (poškození a ztrátu vlasů způsobená nutkavým škrábáním ve vlasové části hlavy),
- Trichotemnómánie (alopecie způsobená obsedantně-kompulzivním návykem stříhat si nebo si holit vlasy či chlupy na ostatních částech těla),
- Repetitivní škrábání (kompulzivní škrábání),
- Repetitivní pokousání (kompulzivní pokousání),
- Kousání tváří (Morsicatio buccarum, přikusování tváře nebo rtů),
- Okousávání kloubů,
- Kousání nehtů (onychofagie),
- Onychotilománie (trhání, strhávání, kousání nebo žvýkání nehtů) (ÚZIS ČR, 2024).

Repetitivní poruchy chování zaměřené na tělo, neurčené (6B25.Z)

Tato diagnostická kategorie slouží pro takové projevy chování, které odpovídají popisu BFRB poruch, ale zároveň není možné je zařadit jinde. Ačkoli existuje celá řada více či méně prozkoumaných BFRB poruch v populaci, člověk je vždy individuální tvor a diagnostické manuály obvykle nejsou schopny postihnout naprosto všechny odchylky od normy. Z toho důvodu najdeme u většiny diagnostických klastrů kategorii „jiné“ či „neurčené“.

11. revize MKN tedy podle všeho vnese nejen do českého zdravotnictví diametrálně odlišný přístup k BFRB poruchám, jelikož přichází především s jejich odlišným – a pravděpodobně také přesnějším – kategorickým zařazením, nabízí mnohonásobně širší možnosti diagnostiky BFRB poruch a také rozšiřuje a upřesňuje jejich diagnostická vodítka.

1.1.3 DSM-5

Ačkoli jsou BFRB poruchy v DSM-5 charakterizovány jako poruchy související s OCD vzhledem ke sdíleným fenomenologickým, genetickým a neurobiologickým rysům, byly BFRB poruchy v DSM historicky řazeny mezi poruchy kontroly impulzů, podobně jako je tomu v MKN-10 (Greenberg & Geller, 2023). Nutno podotknout, že i takové diagnostické zařazení je do jisté míry smysluplné. BFRB poruchy se nacházejí na neurobiologickém rozhraní mezi chtěním, libostí a potřebou (Snorrason et al., 2018) a pohybují se na hranici dobrovolnosti a nedobrovolnosti behaviorálních projevů s nimi spojených (Greenberg & Geller, 2023).

V 5. revizi DSM duševních poruch bychom našli BFRB poruchy ve skupině Obsedantně-kompulzivních a souvisejících poruch (Obsessive-Compulsive and Related Disorders, dále jako OCRD). Pod OCRD zahrnuje DSM-5 Obsedantně-kompulzivní poruchu, Dymorfobii, Shromažďovací poruchu, Trichotilománii, Exkoriaci, Obsedantně-kompulzivní poruchy vyvolané látkami/léky a související poruchy, Obsedantně-kompulzivní a související poruchy způsobené jiným somatickým onemocněním, Jiné specifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy a Nespecifikované obsedantně-kompulzivní a související poruchy (např. stereotypně opakované jednání zaměřené na tělo, obsesivní žárlivost) (Raboch et al., 2015).

V DSM-5 autoři uvádějí, že „*zahrnutí kapitoly obsedantně-kompulzivní a související poruchy v DSM-5 poukazuje na zvyšující se počet důkazů o vzájemných*

vztazích těchto poruch, pokud se jedná o rozsah diagnostických validizátorů, jakož i o klinický účinek ze zahrnutí těchto poruch do stejné kapitoly. Lékaři jsou vyzváni ke kontrole těchto stavů u jedinců, kteří se vyznačují jednou z nich, a také k obezřetnosti v případech, že se některé příznaky překrývají. Také existují významné rozdíly v diagnostických ukazatelích a přístupech k léčení napříč těmito poruchami. Kromě toho jsou známy vztahy mezi úzkostnými poruchami a některými obsedantně-kompulzivními a souvisejícími poruchami (např. OCD), což se projevuje v posloupnosti kapitol DSM-5, kde obsedantně-kompulzivní a související poruchy následují za úzkostnými poruchami“ (Raboch et al., 2015).

Pokud se zaměříme na popis konkrétních poruch v této kategorii DSM-5, dočteme se, že Trichotilománie, jinak také Porucha vytrhávání vlasů, se „*vyznačuje opakujícím se vytrháváním vlasů, ústícím v jejich ztrátu a opakované pokusy zmírnit či zastavit vytrhávání.*“ Obdobně pak Exkoriace, jinak také Porucha narušování kůže, je „*charakterizovaná opakujícím se narušováním kůže vedoucím ke kožním lézím a opakovanými pokusy o zmírnění či zastavení narušování kůže*“ (Raboch et al., 2015).

V DSM-5 se dále dočteme, že stereotypně se opakující chování zaměřené na tělo, které tyto dvě poruchy charakterizuje, není vyvoláno obsesí ani zaujetím. Může být však přecházeno či doprovázeno různými emocionálními stavy, jako např. úzkostí či nudou. Předcházet mu může také zvýšený pocit napětí a může vést k pocitu uspokojení či uvolnění, jakmile je kůže narušena nebo vlasy vytrhnuty. Autoři také zmiňují, že někteří jedinci s těmito poruchami prožívají toto chování s plným vědomím – s předcházejícím napětím a následnou úlevou – a někteří jej vykonávají spíše automaticky bez plného uvědomění (Raboch et al., 2015).

1.2 Prevalence

BFRB se vyskytují převážně v subklinické formě¹, a to až v 60 % (Houghton et al., 2018b). Pokud je ale takové chování časté navzdory opakovaným pokusům s ním přestat, vede k fyzickému následkům a klinicky významnému distresu, můžeme již mluvit o BFRB poruše, někdy nazývané také jako patologickém BFRB. Předpokládá se, že BFRB poruchy postihují 1,5 až 4 % celkové populace (Greenberg & Geller, 2023).

¹ Subklinickou formou BFRB se myslí takové chování, které vykazuje známky podobné BFRB poruše, nicméně nesplňuje všechna její diagnostická kritéria.

Výše zmíněná studie Houghton et al. (2018b) se věnovala prevalenci BFRB poruch na vzorku 4435 jedinců z dospělé neklinické populace. Výsledky ukázaly, že 59,6 % respondentů vykazovalo známky subklinické formy BFRB a 12,3 % splňovalo kritéria pro přítomnost nějaké BFRB poruchy. Pouze 22,9 % respondentů uvedlo nulový výskyt BFRB projevů. Většina jedinců, která reportovala nějakou formu BFRB chování, byly ženy (69,3 %). Nejčastěji udávaným subklinickým BFRB bylo kousání tváří. Výsledky této studie ukázaly, že BFRB jsou nejen časté, ale také chronické – většina respondentů reportujících o BFRB uvedla, že u nich symptomy přetrvávají déle než jeden rok (Houghton et al., 2018b).

Studie Solley & Turner (2018) zjišťovala prevalenci BFRB poruch, klinické koreláty a zhoršení kvality života (*Quality of Life*, dále jako QoL) spojenou s BFRB u 1378 účastníků z dospělé neklinické populace. 318 (23 %) z nich uvedlo pravděpodobnou přítomnost nějaké formy BFRB poruchy (6 % kousání nehtů, 6 % kousání rtů nebo tváří, 14 % exkoriační poruchu a 2 % trichotilománii). Jedinci s jakoukoli formou BFRB uváděli ve srovnání s jedinci bez BFRB vyšší míru výskytu úzkosti, deprese, OCD, tělesné dysmorfické poruchy (Body Dysmorphic Disorder, dále jako BDD) a strachu z negativního hodnocení. Kvalita života byla u osob s pravděpodobnými BFRB snížena v doménách QoL, které se dotýkaly psychické a sociální pohody. Ačkoli jedinci s pravděpodobnou exkoriační poruchou uváděli vyšší míru obav o svůj tělesný obraz oproti jedincům s jinými formami BFRB, autoři studie zvažovali, že vzhledem k jen malému rozdílu mezi formami BFRB se může jednat o různé projevy jednoho skrytého faktoru. Pravděpodobná exkoriační porucha také souvisela s vyšší mírou výskytu OCD a úzkosti. Mezi skupinami s různými formami BFRB však nebyly zjištěny žádné významné rozdíly v oblastech QoL (Solley & Turner, 2018).

1.3 Etiologie

Mansueto et al. (1999) navrhli komplexní behaviorální model BFRB, který udává, že symptomy BFRB u daného jedince mohou být udržovány kognitivně, afektivně a sensoricky – může tak jít o faktické odstranění chloupku nebo jiné nedokonalosti na kůži, ale také o vyrovnávání se se stresem a/nebo zajištění taktilní stimulace. Model těchto autorů byl podpořen výzkumem regulace emocí u jedinců s BFRB. Emoční regulace je psychický proces, při němž se daná osoba věnuje svým vnitřním afektivním stavům a jistým způsobem na ně reaguje (Diefenbach et al., 2008). Předpokládá se, že

maladaptivní regulace emocí s sebou nese také problémy s identifikací, zvládnáním a/nebo regulací emočního prožívání (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 1998).

Studie tedy naznačují, že BFRB poruchy jsou spojeny s maladaptivní emoční regulací (Roberts et al., 2013). Výzkum Roberts et al. (2013) ukazuje, že averzivní afekt má tendenci vyvolávat chování spojené s BFRB a takové chování dočasně utlumí ono vnitřní averzivní prožívání (např. úzkost, napětí, stres). Studie Alexander et al. (2018) se zaměřovala na emoční regulaci u jedinců s BFRB a zjistila, že zatímco lidé se subklinickými BFRB nevykazují deficity v regulaci emocí, lidé s BFRB poruchami vykazovali maladaptivní emoční hyperaktivitu a vyhýbání se emočním prožitkům. U osob s BFRB poruchami zjistili také inhibici emoční odpovědi na distres (Alexander et al., 2018).

Spíše než jako odpuzující nebo bolestivé jsou příznaky jedinci s BFRB poruchami vnímány jako příjemné (Snorrason et al., 2015), což implicitně posiluje chování spojené s BFRB. Dle studií (Miltenberger et al., 1998; Rapp et al., 1999; Williams et al., 2007) je chování skutečně posilováno prostřednictvím sebestimulace. Jiné studie zase zjistily, že konkrétně v případě trichotilománie a exkoriační poruchy jde především o odstranění nepříjemných pocitů (např. svědění a napětí) a poskytnutí automatického smyslového posílení prostřednictvím příjemných pocitů (Snorrason et al., 2015; Diefenbach et al., 2002; Meunier et al., 2009; Snorrason et al., 2010).

Penzel (2002) přišel s modelem, dle kterého se jedinci s BFRB pouštějí do nutkavého chování se snahou rozptýlit se, když jsou nadměrně stimulováni, a probrat se, když jsou naopak stimulováni nedostatečně. Penzel (2002) dále tvrdí, že právě vlasy, kůže, zuby, nehty nebo dásně slouží tomuto účelu velmi dobře jednak proto, že jsou „snadno dostupné“, ale také proto, že obsahují velké množství nervových zakončení a lze je díky tomu snadno stimulovat. Dle modelu stimulační regulace mají jedinci s BFRB poruchami defektní nervové mechanismy, které nejsou schopny vyrovnávat vnitřní stimulaci a dosáhnout homeostázy (Penzel, 2002). BFRB jsou pak chápány jako snaha o behaviorální regulaci nevyvážených vnitřních stavů, které vznikají v důsledku těchto deficientních nervových mechanismů.

Výzkumy také ukazují nejen na vyšší pravděpodobnost výskytu BFRB poruch u jedinců, kteří již nějaké BFRB poruchy vykazují, ale také na vliv genetických a rodinných faktorů (Bienvenu et al., 2009; Snorrason, I. et al., 2012). Dle studie (Zohar

& Ben-Arush, 2012) měli jedinci s exkoriační poruchou významně častěji alespoň jednoho příbuzného prvního stupně se stejnou poruchou nebo kompulzivním kousáním nehtů ve srovnání s osobami s OCD. Monzani et al. (2012) se zabývali prevalencí a dědičností exkoriační poruchy u dvojčat a zjistili, že klinicky významná patologická exkoriace se vyskytla u 1,2 % dvojčat. Významně vyšší míra shody u jednovaječných dvojčat oproti dvouvaječným ukazuje na silný genetický faktor rozvoje BFRB (Grant et al., 2012b). Přesto však není zcela jasné, do jaké míry zde hraje roli samotná genetika, epigenetika a naučené chování z rodinného prostředí.

BFRB poruchy mohou na první pohled imponovat velmi blízce nesebevražednému sebepoškození. BFRB poruchy a závažnější formy sebepoškození mají opravdu společné některé charakteristiky jako je negativní afekt, obsedantně-kompulzivní charakter a zvýšenou somatizaci (Croyle & Waltz, 2007, Stanley et al., 2001), a mnoho jedinců, kteří vykazují závažné formy sebepoškození (např. řezání se) uvádějí také mírnější formy např. poškozování kůže, charakteristické pro exkoriační poruchu. BFRB však obvykle nejsou prováděny za účelem úmyslného způsobování si bolesti, jako je tomu právě v případě nesebevražedného sebepoškození (American Psychiatric Association, 2013). To může být důležitým vodítkem, jak tyto dvě diagnostické kategorie rozlišit.

1.4 Terapie

BFRB poruchy bývají mylně chápány, jsou poddiagnostikovány a nedostatečně léčeny. Měli bychom tak věnovat větší pozornost lepšímu porozumění těmto poruch a jejich léčbě. Projevy BFRB poruch bývají negativně vnímány jedincovými vrstevníky (Boudjouk et al., 2000; Houghton et al., 2016; Ricketts et al., 2012) a často je na ně pohlíženo jako na nehygienické projevy úzkosti (Ekman & Friesen, 1972; Waxer, 1977). Ze studií také vyplývá, že jedinci s BFRB poruchami se cítí vrstevníky nepochopeni a často pociťují stud, což má za následek jejich přehnané úsilí příznaky poruchy skýt (Weingarden & Renshaw, 2015).

Jedinci s BFRB poruchami se často zdráhají vyhledat pomoc, ale pokud tak přeci jen učiní, mnohdy se setkají s odborníkem, který má o jejich stavu nedostatečné nebo dokonce nulové znalosti a často jim doporučuje neověřenou a neúčinnou léčbu (Franklin et al., 2008; Tucker et al., 2011; Weingarden & Renshaw, 2015; Woods et al., 2006). Marcks et al. (2006) ve svém průzkumu zjistili, že lékaři a psychologové správně zodpověděli pouze 61 % otázek týkajících se obecných znalostí o trichotilománii (Marcks

et al., 2006) a jiné studie zase dospěly ke zjištění, že 90 % dermatologů a psychiatrů nebrali v úvahu žádné psychické zdroje problémů u osob s exkoriační poruchou (Jafferany et al., 2010).

Studie Houghton et al. (2018b) naznačuje, že stejně jako lze považovat občasný smutek a úzkost za součást normálního spektra afektivních příznaků, jsou také BFRB typickými návyky, které lze řadit mezi normální vzorce chování a které jen občas mají maladaptivní charakter. Připustit si pohlížení na BFRB projevy jako na součást normálního chování nám možná dovolí lépe prozkoumat rizikové faktory, které mohou mít za následek to, že někteří jedinci nejsou schopni toto chování kontrolovat, a umět díky tomu lépe pomoci těm, kteří si přejí s tím přestat (Houghton et al., 2018b).

1.4.1 Psychoterapie

Kognitivně-behaviorální terapie (dále jako KBT) má u BFRB poruch největší empirickou podporu (McGuire et al., 2014; Selles et al., 2016). Ačkoli je potenciál účinku terapie u těchto poruch vysoký (McGuire et al., 2014; Schumer et al., 2016), kompletní remise je vzácná (Woods & Houghton, 2015; Woods & Houghton, 2014) a recidivy jsou v dlouhodobém horizontu běžné (Falkenstein et al., 2015; Keuthen, Rothbaum et al., 2010; Lerner et al., 1998; Twohig & Woods, 2004; Twohig et al., 2006). KBT terapie u těchto jedinců obvykle zahrnuje nácvik ztráty škodlivých návyků, kontroly podnětů, dovednosti regulace emocí a nácvik nástrojů pro zvládání kognice, která se podílí na patologickém chování. Dále je možné pracovat na zlepšení regulace podnětů – pod tím si lze představit např. trénink mindfulness (Woods & Twohig, 2008) anebo strategií zvládání nutkání (např. nahrazení nutkání vytrhávat si vlasy za hru s plyšákem, zatínání pěstí aj.) (Falkenstein et al., 2015; Mansueto et al., 1999).

1.4.2 Farmakoterapie

Paleta možností volby psychofarmak je u BFRB poruch poměrně široká, což je však vykompenzováno jejich nejistým pozitivním účinkem. Např. pro farmakologickou léčbu trichotilománie se nabízí selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), tricyklická antidepresiva, antiepileptika, látky blokující dopamin, antioxidanty, modulátory glutamátu, atypická antidepresiva nebo antagonisté opioidů (Hoffman et al., 2021). Zejména právě v léčbě trichotilománie existují jisté důkazy o pozitivních účincích N-acetylcysteinu (NAC), modulátoru glutamátu, klomipraminu (Farhat et al., 2020)

a olanzapinu (Van Ameringen et al., 2010). Naprostá většina randomizovaných kontrolních studií na klinické populaci však byla negativní, a ty, které se ukázaly jako pozitivní, byly obvykle prováděny na malém vzorku a chyběla jejich replikace (Greenberg & Geller, 2023).

V nedávné studii Grant et al. (2023) autoři popsali nápadně pozitivní výsledky randomizované, dvojitě slepé, placebem kontrolované studie účinnosti memantinu u BFRB poruch. Studie byla prováděna na 100 dospělých jedincích s trichotilománií a/nebo poruchou exkoriace, kteří byli randomizováni v poměru 1:1 k podávání memantinu v dávce 20 mg/den anebo placebo. Skupina osob s trichotilománií užívající memantin vykázala po 4 týdnech užívání 56% snížení závažnosti na škále NIH Trichotillomania Symptom Severity Scale oproti 9% snížení v kontrolní skupině. Zároveň se neobjevily žádné závažné nežádoucí účinky užívání memantinu (Grant et al., 2023).

Greenberg & Geller (2023) však varují před přehnaným optimismem pramenícím z tohoto výzkumného závěru. Upozorňují, že do studie Grant et al. (2023) výzkumníci zahrnuli i jedince se souběžnými duševními obtížemi, jako je úzkost, deprese a OCD, a také osoby podstupující současně jinou léčbu. Za zmínku stojí i fakt, že téměř 45 % účastníků studie užívalo antidepresiva a necelých 25 % účastníků již bylo zapojeno do nějaké formy nefarmakologické léčby. Memantin se tedy nabízí jako vhodný doplněk k poměrně chudé nabídce účinných farmakologických prostředků pro jedince s BFRB, nicméně s nejvyšší pravděpodobností nebude všespásný. Toto psychofarmakum se řadí do skupiny glutamátových modulátorů, které jsou obecně bezpečné, dobře snášené a často se užívají delší dobu, např. při léčbě demence. Memantin také odpovídá předpokládané patofyziologické dysregulaci nervového okruhu, podílejícího se na BFRB poruchách. Jedná se konkrétně o frontokortikálně-striálně-thalamo-kortikální okruh, který se pravděpodobně podílí na tvorbě návyků a inhibiční kontrole, a jelikož jeho primárním excitačním neurotransmiterem je glutamát, nabízí se modulace glutamátu jako vhodný způsob léčby BFRB poruch (Greenberg & Geller, 2023).

Greenberg & Geller (2023) dále autory studie Grant et al. (2023) kritizují za sloučení jedinců s trichotilománií a exkoriační poruchou do jedné skupiny. Přestože se obě poruchy významně překrývají, existují mezi nimi také významné rozdíly, které si dle Greenberg & Geller (2023) žádají individuální zkoumání efektivity léčebných postupů. Exkoriační porucha se více překrývá s OCD a také víme, že na rozdíl od trichotilománie dobře reaguje na léčbu SSRI (Greenberg et al., 2017; Snorrason et al., 2012). Toto tvrzení

podporuje i studie Jones et al. (2018), která zaznamenala rozdílné reakce na psychofarmaka u jedinců s trichotilománií a u jedinců s exkoriační poruchou.

2 Exkoriační porucha

Ačkoli se patologické poškozování kůže v lékařské literatuře objevuje již v 19. století, až teprve v nedávné době se o něm začalo uvažovat jako o psychiatrické poruše v rámci diskuzí o 11. revizi MKN a 5. revize DSM. Erasmus Wilson poprvé použil termín „neurotická exkoriace“ v roce 1875 pro popis nadměrného mačkání a poškozování kůže u neurotických pacientů, pro něž bylo velice obtížné, ne-li nemožné, takové chování kontrolovat (Grant et al., 2012c).

Podle Hubeňáka (2016) je exkoriační porucha (známá též jako dermatilománie, acné excoriée, umělá dermatitida, psychogenní či neurotická exkoriace) charakterizována opakovaným a nutkavým mačkáním, onipováním, škrábáním, kousáním, trháním či bodáním kůže, mající za následek vznik kožních lézí. Ty jsou mnohdy doprovázeny infekcí a zjizvením. Lokalizacemi exkoriace bývá nejčastěji obličej, krk, dekolť, paže, ruce nebo nohy (Zohar & Ben-Arush, 2012; Arnold et al., 1998; Bohne et al., 2002; Çalikuşu et al., 2003; Grant et al., 2007; Keuthen et al., 2000; Neziroglu et al., 2008), přičemž exkoriace bývají prováděny jak na zdravé kůži, tak na kůži postižené exantémem kožního onemocnění (např. akné) nebo krustami po předchozím narušování (Hubeňák, 2016).

Ze studie Tucker et al. (2011), do níž bylo zahrnuto celkem 60 jedinců s exkoriační poruchou vyšlo najevo, že si tito lidé patologicky poškozovali v průměru 4,5 míst na těle. Jedinci s exkoriační poruchou obvykle uvádějí primární oblast na těle (např. obličej), na kterou se svým poškozováním kůže nejčastěji zaměřují, ale mohou si poškozovat i jiná místa např. proto, aby se nejvýrazněji exkoriovaná místa mohla mezitím zahojit (Zohar & Ben-Arush, 2012; Bohne et al., 2002). U většiny osob s exkoriační poruchou nacházíme celou řadu kožních lézí, od několika až po stovky (Neziroglu et al., 2008).

Grant et al. (2012b) tvrdí, že mnoho jedinců s exkoriační poruchou si kůži začíná poškozovat při výskytu dermatologického onemocnění, jakým může být např. akné v dospívání (Keuthen et al., 2000), nicméně exkoriace pokračuje i poté, co dermatologické onemocnění odezní. Ačkoli si většina jedinců k patologickému poškozování vybírá ta místa na těle, na která snadno dosáhne svými nehty, mnozí uvádějí, že k narušování kůže

používají nejrůznější předměty, jako např. nože, pinzety nebo špendlíky (Grant et al., 2007; Neziroglu et al., 2008).

Jedinci s exkoriační poruchou tráví značnou část dne poškozováním kůže, přičemž udávají, že mnohdy tímto chováním denně stráví i několik hodin. Z hlediska denní doby bývá pro exkoriaci rizikovější čas před spaním, jak uvádí Ricketts et al. (2017), jelikož při něm oproti zbylé denní době k exkoriaci dochází častěji, přičemž nižší sebekontrola, pocity úzkosti, uvolnění nebo nuda může v tomto kontextu přispívat ke zhoršení příznaků. Čas strávený narušováním kůže a také následky takového jednání (např. jizvy) se pak odrážejí v potížích v sociální oblasti. Spouštěče k většímu nutkání k exkoriaci bývají různorodé a značně individuální, obvykle se však jedná o jejich kombinaci. Mezi ty nejčastěji udávané patří stres, úzkost, čas strávený mimo naplánované aktivity, nuda, pocity únavy nebo zlosti (Grant et al., 2015).

Patologická exkoriace kůže může mít za následek výrazné poškození tkání a často může vést ke zdravotním komplikacím, jakými může být lokální infekce nebo sepse (Zohar & Ben-Arush, 2012; Keuthen et al., 2000; Neziroglu et al., 2008). Ačkoliv se jedinci s exkoriační poruchou často stydí na postižená místa jakkoli upozorňovat, k přesnému posouzení rozsahu a závažnosti exkoriace je někdy nutná důkladná tělesná prohlídka. Pokud je poškození kůže vážné, může být zapotřebí i lokální či perorální podání antibiotik. Je-li povaha poruchy trýznivá, je v závažnějších případech nutná transplantace kůže (Zohar & Ben-Arush, 2012; Arnold et al., 1998). Vzácně může exkoriační porucha vést až ke vzniku epidurálního abscesu a ochrnutí (Weintraub et al., 2000) nebo dokonce k ohrožení života, jak dokládá článek Kondziolka & Hudak (2008), popisující případ 55letého muže, jehož patologická exkoriace si vyžádala několik krevních transfuzí kvůli nadměrné ztrátě krve.

2.1 Terminologie

Starší a také známější název této poruchy – dermatilománie – je spojením latinského slova *dermis* (neboli *corium*) čili vrstva kůže nacházející se pod svrchní epidermis, a řeckého slova *mania*, tedy zuřivost, nadšení, posedlost nebo šílenství. Volně bychom tak dermatilománii mohli přeložit jako posedlost kůží. Toto označení se však již příliš neužívá a v novějších diagnostických manuálech ji nacházíme pod názvem Exkoriační porucha (MKN-11) nebo Exkoriace – Porucha narušování kůže (DSM-5). V lékařství je exkoriace obecně popisována jako povrchové a mechanické poškození kůže,

zasahující pouze do pokožky, ale zároveň hlubší než eroze, která poškozuje pouze svrchní vrstvu zvanou epidermis (Salavec et al., 2021). Exkoriace obecně tedy značí narušení kožního krytu, se kterým se pojí zvýšené riziko průniku infekcí. Latinské slovo excoriatio značí oděrku, která vzniká škrábáním kůže. Slovo exkoriace má základ v pojmu corium, který do češtiny překládáme jako škára, tj. prokrvená a vazivová část kůže, nacházející se pod pokožkou (*Základy anatomie, Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, n.d.*).

2.2 Diagnostická klasifikace

Abychom byli schopni exkoriační poruchu správně diferencovat, potřebujeme jednoznačná diagnostická vodítka, které nám pomohou v rozhodování o přítomnosti či nepřítomnosti této poruchy u konkrétního jedince. K tomu nám slouží diagnostické manuály. V naší práci se věnujeme těm nejvýznamnějším – MKN 10. a 11. revize a DSM 5. revize. V následujícím textu se čtenář dozví, jak se liší uchopení exkoriační poruchy ve zmíněných diagnostických manuálech.

2.2.1 MKN-10

Přestože bude 10. revize MKN nemocí v brzké době považována za obsoletní, na poli českého zdravotnictví v době publikace této práce je stále platnou. V současnosti procházíme v České republice přechodným obdobím mezi 10. a 11. revizí MKN, trvajícím až do roku 2027, od kterého se budeme řídit výhradně její 11. revizí (ÚZIS ČR, 2024). Přijde nám však smysluplné uvést jako první právě MKN-10 proto, že momentálně je v České republice stále platnou, a navíc je pro čtenáře velmi užitečné vědět, z čeho se nová revize MKN vyvinula.

V 10. revizi MKN bychom zmínku o exkoriační poruše hledali v kapitole s názvem Návykové a impulzivní poruchy (F63), spadající do skupiny Poruch osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69). Pod Návykové a impulzivní poruchy (F63) zahrnuje MKN-10 diagnózy Patologické hráčství, Patologické zakládání požárů (pyromanie), Patologické kradení (kleptomanie), Trichotillomanie, Jiné nutkavé a impulzivní poruchy a Návyková a impulzivní porucha nespecifikovaná. Právě exkoriační porucha spadá pod diagnózu Jiné nutkavé a impulzivní poruchy (F63.8), přestože v ní není explicitně zahrnuta. Jakoukoli přímou zmínku o exkoriační poruše bychom tak v MKN-10 marně hledali. MKN-10 diagnózu F63.8 popisuje jako „*jiné druhy trvale opakovaného maladaptivního chování, které nejsou sekundární k rozpoznanému psychiatrickému syndromu a kde se zdá, že osoba*

opakovaně selhává ve snaze odolat puzení se takto chovat. Je tu prodromální období napětí s pocitem uvolnění v době činu“ (Palčová, 2006). Jako příklad je pod tímto kódem uvedena jen Intermitentní explosivní porucha, která má obdobný klinický obraz jako Impulzivní typ emočně nestabilní poruchy osobnosti (F60.30). Jiné příklady už MKN-10 pod kódem F63.8 neuvádí (Palčová, 2006).

Čtenář si tedy snadno domyslí, proč je povědomí o exkoriační poruše mezi veřejností, ale i v psychologické a psychiatrické obci tak mizivé. Vzhledem k prevalenci exkoriační poruchy je toto diagnostické (ne)zařazení poněkud nešťastné. Novější revize MKN tak naštěstí přichází s důležitou reformou výkladu.

2.2.2 MKN-11

V rámci MKN-11 je exkoriační porucha uvedena nově jako samostatná diagnóza, spadající pod kategorii Repetitivní poruchy chování zaměřené na tělo (Body-focused repetitive behaviour disorders, BFRB), které jsme věnovali celou úvodní kapitolu této diplomové práce. Pod kódem 6B25.1 ji nacházíme pod názvem Exkoriační porucha a dle MKN-11 je *„charakterizována opakujícím se narušováním kůže, které způsobuje kožní léze, doprovázené neúspěšnými pokusy toto chování redukovat nebo zastavit. Nejčastěji poškozovanými lokalizacemi jsou obličej, paže a ruce, ale mnoho jedinců narušuje svou kůži na různých místech těla. Narušování kůže se může objevovat v krátkých epizodách rozptýlených v průběhu dne nebo v méně častých, ale dlouhodobějších obdobích. Příznaky způsobují významné obtíže nebo významné narušení osobních, rodinných, sociálních vztahů, ve vzdělávání, v zaměstnání nebo jiných důležitých oblastech fungování“ (ÚZIS ČR, 2024).*

Diagnostická kritéria vymezuje anglická verze MKN-11 následovně:

- Opakované narušování kůže,
- neúspěšné pokusy přestat nebo snížit intenzitu takového chování,
- výrazné kožní léze způsobené důsledkem narušování kůže,
- symptomy vedoucí k výraznému distresu nebo signifikantnímu zhoršení v osobní, rodinné, sociální, edukační, pracovní nebo jiné významné oblasti fungování (World Health Organisation, 2022).

Dále MKN-11 uvádí, že tato porucha vykazuje častou komorbiditu s trichotilománií, dále též s depresivními či úzkostnými symptomy, obsedantně-

kompulzivní poruchou a jinými BFRB poruchami, jakou je např. kousání nehtů (World Health Organisation, 2022).

2.2.3 DSM-5

Zatímco MKN-11 řadí exkoriační poruchu do kategorie Repetitivních poruch chování zaměřených na tělo (BFRB), v DSM-5 spadá do skupiny Obsedantně-kompulzivních a souvisejících poruch (OCRD). V české verzi DSM-5, která vyšla pod záštitou Psychiatrické společnosti ČLS JEP, je onemocnění pojmenováno jako Exkoriace (Porucha narušování kůže) pod kódem 698.4 a text je doplněn českým překladem diagnostických kritérií (Hubeňák, 2016). Ta jsou vymezena následovně:

- „*Opakované narušování kůže ústící v kožní léze,*
- *opakované pokusy o omezení či zastavení narušování kůže,*
- *narušování kůže způsobuje klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech,*
- *narušování kůže nemůže být připsáno fyziologickým účinkům látek (např. kokainu) nebo jinému somatickému onemocnění (např. svrabu),*
- *narušování kůže není možné lépe vysvětlit příznaky jiné duševní poruchy (např. bludů, hmatových halucinací v psychotické poruše, pokusů o vylepšení domnělých nedostatků nebo vad ve vzhledu u dysmorfofobie, stereotypiím u poruchy se stereotypními pohyby nebo úmyslu zranit se v rámci nesebevražedného sebepoškozování)“ (Raboch et al., 2015).*

Grant & Stein (2014) hovoří o tom, že na základě významných klinických podobností mezi exkoriační poruchou a trichotilománií byla v DSM-5 diagnostická kritéria pro exkoriační poruchu upravena tak, aby odrážela kritéria trichotilománie (Lochner et al., 2012). Jelikož se s nějakou lehčí formou exkoriačního chování v životě setkala většina lidí, diagnostická kritéria DSM-5 vyžadují, aby se exkoriace opakovala a vedla ke kožním lézím, jakožto odrazu vyšší frekvence a intenzity exkoriace kůže pozorované u jedinců s exkoriační poruchou. Stejně jako je tomu u trichotilománie, DSM-5 podmiňuje exkoriační poruchu kritériem, aby se dotyčný jedinec v minulosti opakovaně pokoušel toto chování omezit či zastavit. Takové diagnostické kritérium odráží intenzivní nutkavost exkoriačního chování. Opět obdobně jako u trichotilománie, DSM-5 uvádí dvě vylučovací diagnostická kritéria – stimulační drogy, např. kokain a amfetaminy, které mohou vést

k exkoriačnímu chování, podobně jako různá dermatologická onemocnění (Grant & Stein, 2014).

2.3 Diferenciální diagnostika

V následující kapitole se budeme zabývat tím, čemu může být exkoriační porucha diagnosticky velmi podobná a od čeho je tak potřeba ji odlišit. Diferenciální diagnostika je vždy velmi důležitá především z hlediska hledání vhodné léčby – odlišné diagnózy vyžadují odlišné formy intervence. Obzvláště při diagnostice poruch jako je tato může snadno dojít k omylu především proto, že konkrétní symptomy a prožívání osob s exkoriační poruchou bývá unikátní a diagnostická vodítka se mohou nalézat obtížně, a to z důvodu dlouhodobě zaběhlého chování, které se pro jedince v průběhu jeho života postupně stalo normou.

Jako první je nutné vyloučit dermatologické onemocnění, které by mohlo vést ke škrábání kůže, např. svrab, atopická dermatitida, lupénka nebo puchýřnaté choroby (Zohar & Ben-Arush, 2012). Jedinec by měl být odeslán na důkladnou dermatologickou prohlídku, která může zahrnovat mikroskopické vyšetření lézí, náplast'ové testy na alergie, kožní biopsii či laboratorní vyšetření funkce štítné žlázy, příštítných tělísek jater a ledvin (Zohar & Ben-Arush, 2012). Nicméně Raboch et al. (2015) v DSM-5 tvrdí, že dermatologická diagnostika je zapotřebí jen zřídka, jelikož se většina jedinců s exkoriační poruchou k psychogennímu narušování kůže přiznává, ovšem tato porucha může mít na histopatologii charakteristické rysy. Je tedy na zvážení každého odborníka, zda se rozhodne dotyčnou osobu na dermatologické vyšetření odeslat či nikoliv.

Zatímco dermatologické vyšetření je možností, důkladné psychiatrické vyšetření by mělo být nezbytností. Je vždy potřeba zmapovat projevy poruchy i ve vztahu k možným jiným patologiím. Např. projevuje-li se u osoby také sociální úzkost, je vhodné zjistit, zda se jedná o důsledek patologické exkoriace, anebo spíše o dva oddělené problémy. V neposlední řadě je vhodné provést také adiktologickou anamnézu, kdy se dotyčného doptáváme na užívání návykových látek, a to včetně léků. Patologická exkoriace se může objevit jako důsledek užívání kokainu nebo metamfetaminu, anebo může být vedlejším účinkem psychostimulačních farmak používaných k léčbě poruchy pozornosti s hyperaktivitou (dále jako ADHD) (Zohar & Ben-Arush, 2012).

Raboch et al. (2015) v DSM-5 uvádějí, že diferenciální diagnostika u exkoriační poruchy se týká především psychotických poruch (narušování kůže jako reakce na bludy – tzv. parazitóza nebo hmatové halucinace a s nimi spojený pocit svědění), dále jiných obsedantně-kompulzivních poruch a souvisejících poruch (např. přehnané mytí v důsledku obsese zaměřené na kontaminaci nebo dysmorfofobie), neurovývojových poruch (stereotypní pohyby zahrnující sebepoškozující chování), poruch se somatickými příznaky a související poruchy (kožní léze vzniklé v důsledku faktitativní poruchy), jiných poruch (nesebevražedné sebepoškozování), jiných somatických onemocnění (svrab) či poruch vyvolaných užíváním látek/léků (kokain) (Raboch et al., 2015).

Dle Grant et al. (2012c) je porucha exkoriace mnohdy chybně diagnostikována např. jako OCD nebo BDD. Souběžný výskyt OCD u jedinců s exkoriační poruchou je výrazně vyšší (6-52 %), než je výskyt OCD v běžné populaci (1-3 %) a výskyt exkoriační poruchy u jedinců s OCD se pohybuje mezi 8,9 % a 24 %, což je výrazně vyšší prevalence než v běžné populaci (1,4-5,4 %). Repetitivní motorické příznaky exkoriační poruchy mají jistou podobnost s repetitivními kompulzivními rituály u OCD, nabízí se tedy možnost společné neurobiologické dráhy. Několik studií ale naznačuje, že exkoriační porucha se od OCD přeci jen liší. Jedinci s exkoriační poruchou jsou častěji ženy, uvádějí taktéž vyšší míru souběžně se vyskytujícími BFRB poruch a častěji mají příbuzné prvního stupně s BFRB poruchami. Neurokognitivní poznatky také ukazují na to, že zatímco jedinci s exkoriační poruchou vykazují špatnou motorickou inhibici, jedinci s OCD mají obtíže spíše s kognitivní flexibilitou (Grant et al., 2012c).

Symptomy exkoriační poruchy se mohou také nápadně podobat BDD. Ačkoli se může zdát, že se exkoriační porucha a BDD překrývají a mohou imponovat obdobně, jedinci s BDD si kůži narušují proto, aby zlepšili svůj vzhled (Phillips, 2005), tudíž by nespĺňovali diagnostická kritéria pro exkoriační poruchu, protože v takovém případě je exkoriace sekundárním projevem BDD. Phillips (2005) také podotýká, že zatímco exkoriační porucha je převážně ženskou poruchou, BDD se vyskytuje ve stejném poměru u obou pohlaví. Navíc zatímco v případě BDD byla prokázána dobrá odpověď na inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) (Phillips, 2005), odpověď na antidepresiva u exkoriační poruchy je různorodá (Grant et al., 2012c).

2.4 Prevalence

V DSM-5 autoři uvádějí, že celoživotní prevalence exkoriační poruchy v populaci je 1,4 % či o něco vyšší, a že minimálně tři čtvrtiny jedinců s touto poruchou tvoří ženy (Raboch et al., 2015). Poslední studie prevalence poruchy exkoriace napříč populací však ukazují, že tato porucha se jeví být stejně častá jako mnoho jiných psychiatrických poruch, a to konkrétně v prevalenci od 1,4 % do 5,4 %. (Grant et al., 2012c).

Prevalenční studie ve Spojených státech zjistily, že exkoriační chování se v populaci vyskytuje častěji, než se předpokládalo. Do studie Hayes et al. (2009) bylo zahrnuto 354 dospělých respondentů a 19 (5,4 %) z nich uvedlo významné narušování kůže s přidruženým stresovým dopadem. Stejná studie však ukázala, že ačkoli se 63 % respondentů celkově věnuje nějaké formě narušování kůže, pouze malé procento splňuje kritéria pro diagnostiku exkoriační poruchy (Hayes et al., 2009). Jiná studie provedená pomocí 2 513 telefonických rozhovorů na reprezentativním vzorku populace zjistila, že 1,4 % osob si kůži narušovalo do té míry, že si způsobovali znatelné poškození kůže a zároveň uváděli, že kvůli tomu prožívají intenzivní psychický distres (Keuthen et al., 2010).

2.5 Etiologie

V následující kapitole se budeme věnovat možným příčinám vzniku exkoriační poruchy, věku obvyklého nástupu prvních příznaků poruchy, jejímu průběhu a možným spouštěčům nutkání k exkoriaci.

Grant et al. (2012b) uvádějí, že věk nástupu exkoriační poruchy se značně liší. Může se objevit v dětství (<10 let), v dospívání (průměrný věk přibližně 13-15 let) nebo později (mezi 30 a 45 lety) (Keuthen et al., 2012; Arnold et al., 1998; Bohne et al., 2002; Simeon et al., 1997; Calikusu et al., 2003; Flessner & Woods, 2006). Z výzkumu Grant & Chamberlain (2022) však vyplývá, že první symptomy se nejčastěji objevují před dvacátým rokem života. Klinické charakteristiky exkoriační poruchy jsou stejné napříč věkovými kohortami i napříč různými kulturami – v Evropě (Bohne et al., 2002), Africe (Lochner, 2002), Severní Americe (Tucker et al., 2011) i na Středním východě (Calikusu, 2012).

Mnoho osob s exkoriační poruchou tvrdí, že s patologickým poškozováním své kůže začali s nástupem dermatologického onemocnění, jako např. akné, ale pokračovalo

i po odeznění tohoto onemocnění (Grant et al., 2015). Z odborné literatury celkově vyplývá, že patologické poškozování kůže jako takové je poměrně častým jevem, ale jeho intenzita se velmi liší od mírného až po závažné. Mírné případy pravděpodobně zřídka vyžadují intervenci, naproti tomu chování splňující diagnostická kritéria pro exkoriační poruchu si intervenci bezpochyby žádá.

Grant et al. (2012b) tvrdí, že vzhledem k vyššímu výskytu exkoriační poruchy u příbuzných lze konstatovat, že genetika může mít na vzniku poruchy nemalý podíl. Ve studii 60 osob s exkoriační poruchou mělo tu stejnou poruchu 28,3 % jejich rodinných příslušníků prvního stupně (Zohar & Ben-Arush, 2012), jiná studie 40 osob zase zjistila, že 43 % mělo příbuzného prvního stupně se stejnou poruchou (Neziroglu et al., 2008). Dle další studie (Zohar & Ben-Arush, 2012) měli jedinci s exkoriační poruchou významně častěji alespoň jednoho příbuzného prvního stupně s exkoriační poruchou nebo kompulzivním kousáním nehtů ve srovnání s osobami s OCD. Výzkum Monzani et al. (2012), zabývající se prevalencí a dědičností exkoriační poruchy na vzorku 2 518 dospělých dvojčat ve Velké Británii odhalil, že klinicky významná patologická exkoriace se vyskytla u 1,2 % dvojčat. Významně vyšší míra shody u jednovaječných dvojčat oproti dvouvaječným ukazuje na silný genetický faktor rozvoje poruchy (Grant et al., 2012b).

Redden et al. (2016) provedli výzkum se 145 osobami s trichotilománií a 120 osobami s exkoriační poruchou. Z celkového počtu 265 účastníků s BFRB mělo 77 z nich (29,1 %) alespoň jednoho příbuzného prvního stupně s trichotilománií nebo s exkoriační poruchou a 59 z nich (22,3 %) mělo alespoň jednoho příbuzného prvního stupně se „Substance use disorder (SUD)“². Konkrétně u respondentů s exkoriační poruchou mělo 43 z nich (35,8 %) alespoň jednoho příbuzného s BFRB a 29 (24,2 %) příbuzného se SUD (Redden et al., 2016).

Nutkání k exkoriačnímu chování provokuje obvykle více spouštěčů. Mezi ty nejčastější patří stres, úzkost, čas strávený mimo naplánované činnosti (např. sezení na gauči, sledování televize, čtení atd.), nuda, pocit únavy nebo vzteku (Arnold et al., 2001; Simeon et al., 1997; Grant et al., 2007; Neziroglu et al., 2008). Potíže s emoční regulací a emoční reaktivitou se ukazují jako prediktor chování spojeného s exkoriační poruchou (Snorrason et al., 2010). Poškozování kůže může být také vyprovokováno vjemem (např.

² Substance use disorder (SUD) je diagnostická kategorie z DSM-5, pro kterou nenalzáme přesný český ekvivalent v MKN-10. Jedná se o léčitelnou duševní poruchu, která ovlivňuje mozek i chování člověka a vede k neschopnosti kontrolovat užívání látky, kterou může být legální nebo nelegální droga, alkohol či lék.

boule nebo povrchová nerovnost) nebo změněným vzhledem (např. skvrna nebo změna barvy) na kůži.

Poškozování kůže často začíná nevědomě a po určité době se stává vědomým, ve většině případů se však jedná o kombinaci (Grant et al., 2017; Keuthen et al., 2000). To se podobá charakteristice jiných BFRB poruch, jako je trichotilománie (Lochner et al., 2002), u níž byl akt vytrhávání vlasů popsán jako automatický (tj. nevědomý) nebo cílený (tj. vědomý) (Christenson, 1999). Podíl lidí s exkoriační poruchou, kteří uvádějí, že si svou patologickou exkoriaci uvědomují, se pohybuje od 68,9 % do 78,1 % (Zohar & Ben-Arush, 2012). V mnoha případech si však chování uvědomí až tehdy, když na něj upozorní někdo druhý anebo když místo poškození začne krváčet (Grant et al., 2012b).

Přestože se průběh poruchy může lišit, neléčená exkoriační porucha je obvykle považována za chronickou s kolísající intenzitou v čase (Zohar & Ben-Arush, 2012). Studie prováděná na 29 participantech s touto poruchou zjistila, že její průměrná délka je 20,1 roku (Keuthen et al., 2000), podobně jako v jiné studii s 24 respondenty, kde průměrná délka trvání poruchy byla 18,9 roku (Grant et al., 2007). Participantů zpravidla uvádějí, že ačkoli intenzita narušování kůže v průběhu mnoha let slábne a klesá, příznaky se s časem v podstatě nemění.

2.6 Komorbidita

Raboch et al. (2015) v DSM-5 uvádějí, že exkoriační porucha bývá často doprovázena OCD, trichotilománií či velkou depresivní poruchou. U těchto jedinců se také vyskytují i jiné druhy BFRB projevů, jako např. okusování nehtů.

Výzkumy ukazují, že exkoriační porucha se opravdu vyskytuje s řadou dalších jiných poruch, jakými jsou např. velká depresivní porucha (12,5-48 %), úzkostné poruchy (8-23 %) a poruchy užívání návykových látek (14-36 %) (Arnold et al., 1998; Lochner et al., 2002; Wilhelm et al., 1999; Grant et al., 2007; Keuthen et al., 2007). Zároveň však exkoriační porucha obecně začíná v mladším věku než tyto přidružené poruchy (Flessner & Woods, 2006). Studie s 92 jedinci s exkoriační poruchou zjistila, že 17,4 % z nich užívalo nelegální drogy, 22,8 % tabákové výrobky a 25,0 % alkohol proto, aby si ulevili od nepříjemných pocitů spojených s poškozováním kůže v souvislosti s poruchou. Dále 85,9 % osob referovalo o výskytu úzkosti a 66,3 % o výskytu deprese způsobené poškozováním kůže v rámci poruchy (Flessner & Woods, 2006). Má-li být tedy léčba

úspěšná, je potřeba soustředit se nejen na léčení samotné poruchy, ale také na sekundární projevy této poruchy, kterými může být právě i užívání návykových látek (Grant et al., 2012b).

Dle Grant et al. (2012c) je exkoriační porucha v časté komorbiditě s BDD. Studie Grant et al. (2006) uvedla, že 44,9 % lidí s BDD splňovalo diagnostická kritéria pro celoživotní exkoriační poruchu. Studie Philips (2005) zase zjistila, že ačkoliv si 26,8 % jedinců s BDD opravdu patologicky exkoriuje kůži, je toto chování pouze sekundárním projevem k BDD (Phillips, 2005). Jiný výzkum Arnold et al. (1998) došel ke zjištění, že 11 (32 %) z 34 pacientů s exkoriační poruchou mělo současně vyskytující se BDD.

U jedinců s exkoriační poruchou se často vyskytují i jiné BFRB poruchy, jako např. trichotilománie (Odlaug & Grant, 2012; Arnold et al., 1998; Lochner et al., 2002). Studie provedená na 60 osobách s exkoriační poruchou zjistila celoživotní souběžnou míru výskytu trichotilománie 38,3 %, což je podstatně vyšší míra než výskyt trichotilománie v běžné populaci (0,6-3,9 %) (Christenson & Mansueto, 1999). Srovnávací studie Odlaug & Grant (2012c) porovnávala 33 osob s exkoriační poruchou, 24 osob s trichotilománií, a 20 osob se souběžnou kombinací poruch a objevila významné podobnosti mezi skupinami. Ty se týkaly konkrétně věku nástupu poruchy, poměru pohlaví a prevalenci současných i celoživotních komorbidit v oblasti psychiatrických poruch. Závažnost symptomů byla ve všech třech skupinách podobná.

Neurokognitivní poznatky však naznačují, že ačkoli se exkoriační porucha a trichotilománie do značné míry překrývají, nejedná se o projevy téže poruchy. Přímé srovnání exkoriační poruchy a trichotilománie (Grant et al., 2011) ukázalo, že zatímco exkoriační porucha byla spojena s významně zhoršeným reakčním časem pro zastavení signálu, ale neporušenou kognitivní flexibilitou ve srovnání se zdravými osobami, jedinci s trichotilománií vykazovali reakční čas u zastavení signálu „někde uprostřed“ mezi osobami s exkoriační poruchou a normální zdravou populací (Grant et al., 2011).

2.7 Terapie

V následujících podkapitolách se budeme věnovat tomu, zda a jak je možné exkoriační poruchu léčit. Dle Grant et al. (2012b) bývá u jedinců s exkoriační poruchou vyhledání dermatologické nebo psychiatrické pomoci zřídka. Některé výzkumy ukazují, že léčbu vyhledá méně než 20 % postižených (Flessner & Woods, 2006; Grant et al., 2007)

a novější studie dokonce tvrdí, že až 87 % jedinců s exkoriační poruchou nikdy nepodstoupilo žádnou léčbu (Grant & Chamberlain, 2022). Grant & Chamberlain (2022) též zjistili, že jedinci, kteří se rozhodli odbornou pomoc vyhledat, ji v 87 % považovali v souvislosti s redukcí symptomů poruchy za užitečnou. Jedinci s touto poruchou se však mnohdy ostýchají vyhledat pomoc kvůli společenským rozpakům anebo přesvědčení, že jejich trápení je pouze „zlovykem“ (o čemž je mnohdy přesvědčuje jejich okolí) nebo že se nedá léčit (Gallinat et al., 2019b).

Výzkum Isibor & Sagan (2023) ukázal na výrazný pocit studu u jedinců s exkoriační poruchou vedoucí k sebestigmatizaci, skrývání příznaků a vyhýbání se lidem i možnostem pomoci. Stud za exkoriační chování se také prolínal se studem za osamělost těchto jedinců a umocňoval ho. Protože je exkoriační porucha málo známá, může být mylně považována za „volbu“. Málodky se o ni mluví jako o něčem, co může vést k sociálnímu vyloučení. Pocit studu za svůj vzhled a své exkoriační chování se prolíná se studem za osamělost a může vést jedince k dalšímu cyklu uzavírání se, což může zavírat i dveře k vyhledání odborné pomoci (Isibor & Sagan 2023).

Dle Gallinat et al. (2019b) se jen málo jedinců s exkoriační poruchou dostane k adekvátní léčbě navzdory tomu, že k profesionální pomoci zaujímají pozitivní přístup. Jejich výzkum ukázal, že pomoc odborníka vyhledala zhruba třetina výzkumného souboru, kdy se jedinci obraceli především na psychology, terapeuty nebo dermatology. Zatímco zkušenosti s psychologickou pomocí byly převážně hodnoceny jako pozitivní, dermatologové pomohli jen velmi malému procentu účastníků. V této studii uvedlo více než 40 % respondentů jako důvod dřívějšího nevyhledání pomoci pochybnosti o odbornosti psychologů, terapeutů a psychiatrů v oblasti exkoriační poruchy a také nedostatek informací o možnostech pomoci (Gallinat et al., 2019b).

V posledních letech je na vzestupu také fenomén vyhledávání pomoci prostřednictvím internetu. Studie Gallinat et al. (2019a) potvrzuje potřebu snadno dostupných a ověřených informací o intervenci týkající se exkoriační poruchy a také poukazuje na vysoký zájem cílové populace o internetovou svépomoc.

2.7.1 Psychoterapie

Psychoterapeutická léčba exkoriační poruchy by měla zahrnovat v ideálním případě KBT, a to zejména terapii zaměřenou na změnu návyků nebo terapii změny chování podpořenou přijetím, a také medikaci (viz dále) (Grant et al., 2012c). KBT usiluje o změnu

kognitivního pozadí vedoucí k udržování exkoriačního chování a důsledným používáním KBT technik tak může dosáhnout relativně trvalých změn v chování a fungování mozku jedince (Torales et al., 2016). Schuck et al. (2011) prokázali účinnost krátké čtyřblokové KBT intervence u jedinců s poruchou exkoriace ve srovnání s kontrolní skupinou, přičemž pozitivní účinky přetrvaly i dva měsíce po skončení terapeutických bloků.

Schumer et al. (2016) provedli systematické review v oblasti farmakologické a behaviorální léčby u jedinců s poruchou exkoriace a zjistili, že behaviorální terapeutické intervence obvykle zahrnovaly tři fáze. První se zaměřovala na zvědomení exkoriačního chování a psychoedukaci, druhá fáze spočívala v učení strategií ke snížení frekvence exkoriace, tj. nácvik zástupného chování, např. zatínání pěstí, dokud nutkání nepomine. Poslední fáze terapie se pak zaměřovala na prevenci recidivy (Moritz et al., 2012; Flessner et al., 2007; Schuck et al., 2011; Teng et al., 2006).

Torales et al. (2016) rozdělují prvky KBT terapie v léčbě exkoriační poruchy na dvojí. První skupina zahrnuje ty techniky, které se zaměřují na faktory podněcující a udržující automatické exkoriační chování, např. kontrola stimulů nebo nácvik změny návyků. Druhá skupina technik se týká vědomého exkoriačního jednání, během nichž se dotyčný jedinec zaměřuje na uvědomění takového chování. Do této skupiny se řadí techniky jako např. progresivní svalová relaxace, kognitivní restrukturalizace nebo terapie zaměřená na přijetí. Přestože bývají techniky KBT popisovány odděleně, v praxi jsou obvykle kombinovány dle potřeb a charakteristik konkrétního jedince (Torales et al., 2016).

Studie Prochwicz et al., (2018) zkoumala souvislost mezi aktivací/deaktivací, strategiemi emoční regulace a různými podtypy exkoriačního chování. Výzkum ukázal, že pocit napětí je spojen s volní i automatickou (tj. mimovolní) exkoriací. Pocit klidu a uvolnění naopak snížil volní exkoriaci u jedinců se sníženou tendencí k expresivnímu potlačování a snížil automatickou exkoriaci u jedinců, kteří používali kognitivní přerámování jako strategii emoční regulace (Prochwicz et al., 2018). Učení se kognitivnímu přerámování v rámci KBT se tak jeví jako velmi efektivní. Studie Prochwicz et al. (2018) také poukazuje na důležitosti učení se relaxaci a postupného kognitivního přerámování pro snižování výskytu exkoriačního chování.

2.7.2 Farmakoterapie

Autoři Grant et al. (2012c) se domnívají, že kromě psychoterapie by léčba exkoriační poruchy měla zahrnovat také medikaci, konkrétně inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), N-acetylcystein nebo naltrexon (Grant et al., 2012c). Dvojitě slepé studie s placebem u osob s exkoriační poruchou ukázaly, že účinnost inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) byla smíšená, nicméně došlo k prokazatelnému zlepšení alespoň určitých behaviorálních měřítek (Zohar & Ben-Arush, 2012). Jiná dvojitě slepá studie prováděná se 17 účastníky prokázala zlepšení u skupiny šesti osob léčených fluoxetinem (psychofarmakum ze skupiny SSRI) v dávce 55 mg/den po dobu 10 týdnů oproti zbylým jedenácti účastníkům léčeným placebem (Zohar & Ben-Arush, 2012).

Ve studii Bloch et al. (2001) zkoumající účinnost fluoxetinu byl tento lék podáván 15 účastníkům po dobu 6 týdnů, po kterých následovala 6týdenní dvojitě slepá fáze přerušení léčby pro ty, kteří na léčbu fluoxetinem pozitivně reagovali. Na konci této fáze bylo oněch osm účastníků (53,3 %), kteří na fluoxetin pozorovali pozitivní odezvu, opět náhodně rozděleno do dvou skupin, přičemž jedna se k příjmu fluoxetinu vrátila a druhé bylo podáváno placebo. Čtyři účastníci, kteří pokračovali v užívání fluoxetinu si během dvojitě slepé fáze přerušení léčby udrželi zlepšení, zatímco zbylí čtyři účastníci ve skupině s placebem se vrátili ke své výchozí úrovni patologické exkoriace (Bloch et al., 2001).

Jiná dvojitě slepá studie (Arbabi et al., 2008) se 45 osobami s exkoriační poruchou se zaměřovala na sledování účinnosti citalopramu (taktéž psychofarmakum ze skupiny SSRI) v dávce 20 mg/den po dobu 4 týdnů pomocí skóre na Yale-Brownově obsedantně kompulzivní skále modifikované pro exkoriační poruchu. Jedinci léčení citalopramem skórovali významně níž nežli osoby z kontrolní placebo skupiny.

Lamotrigin (antiepileptikum 3. generace) sice dle výzkumu Grant et al. (2007) přinesl jisté zlepšení, nicméně následná dvojitě slepá studie neprokázala větší přínos lamotriginu oproti placebo (Grant et al., 2010). U psů s akrální dermatitidou – která je některými autory vnímána jako zvířecí paralela k exkoriační poruše – opioidní antagonisté snížily sebeolizování a sebežvýkání u 61-63 % psů (Zohar & Ben-Arush, 2012; White, 1990; Dodman et al., 1988). U exkoriační poruchy je účinnost opioidních antagonistů (např. naloxonu) podpořena pouze kazuistikami. Taktéž glutamatergní látky se v kazuistikách ukazují jako nadějně pro léčbu exkoriační poruchy, ku příkladu u N-acetylcysteinu byl

prokázán přínos nejen u exkoriační poruchy, ale také u trichotilománie a kousání nehtů (Odling & Grant, 2007). Schumer et al. (2016) navrhuje v budoucích studiích zkoumat účinnosti dalších látek modulujících glutamát, např. riluzol, ketamin, naltrexon, antiepileptika či antipsychotika.

VÝZKUMNÁ ČÁST

3 Výzkumný problém

Cílem tohoto výzkumu je blíže zmapovat fenomén exkoriační poruchy prostřednictvím nahlédnutí do příběhu několika osob, kteří se s touto poruchou potýkají. Chceme tedy čtenáři představit příběhy šesti respondentů, týkající se především jejich mnohaletého potýkání se s poruchou. Zajímá nás především to, jak respondenti reflektují vliv poruchy na svůj každodenní život, zda a jakým způsobem do něj zasahuje, kdy problémy spojené s exkoriací začaly a jaký byl jejich vývoj. Předmětem výzkumu je také porozumění, kdy a jakým způsobem se respondenti dozvěděli, že se u nich jedná o exkoriační poruchu. Výzkumy naznačují, že osoby s touto poruchou dlouhá léta vůbec nevědí, že se nejedná pouze o naučený zlovyk. Výzkum Isibor & Sagan (2023) také poukázal u těchto jedinců na častý pocit studu vedoucí ke sebestigmatizaci, zakrývání, utajování problému a vyhýbání se řešení.

Naším cílem je také zmapovat, co respondentům našeho výzkumu pomáhá exkoriační poruchu zvládat a co její symptomy naopak prohlubuje. Vyhledání dermatologické či psychiatrické pomoci bývá u osob s exkoriační poruchou vzácné (Grant et al., 2012b). Nějakou formu léčby vyhledá méně než 20 % z nich (Flessner & Woods, 2006; Grant et al., 2007), novější studie ukazují, že více než 87 % jedinců s exkoriační poruchou nikdy nepodstoupilo žádnou léčbu (Grant & Chamberlain, 2022). Zajímá nás, co naše respondenty případně motivovalo vyhledat odbornou pomoc a jakou zkušenost si z toho odnášejí.

Studie Schienle et al. (2023) zkoumala pomocí fMRI³ reakci na doteky podobné pohlazení stimulující C-taktilní aferenty u žen s exkoriační poruchou. Ve srovnání s kontrolní skupinou vykazovaly ženy s exkoriační poruchou během dotyku větší aktivaci v parientálních oblastech mozku. Navíc deaktivace střední či dolní části frontální kůry, kterou vykazovaly účastnice z kontrolní skupiny, se u žen s exkoriační poruchou nevyskytovala. Přijímání dotyků bylo u účastnic s exkoriační poruchou hodnoceno jako

³ Pod fMRI rozumíme funkční magnetickou rezonanci, což je metoda používaná k funkčnímu zobrazování mozku, respektive zjišťování jeho odezvy na vnitřní či vnější podnět na základě zvýšené oxygenace a perfuze určitých oblastí.

méně příjemné, více nabuzující a vyvolávalo větší nutkání k exkoriaci kůže, což dokládá i výzkum Schienle & Wabnegger (2022). Frontální a parietální oblasti mozku se podílejí na kontrole pozornosti, integraci somatosenzorických informací a přepínání pozornosti mezi vnějšími a vnitřními podněty (Schienle et al., 2023). Výzkum Houghton et al. (2019) zase ukázal na snížený taktilní práh (zvýšenou senzitivitu) u osob s BFRB. V centru našeho výzkumného zájmu proto stojí i prožívání doteku a intimity u respondentů našeho výzkumu v souvislosti s exkoriační poruchou.

3.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Kladli jsem si za cíl provést výzkum, který co možná nejlépe zachytí subjektivní prožívání osob potýkajících se s exkoriační poruchou. Pro svůj výzkum jsme se rozhodli využít metodu interpretativní fenomenologické analýzy (interpretative phenomenological analysis, dále jako IPA). Řiháček et al. (2013) uvádějí, že výzkumné otázky v IPA nevycházejí ze studia literatury, protože IPA je zaměřena primárně fenomenologicky, tedy na porozumění individuální zkušenosti a jejímu významu. Otázky by měly explarovat, nikoli objasňovat, a proto se zaměřují spíše na proces nežli na výsledek a spíše na význam nežli na konkrétní příčiny a důsledky události. Protože se IPA zabývá výhradně zkušeností a/nebo porozuměním jistému fenoménu, je výzkumná otázka formulována otevřeně (Smith & Osborn, 2003). Na základě tohoto popisu jsme si stanovili následující výzkumné otázky:

Jak vypadá průběh potýkání se s exkoriační poruchou?

Zmapování exkoriační poruchy je ústřední motivací našeho výzkumu. Cílem je dozvědět se, jak naši respondenti své poruše rozumí, jak chápou její vznik a zda je průběh potýkání se s poruchou spíše kontinuální, nebo se jedná spíše o jakési lepší a horší fáze jejího zvládnutí. V případě druhé varianty by nás zajímalo, zda respondent dokáže reflektovat, čím jsou takové výkyvy způsobeny. Chceme také zjistit, zda a popřípadě jakým způsobem exkoriační porucha omezuje respondenta v průběhu jeho běžného dne.

Jak naši respondenti dospěli k tomu, že se v jejich případě jedná o exkoriační poruchu?

Osoby, potýkající se s exkoriační poruchou, obvykle dlouhá léta žijí v domnění, že se jedná pouze o jakýsi zlozvyk a až po relativně dlouhých letech potýkání se s poruchou zjišťují, že se jedná o duševní poruchu. Zajímá nás, kdy a jakým způsobem dospěli k tomu, že se s poruchou potýkají a také jak tehdy na takové zjištění reagovali.

Jaké formy pomoci považují lidé trpící exkoriační poruchou za neúčinnější?

Přestože odborná literatura uvádí jako nejefektivnější léčbu kombinaci farmakoterapie a KBT, subjektivní zkušenosti našich respondentů mohou být odlišné. Zajímá nás, co vedlo respondenta k (ne)vyhledání odborné pomoci a jak popřípadě tuto zkušenost hodnotí. Nejde nám však pouze o zkušenost s léčbou odbornou, ale také o to, co obecně našim respondentům ve zvládnání poruchy všeobecně pomáhá nejvíce, ať už je to cokoli. Stejně tak bychom se chtěli dozvědět, co symptomy poruchy naopak prohlubuje.

Jak lidé trpící poruchou exkoriace prožívají něžný dotyk?

Výzkumy ukazují, že lidé s exkoriační poruchou mají změněné vnímání doteků, konkrétně zvýšenou taktilní senzitivitu. Zajímá nás, zda se naši respondenti pociťují zvýšenou či sníženou potřebu haptiky např. v partnerských vztazích a také zda exkoriační porucha nějakým způsobem ovlivňuje jejich intimní život.

4 Metodologický rámec

V následující kapitole se čtenář dozví, jaký metodologický přístup jsme pro výzkum zvolili, jak vypadal náš výzkumný soubor, jakou metodou byl zvolen a co obnášela příprava před samotným sběrem dat.

V našem výzkumu jsme se rozhodli pro použití metody interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Tato metoda umožňuje porozumění žité zkušenosti člověka. Pomáhá nám do detailu prozkoumat, jak člověk tvoří význam své zkušenosti, díky čemuž můžeme porozumět jednotlivé události nebo fenoménu (Smith et al., 2009). Oproti tradičním kvalitativním výzkumným metodám v psychologii umožňuje IPA porozumět člověku na idiografické úrovni se zaujetím pro to, jaký význam onen člověk přisuzuje své zkušenosti v určitých podmínkách nebo situaci (Řiháček et al., 2013). Willig (2001) uvádí, že IPA je považována za přístup, který jako jediný nabízí prostor pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu. IPA se jeví vhodnou metodou pro nahlížení na kvalitativní data, jestliže máme v úmyslu popsat a interpretovat způsob, jakým nositel zkušenosti, kterou zkoumáme, přisuzuje oné zkušenosti význam. Je osvědčeným přístupem i v případech, kde je předmětem výzkumu neobvyklá skupina či situace, např. zkušenost pečujících o nemocné po mozkové mrtvici, zkušenost s anorgasmii atd. (Řiháček et al., 2013).

Svou teoretickou pozici IPA kotví ve třech zdrojích – fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu. IPA bývá zpochybňována kvůli její interpretační rovině vycházející z fenomenologických kořenů, jelikož je sporné, zdali je vůbec možné popsat nějaký fenomén bez toho, abychom jej interpretovali. Zkušenost je v rámci IPA „konstruována“ jakožto výsledek společného sdílení výzkumníka a participanta – přestože je v textu rozlišujeme a měla by být patrná jejich odlišnost, z povahy IPA vyplývá, že i výzkumník je participantem. Závěry vzešlé z analýzy jsou vždy prozatímní, což dělá IPA nutně subjektivní metodou (Řiháček et al., 2013).

Jako hlavní pilíř výzkumu jsme zvolili polostrukturované rozhovory, které byly provedeny v soukromí na předem domluveném místě v několika různých městech. Smith (2015) uvádí, že nejčastěji používanou metodou sběru dat v IPA je právě

polostrukturovaný rozhovor jakožto dostatečně flexibilní metoda, jež respondentovi umožňuje volně mluvit o tématu, reflektovat svůj postoj vůči němu a rozvíjet plynulý tok myšlenek. Výzkumník může v reálném čase pozorovat, co se během rozhovoru vynořuje, co je pro respondenta významné a současně může rozhovor usměrňovat tak, aby se neodchýlil od tématu (Smith, 2015).

4.1 Charakteristika výzkumného souboru a metody výběru

Smith & Orborn (2003) uvádějí, že v IPA je preferována bohatost dat jednotlivých případů před jasně stanoveným počtem respondentů pro určitý formát studie. Smith et al. (2009) doporučují v magisterské diplomové práci provádět metodu IPA s 3-6 respondenty, protože takový rozsah výzkumného souboru umožňuje jak detailní analýzu každého jednotlivého případu, tak vytváří prostor pro provedení následné mikroanalýzy podobností a rozdílů napříč případy.

Před samotným zahájením výzkumu jsme v červenci 2023 uveřejnili příspěvek ve skupině sdružující osoby s exkoriační poruchou na platformě sociální sítě Facebook s dotazem, zda by někdo z členů skupiny byl ochoten věnovat čas participaci na kvalitativním výzkumu a podělit se během rozhovoru o svůj příběh související s exkoriační poruchou. Na příspěvek pozitivně zareagovalo přes padesát uživatelů včetně jednoho muže. Onoho muže jsme do výzkumu rovnou zahrnuli kvůli snaze o vyrovnanost pohlaví našeho výzkumného souboru, zbytek respondentů byl vybrán náhodným výběrem ze všech ostatních, kteří se dobrovolně přihlásili.

Náš výzkumný soubor obsahoval šest účastníků, z toho pět žen a jednoho muže. Průměrný věk účastníků našeho výzkumu byl 32,5 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 27 let, nejstaršímu 40 let. Podrobnější demografické údaje nemají vliv na zkoumané téma, a proto je v této práci nezmiňujeme. Všechna jména, která v této práci uvádíme, jsou smyšlená, a to z důvodu zachování anonymity participantů. Svá fiktivní jména v této práci si respondenti mohli sami zvolit.

4.2 Průběh výzkumu

Příspěvek na platformě sociální sítě Facebook ve skupině sdružující osoby s exkoriační poruchou byl uveřejněn v červenci 2023. Právě pozitivní reakce na tento příspěvek pro nás byly prvotním impulzem k rešerši literatury a definitivnímu rozhodnutí

se pro vybrané téma práce. Poté jsme v průběhu října opětovně kontaktovali všechny uživatele sociální sítě Facebook, kteří projevíli zájem o účast na výzkumu. Několik uživatelů odpovědělo, že si svůj zájem rozmysleli, že jim to časově nevyhází anebo neodpověděli vůbec. Ty jsme z výzkumu tedy rovnou vyřadili. U těch uživatelů, kteří na svém zájmu trvali i nadále, jsme skrze chatovou komunikaci ověřovali, zda se u nich exkoriační porucha opravdu vyskytuje (popř. jak se to projevuje) a zda se neléčí s jinou psychiatrickou poruchou. Všechny zájemce, kteří uvedli psychiatrické komorbidity jako např. schizofrenii, depresi nebo poruchu osobnosti, jsme z výzkumu také vyřadili, aby poskytnuté informace o exkoriační poruše nebyly kontaminovány zkušeností s jinou psychiatrickou poruchou. Výjimkou byl onen jediný muž našeho výzkumu, který přestože uvedl také současný výskyt OCD, byl do našeho výzkumu i přesto zahrnut, a to z důvodu naší snahy o pohlavní vyrovnanost výzkumného souboru.

Do výzkumu jsme tedy zahrnuli zmíněného participanta mužského pohlaví a následně jsme náhodně vybrali zbylých pět respondentek ze všech zájemkyň, které byly ochotné participovat na výzkumu a zároveň neuvedly žádné známé psychiatrické komorbidity. S vybranými zájemci jsme se poté začali domlouvat na konkrétním čase a místě setkání. Na podzim roku 2023 započal sběr dat s účastníky výzkumu a paralelně probíhal také přepis a analýza získaných dat.

4.3 Etické hledisko výzkumu

Před samotným začátkem sběru dat byli účastníci seznámeni s účelem výzkumu a podepsali informovaný souhlas⁴ s participací, který obsahoval informace o nahrávání rozhovoru na audiozařízení, o možnosti kdykoli z výzkumu odstoupit a dostupné záchranné brzdy v rozhovoru pomocí pravidla STOP, které umožňuje se kdykoli rozhodnout na uvedenou otázku neodpovídat nebo rozhovor úplně ukončit. Respondenti byli seznámeni také s možností z výzkumu vystoupit i poté, co bude rozhovor ukončen, což by znamenalo smazání všech dat o dotyčném a jeho vyřazení z analýz.

I přesto jsme se všech respondentů ještě před spuštěním audionahráváníi slovně dotazovali, zda s ním opravdu souhlasí. U audionahrávek byl uveden pouze věk a pohlaví respondenta, tudíž nebylo možné účastníky nijak identifikovat. Audionahrávky byly bezpečně uloženy na externím disku výzkumníka až do ukončení celého výzkumu

⁴ Tento dokument je k nahlédnutí v přílohách.

společně s ostatními daty. Účastníci byli taktéž seznámeni se skutečností, že všechna jejich osobní data budou ve výsledné práci anonymizována a bude s nimi po celou dobu bezpečně nakládáno.

Před každým rozhovorem bylo účastníkům ještě připomenuto, že mají právo na kteroukoli otázku neodpovídat – tedy výše zmíněné pravidlo STOP – anebo rozhovor kdykoli zcela ukončit. Jak bylo již výše uvedeno, jména účastníků výzkumu, která zmiňujeme v naší diplomové práci, jsou smyšlená a nijak nesouvisí s reálnými jmény probandů. Skutečnosti tak odpovídá pouze pohlaví a věk.

4.4 Metoda sběru dat

Základní metodou pro sběr dat byl v případě našeho výzkumu hloubkový polostrukturovaný rozhovor. Miovský (2006) tvrdí, že je nutné vytvořit si závazné schéma – určitý okruh otázek, který je pro tazatele závazný a musí tedy v každém rozhovoru zaznít. Je možné zaměňovat pořadí otázek ve snaze maximalizovat výtěžnost rozhovoru. Během dotazování je pak vhodné nechat si od respondenta upřesnit a dovysvětlit jeho odpovědi. Ověřujeme si, zda jsme jeho odpověď správně pochopili a interpretovali, pokládáme doplňující otázky a téma podrobněji rozebíráme. Pokračujeme tak až do chvíle, kdy respondent přestane sdělovat pro výzkum hodnotné a smysluplné odpovědi, nebo dokud nevyčerpáme časový limit pro daný rozhovor (Mioviský, 2006).

Na začátku každého rozhovoru jsme respondenta vždy seznámili s předmětem našeho výzkumu a principem interpretativní fenomenologické analýzy. Respondent byl instruován, že v ideálním případě by měl vyprávět svůj příběh bez toho, abychom do toho ve větší míře zasahovali. Také bylo důležité dotyčnou osobu ubezpečit, že může mluvit o čemkoli chce, a pokud by se od tématu příliš odklonila, i to je v pořádku a nasměrujeme ji zpátky k tématu. Na závěr jsme se zeptali, zda má respondent nějaké otázky před začátkem nahrávání. Často zazníval dotaz, zda si dotyčný bude moci finální práci někde přečíst, popřípadě různé doplňující otázky k zaměření výzkumu.

Po udělení informovaného souhlasu a úvodním rozhovorem byl respondent vyzván, aby začal hovořit o své zkušenosti s exkoriační poruchou. Zeptali jsme se, jak své poruše rozumí a jak by popsal svůj příběh. Když už bylo potřeba rozhovor směřovat dále, byly postupně účastníkovi pokládány následující otázky:

- Kdy a jakým způsobem jste zjistil/a, že se u Vás vyskytuje exkoriační porucha?

- Jak dlouho se s poruchou potýkáte? Kdy a jak to začalo?
- Můžete mi popsat průběh potýkání se s poruchou?
- Pociťujete nějaké výkyvy zvládnání či nezvládnání poruchy, anebo je to spíše kontinuální?
- Jak ovlivňuje porucha Vaše fungování v průběhu běžného dne? Narušuje něco?
- Je něco, co Vám pomáhá to zvládat? Co je to, co Vám pomáhá ze všeho nejvíc?
- Co to naopak nejvíce zhoršuje?
- Jaké jsou Vaše zkušenosti s odbornou pomocí? Můžete mi říct o těch zkušenostech něco víc? Byly spíše pozitivní nebo negativní?
- Navštívil/a jste pro své obtíže psychologa či psychiatra? Co Vás k tomuto rozhodnutí dovedlo a jak to dopadlo? // Proč ne?
- Máte dojem, že se z hlediska potřeby dotykovosti jakkoli vymykáte průměru?
- Jak prožíváte intimitu s druhým člověkem? Má na ní porucha nějaký vliv?
- Je ještě něco, co byste mi chtěl/a říct?

Otázky byly koncipovány tak, aby dávaly účastníkům dostatečný prostor na vyjádření se, ale zároveň je navedly tak, aby věděli, o čem všem mohou mluvit. Většina respondentů na začátku rozhovoru sama od sebe začala vyprávět svůj příběh a spontánně tak odpověděla na většinu úvodních otázek, obvykle jsme si tedy pouze upřesnili, zda jsme odpovědi správně pochopili. Rozhovory se s přibývajícimi tématy postupně prodlužovaly, přičemž poslední trval zhruba dvě hodiny. Sesbíraná data tak byla postupem košatější a komplexnější, tak, jak by to v interpretativní fenomenologické analýze bylo očekáváno.

První rozhovor byl proveden 4. listopadu a poslední 19. prosince 2023, přičemž setkání se uskutečnila v Praze, v Českých Budějovicích a v Ostravě. Vždy se jednalo o veřejná a zároveň klidná místa. Bylo pro nás důležité zachovat neutralitu vybraných míst, tedy aby ani respondent ani výzkumník neměli k místu osobní vztah, jelikož to by mohlo narušovat povahu rozhovoru. Po ukončení bylo téma vždy důsledně ošetřeno a s respondentem byl proveden debriefing. Respondent byl dotázán, jaký má z rozhovoru dojem, zda byl pro něj náročný a zda by potřeboval ještě o něčem mluvit. Na konci každého setkání bylo účastníkovi nabídnuto, zda by si chtěl vybrat preferovanou přezdívku, pod kterou o něm v práci bude pojednáváno. Uvedená jména tak nejsou výplodem fantazie výzkumníka, ale osobní volbou každého respondenta. Na závěr byli námi popsané příběhy odeslány pěti ze šesti respondentů, aby měli možnost uvedené

informace poopravit či doplnit. Validizace respondentem nebyla provedena u jednoho respondenta, který se k proběhlému rozhovoru již vracet nechtěl.

5 Analýza a interpretace dat

Nejdříve čtenáře seznámíme se způsobem analýzy našich dat. Metodou analýzy našeho výzkumu byla IPA a jako výzkumný design byla zvolena případová studie založená na linii příběhů. V průběhu našeho výzkumu žádný z účastníků nevyslovil nesouhlas s nahráváním rozhovoru. Audionahrávky, které byly uloženy na externím disku, jsme následně využili pro doslovný transkript do podoby textových dokumentů. V těch jsme následně zvýrazňovaly ty informace nebo pasáže, které byly z našeho pohledu nejvíce důležité nebo jakkoli zajímavé. Řazení informací o každém respondentovi se nedrží striktních pravidel, ale je intuitivní povahy a snaží se čtenáři přiblížit komplexní příběh dané osoby, avšak v rozumném rozsahu.

5.1 Popisy jednotlivých případů

V této podkapitole čtenáři představíme výsledky jednotlivých účastníků našeho výzkumu. Nejprve vždy uvádíme základní informace o respondentovi – jeho věk, velmi stručné anamnestické údaje a dále informace, které nám účastník poskytl v průběhu rozhovoru o jeho zkušenosti s exkoriační poruchou. Velké množství informací bylo nutno zcela vyřadit nebo výrazně zredukovat z důvodu zachování maximální anonymity respondentů.

5.1.1 Kristýna

Kristýna byla první respondentkou našeho výzkumu. Jedná se o 28letou ženu, která se se svou exkoriační poruchou potýká od svých 14 let. Jako valná většina osob s touto poruchou dlouhá léta nevěděla, že se v jejím případě jedná o poruchu a že má nějaký název. To zjistila až po několika letech od výskytu prvních projevů. Její okolí takové chování v dospívání pojmenovávalo jako zlozvyk, což automaticky přejala za své. V pubertě se jí zhoršila pleť, nicméně tehdy to ještě nevnímala jako něco špatného, dokud jí na to nezačali dospělí upozorňovat, což vedlo k tomu, že měla tendenci pleť začít

„čistit“. Později byla Kristýně nasazena antikoncepce, což problematickou pleť potlačilo, nicméně exkoriační „zlozvyk“ přetrvával.

Kristýna svůj „zlozvyk“ dlouho neřešila. V dospělosti se však seznámila se svým současným přítelem, kterému její exkoriační chování vadilo, a tak začala vyhledávat na internetu, jak se lze takového zlozvyku zbavit. Ve svých 20 letech se dozvěděla o skupině sdružující osoby s exkoriační poruchou na sociální síti Facebook a zjistila, že se nejedná o zlozvyk, ale o duševní poruchu. *„Bylo to pro mě velký prozření, že nejsem divná, nejsem šáhlá a hlavně v tom nejsem sama,“* popisovala Kristýna. Údajně si jednu dobu myslela, že má něco jako fóbii z bílých pupínků. *„Protože já jsem ten pupínek nikdy nenechala ani dojít do té fáze, kdy by mohl zbělat, já jsem ho prostě brutálně rozdrapala hned, hlavně aby tam nebyl.“* Dříve bývala „samý puntík“ kvůli tmavým pigmentovým skvrnám.

U Kristýny se jedná o lokalizaci exkoriace v oblasti zad. Na obličej a dekolt svou pozornost už téměř nezaměřuje, ale kromě zad si škrábe také pokožku hlavy a zadní stranu šíje. Výkyvy zvládnutí poruchy jsou v jejím případě způsobeny především fázemi menstruačního cyklu. *„Je těžký se nadržat, když mám ty výkyvy nálad.“* Ptali jsem se Kristýny, zda je intenzivnější exkoriace způsobena výkyvy nálady, nebo spíše tím, že se pleť v této fázi z hormonálních důvodů zhorší. Na to Kristýna reagovala slovy: *„Já si myslím, že to pořád vychází z toho vztahu sama k sobě, a protože jsou ženy cyklický, tak před menstruací by se měly uchýlit samy do sebe a dělat nějaké klidnější práce, víc odpočívat a dovolit si to. Jenže žijeme v lineárním světě mužů a já se snažím s nimi pořád držet tempo, takže na sebe vyvíjím tlak a chci podávat pořád stejný výkon. Ono to ale najednou nejde, takže když mi tělo říkalo zpomal, tak já jsem přidávala. To způsobilo ten stres a tím pádem to tělo vypínalo tím, že jsem se začala víc drbat. Myslím si, že to vychází z toho, že žena nemá pořád stejnou energii a já si nedovolím ten odpočinek.“*

Zajímalo nás, jak exkoriační porucha ovlivňuje Kristýnin běžný den. Kristýna podniká jako fotomodelka. Tvrdí, že ačkoli se to může zdát paradoxní, spousty dalších modelek má podobné potíže jako ona. *„Většina modelek má strašně špatný vztah sama k sobě. Všichni si myslí, že když jsou ty holky hezký, tak se musí mít rády, ale ono je to spíš naopak. Spíš si to tím snaží dokazovat. Takže mě ta dermatilománie nejvíc ovlivňuje v tom focení. Občas se mě někdo ptá, jako proč jsem takhle pigmentovaná,“* popisuje. Často pak musí své tmavé flíčky na zádech překrývat make-upem. Kristýna také podotkla, že pokud je zrovna ve své horší fázi zvládnutí poruchy, nevezme si na sebe tílko. Ze všeho nejraději nosí roláky s dlouhým rukávem.

Se svým současným přítelem je Kristýna tři roky. „*Když jsem mu poprvé asi po půl roce vztahu řekla o své poruše, reagoval hrozně. Strašně mě mrzelo, jak špatně na to reagoval. Byl v pohodě s tím, když si myslel, že mám špatnou pleť, ale jakmile zjistil, že si ubližuju, tak to bral hrozně špatně a vypadalo to, že se rozejdeme. Teď už tu jeho reakci chápu, ale tenkrát mi to hrozně ublížilo, když mi začal dávat najevo, jak strašně mu to vadí a hrozně mě kontroloval. Teď zpětně ho chápu, protože když někoho miluješ a vidíš, že si fyzicky ubližuje a týrá se, tak je to prostě náročný,*“ vypráví. Kristýnin přítel byl tehdy našťvaný a nechápal důvod, proč si záměrně ubližuje. Rozhodla se proto, že ten důvod zkusí najít v psychoterapii. Tou dobou Kristýna začala využívat příspěvku své pojišťovny na deset sezení u psychoterapeuta.

Skrze terapii dospěla k tomu, že exkoriační chování je v jejím případě vynucování si pozornosti jejího těla, když mu nevěnuje dostatek pozornosti, péče a odpočinku – zkrátka když si neumí udělat prostor sama pro sebe. Kristýna popsala svou exkoriaci jako „*stav úplného zatmění, kdy nevidím a neslyším nic, prostě jenom jsem a drbu se.*“ Jako kdyby si její tělo vynucovalo tímto patologickým způsobem pozornost k přítomnému okamžiku. Díky terapii Kristýna dospěla k názoru, že její exkoriační chování vychází ze špatného vztahu sama k sobě a z upřednostňování potřeb druhých nad svými vlastními.

Období chození na terapii však popisovala jako velmi náročné, protože jí začala na povrch vyplývat nezpracovaná témata z dětství a dospívání. „*Já jsem vyrostla v rodině, kde na emoce nebyl čas. Jako děcko jsem si to přebrala tak, že vyjadřovat emoce je špatný, že se to nedělá. U nás se nesmělo ani odpočívat. Od té doby se to hromadilo a až s tou terapeutkou jsem i to znovu otevřela. (...) A vlastně díky tomu jsem se naučila dávat najevo emoce, což je hrozně divný, naučit se ve 25 letech, že emoce nejsou špatný. A když je už dávám najevo, tak je to samozřejmě lepší, že se to ve mně tolik neusazuje a dá se to vyventilovat. A je hrozně osvobozující, dovolit si být protivná, když mám PMS⁵,*“ popisuje svou zkušenost z terapie. Navzdory tomu byl však pokrok v omezení exkoriace po skončení terapie minimální. „*Udělal jsem velký pokrok ve zpracování si věcí z dětství, z rodiny a tak. Ale v té dermatilománii žádný, možná spíš naopak. Tím spíš, jak jsem to potřebovala nějak zpracovat, tak o to víc jsem se drbala,*“ říká Kristýna.

⁵ Pod zkratkou PMS rozumíme premenstruační syndrom, který se někdy objevuje u žen v období mezi skončením ovulace a začátkem menstruace. Projevuje se kombinací fyzických a emocionálních příznaků, jakými mohou být právě podrážděnost, neklid, bolesti hlavy nebo břicha.

Po ukončení terapeutických sezení si poté našla koučku, u které absolvovala pět sezení, což jí dle jejích slov bylo ku prospěchu více než deset sezení u terapeutky. Pomohla jí větší direktivita a důraznější orientace na přítomnost. Ze začátku měla za úkol např. 30 minut denně odpočívat. Přestože tento režim a přísnější opatření Kristýně krátkodobě pomohly, z dlouhodobého hlediska hodnotí jako přínosnější sezení u psychoterapeutky, protože ke změně přístupu sama k sobě stejně potřebovala dojít svou vlastní, pomalejší, ale vědomější cestou. Přímý vliv na snížení frekvence exkoriace neměla tedy ani terapie, ani koučink. *„Myslím, že ani jedno mi nepomohlo s dermatilománií, ale pomohlo mi to hledat tu cestu k sobě. Řekla bych, že mi to na té cestě otevřelo ty dveře. Takže terapie mi úplně nepomohla, ale otevřela mi ty dveře k tomu to vyřešit.“* V současnosti Kristýna zvažuje, že by na terapii začala docházet znovu. Přiznala, že během tehdejších terapií také bojovala s pocity viny za to, že zabírá místo jiným lidem s „vážnějšími“ problémy.

Kristýna také popisovala, že zkoušela nejrůznější typy od ostatních osob se stejnou poruchou, např. zakrývání zrcadla, nošení gelových nehtů nebo oblepování nehtů náplastmi, ale nic nepomáhalo. Vydržela vždy maximálně pět dní, jenže o to víc si kůži rozškrábala potom. Dnes už se nenutí k naprosté abstinenci od exkoriace, namísto toho se snaží o *„postupné upouštění napětí. Čím víc si to zakazuju, tím je to horší,“* říká. Kristýnin přítel jí v minulosti často vyčítal, že se rozškrábala, což zapříčinilo, že se šla kvůli intenzivním pocitům selhání rozškrabat ještě více. *„Když ti to vyčte nejbližší člověk, je to hrozný. Tak jsem mu pak říkala, aby mě na to rozškrábání se neupozorňoval, ale naopak chválil za to, když si všimne, že jsem se zlepšila. To mi taky hodně pomáhá,“* popisuje.

Kristýně pomůže i to, když jí její přítel pohladí po ramenou, což vede k její větší motivaci se vyhnout škrábání, aby zamezila vzniku stroupek a jiných nerovností na kůži. Kristýna se však stále snaží pracovat na tom, aby exkoriaci redukovala hlavně kvůli sobě a nikoli kvůli ostatním. Přiznává však, že omezovat se v tom kvůli druhým lidem je pro ni jednodušší. Ze všeho nejvíc jí pomáhá změna prostředí a s ní spojené odvrácení se od běžných každodenních starostí. *„Já nepotřebuji ani tak odpočívat fyzicky, i když to je taky dobrý, ale ten odpočinek od těch myšlenek na to, co musím udělat, to mi pomáhá nejvíc. Takže když jsem takhle někde na té dovolené, tak potom nemám potřebu se uchýlovat k tomu škrábání,“* tvrdí Kristýna.

Myšlenky běžného dne na to, co všechno musí udělat, jsou pro ni nejčastějším spouštěčem nutkání k exkoriaci. Kristýna si to vysvětluje tak, že takové myšlenky ji odklání od svého vlastního prožívání směrem navenek, následkem čehož se vzdaluje sama

sobě a exkoriační automatismus pak nevědomě slouží pro navracení pozornosti sama k sobě. Kristýnin stav je podle jejich slov nejhorší v tu chvíli, kdy si toho na sebe vezme příliš mnoho. Popisuje to v návaznosti na svůj menstruační cyklus: *„Když mám plodný dny, mám dobrou náladu a spoustu energie, tak si toho naplánuju na celý měsíc dopředu strašně moc. Jenže pak ty plány postupně přestávám zvládat a zároveň v tom nechci selhat, takže se pak uchýlím k tomu, že se začnu drbat, protože přestanu vnímat samu sebe. Nejvíce se mi to zhoršuje ve chvíli, kdy si toho na sebe naložím moc.“*

Kristýně ve zvládání poruchy pomáhají aktivity jako např. sauna nebo jóga, při kterých obrací pozornost do svého nitra. Smysl proto vidí v prevenci a udržování duševní pohody, žádná restriktivní opatření jí totiž dlouhodobě nepomohla. Ani vnější motivace není pro Kristýnu dlouhodobě udržitelná. *„Jeden bývalý partner se mě snažil motivovat až takovým způsobem, že řekl, až se přestanu úplně drbat, tak mě požádá o ruku. A ani to mě nedonutilo. Nešlo to. Zlepšila se mi ta pleť, ale třeba na 14 dní. Prostě ani taková krásná motivace nepomůže, pokud se to nevyřeší uvnitř. Nevytrhají se kořeny toho plevele.“*

Současný stav by prý Kristýna nenazvala „bojem“ s poruchou, nýbrž spíše zkoušení toho, kdy je jí v tomto smyslu lépe a kdy hůře. Zvýšené nutkání k exkoriaci však v jejím případě nejde kauzálně spojit s žádným konkrétním prožíváním. *„Mně je jedno, jestli jsem ve stresu, smutná, šťastná, já se prostě drbu. Ale vypožorovala jsem, že když jsem odpočatá, tak se nedrbu tolik. Já jsem hrozně ulítanej člověk, takže je hrozně těžký si odpočinout, ale všimla jsem si, že když jsem třeba někde na dovolené, kde mám možnost mít čas sama pro sebe, tak to není tak strašný.“* Kristýna své výkyvy zvládání poruchy pocítuje především podle menstruačního cyklu a také v závislosti na denní době. *„Vždycky večer mám takovou krizovku. Když se jdu koupat, tak projdu kolem toho zrcadla a už to jede jo, už koukám, co by se dalo kde rozdrapat a zamaskovat, prostě aby tam nebyl nějaký ten pupínek. Tak to mám každý večer.“* Krizový čas právě ve večerních hodinách Kristýna odůvodňuje tím, že už potom nemusí chodit mezi lidi. Často se pak ale zdráhá vzít si např. noční košili, protože by jí byla vidět ramena, a tak chodí i doma před svým přítelem v triku s dlouhým rukávem.

Kristýna se v oblasti haptiky považuje spíše za zdrženlivější. Ve vztahu vyhledává fyzický kontakt běžně, ale dotyky s jinými lidmi ráda nemá. Popisovala, že ve své primární rodině se nikdy neobjímali, ani si nepodávali ruce na přivítanou. Na fyzický dotyk si začala zvykat až ve svých 18 letech, kdy se od původní rodiny odstěhovala za přítelem. V současné době obejme kromě přítele i své nejbližší kamarády, jinak ale říká, že nemá

ráda, když se k ní někdo přibližuje. „*Já jsem nekontaktní člověk, nemám to ráda. Tu komfortní zónu mého prostoru mám docela velikou.*“ Exkoriační porucha Kristýnin intimní život žádným zvláštním způsobem neovlivňuje a mluví o sobě jako o sexuálně otevřeném člověku.

Nicméně jsou chvíle, kdy porucha její intimní chvíle přeci jenom naruší. „*Když by mi měl chlap sahat na ta záda nebo prsa po tom, co si je hodně rozdrapu, tak v tu chvíli ztuhnu a prostě ne. Jakmile by se měl někdo rukou přiblížit na ta rozdrapaná místa, tak mě to z toho intimního momentu vytrhne. Probleskne mi pak hlavou, že ho zklamal. Ani ne že bych zklamala sebe, ale jeho. On by mě na to zdrápání pak určitě upozornil a přerušilo by to úplně ten intimní okamžik, celý se to rozbije. Ale já se opravdu snažím se nezdrbat. Anebo pak nevyhledávám ty chvíle, když vím, že mi to fakt ujelo, tak radši žádná intimita nebude,*“ říká. Kristýnu poté zaplaví pocity selhání. „*Když o tom vím jenom já, tak je to ještě takový zamaskovaný, ale jakmile si to někdo uvědomí někdo druhý, že jsem selhala, tak je to pro mě hrozně těžký. Jsem z toho skleslá, většinou se to pak zacyklí, já si to začnu vyčítat ještě víc, úplně do toho spadnu a jsem z toho špatná,*“ popisuje.

Své propady si Kristýna uvědomuje a snaží se z nich ponaučit, mluví o tom jako o vnitřním procesu odpuštění si. Problém však nastává, když jí tento proces někdo zvenčí naruší. „*Když mi do toho někdo vstoupí tím, že mě na to upozorní, jako kdyby mi ten proces toho, že já se to sama sobě snažím odpustit, jako kdyby mi ho přerušil. Když mi to takhle ujede, tak já vím, že se to stane, ale snažím se na sebe nebýt naštvaná, zpracovat to a odpustit si, ale když mi do toho procesu odpuštění – který obvykle trvá tak dlouho, jak se to hojí – někdo vstoupí, tak mě do toho vrátí zpátky a já to musím zpracovávat od znovu, což je pro mě dost těžký,*“ říká Kristýna o vlivu okolí na vyrovnávání se s propadem příznaků.

Kristýna si naše představení jejího příběhu přečetla a uvedla, že nemá co vytknout. Během našeho rozhovoru imponovala velmi otevřeně a několikrát zmínila, že má radost z toho, že může na toto téma s někým mluvit, protože je podle ní potřeba důraznější osvěta a zvyšování povědomí veřejnosti o tomto fenoménu. Výzkumný rozhovor nevnímala jako náročný, nýbrž jako příjemné povídání. Zdůraznila, že vlastní zkušenost tazatele s tímto tématem celý rozhovor činila jednodušším, protože lidé mnohdy její potíže nechápou a dívají se na ni skrz prsty.

5.1.2 Karolína

Karolína byla ve svých 40 letech nejstarší respondentkou našeho výzkumu. Exkoriační porucha se u ní začala rozvíjet v 15 letech. Sama o sobě říká, že se před rokem z poruchy vyléčila. Celkově se tedy s poruchou potýkala 24 let. Karolína žije s manželem a dvěma dětmi.

Projevy poruchy se u Karolíny postupem času proměňovaly. V pubertě si nejdříve začala manicky vytrhávat obočí, při němž také bodala do kořenů chloupků jehlou, což opakovaně vedlo k zanícení. Postupně vytrhávání obočí přecházelo do škrábání, a to konkrétně v oblasti brady. Jediné „období klidu“ od neustálého škrábání a zanicování pleti měla Karolína v průběhu těhotenství, kdy podle ní zafungovaly hormony a kůže byla sama o sobě schopná rychle regenerovat. *„V tom těhotenství to bylo lepší. Úplně si pamatuju ten moment, já jsem byla v té porodnici, porodila jsem to dítě a už to byly, já nevím, dva dny, a udělal se mi první pupínek na bradě. A já jsem si říkala, už je to tu zase. Prostě jsem v tom znovu. A taky že jsem byla.“*

Po ukončení prvního těhotenství se tedy symptomy rapidně zhoršily, v průběhu druhého těhotenství opět zlepšily a poté následovat znovu velký propad. *„To jsem byla rozškrábaná kolem těch úst vlastně permanentně. Zkoušela jsem všechno možný, opravdu všechno. Moje mamka mi vždycky strašně nadávala, že jsem se zase rozškrábala. Nosila mi různé krémy na předpis, ona je doktorka. Dermatoložka mi jednou dělala stěr a řekla mi, no paní inženýrko, vy tam máte teda pěkný zvěřinec. Jakože hodně bakterií,“* popisuje Karolína. Sama sebe nazývá neurotickým člověkem a říká, že velmi špatně zvládá krátkodobý stres, konkrétně neočekávané stresující situace. Právě v těch se stává agresivnější a často jedná zkratkovitě, což obvykle vede k zintenzivnění exkoriačního automatismu. Ve svém běžném životě je naopak velmi organizovaná.

Od dob dospívání si tedy Karolína soustavně patologicky exkoriovala svou kůži kolem úst, ale dlouho netušila, že se jedná o duševní poruchu. Považovala to, podobně jako většina těchto osob, za zlozvyk. Několikrát si své projevy zkoušela vyhledávat na internetu, kde se až ve svých 37 letech dozvěděla, že se jedná o „acne excorieé“, ale více informací se jí zjistit nepodařilo. Dokázala rozpoznat, že popis odpovídá jejím příznakům, ale nevěděla, co se s tím dá dělat. Během loňského podzimu však navštívila kosmetičku,

kteřá jí doporučila jeden díl českého podcastu věnovaný exkoriační poruše⁶. „*Poslech toho podcastu byl pro mě velký průlom. Že to má v češtině název a že s tím vlastně žije spousta dalších žen. Pro mě to do té doby nemělo žádný šuplíček, což bylo náročné, protože já jsem analytička. Začala jsem se pak cítit líp, že na to nejsem sama,*“ popisuje Karolína. V podcastu byla zmíněna i pravděpodobná dědičnost tohoto fenoménu. To Karolínu také zaujalo. „*Když moje máma sedávala v obýváku, pořád si škrábala bradu.*“

Když loni na podzim objevila zmíněný podcast a své problémy si tak dokázala dát do souvislostí, měla potřebu to řešit se svou terapeutkou, ke které již nějakou dobu předtím docházela. Věnovaly tomu tři sezení. Karolína popisuje, že v ten moment její terapeutka „*naskočila na kognitivně behaviorální terapii,*“ kdy se společně snažily odkrýt situace, při kterých má Karolína tendenci si kůži poškozovat. „*Pracovaly jsme tady s těmi nálepkami,*“ říká Karolína a ukazuje lepící papírky ve svém diáři, „*mají různé názvy. Pocit neschopnosti, pocit selhání, nemám sama sebe pod kontrolou, jsem ošklivá, jak bych mohla vypadat, kdyby, jak to, že to mám jen já a druzí ne, čas strávený zakrýváním. Až na základě toho podcastu jsem si spočítala, že jsem tím trávila třeba až dvě hodiny denně. A to škrábání můžu dělat i u nějakých činnostech, pak zase čas strávený tím zakrýváním a takhle pořád dokola. Korektory, hledání vhodných korektorů, kupování korektorů, nošení korektorů v kabelce, spousta času. Zabírá mi to i myšlenky. To neustálé řešení korektorů, make-upu, trvale poškozená kůže, to, že mám hnis a krev na tom jednom místě, které pořád zraňuju,*“ popisuje Karolína své vzpomínky na období řešení svých potíží na terapii.

Do terapie začala Karolína chodit původně kvůli úpravě stravování, což jí úspěšně pomohlo zhubnout. Dále v průběhu terapeutických sezení řešila také změnu práce nebo vztahovou krizi s manželem. Až později přišlo období, kdy v rámci terapie řešila svou exkoriační poruchu. „*Já už jsem na tu terapeutku byla zvyklá a ona na mě, to bych řekla, že je dost důležitý. Bylo to pro mě naprosto průlomové, přitom je to taková blbost,*“ říká. Od své terapeutky tehdy obdržela KBT formulář, na kterém měla za úkol zaznamenávat, kdy u ní k exkoriaci dochází, tedy konkrétní situaci a emoční prožívání. „*Ona říkala, ať to jen zapisuju a nijak to nehodnotím. Tak jsem si to zapisovala a když už jsem měla třeba osm zápisů, tak mi z toho začaly vylézat vzorce. Najednou jsem v tom začala vidět ty*

⁶ Jedná se o podcast Diagnóza F, který se věnuje rozhovorům o duševním zdraví s psychology, psychiatry a psychoterapeuty. Konkrétně se jednalo o díl „*Stydím se, že s tím nemůžu přestat, říká žena s dermatilománií. Škrábě si obličej a kouše si nehty.*“ vydaný 7. 1. 2022. Podle nám dostupných informací se jednalo o vůbec první český podcast, který se tématu exkoriační poruchy věnoval. Odkazoval právě na nejmenovanou skupinu na sociální síti Facebook, která sdružuje osoby s exkoriační poruchou.

situace, ve kterých se mi to stává,“ vzpomíná Karolína. Podle ní se jednalo v zásadě o situace, které nemá plně pod kontrolou a nemůže je ovlivnit a také situace, ve kterých neví, jak se má rozhodnout. *„Když musím učinit rozhodnutí, které není černobílé, je šedé. A musím třeba někomu zavolat, abych se rozhodla. Je to něco přede mnou, co musím já rozseknout nebo učinit nějaké další kroky. To je situace, kdy se začnu škrábat,*“ popisuje.

Ptali jsme se Karolíny, zda se tedy v jejím případě jedná o záměrné a vědomé chování, nebo se děje spíše mimoděk při jiných činnostech. *„Já to dělám při něčem. Třeba při koukání do mobilu nebo do počítače. (...) Já jsem si byla vědoma toho, že tím ventiluju nějakou neurózu nebo nervozitu, ale neuměla jsem to rozškatulkovat. V tom mi pomohla ta terapie. Škatulka 1: Je to něco, co nemám pod kontrolou. Škatulka 2: Musím se nějak rozhodnout. Škatulka 3: Prokrastinuju. Sedím v kuchyni a vím, že bych se měla zvednout a jít vařit. Nebo sedím u dětí, aby usnuly. Víím, že bych se měla zvednout a jít do postele. Jsem úplně vyřízená, koukám do mobilu a škrábu si bradu. No, takže prokrastinace.“* Karolína popisuje jistý tlak v situaci, kdy by měla jít něco konkrétního dělat a nedělá to. Namísto toho si začne poškozovat kůži, což sníží intenzitu jejího psychického napětí.

Pozastavovali jsme se společně i nad jakousi symbolikou exkoriačního chování. Karolína ji popisuje jako rituál *„strhnout strup, vymáčknout hnis – to je typické. A ten hnis za těch pár hodin zaschne a je tam nový strup, který můžeš znovu strhnout. A takhle neustále dokola. Je to prostě pocit takové milisekundové úlevy. Možná takový pocit, jo, teď se mi to povedlo, že jsem to prostě vymáčkla. To jsem ale dobrá. Nepovede se mi tady rozhodnout to, co bych měla, ale tohle se mi povedlo. Tohle je asi ta satisfakce, spokojenost, jenže potom nastupuje pocit selhání. Cítím, že jsem selhala, ale ulevím si tím, že se zase znovu rozškrábu. To je asi ten kolotoč u mě – úleva, selhání, úleva, selhání.“*

Karolína neustále zažívala pocity selhání, výčitky a stud za to, co má na své kůži. Popisovala i pocity fascinace, když viděla někoho s krásnou a zdravou bradou. *„A říkala jsem si, jak se asi ti lidi dívají na mě, když je to přece vidět. To prostě nikdy nezakryješ úplně. Tak jsem si říkala, jestlipak to ti lidi vidí. Co si asi myslí? Koukají se mi do očí, ale na pusy se přece taky podívají,*“ říká Karolína. Málokdy a s málokým o svých problémech hovořila. Svěřila se svému manželovi a jedné kolegyni v práci, se kterou měla blízký vztah a sdílela podobné problémy s pleť. Se svou matkou své problémy nikdy neřešila. *„Ona mi vždycky jen říkala... „No ty ses zase rozškrábala!“ A já jí na to říkala jen ať mě nechá být a nešije do mě. I před tou mámou to byl neustálý pocit studu a naštvaní, proč mě takhle*

prudi. Ať mě nechá. Skrývám to před ní dodnes, když k nám přijede, jen aby do mě nehučela,“ popisuje Karolína.

Kvůli své poruše Karolína slýchávala poznámky od své matky i od svého manžela. Matčiny komentáře jí má dodnes za zlé vzhledem k tomu, že nepřipouští jakýkoli naučený či dědičný faktor. Od své matky často slýchala věty typu: *„Už jsi byla na tom kožním? Tady máš další mast, ber si zinek, neškrábej si to. Proboha, ty zase vypadáš!“* V současnosti se její exkoriační chování naučila komentovat také její starší, osmiletá dcera slovy: *„Mámo, neškrábej se!“* Karolínin manžel jí často předhazoval své obavy, aby se tento „zlozvyk“ nenaučili i jejich děti, což ale Karolínu iritovalo. *„Řekla jsem mu, jasně, nebudu se škrábat, ale pak jsem šla za rok a škrábala jsem se zase, tajně. Prostě jsem neměla pocit, že by mi chtěl pomoci. On není ten typ, který by se jako terapeut ptal, co mě k tomu vede a tak. To bylo prostě jen že jsem neschopná nebo neurotická a že ta naše dcera ze mě bude mít trauma. Ani ne výčitka, ale spíš hodnocení, devalvace. Že mě rychle negativně zhodnotil, že jsem prostě nemožná, že to dělám,*“ popisuje Karolína manželovy komentáře.

V současnosti o sobě Karolína mluví jako o vyléčené. Přesto však říká, že občas k exkoriačnímu chování sklouzává, nicméně už mnohem méně než dříve. Vysvětluje to jako převzetí kontroly nad exkoriací: *„Ten obrovský rozdíl je v tom, že já to kontroluji, už to nekontroluje mě. Já se sice škrábat začnu, ale dokážu si na to do konce dne už nesahnout. Vědomě jsem se k tomu rozhodla. Někdy to dokonce používám ke zpětné analýze svých pocitů,*“ říká a připomíná zmiňované tři situace, které jí nutkání navozují. Terapie jí naučila v takovém případě udělat alespoň malý krok vpřed, zkrátka cokoli, co by odvedlo pozornost od jejího nutkání.

Než Karolína řešila svou poruchu v terapii, neviděla ve svém exkoriačním chování vůbec žádnou strukturu. *„Já jsem nevěděla, jak na to, neměla jsem ty nástroje ve své hlavě, kterými bych byla schopná té kontroly. Neměla jsem ty tři situace. Neuměla jsem pracovat s tou hlavou takhle strukturovaně, jak to teď popisuju. Ty emoce, ta neuróza mě měla v moci. Zatímco teď mám já v moci tu neurózu. Já to třeba udělám, že se poškrábu, ale řeknu si, že je to proto, že jsem zrovna nervózní a čeká mě meeting. Proto to dělám,*“ popisuje Karolína a podotýká, že momentálně je zhruba na 10-20 % frekvence a intenzity exkoriace oproti předešlému období trvajícimu 24 let. Ráda by se dostala až na 0 %, ale domnívá se, že bez dalších terapeutických sezení věnovaných tomuto tématu to sama nezvládne. *„Neumím to ovládnout natolik, aby když tam něco mám, abych si na to nesašla*

vůbec. Jsem schopna si na to třeba nesáhnout celý den, i když sedím u toho počítače a něco dělám, ale pak večer to úplně nedám.“

Z čistě pragmatických opatření Karolíně pomohlo používání zubní pasty bez fluoru, která narušovanou kůži přestala dráždit. Pomáhá také udržovat nižší stresovou zátěž, i když Karolína mluví o tom, že nutkání k exkoriaci pleti má dokonce i během dovolené u moře. *„Strukturovaně to zlepšuje opravdu jenom ta moje práce s mojí vlastní hlavou. Když jsem schopna ty situace, ve kterých jsem, zvládat,“* říká a dává to do souvislosti s její potřebou věci systematicky plánovat. *„Chci být strůjcem své spokojenosti, pánem svého vesmíru, svého světa. A mám ráda, když se ostatní chovají podle toho, jak já očekávám.“*

V souvislosti s tématem dotyků se Karolína nehlásí k žádnému extrému. Říká, že má ráda objímání s rodinou, s dětmi i s partnerem, ale vzdálenější osoby objímat nechce a v některých případech je jí to spíše nepříjemné. Ve vztahu ke svému manželovi upřednostňuje verbální „jazyk lásky“ před tím dotykovým. Do intimní oblasti Karolíně exkoriační porucha nikdy nezasahovala. Nepřipadala si kvůli tomu ve vztahu méně atraktivní, i když svou vlastní sebehodnotu to podle jejích slov určitě ovlivňovalo. Popisuje však, že jakmile se před rokem dostala do bodu, kdy byla schopná kontrolovat své jednání spojené s poruchou, významně to zkvalitnilo i její intimní život.

S naším popisem jejího příběhu byla Karolína spokojena a neměla k němu žádné výhrady. Svůj příběh vyprávěla během našeho setkání velmi otevřeně a bylo vidět, že se v rozhovoru cítí dobře. *„Náročné to nebylo, naopak bylo velmi příjemné mluvit o sobě dvě hodiny s někým, kdo mě poslouchal. To se mi běžně nestává,“* říká Karolína a dodává, že setkání naplnilo její očekávání. *„Ta participace na tvůj diplomce je pro mě vlastně takovým symbolickým uzavřením té fáze, kdy ta porucha byla naprosto mimo mou kontrolu.“*

5.1.3 Lenka

Třetí respondentkou našeho výzkumu je 36letá Lenka, která se se svou poruchou potýká od raného věku. Neodkáže si vzpomenout na dobu, kdy problémy začaly, je tedy pravděpodobný velmi brzký rozvoj příznaků. Oproti ostatním respondentům se vyznačuje hlavně exkoriací kůže kolem nehtů, ale také kousáním tváří a rtů. V případě obličejové nutkání občas má, ale dokáže mu vzdorovat. V dětském věku si nehty také kousala, ale v dospělosti už jí to připadalo společensky neúnosné a dokázala s tím přestat. Lenka žije s manželem, mají jedno dítě.

Podobně jako všichni ostatní respondenti, i Lenka se o exkoriační poruše dozvěděla až při poslechu výše zmiňovaného podcastu před dvěma lety. „*A dlouho to pro mě byla realita, kterou jsem brala – přesně jako všichni ostatní to brali – jako zlozvyk, kterého se nemůžu zbavit. Až tehdy jsem zjistila, že se to nějak jmenuje,*“ popisuje Lenka svoje prozření. „*Já jsem o tom do té doby vůbec nepřemýšlela, vyloženě jsem to brala jako nějaký svůj nedostatek, neschopnost se ovládnout, neschopnost prostě přestat ohnípávat ty nehty. Všichni říkali přestaň, nech toho a tak.*“ Své nutkavé chování chápe jako naučený copingový mechanismus. Často tento automatismus Lenka aktivuje v situacích, kdy zažívá nudu, nebo naopak velký stres či soustředění. „*Buď jsem nervózní, nebo tak trochu nevím, co s rukama. Ale potom paradoxně i když se soustředím na nějakou hlubokou práci, že mi to pomáhá přemýšlet, když to tak řeknu. Nebo si třeba neuvědomím, že to dělám, a pak mi to dojde až když mám prsty od krve.*“

Během našeho doptávání se po konkrétních situacích, které její nutkání zvyšují, Lenka popisovala, že velmi ráda čte, nicméně během čtení musí buď jíst, nebo si poškozovat kůži. Celkově jakákoli náročnější mozková stimulace vede u Lenky k tomu, že jej potřebuje „podpořit“ i senzorickeou stimulací, bohužel tímto maladaptivním způsobem. V případě manuální práce však toto pnutí mizí. „*Při manuální nebo jakékoli tvůrčí práci je to v pohodě. Ale když si sednu k duševní práci, k počítači, tak okamžitě, jak nemám dvě ruce na klávesnici nebo prostě přemýšlím, tak už to nípů.*“

Kdy problémy začaly už si Lenka nepamatuje. Má zároveň strach, že své BFRB zvyky předá svému dítěti, protože ne vždy je před ním dokáže nedělat. Navíc si sama pamatuje, že přesně to samé dělali i Lenčiny rodiče a její děda. „*Onípaná kůže je prostě rodový rys,*“ říká. Zajímalo nás, zda se Lenka nezkoušela zeptat svých rodičů, kdy se u ní začaly objevovat první náznaky BFRB. „*My spolu o těch věcech moc nemluvíme. Protože co mám vlastní dítě, tak hodně vidím, jak bych si přála, aby to s našimi bylo jinak. My nejsme nějaká dysfunkční rodina velkých patologií, ale zároveň jsem fakt nezažívala bezpodmínečný přijetí nebo bezpečný prostředí. A vlastně dodnes o těchto věcech nemluvíme,*“ popisuje.

Ptali jsme se Lenky, proč vnímá, že přijetí od jejích rodičů nebylo bezpodmínečné. „*Protože jsem si ho vždycky musela něčím zasloužit. Výkonem, uklizeným pokojíčkem, známkami. Tlak na výkon i omezování projevu. Nesměj se nahlas, neskákej tady a nekřič, nikoho to nezajímá. Teď hodně řeším i to, že špatně snáším, když mi někdo nevěnuje pozornost. Naši jsou dva hluční, sebestřední extroverti, kteří neposlouchají ani sami sebe*

navzájem, natož mě. Z toho asi plyne ta moje frustrace z toho, že mě nikdo nevnímá, neslyší.“ Lenka popisuje, že nikdy nesplňovala představy svých rodičů. *„Všechno bylo dobré, ale vlastně to vždycky může být i lepší,*“ shrnuje jejich postoj. Konkrétní situace z dětství si Lenka nepamatuje, ale přístup jejích rodičů zůstal pořád stejný. *„Upečeš na Vánoce cukroví a naši řeknou: ‚Hm dobrý, ale ty kolečka máš křivý.‘ Konstantní pocit, že pro ně nikdy nebudu dost dobrá.*“ V kontextu tohoto přístupu v Lenčině rodině chápe své BFRB jako jediný možný způsob, jak mít alespoň něco pod svou kontrolou.

Není mnoho věcí, které by Lence pomáhaly své BFRB projevy omezit. Říká, že do jisté míry funguje jakási vnější motivace, když ví, že ji čeká nějaká akce, třeba pracovní večírek nebo svatba. Taková motivace není zcela účinná, ale pomáhá Lence udržet BFRB projevy na zvládnutelné rovině. Toto hlídání se jí ale dle jejích slov stojí ohromné množství mentální kapacity. Kromě vnější motivace ve formě blížící se události Lence pomáhá také neustálé promazávání rukou krémy a udržování krátké délky nehtů. Během našeho rozhovoru si Lenka hrála s náramkem. *„Já mám i takový ten fidget ring, to je prstýnek s malými korálky. Ten si dávám na palec, jenže upřímně, to nehtové lůžko je prostě bliž než ten prstýnek. Takže musím aktivně myslet na to, abych si hrála s tím prstýnkem. A často ani to nepomůže.“*

Přesto však „fidgeting“⁷ uvádí jako neúčinnější prevenci před svými projevy BFRB, říká však, že jí to musí opravdu bavit. Během sportování se projevy BFRB také utlumí, ale pouze na dobu nezbytně nutnou a sport jí nepomáhá ani jako prevence nutkání. Naopak velké zhoršení pociťuje při těžké manuální práci, kdy se kůže rukou při namáhání vysuší. Ze stejného důvodu je pro ni náročnější také zimní období. BFRB projevy se Lence velmi zintenzivní při užívání alkoholu. I přesto jí ale zvládnání poruchy připadá spíše kontinuální. Ve vypjatějších situacích se projevy sice přirozeně zhoršují, celkově však nepociťuje žádné větší výkyvy ani horším ani lepším směrem. *„Vede k tomu všechno, vede k tomu klid, vede k tomu neklid.“*

Lenka mluví také o tom, že jí vždy velmi pomůže pobyt u moře. Mořská voda lépe hojí vzniklé rány, a tím, že pozoruje poměrně rychlé zlepšení stavu kůže, motivuje jí to vydržet. Takové zlepšení nemá však dlouhého trvání. Zhruba za jeden den své ruce uvede do jejich původního stavu. *„Víš, mně to připomíná člověka, co drží dietu, ale uklouzne a dá si koblihu, a pak si řekne hm, to už dneska nemá cenu, jdu na fastfood. A já to mám*

⁷ „Fidget“ hračky, šperky aj. bývají malé objekty používané pro senzoricke zabavení rukou v situacích nudy či nervozity. Mohou pomoci k lepší koncentraci např. i u osob s poruchami autistického spektra nebo ADHD.

vlastně stejně. Když už to začnu mít ošklivý, tak si řeknu, že už to prostě nezlepším. (...) Já mám pocit, když o tom mluvíme, že vlastně skoro neznám ten moment, kdy to nedělám.“ Lenka říká, že nejlepší, čeho se jí daří dosáhnout, je zahojení jednoho prstu, který si následně hýčká a je na něj hrdá. *„Já mám třeba takovou fantazii, že ležím v kómatu a nemůžu třeba půl roku dělat nic se svýma rukama a že se mi krásně zahojí. Já se pak probudím a bude to super, protože už tam nebude žádný kus, který budu moct trhat,*“ svěřuje se se svou fantazií.

Nejvíce Lence pomáhá, když cítí přijetí a pochopení ze strany okolí. Popisuje, že spojení s touto poruchou jí evokuje také velký tlak druhých lidí, aby BFRB nedělala, což u ní ovšem vede k ještě většímu stresu. *„Ve chvíli, kdy to dělám a někdo mi řekne, ať přestanu, tak mě to strašně vytočí. To onipování mi prostě nějak pomáhá, sice blbě, ale pomáhá mi to zvládnout tu situaci. A ve chvíli, když mi někdo řekne, ať to nedělám, tak to moje napětí z té situace ještě stokrát znásobí,*“ popisuje Lenka svou reakci na „dobré rady“ od svého okolí. Podobně i její manžel měl tendence „chránit“ Lenku před jejími vlastními útoky na své tělo, než mu vysvětlila, že se jedná o poruchu a že takové poznámky jí vůbec nepomáhají. Stejně tak rodiče vždy Lenku okřikovali, přestože sami takové chování dělali také. Lence toto neustálé napomínání ze strany okolí implikuje sdělení: *„Když tohle děláš, tak tě nepřijímám. Takovou tě nechci.*“

Lenka měla dlouho problém s projevováním svých emocí. Měla dojem, že především nezvládá svůj vztek. Proto měla později také pocit, že jedinou emoci, kterou dokáže projevit, je právě vztek. Jako by to ze sebe potřebovala dostat směrem ven. *„Protože vztek bylo asi jediné, co se u nás doma smělo. Sice se mi za něj buď posmívali nebo mi ho zakazovali, ale aspoň mě ho nechali dělat, protože sami byli docela vzteklí. Takže jsem potom měla s manželem dlouhé období výbuchů vzteku kvůli blbostem. A v terapii jsem si uvědomila, že mi hodně pomohlo si ten vztek, když už ho cítím, nestigmatizovat. Že tam byl nejhorší přetlak toho, že mám strašný vztek a zároveň vím, že se to nesmí,*“ popisuje Lenka svou postupnou proměnu ve vyjadřování hněvu. Kromě toho u sebe pozoruje také výrazné perfekcionistické rysy a tlak na výkon.

BFRB Lence do života zasahují velkou měrou. *„Bojím se chodit k zubaři, že zase budu mít pokousaný vnitřek tváře a že mi zase něco řekne. S obličejem to není tak hrozné, protože se mi málokdy stane, že by byl strašný. Ale s těmi prsty je to velké špatné, kontinuální a provází mě to celým životem. Neustále myslím na to, abych lidem neukazovala prsty,*“ popisuje. Většinou se Lenka snaží mít ruce složené, nebo jakkoli jinak

zakrýt své prsty. Jen málokdy něco ukazuje lidem v knížce. V den, kdy probíhal náš rozhovor, šla dát hodinky do hodinářství kvůli výměně baterky. „*Když jsem šla z bytu, tak jsem si říkala, že si musím namazat ruce, protože u hodináře mu budu rukou podávat ty hodinky a bude si myslet, že mám nechutný ruce. Je to strašná mentální zátěž.*“

Často ji napadá, co si asi druzí lidé myslí, když její ruce vidí. Sama Lenka to u druhých snáší velmi těžce. „*Mně to přijde ošklivé a nechutné na jiných lidech. Takže si myslím, že je to asi nechutný i pro ostatní. Ale hodně mi pomohlo, když jsem zjistila, že je to duševní porucha. Mívám dny, kdy si říkám, jo, mám ožraný nehty, ty máš ekzém, ty máš alergii, každý máme něco. A že se mi s tím vlastně žije líp. Ne, že by to snížilo tu frekvenci onipávání, ale spíš mi to umožnilo lepší přijetí sebe sama,*“ popisuje. Díky tomu, že nyní rozumí svému problému, má teď také lepší způsob, jak s tím bojovat. Říká, že tehdy pocítila velkou úlevu, když zjistila, že je to otázka duševní poruchy, a ne vlastní neschopnosti. Nyní si už díky popularizaci duševního zdraví dokáže představit mezi lidmi otevřeně mluvit o svých problémech spojených s BFRB.

V posledních dvou letech chodí Lenka na terapii. Primárním impulzem však nebyly BFRB poruchy, ale celkové přetížení během období pandemie COVID-19, když byla doma s malým dítětem. Tehdy jí terapie velmi pomohla, a tak se rozhodla v ní pokračovat i nadále s frekvencí jednoho sezení za 1-2 týdny. I v současné době Lenka terapii hodnotí velmi pozitivně. Nejvíce oceňuje transparentnost a direktivitu své terapeutky. Po poslechu podcastu Lenka přinesla do terapie téma exkoriační poruchy, společně tomu věnovaly dvě sezení a nyní už se opět věnují tématům, která jsou pro Lenku akutnějšího rázu.

Dotyk hraje v Lenčině případě důležitou roli. Jediné, co jí trošku zklidní nutkání poškozovat si ruce je hraní si s náramky či prstýnky, nejlépe takové, jejichž částmi lze otáčet nebo které jakkoli jinak umožňují manipulaci uvolňující napětí. Také popisuje svou tendenci se svým dítětem neustále komunikovat prostřednictvím dotyku. Zvýšenou potřebu dotykovosti zažívá i s manželem nebo jejich kočkou. Tendenci zaměstnávat své ruce senzorickými podněty Lenka pociťuje třeba i během procházky v přírodě. „*Venku seberu každý klacek a začnu ho lámat. Nebo si vždycky utrhnu trávu, kterou okusuju nebo omotávám.*“ Při intimních chvílích s manželem nutkání k BFRB nepociťuje. Avšak např. při společném čtení knih už si Lenka musí dávat pozor, aby své BFRB projevy nedělala. „*Jemu je to hrozně nepříjemné, vadí mu ten zvuk. Ono to vydává zvuk, který ho ruší. Nebo nejen zvuk, ale i pohyb, že se ti trochu třese tělo.*“

Lenka nám po rozhovoru poskytla velmi pozitivní feedback. Rozhovor byl podle ní veden výborně na to, jak těžké téma to pro ni bylo. V našem dialogu Lenka působila spontánně a otevřeně. Před samotným setkáním však pociťovala lehkou trému a během rozhovoru si hrála se svým náramkem. Na některé otázky si potřebovala vzít o něco více času a říkala, že *„je zajímavé, že některé otázky si tady s tebou vlastně kladu prvně.“* Během rozhovoru se dle jejích slov cítila dobře a nepociťovala žádné překážky při sdělování svých pocitů. Vyhovoval jí dostatek času na formulaci složitých myšlenek, pociťovala přijetí a žádné odsuzování. Zmínila se také, že je pro ni jednodušší popisovat své obtíže někomu, kdo s nimi má osobní zkušenost. Závěrem projevila radost ze zvyšování povědomí o exkoriační poruše mezi veřejností.

5.1.4 Štěpánka

Čtvrtou a zároveň nejmladší respondentkou našeho výzkumu byla 27letá Štěpánka. Také u ní se setkáváme s pestřejší paletou BFRB projevů; kromě exkoriace obličeje a zad si také kouše jazyk, rty a tváře. Kdy tohle všechno začalo už si ani nevzpomíná, ale už na fotkách z první třídy je zjevné rozškrábání obličeje. Dlouhou dobu jí toto chování nepřipadalo zvláštní, protože stejnými projevy disponovala i její o tři roky starší sestra. V minulosti si také kousala nehty, ale s tím přestala ve svých 16 letech. V období puberty svou exkoriační poruchu sama pro sebe pojmenovávala jako akné a stejně tak si to vysvětlovalo i její okolí. Štěpánka však akné téměř neměla. Čím však byla starší, začínala si uvědomovat, že už se vymyká běžné normě. *„Někdy během výšky mě začalo poprvé napadat, že je to vlastně divné a že s tím neumím přestat, kdy chci. Já jsem si vždycky říkala, že stejně jako jsem přestala s tím kousáním nehtů, tak i s tím zbytkem přestanu, až budu chtít. Jenže to se nějak nestalo.“*

Během období studia na vysoké škole tedy Štěpánka začala své symptomy vyhledávat na internetu a narazila na BFRB. Všechno to začalo tím, když narazila na video o trichotilománii, kterou sice netrpí, ale popis nutkání a neschopnost přestat odpovídal jejím projevům. Jako zlomový popisuje začátek roku 2023, kdy četla knihu *My děti ze stanice ZOO*, věnující se závislosti. *„Mě hrozně zarazilo to, jak chvíli nemyslí na to, co by měli dělat, a už jsou na tom místě, kde se prodávají drogy. Dobře to popisovalo to, co já znám. Chvilku nepřemýšlím o tom, co dělám a už tam ta ruka je, aniž bych si plně uvědomovala. (...) Tak to bylo poprvé, kdy mě napadlo, že to možná není jenom návyk, ale něco hlouběji zakódované. Tak jsem teprve letos zjistila, že to má nějaký název,“* říká

Štěpánka a popisuje, jak se pomocí internetových odkazů postupně dostala až ke skupině sdružující osoby s exkoriační poruchou na platformě sociální sítě Facebook.

Zatímco poškozování obličeje je u ní prakticky kontinuální, pokousání jazyku a rtů se děje spíše epizodicky a váže se na konkrétní situaci, která ji vystresuje nebo vyžaduje soustředění. U Štěpánky jsou projevy tím horší, čím více si na dané místo nevidí. *„Hodně lidí s tou poruchou popisuje, že si teda zkouší neškrábat ten obličej, ale zato si místo toho škrábou ruce, záda, prostě místa, co umí schovat. Já to mám přesně naopak. Zvládla jsem přestat s kousáním nehtů, protože na ně vidím. Ale nezvládám ochránit nic z toho, na co nevidím. Většinou lidí asi pomáhá ta ostuda, která je nutí s tím něco dělat. To u mě vůbec nefunguje.“*

Velkou výhodou vidí Štěpánka ve své práci z domova. Tu však dělá výhradně u počítače, což je vzhledem k BFRB poněkud problematické. *„Já v podstatě neumím sedět s rukama v klidu. Jakmile se musím na něco soustředit, třeba v práci, tak už se škrabu,“* říká Štěpánka. Nedělá však to, že by šla k zrcadlu a cíleně svůj stav zhoršovala. *„Ale dělala jsem to dřív. Třeba jsem šla k zrcadlu a tam jsem si kousala ten jazyk, protože z toho tekla krev a bylo to vzrušující. Ale teď už se mi to daří eliminovat. Ne, že bych si neužívala ten trans, co to přináší, ale daří se mi to nedělat do takové míry.“* Štěpánka své nutkání k BFRB pociťuje hlavně v situacích stresu nebo soustředění, celkově to však nazývá situacemi a činnostmi, kdy *„je člověk nucený být v klidu“*. Jako nejrizikovější pro poškozování obličeje uvádí právě čtení knih. Kousání jazyka se u Štěpánky pojí vyloženě se stresem. Např. si v minulosti pokousala jazyk vždy večer před tím, než ji čekala lekce v autoškole. S rozkousaným jazykem se ale pojí následný problém s mluvením. Štěpánka popisuje, že potom jazyk opuchne a obtížně se jí artikuluje. *„Takže člověk je nervózní z toho, že má zítra s někým mluvit, rozkouše si jazyk a cítí se pak o to hůř.“* To se jí stávalo např. na vysoké škole před zkouškami.

Štěpánčino okolí její BFRB projevy v průběhu života spíše neřešilo, poukazovaly na ně svými poznámkami jen její prarodiče. Kdo to však v současnosti nese těžce je Štěpánčin partner, se kterým buduje vztah čtvrtým rokem. *„Jednak není nadšený, že jsem rozdrápaná, ale taky je to pro něj otravný, podobně jako když třeba někdo klepe nohou. Naštve se, když mě vidí, jak to dělá ten zvuk a pohyb, ví, že z toho pak budu rozdrápaná a někdy z toho teče krev. Asi taky celý život nechce být vedle někoho, kdo pořád vypadá jako puberták. Ale já to chápu, kdybych viděla kolem sebe někoho, kdo si takhle ubližuje,*

tak se na to taky nemůžu koukat a budu mu říkat, ať to nedělá,“ popisuje Štěpánka partnerův přístup.

Mnohokrát to spolu řešili a zpočátku její partner říkal Štěpánce věty typu: *„Neškrábej se! Neubližuj si!“* To ale Štěpánce připadalo jako velmi nešťastná formulace, protože jí to způsobilo ještě větší stres nebo smutek. *„On třeba řekne: ‚Přestaň!‘, což ale já nemůžu. Je to takový, že mě ještě víc upozorní na to, že to chci uškrábnout. Mnohem efektivnější by bylo, kdyby mě místo toho třeba nějak zabavil,*“ říká. Proto se společně domluvili na používání slova: *„Opatrně!“*, které smí Štěpánky partner v tomto kontextu používat, aniž by její stav ještě zhoršil. Zároveň jí z pochopitelného důvodu nesmí upozorňovat na strupy a podobné kožní nedostatky. *„Snaží se mě podporovat, ale zároveň není smířený s tou myšlenkou, že se tohle nikdy neodstraní,*“ říká Štěpánka.

Před měsícem a půl se se svým přítelem dohodla, že zkusí vydržet co nejdéle bez svých BFRB projevů. *„Když na to člověk myslí, je to jako kdyby si nemohl ani na chvílku odpočinout. Jako by mě pořád někdo vyrušoval nebo budil a každých pár vteřin říkal: ‚Polož tu ruku dolu, polož tu ruku dolu!‘. Takže člověk se nemůže ani soustředit.“* Štěpánka však vydržela své BFRB projevy potlačovat asi 1-2 týdny, ačkoli ne úplně, její škrábání se velmi zredukovalo. Namísto toho si ale kousala jazyk, protože z toho byla ve stresu. *„Jenže míra té psychické nepohody, kterou mi způsobí to, že to nedělám a musím do toho dát tolik úsilí, mi za to tak nějak pořád nestojí,*“ dodává. *„Mám důvod to nedělat kvůli tomu přítelovi, ale to, že na mě bude koukat někdo jiný, to mě nežere. Ať si na mě kouká, kdo chce. Takže já tam právě nemám ani dostatečnou motivaci. Je to nezdravé, obtěžuji tím přítele a třikrát do roka bych chtěla mít hezkou kůži, když někam jdu, ale to není denní motivace. Mám v tomhle štěstí, že pracuji z domu a každému může být úplně jedno, jak vypadám.“* Štěpánka doufala, že závěrem tohoto „půstu“ bude její osobní závěr, že *„je schopna se držet a stojí jí to za to, anebo že není schopna se držet, ale stálo by to za to. Ale ten výsledek, že jsem schopná se držet, ale nestojí mi to za to, je v podstatě ten nejhorší. Protože ten zavírá ta vrátka tomu, co by se dalo dělat proto, aby se to vyřešilo.“*

S terapií Štěpánka zkušenost má, nicméně důvodem nebyly její BFRB projevy. Na konci roku 2019 během pandemie COVID-19 procházela depresivním obdobím po tom, co dokončila svou diplomovou práci. *„Přijde mi, že 80 % toho, proč ta pomoc fungovala bylo, že už jsem byla připravena ji přijmout. Byla jsem na té terapii asi čtyřikrát a z toho, že ležím v posteli a odmítám se zvednout, jsem byla normální fungující člověk. Nechci ubírat té terapii, určitě byla užitečná, ale myslím, že to bylo hlavně o tom načasování,*“

popisuje Štěpánka svou zkušenost z terapie. Jít řešit na terapii BFRB teď nechce. Tvrdí, že až jednou dojde do bodu, kdy bude mít velkou motivaci se toho zbavit, tak na terapii půjde a vyléčí se. „*Já si ale nejsem jistá, že jsem v tomhle bodu, že bych byla přesvědčená, že můj život bude lepší bez toho,*“ dodává. „*Myslím, že by mi ulehčilo život, kdybych byla připravena tam jít. Myslím, že je ale velká šance, že bych se akorát zklamala. Že bych asi nechtěla spolupracovat. Jak důchodce a cukrovka.*“

Štěpánce nejvíce pomáhá zaměstnat své ruce. Při hlídání synovce nebo pečení cukroví není čas ani prostor si na kůži jakkoli sahat. „*To pro mě ale není žádná pomoc, nemůžu uzpůsobit svůj život tomu, abych nikdy neměla čas se škrábat. To prostě nefunguje,*“ říká. Také si ráda hraje s různými „fidget“ hračkami, jako svůj oblíbený uvádí „*něco mezi prstýnkem a mučícím nástrojem, takový pichlavý.*“ Intenzita působení bolesti touto hračkou je podle Štěpánky srovnatelná s kousáním jazyka. „*Je to takové, že potom můžu přemýšlet o něčem jiném a zároveň podvědomě cítím, že mám dostatek vjemů na to, abych už nehledala žádné další,*“ popisuje pocit, který má při hraní se zmiňovaným předmětem. Celkově jakýkoli přídatný vjem Štěpánce pomáhá, dokonce i vonící svíčka zapálená na pracovním stole. „*Přijde mi, že když člověk přemýšlí, tak často nemá žádný vjem kolem. Ta přemýšlející část mozku se zabaví, ale ten zbytek ne, a proto hledá.*“ Jako nejrizikovější činnost Štěpánka popisuje čtení knih. „*To je takový moc dlouho, moc v klidu.*“

Láskyplné dotyky ze své primární rodiny Štěpánka spíše nezná. Domácí prostředí popisuje jako dusné a stresující, bez vyjadřování emocí a s všudypřítomným strachem ze selhání. Nikdy se doma neobjímali, ani si jiným podobným způsobem nevyjadřovali náklonnost. Poprvé zažila láskyplnou domácnost zhruba ve svých 16 letech u svého přítele, kdy si také přestala kousat nehty. Pokud se nejedná o blízké osoby, má tendenci si držet odstup. „*A do dneška mi třeba zůstalo, že když se třeba s někým bavím a on udělá krok blíž ke mně, tak já udělám krok zpátky,*“ popisuje. BFRB se Štěpánce do prožívání intimity nijak nepropisují. Užívá si i doteky po obličeji, přestože na něm má strupy, nepopisuje ani žádnou averzi ke své poškozené kůži. Rozškrabané části svého těla vnímá vesměs pozitivně.

Štěpánka si přála poupravit ve výše uvedeném textu jednu větu, krom toho byla s popisem svého příběhu spokojená. Během rozhovoru mluvila celkem spontánně, neříkala toho však více, než bylo nutné. Imponovala introvertně a zdálo se, že pro náš rozhovor ocenila soukromí. „*Přišlo mi to fajn a těšila jsem se, že si o tom promluvíme s někým, kdo*

ještě nemá k mému škrábání osobní odpor, protože na to musí pořád koukat,“ říká závěrem.

5.1.5 Vilém

32letý Vilém byl našim jediným respondentem mužského pohlaví a zároveň jediným respondentem s psychiatrickou komorbiditou, konkrétně OCD. To se u Viléma projevuje neustálým kontrolováním věcí v domácnosti, přepočítání utracených peněz nebo perfekcionismem. Kdysi se vracel ke svému bytu i pětkrát, aby se ujistil, že opravdu zamknul. Nakonec mu pomohla medikace, konkrétně escitalopram (SSRI) a také pravidelná návštěva psychologa. Díky ní se za své projevy OCD přestal obviňovat a dokázal lépe pochopit mnohé souvislosti. Původ svých problémů Vilém vidí v dětství, kdy zažíval pedantskou výchovu ze strany svého otce. Popisuje ji jako psychický teror a časté otcovy cholerické záchvaty. Momentálně se nevidají a postupně si Vilém nachází cestu alespoň ke své matce.

Exkoriační porucha se u Viléma rozvinula v průběhu studia na střední škole. Potýká se s ní tedy už necelých 20 let. Poškozuje si zejména obličej, ale také záda, hrudník a stehna, a to konkrétně mačkáním. Už tehdy na střední škole ho porucha začala omezovat v životě drastickým způsobem. Vzpomínal, že týden vkuse tajně nechodil do školy, namísto toho se schovával v lese a čekal, až se mu rány zahojí a on se bude moci vrátit mezi své spolužáky. Myslel si však, že má jen závažnější akné oproti svým vrstevníkům. Pro jeho zamaskování tehdy používal také make-up. S rodiči o svých problémech nikdy nemluvil, protože se styděl. Dlouho neměl tušení, že jeho problémy nesou nějaký název. V polovině roku 2023 během své fáze prohloubení příznaků zkusil hledat na internetu. *„Vyskočilo na mě pár odkazů, kde lidi psali svoje příběhy a začal jsem se v tom poznávat. Že tím netrpím jenom já bylo pro mě tehdy velké zjištění. Do té doby jsem to nevěděl, protože si myslím, že tihle lidé se schovávají na bytech před lidmi, takže je na veřejnosti nepotkáš a nepoznáš se v nich. Takže až potom jsem pochopil, že je to psychická nemoc a netrpím tím sám.“*

Vilém ve zvládnání své poruchy pociťuje velké výkyvy, přičemž lepší a horší období se střídají s nepravidelnou frekvencí. V průměru to však bývá tak, že zhruba dva týdny v měsíci se *„ukrývá před celým světem“* a zbytek dní žije běžným životem. *„Někdy to máš čtvrt roku v kuse a někdy čtvrt roku vůbec. Někdy týden v pohodě, týden zase na houby. Prostě nevidím v tom žádnou pravidelnost. Ani se stresem to není pravidlo. Někdy ho máš*

a neškrábeš se vůbec“ Vilémovy stavy ale bývají lepší v létě, v zimě naopak pociťuje zhoršení. Vnímá i velké vlivy počasí. Také naplánované aktivity nebo naopak dlouhý čas pobývání doma o samotě hrají velkou roli. *„Jenže škaredě bude jen dva dny, program nemáš jen na dnešek, ale to si bohužel uvědomíš, až když se probudíš z toho transu, a to už je pozdě,“* popisuje.

Exkoriační porucha ho v běžném životě velice omezuje. *„Musíš pak pozměnit průběh celého dne, normálně by sis šel po práci ještě někam sednout nebo šel nakupovat, ale místo toho jdeš s hlavou skloněnou k zemi rychle do auta, rychle domů, rychle se zavřeš a tam jsi konečně v klidu, protože víš, že jsi daleko od lidí a nikdo tě nevidí. Leze to i do peněz, protože si objednáš jídlo i nákupy domů, abys nemusel do obchodu. A taky to hodně mění tvou náladu. Když se s tebou někdo chce bavit, chtějí tě zapojit do konverzace, ale ty jsi mrzutý a odsekáváš jedním slovem, aby ses vyhnul očnímu kontaktu. Takže pak vypadáš jako někdo, kdo se nechce ani s nikým bavit. Dokud se ti to zase nezlepší a je z tebe jiný člověk. Ostatní si podle mě musí myslet, že mám nějakou rozdvojenou osobnost,“* popisuje Vilém.

Často i navzdory teplému počasí nosí čepici a šálu proto, aby zakryl své čelo a krk. Vilém vidí také velkou výhodu ve své práci, při které obvykle nepřijde do kontaktu s žádnými lidmi. *„Při polední pauze bys šel normálně někam do města se najíst, ale někdy to prostě uděláš tak, že jsi zavřený, vezmeš si oběd s sebou, abys nemusel vůbec nikam chodit. A odpočítáváš jenom ten čas, kolik dní zbývá k tomu, abys mohl vylézt zase mezi lidi, kdy už se ti ten strup konečně sloupne.“* V takových chvílích se vyhýbá socializaci i s blízkými lidmi, stejně tak sportu. *„Nikdy nevíš, kde někoho potkáš. I když si jdeš v noci zaběhat do lesa, můžeš potkat třeba pejskaře,“* říká. Zajímavostí je, že Vilém zásadně nevychází z domu bez toho, aby měl s sebou malé zrcátko. *„Mám ho i v pracovním batohu. Nedokážu žít bez zrcadla. Minimálně každé ráno se do něj musím podívat. Protože jen ta představa, že se mi udělá bílá tečka na nose a já s ní chodím a nevím o tom, je pro mě hrozná.“*

Na zvládnání poruchy Vilémovi nepomáhá vůbec nic. Jen se snaží produktivně využít čas strávený doma v období, kdy čeká, až se mu kůže zahojí – např. uklízením. V minulosti své psychické problémy ale řešil alkoholem asi 10 let vkuse, s tím ale před rokem přestal. *„Jsi týden v lihu a je ti to úplně jedno, vystřízlivíš a je to pryč. Zbavovalo mě to všech úzkostí. Ale to je cesta do pekla,“* vzpomíná. Opíjel se tak zhruba každý čtvrtý den, vypil např. litr tvrdého alkoholu a deset piv. V lednu roku 2023 si však procházel

náročným rozchodem, po kterém se nechtěl opětovně vrátit k tomuto stylu řešení problémů. Vyhledal proto psychiatra a byla mu nasazena medikace, která se s alkoholem nesmí kombinovat, a současně vyhledal i psycholožku, ke které chodil na terapie jednou za 14 dní.

Terapii ukončil dva dny před našim rozhovorem. „*Bylo to super, ona udělala se mnou nejvíc práce. Díky ní jsem přišel na to, proč to všechno je,*“ hodnotí Vilém své roční docházení na terapii. Přístup své psychiatricky však vnímá negativně. „*Ona na tebe měla čas jenom při první návštěvě, 15 minut na to, aby si vyslechla, proč jsi přišel. Dala ti medikaci a ostatní návštěvy už byly jen na 30 sekund. Další medikace, běž. Sedí ti, nesedí ti, je ti špatně, není ti špatně. Další termin, ahoj. Když ses na něco zeptal, odpověděla jedním slovem. Žádná empatie ani žádný čas na tebe,*“ popisuje svou zkušenost.

Zvýšenou potřebu dotykovosti Vilém vnímá vždy jen vůči své momentální partnerce. „*Potřebuji ji objímat pořád, potřebuji ji cítit pořád, spát vedle ní. Potřebuju hodně objímání a vyhledávám takovou partnerku, která to má stejně. Ne takovou, která je odtažitá a stačí jí jedno objetí denně. Potřebuji ji cítit pořád a stejně tak tu pozornost z její strany. Myslím si, že je to tou nedostatečnou láskou v dětství,*“ říká Vilém a také tvrdí, že zvýšením dotykových interakcí s partnerkou se snižuje jeho nutkání k exkoriaci. „*Pocituji nějaký vnitřní pocit štěstí, který mě naplňuje. Nemáš v sobě tu úzkost, která to škrábání vyvolává.*“ Vilém mluví také o vysoké důležitosti partnerského sexu. „*Sex odvádí úzkost, tak musí být dobrý a musí být často,*“ popisuje.

Vilémova exkoriační porucha mnohdy zasahovala do sbližování se s novou partnerkou. Už samotná první fáze toho, kdy o tom Vilém své partnerce poví, byla někdy komplikovaná. „*Bylo to podle toho, jestli ten vztah byl delší nebo kratší. Když to bylo jen pár měsíců, tak jsem se tomu třeba celou dobu vyhýbal. Neříkáš to, protože nevíš, jestli jí to můžeš svěřit. Jestli za to stojí a bude to tajemství u ní v bezpečí. Ale později jsem to samozřejmě řekl každé partnerce a vždycky jsem tam slyšel to pochopení. Jinak by sis toho partnera přece ani nevybral,*“ říká Vilém. Dále ale se svými partnerkami své problémy příliš neřešil. „*Vždycky jsme byli domluvení, že kdyby bylo nejhůř, tak jí mám hned říct. Ale to jsem nikdy neudělal, možná i proto, že jsem chlap. Nechci být na nikom takhle závislý, chci si poradit se vším sám. Mám to prostě v sobě, jako muž, že se nechci doprošovat o pomoc. A stejně, když to udělat chceš, tak to uděláš i přesto, že tam ten partner je a máš možnost mu říct. Zamkneš se v koupelně, těch 5 minut klidu si najdeš vždycky. A pak už je stejně pozdě,*“ tvrdí.

Ve chvíli, kdy Vilém cítí nutkání se rozškrabat, mu nezáleží na tom, že to poté bude viditelné pro jeho okolí. „*V tu chvíli si to neuvědomuješ, chceš to udělat, protože ti to dělá dobře. Nevidíš, co bude za 5 minut. Chceš to uvolnění.*“ Partnerský vztah má na Vilémovu poruchu spíše pozitivní vliv. „*Zvládnou to na několik měsíců hodně omezit, maximum bylo asi 4 měsíce. A většinou to kopírovalo právě tu dobu, kdy jsem byl ve vztahu. Ale stejně jsem to dělal, i když minimálně. Třeba to nezašlo do toho vážnějšího poškození kůže, nebo došlo, ale jen na jednom místě, ne na deseti,*“ popisuje Vilém. Že by své exkoriační chování ale zcela potlačil, to se mu v životě povedlo maximálně na jeden nebo dva dny.

Náš rozhovor Vilém hodnotil spíše jako náročný. Jedno téma se v jeho průběhu rozhodl přeskočit. Celkově však působil klidně, rozhovor ho bavil a neměl k němu žádné výhrady. Vzhledem k mužskému pohlaví byla znát odlišná dynamika rozhovoru oproti zbylým pěti rozhovorům se ženami. Validizace respondentem však ve Vilémově případě nebyla možná, protože vzhledem k citlivosti tématu se k němu odmítl podruhé vrátet. Závěrem podtrhl významnost zvyšování veřejného povědomí o fenoménu exkoriační poruchy a podotkl, že byl rád součástí našeho výzkumu.

5.1.6 Alžběta

32letá Alžběta byla šestou a zároveň poslední respondentkou našeho výzkumu. Alžběta si od svých 12 let myslela, že má jen „nenechavé“ ruce a špatnou pleť. V jejím případě se jedná o poškození kůže ve formě mačkání a škrábání na obličeji, na krku, v dekoltu a na zádech. Že má exkoriační poruchu netušila až do chvíle, než si asi před dvěma lety poslechla dříve zmíněný podcast. „*Byl to pro mě totální gamechanger, vlastně lifechanger. Pamatuju si, jak jsem seděla u toho podcastu a říkám si, ty jo, to jsem já, a tady jsou prostě další lidi, kteří to mají úplně stejně. Bylo to jako ze snu,*“ popisuje Alžběta svoje prozření.

V minulosti si také vytrhávala pinzetou chlupy na nohou, to nyní dělá jen ve velmi omezené míře. „*Když jsem tohle dělávala, tak jsem si nenípalala ten obličej, což je samozřejmě logické, protože člověk je zaměstnaný něčím jiným. Zároveň mi to přijde jako něco podobného, že je prostě někde nějaká nerovnost. Takže ať už je to pupínek, suchá kůže nebo chlup, který čouhá, tak jsem se s tím nedokázala smířit.*“ Alžběta je velmi perfekcionista a teprve v poslední době se naučila, že věci nemusí být vždy dokonalé. „*Myslím, že je to součást té dermatilománie, že já vlastně vidím nebo cítím, že je na té pleti nějaká nerovnost nebo hrbol. Že to není perfektní. Což je to, co mě na tom*

irituje. Rozškrábu to s tendencí to udělat hladké, ale samozřejmě to hladké neudělám. Ale v ten moment si to myslím.“

Porucha se u ní začala rozvíjet v období puberty, kdy se jí zhoršila pleť, a tak si ji začala postupně více a více mačkat. Že je potřeba se akné tímto způsobem zbavovat ji naučila matka, a od té doby hledala, co všechno by mohla na své pleti „opravit“. Postupně se začal čas strávený před zrcadlem prodlužovat. *„Pak to došlo do momentu, kdy jsem byla v té koupelně opravdu dlouho a samozřejmě jsem úplně ztratila pojem o čase. A teď třeba někdo přišel a říká, že potřebuje do té koupelny. A to byl ten moment, kdy jako by někdo tlesknul a já jsem si uvědomila, jo aha, já tady vlastně stojím už hrozně dlouhou dobu a mám úplně celý obličej rudý.“*

Alžběta mluví o chvilkovém uspokojení při vymačkávání obličeje, které ale bylo přerušeno někým, kdo ji z tohoto „transu“ vyrušil a ona si uvědomila, co vlastně udělala. *„Teď jsem se viděla v tom zrcadle a říkám si, že prostě vůbec nevím, jak jsem se dostala do tohoto bodu. Jako když se necháte něčím unést. A teď samozřejmě ten dotyčný, který tam přišel a viděl mě, tak se zhrozil.“* Alžbětini rodiče nebo babička měli tendenci její poškozený obličej komentovat. *„To byly věty typu: ‚Co sis to zase udělala? Ty se prostě nenecháš a budeš z toho mít boláky a jizvy. Když budeš takhle vypadat, nebudeš se klukům líbit a zůstaneš sama.‘ Všechny tyto výhrůžky,“* uvádí. Pro takové komentáře měla pochopení, přesto jí však nepomáhaly a dodnes je slýchává ve formě svých automatických myšlenek po tom, co si svou pleť poškodí.

Alžběta popisuje, že si pečlivě vybírá lidi, kterým o své poruše poví. Potřebuje mít jistotu, že ji alespoň trochu porozumí. *„To je vlastně to samé, jako když lidem řeknu, že chodím na terapii. Vyrůstala jsem v prostředí, kde na terapii chodili jenom blázni, takže člověk se tak jako drží zpátky a vlastně se za to stydí, než dojde k tomu, že to bylo jedno z nejlepších rozhodnutí v životě.“* Na terapii teď Alžběta dochází pravidelně. Původně vyhledala psychologa kvůli úzkostem, nyní je zakázka neurčitá a postupně se proměňuje. Celkově se však jedná primárně o zlepšení vztahu sama k sobě.

Terapie jí pomohla lépe porozumět situacím, které ke zvýšenému nutkání vedou. V případě Alžběty se jedná především o větší distres, situace vyžadující velké soustředění a také PMS. *„Došlo mi, že když jsem v nějakém distresu, tak automaticky kdykoli jdu kolem zrcadla s dobrým světlem, tak cítím to nutkání.“* Důležité pro ni bylo také uvědomění, co může dělat tady a teď. *„U toho zrcadla jsem opravdu prostála hodiny. A teď jsem díky té*

terapii už schopná si to uvědomit čím dál tím dřív. Neříkám, že jsem schopná to nedělat, ale aspoň si to uvědomit.“ Také se díky terapii naučila lépe naslouchat řeči svého těla a vnímat vlastní emoce, které ve své primární rodině musela výrazně potlačovat. Alžbětě také velmi pomohlo uvědomění, že svoje problémy nemusí vyřešit hned, ale stačí se malými kroky přibližovat ke stavu, který by byl udržitelný a pro její pleť méně trýznivý.

Exkoriační porucha jí do běžného života významně zasahuje. Vnímá ji jako velmi omezující. *„Mnohem víc koukám na to, co si oblékám. Třeba si nevezmu velký výstřih nebo výraznou rtěnku, protože mi přijde, že to nejde k tomu, že nemám bezchybnou pleť. Nebo si třeba vůbec nenamaluji oči, protože vždyť je to přece stejně jedno, když mám bolák tady, tady, tady,“* popisuje, jak se proměňuje její přístupování sama k sobě podle toho, v jakém stavu má zrovna svou pleť. To by se však mohlo zdát jako malichernost oproti tomu, že kvůli stavu své pleti už vícekrát zrušila svou účast na nějaké akci, nebo dokonce odmítla převzít poštovní balík. Nedokázala dopustit, aby ji zrovna v tu chvíli někdo viděl. *„Ta pleť byla po mém útoku v tak zuboženém stavu, že jsem to nedokázala zakrýt vůbec ničím. Make-up, pudr, takový ty různé zelený korektory, i přes to všechno to prosvítalo. Tak jsem z toho tak v prdeli, že si řeknu, že tam radši nepůjdu, než aby se mě tam lidi ptali, co to mám na tom čele.“* Porucha Alžbětu omezuje i při nakupování, oblečení si nezkouší v kabinkách, protože v nich bývá příliš dobré světlo. *„Jakmile se dostanu do kabinky v obchodě, tak prostě vím, že se velmi často neudržím.“*

Alžběta popisovala také nedávnou situaci, kdy se chystala jít s kolegy z práce na oběd, nicméně si na WC u zrcadla všimla nových kožních útvarů na bradě, které nedokázala nechat bez povšimnutí. Automaticky pupínky drastickým způsobem vymačkala, načež její pleť výrazně zčervenala a zanechala na sobě otisky jejích nehtů. *„A teď jsem si říkala, že musím přijít do té kanceláře, kde už na mě budou všichni čekat a já budu muset říct, ať vydrží ještě chvíli, sáhnout do kabelky a před všemi lidmi vytáhnout korektor a zrcátko a zamatlat to. Samozřejmě člověk začne přemýšlet, co si o mě asi tak říkají. Že jsem nějaká divná, že jdu na záchod a tam si musím vymačkat obličej, i když vím, že jdeme na oběd. Ale já se prostě nedokážu ovládnout. I když si uvědomuji, že bych to neměla dělat, že jdeme na ten oběd a všichni na mě čekají, stejně to udělám,“* vypráví Alžběta. Stav u zrcadla popisuje jako flow, kdy přestane vnímat okolní svět bez uvědomování si jakýchkoli souvislostí nebo dalších konsekvencí.

Ve svém zvládnání exkoriační poruchy nepociťuje žádné velké výkyvy, v jejím případě jedná se spíše o kontinuální záležitost. Dochází sice k lehkému zhoršení

v náročnějších životních obdobích, frekvence exkoriace je ale víceméně podobná. Nejdéle si dokázala Alžběta pleť nepoškozovat asi jen jeden den, a to se většinou jednalo např. o celodenní výlety do přírody nebo dny, kdy se samým zaneprázdněním a únavou k zrcadlu vůbec nedostala. „*Nedokážu si vybavit, kdy naposledy jsem měla den, kdy bych se nenípla vůbec.*“ Alžběta zkoušela různé doporučené tipy, jako např. zakrývání či odstraňování zrcadel. Protože ale člověk vždy nějaké zrcadlo v domácnosti najde, jeho složitější dostupnost Alžbětu nezastavilo.

Ze všeho nejvíce její nutkání prohlubují nevhodné komentáře okolí. „*Cokoliv jako: ,Nedělej to! Podívej se na sebe, nikdo tě nebude chtít!‘ Takový to odsuzování. To naopak člověka pošle do stavu, kdy má chuť u toho zrcadla prostát fakt x hodin a říkat si, že si za to stejně může sám, že stejně ta moje pleť bude strašná a že je mi to vlastně úplně jedno, prostě rezignuju.*“ Takové komentáře u Alžběty nevyvolají vztek na dotyčné osoby, nýbrž na sebe sama. „*Oni na to upozorní a já si řeknu: ,Ale já vím, že jsem na sebe naštvaná, nemusíš mi to říkat, jo. Já se vidím v tom zrcadle. Vidím, že jsem celá rudá, jo. Nemusíš mi to říkat. A ty tady přijdeš a řekneš mi, no podívej se, jaký máš červený fleky na obličeji. No ty vole, nekecej. Teď jsem tady prostála hodinu a půl a nepotřebuju to slyšet.‘ Zintenzivní to pak ty sebeobviňující myšlenky.*“ Tyto poznámky se ale postupem času staly jejími automatickými myšlenkami po tom, co si svou kůži významně poškodí. „*A pak se to zvrhne do toho hlasu, kterým se mnou mluvilo moje okolí v té pubertě, když se mi tohle začalo dít. Podobným vnitřním hlasem já občas pak promluvím sama k sobě.*“ Nejvíce ze všeho jí v pubertě zasáhly poznámky typu: „*Až budeš mít jizvy po celém obličeji, tak tě nikdo nebude chtít.*“ Její rodinní příslušníci měli tendenci komentovat také její postavu. „*Celé se to vlastně točilo kolem toho, že to, jak člověk vypadá, je to nejhorší, co se mu v životě může stát.*“

Velice Alžbětě pomohlo, když před dvěma lety zjistila, že se jedná o duševní poruchu. „*Pomohlo mi vědomí toho, že v tom nejsem sama a že jsou lidi, kteří tím reálně trpí a prožívají stejný strasti jako já. A že to není něco, za co bych se musela nějakým způsobem stydět.*“ Jako velmi podpůrnou popisuje svou ranní rutinu úkonů včetně aplikace make-upu, přestože pracuje převážně z domova. „*Pomáhá mi se upravit, nemyslím vyloženě full make-up, ale stačí dát si tónovací krém, který sjednotí tu pleť. A já pak chodím kolem toho zrcadla a říkám si, jak je to hezký. A nechce se mi to kazit, i když se to občas nepovede.*“

V současnosti jí nejvíce pomáhá přijetí a podpora druhých osob. „*To přijetí od okolí je pro mě extrémně důležité, protože já pak nejsem tak ve stresu, který způsobuje, že u toho zrcadla strávím opravdu drahnou dobu.*“ Zajímalo nás, zda má Alžběta na mysli spíše partnerské přijetí, nebo se to týká spíše přátel a rodiny. „*Já si myslím, že přijetí celkově, ale zároveň můžu říct, že si vlastně asi nevybavím, že by mi někdo jiný než můj partner, řekl něco podporujícího,*“ odpovídá. V současné situaci, kdy Alžběta partnera nemá, jí ze všeho nejvíce pomáhá ranní sjednocení pleti.

Náročné jsou pro Alžbětu právě neempatické reakce okolí. „*I když to možná nemyslí špatně, to odsouzení těch lidí nebo vůbec ta potřeba na to upozornit, už to je hrozně bolestivé.*“ Dokonce ji při pracovním meetingu její šéfová před všemi jejími kolegy pokárala a pleskla přes prsty. Vypráví, že za svůj život se setkala jen s minimem lidí, kteří by jí věnovali čas vyslechnout si její příběh související s exkoriační poruchou. „*Pro mě je to opravdu vysoce citlivá věc, taková hodně niterná, ale po tom, co jsem jim tohle všechno řekla, tak jen velmi málo z nich mi potom řeklo něco jako: ‚Ale já tě mám rád stejně.‘ Nebo třeba: ‚Viš, na mém vztahu k tobě to nic nemění.‘*“ Stud pociťuje i mezi cizími lidmi, např. v tramvaji. Mívá myšlenky na to, zda se na ní všichni dívají a co si o ní myslí.

V otázce hapticity je Alžběta opravdu výjimečnou respondentkou. Odpověděla, že miluje psy s dlouhou srstí, protože do nich může zabořit své prsty, a obdobně preferuje i muže s delším sestřihem, do kterých může „*zajet těmi prsty a hladit ve vlasech.*“ Celkově o sobě Alžběta mluví jako o dotykovém člověku, zároveň se to ale týká jen těch lidí, se kterými se cítí bezpečně. „*Mám třeba hrozně ráda, když mě někdo obejmě a třeba mě takhle podrží zezadu za hlavu. Nebo pohladí po vlasech, po zádech...*“ Naopak popisuje silnou averzi, byť i k letmému dotyku, s osobou, kterou nemá v oblibě. Vysoce citlivá na dotek je i sama vůči sobě. „*Třeba teď když zavřu oči a přejeďu si po čele, tak tam cítím prostě úplně všechno. Neřekla bych, že mám nějaké extrémně citlivé prsty, ale vnímám opravdu každou nerovnost.*“ Celý život se Alžběta obklopovala plyšovými hračkami. „*Často jsem na nich spala a měla jsem ráda ten pocit, že spím na tom plyši, který mi byl hrozně příjemný na tu tvář,*“ popisuje. Zajímavý je i její dětský rituál při usínání, kdy si vedle sebe vždy položila kapesník, který hladila do chvíle, než usnula.

Po sexuální stránce Alžběta imponuje poměrně masochisticky. Občas vyžaduje, aby byla během sexuálního styku škrcena, držena, poutána nebo kousána a ráda hledá hranici své bolesti, v čemž vnímá jistou paralelu se svou exkoriační poruchou. „*Myslím, že to vlastně není jen o té bolesti, ale i o tom, kolik toho člověk vydrží. Prostě hledání nějaké*

hranice.“ Hledání svých vlastních hranic Alžběta popisuje také po stránce svých partnerských vztahů nebo sportu. „*Myslím, že jsem ten člověk, který chodí na tu hranu. Nejenom v tom sexu, nejen ve sportu, ale vlastně i v tom běžném životě,*“ popisuje. „*Člověk potřebuje ten dotyk víc a intenzivnější, aby ho vůbec cítil,*“ shrnuje Alžběta svou zvýšenou potřebu dotyku. „*Chci, aby to bylo fakt hodně cítit, aby tam byla taková ta bolest. Ale zároveň vím, že když ta drsná část skončí, tak potřebuju, aby mě objal a zase zklidnil. Aby nastala ta aftercare, jemný hlazení po zádech, ve vlasech.*“

Rozhovor byl dle Alžběty veden skvěle s optimálním vyvážením svobody a direktivity. Ve své zpětné vazbě uvedla, že se během rozhovoru cítila bezpečně, což jí umožnilo mluvit i o citlivých tématech velmi otevřeně. Celkově naše setkání hodnotila jako příjemné a vyjadřovala vděk za příležitost k tomu o své poruše mluvit. V rozhovoru mluvila celou dobu velmi spontánně. Po skončení rozhovoru referovala o velmi pozitivním a „terapeutickém“ efektu našeho setkání. Popisovala mimořádnost našeho rozhovoru, při kterém měla poprvé v životě pocit, že druhá strana velmi dobře rozumí všem problémům, o kterých v souvislosti se svou poruchou mluvila. Zatímco terapie poskytuje Alžbětě bezpečný prostor a umožňuje jí se osobnostně posouvat, rozhovor s někým, kdo má velmi podobnou životní zkušenost, hodnotila jako stejně podpůrný. Závěrem vyjádřila vděčnost za tuto příležitost, díky které by ráda přispěla k podpoře a destigmatizaci osob se stejnou poruchou.

5.2 Odpovědi na výzkumné otázky

Na základě získaných dat čtenáři v této části práce představíme odpovědi na výzkumné otázky, které jsme si pro náš výzkum stanovili.

Jak vypadá průběh potýkání se s exkoriační poruchou?

Každý respondent své exkoriační poruše rozumí trochu odlišným způsobem. Všichni dotazovaní uvedli počátek svých problémů v období před dosažením dospělosti, čtyři z nich uvedli nástup problémů kolem mezi 12 a 15 rokem života, zbývající dva respondenti vykazovali symptomy poruchy již v dětském věku. Pět respondentů uvedlo, že se u nich porucha projevuje spíše kontinuálně, tedy že nepocítují výrazné propady ani zlepšení. Jeden respondent naopak uvedl, že zažívá výrazně lepší a výrazně horší období zvládání poruchy. V tomto případě ale zhoršení a zlepšení nedokáže ničím odůvodnit a ani dát s čímkoli do spojitosti. Celkově však respondenti referovali, že v zinním období se

problémy prohloubí, a naopak v letních měsících pozorují zlepšení. V kontextu denní doby je pro většinu z nich rizikovější večer, konkrétně čas (obvykle v koupelně) před spaním, protože vědí, že ten den už nepůjdou mezi žádné další osoby.

Respondenti rozumí své exkoriační poruše relativně různorodě. Jedna respondentka uvedla, že exkoriaci chápe jako automatické navracení pozornosti ke svému tělu, o které si „říká“ v čase, kdy mu zapomíná věnovat náležitou péči a odpočinek. Jiná respondentka mluvila o „ventilaci nervozity“ a vyhledávání úlevy, další pak o exkoriaci jako o naučeném copingovém mechanismu. Jediný respondent mužského pohlaví shledával původ problému v pedantské výchově vedené jeho otcem. Téměř všichni respondenti hovořili o restrikci emocí v dětství ve své původní rodině a uváděli také nedostatečně dobrý vztah k vlastní osobě. Objevovalo se i téma perfekcionismu, tlaku na výkon, nezvládnutého vzteku a omezování projevu v dětství.

Většina respondentů uvedla, že exkoriační porucha významně narušuje jejich fungování v běžném životě. Konkrétně se jednalo např. o vyhýbání se nošení příliš odhalujícího oblečení (tílka, výstříhy), vyhýbání se ukazování exkoriovaných částí těla druhým lidem, např. zakrývání prstů proplétáním rukou, zakrývání šije šálou a čela čepicí i v letním období, v pubertě chození za školu, vyhýbání se očnímu kontaktu a socializaci obecně, vyšší finanční náklady kvůli dovozu hotových jídel a potravin domů, neustálé nošení zrcátka při sobě, nepřevzetí zásilky v předem neohlášeném čase, rušení účasti na plánovaných akcích, vyhýbání se zkoušecím kabinkám a v neposlední řadě členění nevyžádaným dotazům a poznámkám ze strany jejich mnohdy blízkých osob. Často zaznívalo také téma času promarněného u zrcadla, který byl např. dvě hodiny denně.

Jak naši respondenti dospěli k tomu, že se v jejich případě jedná o exkoriační poruchu?

Všichni účastníci výzkumů uvedli, že s exkoriační poruchou žili relativně dlouho, dokud nezjistili, že se nejedná o jakýsi zlovyk, ale o duševní poruchu. Doba mezi výskytem prvních příznaků a zjištěním, že se jedná o poruchu, byl v případě našich respondentů v průměru 20 let (konkrétně 6, 22, 31, 24, 20, 18). Tou dobou jim bylo 20, 37, 34, 26, 31 a 29 let.

Většina respondentů se o existenci exkoriační poruchy dozvěděla díky podcastu Diagnóza F, vydaným v roce 2022, kde se hosté podcastu zmiňovali o nejmenované skupině na sociální síti Facebook, která sdružuje osoby s touto poruchou. V této skupině

jsme sdíleli možnost participace v našem výzkumu, není tedy náhoda, že naprostá většina respondentů uvedla právě tento způsob seznámení se s exkoriační poruchou. Z toho vyplývá zároveň i slabá stránka výzkumu – přesně nevíme, jak se většina osob potýkající se s exkoriační poruchou dozví o tom, že tato porucha vůbec existuje. Proto doporučujeme budoucím výzkumníkům hledat respondenty nikoli výlučně prostřednictvím jedné skupiny na platformě sociální sítě Facebook, nýbrž skrze několik různých zdrojů.

Reakce na toto zjištění byly výhradně pozitivní. Respondenti uváděli, že se jim ulevilo, když zjistili, že se jedná o duševní poruchu a „nejsou na to sami“. Popisují to dokonce jako něco, co jim změnilo život. Pro ně samotné bylo toto zjištění velmi destigmatizující. Celý dosavadní život se domnívali, že se jedná pouze o zlovyk a nemožnost přestat s exkoriací je tedy záležitostí jejich vlastní neschopnosti, ostatně taková slova celý život slyšovali od svého nejbližšího okolí. Jen samotné zjištění, že se jedná o duševní poruchu a podobnými problémy trpí i mnoho dalších lidí popisují jako velice úlevné a destigmatizující.

Jaké formy pomoci považují lidé trpící exkoriační poruchou za neúčinnější?

Odborná literatura za nejúčinnější léčbu exkoriační poruchy považuje kombinaci farmakoterapie a KBT. S farmakoterapií a psychiatrickou péčí měl zkušenost pouze jeden respondent, ale důvody medikace se netýkaly exkoriační poruchy, nýbrž OCD. Terapii někdy navštívili všichni naši respondenti, jeden respondent však téma exkoriační poruchy ve své terapii vůbec neotevřel. Důvodem k vyhledání terapie byla samotná exkoriační porucha pouze ve dvou případech, jindy terapeuta vyhledali z důvodu vyskytujících se úzkostných nebo depresivních stavů, problémům se stravováním nebo přetížení z pandemie COVID-19. Zkušenosti z terapie vnímají pozitivně, nicméně ani v jednom případě neměla terapie přímý vliv na dlouhodobé omezení exkoriačního chování. Sami respondenti popisovali, že největší práci na sobě museli odvést především ve své vlastní hlavě, a ani tak se nedá říct, že by poruchu zcela překonali. Díky terapii spíše lépe rozumí např. spouštěčům nutkání k exkoriaci, původu problémů a důležitým souvislostem. Nutno však podotknout, že ve většině případů se jednalo pouze o terapeuta, nikoli o psychologa s terapeutickým výcvikem, a navíc jen u jednoho respondenta byla terapie právě exkoriační poruchy záležitostí dlouhodobé a systematické intervence.

Obecně našim respondentům ve zvládnání poruchy pomáhá větší direktivita terapeuta, pozitivní reakce ze strany okolí v případě pozorovaného zlepšení stavu kůže,

přijetí a podpora blízkých, čas věnovaný péči o sebe ve formě chození do sauny, na jógu, ale i ranní upravení obličeje např. tónovacím krémem. Taktéž celkové snížení distresu a přílišné zátěže. Dvě respondentky mluvily také o používání „fidget“ hraček, se kterými si lze hrát nebo si jimi působit bolest pícháním do prstů aj. Někteří uváděli zlepšení v době, kdy se nacházeli v partnerském vztahu. Jeden z respondentů své problémy řešil deset let vkuse pitím nadměrného množství alkoholu.

Příznaky poruchy pak zhoršuje především restriktivní, devalvující a konfrontační reakce okolí, PMS a s ním související změna nálady a zhoršení pleti, přílišné množství povinností působící distres, prokrastinace a okřikování ze strany partnera. Několik respondentů uvedlo jako velmi rizikovou činnost např. čtení knih nebo sezení u počítače, tedy činnosti vyžadující vysokou motorickou inhibici a koncentraci zároveň. Respondenti často mluvili o všeobecně doporučovaných technikách od ostatních uživatelů na internetu, jakými je např. zakrývání nebo odstraňování zrcadel v bytě, zalepování konečků prstů náplastmi nebo psaní si vzkazů na zrcadlo, nicméně ani jednomu z nich podobná doporučení nepomohla, popřípadě jen velmi krátkodobě. Tyto „omezovací“ techniky se tak dle sdělení našich respondentů jeví jako velmi neúčinné, nicméně při akutních potížích lze uvažovat i o jejich pozitivním přínosu.

Jak lidé trpící poruchou exkoriace prožívají něžný dotyk?

Celkově si naši respondenti láskyplný dotyk, obvykle ze strany partnera, užívají bez omezení. Někteří hovoří o jeho zvýšené potřebě. Tendence zaměstnávat kožní receptory ať už láskyplnými nebo naopak bolestivými podněty se v rozhovoru nastínila u většiny respondentů. Na jedné straně se objevovalo téma vyšší potřeby dotýkat se, objímat se s partnerem, s dětmi nebo domácími mazlíčky, stejně tak jako potřeba „zabořit“ své prsty např. do dlouhé psí srsti nebo partnerových delších vlasů. Na straně druhé někteří respondenti uváděli, že jako náhradu za exkoriační chování používají „fidget“ hračky ve formě pichlavých prstýnků, náramků aj., které způsobují bolest a jako by dostatečně zaměstnávali touhu jejich kožních receptorů po intenzivnějších podnětech.

Z rozhovorů nevyplývalo, že by exkoriační porucha nijak významně zasahovala do intimní a sexuální oblasti našich respondentů. Jedna respondentka uvedla, že si po rozškrábání svých zad nepřeje, aby jí po nich její partner hladil a taková skutečnost výrazně naruší společné prožití intimního okamžiku. Zaznělo i téma obtížnějšího seznamování se s novým partnerem vzhledem k exkoriační poruše, kdy má dotyčný

potřebu déle testovat důvěru, než o své poruše s partnerem promluví. Do partnerské dynamiky také mnohdy zasahují partnerovy necitlivé komentáře, kdy má respondentův partner tendenci v dobré víře zasáhnout – takové poznámky se však jeví jako velmi neúčinné až kontraproduktivní, jelikož ještě více eskalují napětí a tím i samotné nutkání k intenzivnější exkoriaci. Namísto toho jsou pro respondenty ze strany jejich partnerů důležité projevy podpory a sounáležitosti.

Celkově lze říci, že vůči svým partnerům naši respondenti mluví spíše o vyšší potřebě fyzické blízkosti, ať už ve formě dotýkání, objímání nebo sexuální aktivity. Lepší zvládnutí exkoriační poruchy se následně pozitivně odráží také v sexuální oblasti. Jedna respondentka se zmínila o své preferenci masochistické role a hledání vlastních hranic bolesti. Někteří respondenti uváděli také výrazné omezování dotyků a emočních projevů v jejich primární rodině, kde nebylo zvykem vyjadřovat vřelost nebo lásku např. objetím, pohlazením nebo podáním ruky.

6 Diskuze

Cílem našeho výzkumu bylo dozvědět se, jak osoby s exkoriační poruchou své poruše rozumí, jaký je jejich příběh. Chtěli jsme lépe porozumět individuálnímu průběhu poruchy u každého respondenta, zda a popřípadě v závislosti na čem pociťuje lepší či horší období zvládání poruchy a také co našim respondentům nejvíce pomáhá a co symptomy poruchy naopak prohlubuje. Zajímalo nás, jak a kdy respondenti zjistili, že se u nich exkoriační porucha vyskytuje. V centru našeho zájmu stály také zkušenosti respondentů v odbornou pomocí a vliv poruchy na prožívání dotyku a intimity.

Z výzkumu Grant & Chamberlain (2022) vyplývá, že první projevy exkoriační poruchy se nejčastěji objevují před dvacátým rokem věku. Čtyři ze šesti našich respondentů uvedli věk výskytu prvních příznaků mezi 12 a 15 rokem a zbývající dva uvedli, že se s poruchou potýkají již od dětství. Pět ze šesti respondentů referovalo spíše o kontinuální povaze poruchy, tedy že nepozorují žádné diskontinuity jejího zvládání v závislosti na okolním dění či jejich vlastních emočních stavech, což odpovídá také zjištění jiných výzkumných studií (Keuthen et al., 2000; Grant et al., 2007), kde účastníci uvádějí, že ačkoli intenzita narušování kůže v průběhu mnoha let slábne a klesá, příznaky se s časem v podstatě nemění. Jeden respondent sice vypověděl, že mívá lepší a horší období zvládání poruchy, nicméně nedokázal tyto výkyvy přisoudit žádným výraznějším souvislostem v jeho životě. Celkově se ale zdá, že příznaky poruchy se zhoršují v zimních měsících, a naopak zlepšují v letních, z hlediska denní doby je pro většinu respondentů rizikovější večer. Ricketts et al. (2017) shledávají čas před spaním jako rizikový, protože při něm oproti zbylé denní době častěji dochází k patologické exkoriace, přičemž nižší sebekontrola, pocity úzkosti, uvolnění nebo nuda může v tomto kontextu přispívat ke zhoršení příznaků.

Studie prováděná na 29 účastnících s exkoriační poruchou zjistila, že její průměrná délka je 20,1 roku (Keuthen et al., 2000), podobně jako v jiné studii s 24 respondenty, kde průměrná délka trvání poruchy byla 18,9 roku (Grant et al., 2007). Isibor & Sagan (2023) také poukázali u těchto osob na častý pocit studu vedoucí ke

sebestigmatizaci, zakrývání, utajování problému a vyhýbání se řešení. Respondenti našeho výzkumu se s exkoriační poruchou potýkali v průměru 20 let předtím, než vůbec došli ke zjištění, že tato porucha existuje. Lze předpokládat, že jedním z důvodů poddiagnostikování exkoriační poruchy je nedostatek odborných informací a málo pozornosti věnované tomuto fenoménu nejen v české populaci.

Studie Gallinat et al. (2019a) potvrzuje potřebu snadno dostupných a ověřených informací o intervenci týkající se exkoriační poruchy a také poukazuje na vysoký zájem cílové populace o internetovou svépomoc. Dalším důvodem poddiagnostikování poruchy a jejímu přisuzování téměř výhradně ženám může být i tendence mužů tuto poruchu více skrývat. Náš respondent mužského pohlaví uvedl, že své problémy nevnášel ani do partnerského vztahu, protože „nechce být na nikom závislý“, nechce se „doprošovat o pomoc“ a „má tendenci si se vším poradit sám“. Pokud tedy uvážíme, že většina jedinců s touto poruchou už tak pociťuje velký stud a ostych se svými problémy komukoli svěřovat, a k tomu připočteme ještě mužskou tendenci si se vším poradit bez pomoci okolí, možná zvážíme myšlenku, že rozdíl ve výskytu exkoriační poruchy mezi pohlavími nebude ve skutečnosti tak propastný.

Výzkumy ukazují, že exkoriační porucha může výraznou měrou zasahovat do denního fungování a života osob, které se s ní potýkají (Neziroglu et al., 2008). Naši respondenti uváděli, že je porucha omezuje v životě např. kvůli vyhýbání se nošení příliš odhalujícího oblečení (tílka, výstřihy), vyhýbání se ukazování exkoriovaných částí těla druhým lidem, např. zakrývání prstů proplétáním rukou, zakrývání šíje šálou a čela čepicí i v letním období, chození za školu v době puberty, vyhýbání se očnímu kontaktu a socializaci obecně, vyšším finančním nákladům kvůli dovozu hotových jídel a potravin domů, neustálému nošení zrcátka při sobě, nepřevzetí zásilky v předem neočekávaný čas, rušení účasti na plánovaných akcích, vyhýbání se zkoušecím kabinkám a v neposlední řadě nevyžádaným dotazům a poznámkám ze strany okolí. Často zaznívalo také téma času promarněného u zrcadla, který byl vyčíslen např. na dvě hodiny denně.

Jako pomáhající faktory naši respondenti uváděli pocit přijetí a podpory od svých blízkých, pozitivní reakce ze strany okolí v případě pozorovaného zlepšení stavu kůže, čas věnovaný péči o sebe ve formě chození do sauny, na jógu, ale také ranní upravení obličeje např. tónovacím krémem, celkové snížení distresu a přílišné zátěže nebo větší direktivitu terapeuta. Někteří také uváděli zlepšení v době, kdy se nacházeli v partnerském vztahu. Jeden z respondentů své problémy řešil deset let vkuse pitím nadměrného množství

alkoholu, což se jeví být poměrně častým fenoménem. Studie Flessner & Woods (2006) s 92 jedinci s exkoriační poruchou zjistila, že 17,4 % z nich užívalo nelegální drogy, 22,8 % tabákové výrobky a 25,0 % alkohol proto, aby si ulevili od nepříjemných pocitů spojených s poškozováním kůže v souvislosti s poruchou. Dvě respondentky pozitivně referovaly o používání „fidget“ hraček. Ve výzkumu Capriotti et al. (2015), zaměřujícím se na metodu k redukci exkoriačního chování, byly využívány „fidget“ hračky v situacích, kdy účastníci trávili čas pasivními sedavými činnostmi, jako např. čtení, sledování TV nebo sezení u počítače, aby omezili kontakt rukou s jinými částmi těla. Jones et al. (2018) a Lochnet et al. (2017) uvádějí, že „fidget“ hračky lze používat jako alternativu k exkoriačnímu chování v rámci tréninku kontroly podnětů a odvracení návyků.

Nutkání k exkoriačnímu chování může provokovat mnoho spouštěčů. Mezi ty nejčastější patří stres, úzkost, čas strávený mimo naplánované činnosti (např. sezení na gauči, sledování televize, čtení atd.), nuda, pocit únavy nebo vzteku (Arnold et al., 2001; Simeon et al., 1997; Grant et al., 2007; Neziroglu et al., 2008). Potíže s emoční regulací a emoční reaktivitou se ukazují jako prediktor chování spojeného s exkoriační poruchou (Snorrason et al., 2010). Naši respondenti vypověděli, že v jejich případě nutkání zvyšuje především zátěžové období či situace působící distres, PMS a s ním související změna nálady a zhoršení pleti, prokrastinace, restriktivní, devalvující a konfrontační reakce okolí nebo okřikování ze strany partnera, vyvolávající stres, smutek nebo vztek. Respondenti taktéž referovali o vlivu vysokého distresu na větší nutkání k exkoriaci, zároveň také často uváděli např. čtení knih či práce u počítače jako rizikové činnosti v souvislosti s exkoriací vyžadující vysokou motorickou inhibici a velkou koncentraci.

Nejedná se tedy jen o přímou úměru prožívaného stresu a pocíťovaného nutkání k exkoriaci, jak bychom se mohli mylně domnívat. Období vyššího distresu sice exkoriaci opravdu zintenzivňují, nicméně ani z odborné literatury ani ze zkušenosti našich respondentů nevyplývá, že by nutkání nepocíťovali v době, kdy se cítí uvolnění a šťastní. Nutno však podotknout, že aktivní prevence ve formě dostatečné sebepečce (např. ve formě sauny, jógy či jakékoli jiné formy trávení času sama se sebou) a udržování optimální hladiny stresu (např. předcházení nahromadění vysokého množství povinností aj.) se jeví jako nezbytná pro směřování k lepšímu zvládnání poruchy. To potvrzuje i výzkum Prochwicz et al. (2018), který mluví i o důležitosti učení se relaxaci a postupného kognitivního přerámování pro snižování exkoriačního chování.

Studie Prochwicz et al., (2018) také zkoumala souvislost mezi aktivací/deaktivací, strategiemi emoční regulace a různými podtypy exkoriačního chování. Výzkum ukázal, že pocit napětí je spojen s volní i automatickou (tj. mimovolní) exkoriací. Pocit klidu a uvolnění naopak snížil volní exkoriaci u jedinců se sníženou tendencí k expresivnímu potlačování a snížil automatickou exkoriaci u jedinců, kteří používali kognitivní přerámování jako strategii emoční regulace (Prochwicz et al., 2018). Naši respondenti pojímali svou exkoriační poruchu jako způsob navracení pozornosti sami k sobě, „ventilaci nervozity“, naučený copingový mechanismus, důsledek zažívání pedantské výchovy, restriktci emočních projevů v dětství nebo špatného vztahu k vlastní osobě. Často zaznívalo i téma perfekcionismu, tlaku na výkon nebo nezvládnutého vzteku.

Výzkum Isibor & Sagan (2023) odhalil výrazný pocit studu u jedinců s exkoriační poruchou vedoucí k sebestigmatizaci, skrývání příznaků a vyhýbání se lidem i možností pomoci. Stud za exkoriační chování se také prolínal se studem za osamělost těchto jedinců a umocňoval ho. Protože je exkoriační porucha málo známá, může být mylně považována za „volbu“. Málokdy se o ni mluví jako o něčem, co může vést k sociálnímu vyloučení. Pocit studu za svůj vzhled a své exkoriační chování se prolíná se studem za osamělost a může vést jedince k dalšímu cyklu uzavírání se (Isibor & Sagan 2023). Naši respondenti o studu často hovořili, a to především v souvislosti se svou životní fází, kdy ještě nevěděli, že se nejedná o jejich zlozvyk či neschopnost, ale o duševní poruchu.

Na jedné straně se jednalo o stud za to, jak vypadají jejich postižená místa na kůži, a na straně druhé stud za to, že se exkoriačního chování dopouštějí a nedokáží s ním přestat. Tyto pocity přetrvaly i do současnosti, kdy je vnímají často vůči svému partnerovi, nebo dokonce vůči vlastním rodičům. K pocitu studu je často podněcovaly poznámky jejich blízkého okolí, např. právě rodiče nebo partneři, kteří měli tendence jim exkoriační chování dávat za vinu a restriktivním způsobem je přimět k jeho odstranění. Takové komentáře však obvykle vedly jen k vyššímu stresu a pocitům viny, které se sekundárně projeví ještě větším nutkáním k exkoriaci. Navíc se tyto vyčítavé poznámky okolí v průběhu života vryly do paměti našich respondentů takovým způsobem, že se z nich postupně staly automatické myšlenky doprovázející pocity viny po provedení exkoriace.

Dle Gallinat et al. (2019b) se jen málo jedinců s exkoriační poruchou dostane k adekvátní léčbě navzdory tomu, že k profesionální pomoci zaujímají vesměs pozitivní přístup. Jejich výzkum ukázal, že pomoc odborníka vyhledala zhruba třetina výzkumného souboru, kdy se obraceli především na psychology, terapeuty nebo dermatology. Zatímco

zkušenosti s psychologickou pomocí byly převážně hodnoceny jako pozitivní, dermatologové pomohli jen velmi malému procentu účastníků. Všichni respondenti našeho výzkumu někdy vyhledali terapeuta, nicméně ve většině případů z jiného důvodu, než byly jejich obtíže spojené s exkoriační poruchou. Často se jednalo o řešení úzkostných či depresivních stavů, na což poukazuje i výzkum Flessner & Woods (2006), ve kterém 85,9 % osob s exkoriační poruchou referovalo o výskytu úzkosti a 66,3 % o výskytu deprese způsobené poškozováním kůže v rámci poruchy. Psychiatrickou pomoc vyhledal pouze jeden respondent, nicméně tak učinil z důvodu medikace OCD a prevenci alkoholového relapsu. Terapii respondenti hodnotili vesměs pozitivně a popisovali ji jako otevření dveří k tomu svou poruchu řešit a pochopit hlubší souvislosti.

Ve výzkumu Gallinat et al., (2019b) uvedlo více než 40 % respondentů jako důvod dřívějšího nevyhledání pomoci pochybnosti o odbornosti psychologů, terapeutů a psychiatrů v oblasti exkoriační poruchy a také nedostatek informací o možnostech pomoci (Gallinat et al., 2019b). Rezervovanost osob s exkoriační poruchou vůči vyhledání odborné pomoci tak není neopodstatněná. Jedinci s BFRB poruchami se často zdráhají vyhledat pomoc, ale pokud tak přeci jen učiní, mnohdy se setkají s odborníkem, který má o jejich stavu nedostatečné nebo dokonce nulové znalosti a často jim doporučuje neověřenou a neúčinnou léčbu (Franklin et al., 2008; Tucker et al., 2011; Weingarden & Renshaw, 2015; Woods et al., 2006). Marcks et al. (2006) ve svém průzkumu zjistili, že lékaři a psychologové správně zodpověděli pouze 61 % otázek týkajících se obecných znalostí o trichotilománii (Marcks et al., 2006) a jiné studie zase dospěly ke zjištění, že 90 % dermatologů a psychiatrů nedbalo na žádné psychické zdroje problémů u pacientů s exkoriační poruchou (Jafferany et al., 2010).

Ze studie Gallinat et al. (2019b) také vyplynulo, že velmi častým důvodem nevyhledání odborné pomoci bylo vnímání příznaků jako nedostatečně závažné. Toto zjištění je v souladu s dřívějšími výzkumnými výsledky týkajících se jiných duševních poruch (např. poruch příjmu potravy), které naznačují že potíže s rozpoznáním závažnosti příznaků je zásadní a častou překážkou pro vyhledání pomoci (Gallinat et al., 2019b). Respondenti našeho výzkumu dříve léčbu nevyhledali především z toho důvodu, že vůbec nevěděli, že se v jejich případě jedná o duševní poruchu. S terapií se nakonec setkali všichni, nicméně ne vždy se jednalo přímo o řešení obtíží spojených s exkoriační poruchou anebo tomuto tématu věnovali jen velmi omezený počet sezení. Objevovalo se i téma pocitů viny za to, že jejich porucha není dostatečně „vážná“ na to, aby si terapii zasloužili.

Často pak respondenti hovořili o tom, že samotná terapie příznaky poruchy nezmírnila, popřípadě jen po velmi omezenou dobu. Díky terapii spíše lépe rozuměli spouštěčům nutkání k exkoriaci, původu problémů a důležitým souvislostem. Obvykle se ve svých terapiích dostávali ke svým „hlubším“ problémům, jakými byli např. nevhodný vztah k sobě sama, potlačování emocí nebo nevyřešené konflikty z dětství. Tato skutečnost může poukazovat na důležitost delší a hlubší terapie rozkrývající možné skrytější důvody výskytu psychogenní exkoriace. Dle našich zjištění jsou krátkodobé intervence restriktivního rázu jen málo účinné, stejně tak jako jakékoli rady ve smyslu omezování přístupu k zrcadlům, zalepování konečků prstů aj. Změna kognitivně behaviorálního rámce fungování osob s exkoriační poruchou vyžaduje intenzivnější intervenci a žádná „rychlá řešení“ se v tomto případě nejeví jako účinná.

Studie Schienle et al. (2023), která pomocí fMRI zkoumala reakci na doteky podobné pohlazení, které stimulují C-taktilní aferenty, u žen s exkoriační poruchou, zjistila, že ve srovnání s kontrolní skupinou vykazovaly ženy s exkoriační poruchou větší aktivaci v parientálních oblastech v průběhu doteku. Navíc deaktivace střední či dolní části frontální kůry, kterou vykazovaly účastnice z kontrolní skupiny, se u žen s exkoriační poruchou nevyskytovala. Frontální a parietální oblasti mozku se podílejí na kontrole pozornosti, integraci somatosenzorických informací a přepínání pozornosti mezi vnějšími a vnitřními podněty (Schienle et al., 2023). Souvislost taktilní stimulace a pozornosti u osob s exkoriační poruchou může být hodnotným tématem k hlubšímu prozkoumání. Nabízí se otázka, jak moc je fyziologie mozku těchto jedinců pozměněna, pokud během činností vyžadující koncentraci a motorický útlum (čtení knih, práce u počítače aj.) již automaticky vykazují exkoriační chování, popřípadě ho potřebují nahradit zástupnými podněty (např. „fidget“ hračkami) pro to, aby se na danou činnost vůbec dokázali soustředit. Lze uvažovat nad jistou paralelu např. s ADHD, u níž byla změněná struktura i fyziologie mozkových procesů jasně prokázána. Tuto hypotézu může podpořit i fakt, že exkoriační porucha je s ADHD v časté komorbiditě (Grant & Chamberlain, 2022).

Výzkum Houghton et al. (2019) poukázal na snížený taktilní práh (zvýšenou senzitivitu) u jedinců s BFRB. Exkoriační porucha do prožívání doteků a intimity našich respondentů však nezasahuje nijak výrazně. Láskyplný partnerský dotyk si užívají bez omezení a někteří referují o zvýšené potřebě dotýkání, objímání a sexuální aktivity. Zvýšením dotykových interakcí s partnerem u některých dochází ke snížení nutkání k exkoriaci. Větší tendence „zaměstnávat“ kožní receptory ať už láskyplnými (objímání se

s partnerem, s dětmi, více dotyků směrem k domácím mazlíčkům aj.) nebo naopak bolestivými („fidget“ hračky působící bolest, masochistické sexuální tendence aj.) podněty se v rozhovoru nastínily u většiny respondentů. Lepší zvládnutí exkoriační poruchy se pozitivně odráží také v sexuální oblasti. Jedna respondentka uvedla, že si po rozškrabání svých zad nepřeje, aby jí po nich partner hladil, což často naruší jejich prožití intimního okamžiku. V partnerské dynamice však hrají podstatnější roli partnerovy komentáře, které jsou subjektivně vnímány jako necitlivé a které působí kontraproduktivně, jelikož ještě víc zvýší respondentovo napětí a tím i nutkání k intenzivnější exkoriaci. Namísto toho jsou pro respondenty ze strany jejich partnerů důležité projevy podpory a sounáležitosti.

Uvědomujeme si, že kvalitativní výzkum je vždy značně ovlivněn subjektivitou výzkumníka, proto zde uvádíme jejich reflexi, které mohly sběr či zpracování dat zkreslit. V našem případě výzkum mohla do jisté míry ovlivnit skutečnost, že předmět výzkumu se autora této práce osobně týká. Mezi limity našeho výzkumu lze tedy zařadit především výzkumníkovo osobní zainteresování do tématu a možné domněnky se podobného prožívání u respondentů, kteří se ve svém životě potýkají s obdobnou poruchou. Také nutno vytknout, že oslovení potenciálních účastníků výzkumu probíhalo pouze skrze jednu skupinu na platformě sociální sítě Facebook, což hypoteticky mohlo mít za následek např. vyšší pravděpodobnost lepší informovanosti respondentů o exkoriační poruchu nebo ovlivnění rozmanitosti výzkumného souboru jakýmkoli jiným způsobem. Bylo by též vhodné výzkum provádět se souborem respondentů, kteří by přítomnost exkoriační poruchy nejprve prokázali vyplněním diagnostického dotazníku zaměřeným na tuto poruchu a sestavit výzkumný soubor tak, aby poměr pohlaví respondentů odpovídal poměru výskytu poruchy mezi muži a ženami v běžné populaci, a zároveň zahrnoval pouze osoby bez dalších psychiatrických komorbidit.

Budoucím zájemcům o toto téma doporučujeme, aby výzkumném týmu nezahrnoval pouze osoby se zkoumanou poruchou, ale také osoby, které s exkoriační poruchou nemají osobní zkušenosti. Na druhou stranu se v našem výzkumu ukázalo, že respondenti považovali za velmi důležité mluvit o své poruše s někým, kdo díky své vlastní zkušenosti dokáže lépe porozumět jejich problémům. Tato skutečnost podněcovala otevřenost respondentů a vytvářela dojem bezpečnějšího prostředí pro rozhovor nad citlivými tématy. Někteří respondenti dokonce vyjádřili, že rozhovor na ně měl až terapeutický efekt, protože poprvé v životě mluvili s někým, kdo si dokázal velmi jasně představit, co se s nimi děje.

Na základě vyplynutí tématu důležitosti blízkosti a důvěry respondentů ve vztahu k tazateli s obdobnou poruchou lze uvažovat nad přínosem vzniku např. svépomocných skupin, sdružující osoby se stejným druhem BFRB poruchy. Respondenty zmiňovaná úlevě při zjištění, že se jedná o duševní poruchu a nikoli o zlozvyk či jejich neschopnost, svědčí o pozitivním vlivu zviditelňování tohoto fenoménu. Závěrem je na místě zmínit, že z pohledu zkoumaného tématu lze vnímat zařazení samostatné diagnózy exkoriační poruchy do 11. revize MKN jako veskrze pozitivní vývoj, který s sebou přináší jistý příslib hlubšího porozumění této poruše a rozšíření povědomí o její existenci mezi odbornou veřejností i lajky.

7 Závěr

V této výzkumné práci jsme se věnovali tématu prožívání osob potýkajících se s exkoriační poruchou. Realizovali jsme kvalitativní výzkum se šesti respondenty, se kterými jsme provedli hloubkové polostrukturované rozhovory a použili metodu IPA. Z rozhovorů jsme se chtěli dozvědět, jak respondenti své poruše rozumějí, kdy a jakým způsobem se dozvěděli, že se u nich vyskytuje exkoriační porucha, a zda se u nich porucha projevuje spíše kontinuálně, nebo se jedná o jakési lepší a horší fáze jejího zvládnání. Zajímalo nás, zda a jak porucha dotyčného omezuje v jeho životě, co mu pomáhá ji zvládat a co její symptomy naopak prohlubuje. Naším cílem bylo také dozvědět se, jaké zkušenosti mají naši respondenti s odbornou pomocí. V neposlední řadě nás zajímalo i to, zda exkoriační porucha nějak ovlivňuje prožívání dotyku a intimity dotyčných osob.

Zjistili jsme, že u většiny respondentů se první příznaky objevily mezi 12 a 15 rokem, dva respondenti pak exkoriační chování vykazovali již v dětství. Období mezi objevením prvních příznaků a zjištěním, že se jedná o exkoriační poruchu, bylo u našich respondentů v průměru 20 let. O tom, že se v jejich případě jedná o duševní poruchu se dozvěděli teprve prostřednictvím stejného podcastu pojednávajícím o exkoriační poruše anebo skrze vyhledávání na internetu, přičemž reakce na toto zjištění s sebou nesla pocity úlevy a destigmatizace. Většina respondentů uvedla, že nepozorují žádné výraznější fáze zlepšení nebo zhoršení zvládnání poruchy, nicméně obecně se symptomy prohlubují v zimních měsících a rizikovější je také denní doba večer před spaním.

Exkoriační porucha zasahuje do každodenního fungování našich respondentů relativně výrazně, např. ve formě vyhýbání se nošení příliš odhalujícího oblečení, vyhýbání se viditelnosti exkoriovaných částí těla, např. zakrývání prstů proplétáním rukou, zakrývání šije šálou a čela čepicí i v letním období, chození za školu v době puberty a vyhýbání se očnímu kontaktu a socializaci obecně. Porucha vede také k vyšším finančním nákladům kvůli dovozu hotových jídel a potravin domů, neustálému nošení zrcátka při sobě, nepřevzetí zásilky v předem neočekávaný čas, rušení účasti na plánovaných akcích, vyhýbání se zkoušecím kabinkám a také nevyžádaným dotazům

a poznámkám ze strany okolí. Čas strávený exkoriací, zakrýváním postižených oblastí aj. se u našich respondentů vyšplhal např. až na dvě hodiny denně.

Všichni naši respondenti někdy vyhledali pomoc psychologa nebo terapeuta, nicméně ne vždy se jednalo přímo o řešení obtíží spojených s exkoriační poruchou, anebo tomuto tématu věnovali jen velmi omezený počet sezení. Přestože jen málokdy měla terapie přímý vliv na omezení samotného exkoriačního chování, hodnotili ji pozitivně. Díky terapii spíše lépe porozuměli spouštěčům nutkání k exkoriaci, původu problémů a důležitým souvislostem. Psychiatra nebo jiného odborníka pro své potíže s poruchou nenavštívil žádný respondent. Naši respondenti chápali svou poruchu jako způsob navracení pozornosti sami k sobě, „ventilaci nervozity“, naučený copingový mechanismus, důsledek zažívání pedantské výchovy, restrikcí emočních projevů v dětství nebo špatného vztahu k vlastní osobě. Často zaznívalo i téma perfekcionismu, tlaku na výkon nebo nezvládnutého vzteku.

Respondenti mezi pomáhající faktory řadili především pozitivní reakce ze strany okolí v případě pozorovaného zlepšení stavu kůže, pocit přijetí a podpory od blízkých, direktivitu terapeuta, čas věnovaný péči o sebe ve formě chození do sauny, na jógu, ale také ranní upravení obličeje např. tónovacím krémem, celkové snížení distresu a přílišné zátěže, používání „fidget“ hraček, fyzickou blízkost svého partnera nebo alkohol. Symptomy poruchy naopak zhoršují zátěžová období či situace působící distres, PMS a s ním související změna nálady a zhoršení pleti, prokrastinace, restriktivní, devalvující a konfrontační reakce okolí nebo okřikování ze strany partnera, vyvolávající stres, smutek nebo vztek. Respondenti taktéž hovořili o vlivu vysokého distresu na větší nutkání k exkoriaci, zároveň také často uváděli např. čtení knih či práce u počítače jako rizikové činnosti v souvislosti s exkoriací.

Exkoriační porucha do prožívání doteků a intimity našich respondentů však nezasahuje nijak výrazně. Láskyplný partnerský dotyk si užívají bez omezení a někteří referují o zvýšené potřebě dotýkání, objímání a sexuální aktivity. Zvýšením dotykových interakcí s partnerem u některých dochází ke snížení nutkání k exkoriaci. Větší tendence „zaměstnávat“ kožní receptory ať už láskyplnými nebo naopak bolestivými podněty se v rozhovoru nastínila u většiny respondentů. V partnerské dynamice však hrají podstatnější roli partnerovy subjektivně necitlivé komentáře ohledně exkoriace, které mají až kontraproduktivní efekt, jelikož ještě zvýší respondentovo napětí a tím i nutkání

k intenzivnější exkoriaci. Namísto toho jsou pro respondenty ze strany jejich partnerů důležité projevy podpory a sounáležitosti.

8 Souhrn

Repetitivní poruchy chování zaměřené na tělo (BFRB) vychází z MKN-11 a jsou charakterizovány ritualizovaným chováním zaměřeným na tělo, zahrnující nutkavé poškozování fyzického vzezření a/nebo způsobování si fyzických zranění. Kromě exkoriační poruchy se mezi ně řadí např. trichotilománie, kousání nehtů, rtů nebo tváří (Solley & Turner, 2018). Vyznačují se jak nutkavým, tak návykovým charakterem (Snorrason et al., 2018). Příležitostné behaviorální projevy odpovídající BFRB jsou relativně běžné a neškodné (Hansen et al., 1990), nicméně v závažnější formě mohou vést k tělesným a psychosociálním následkům jako je krvácení, jizvy, stud nebo deprese (McGuire et al., 2014; Tucker et al., 2011; Woods et al., 2006).

Diagnostické zařazení BFRB jakožto i samotné exkoriační poruchy v diagnostických manuálech se liší. V MKN-10 je nalézáme v kapitole Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69) pod kódy F63.3 – Trichotillomanie a F63.8 – Jiné nutkavé a impulzivní poruchy (Palčová, 2006). V MKN-11 se již setkáváme se samostatnou kategorií BFRB spadající pod Obsesivně kompulzivní a příbuzné poruchy, kde se pod BFRB neřadí pouze Trichotilománie (6B25.0), ale taktéž Exkoriační porucha (6B25.1), BFRB jiné určené (6B25.Y) a BFRB neurčené (6B25.Z) (ÚZIS ČR, 2024). MKN-11 tedy přichází s novým, mnohem přesnějším a komplexnějším pojetím BFRB. V DSM-5 bychom našli v kategorii Obsedantně-kompulzivních a souvisejících poruch (OCD) samostatnou kategorii BFRB, pod kterou DSM vyděluje Trichotilománii, Exkoriaci, Jiné specifikované OCD a Nespecifikované OCD (Raboch et al., 2015).

BFRB se vyskytují převážně v subklinické formě, a to až v 60 % (Houghton et al., 2018b). Pokud je ale takové chování časté navzdory opakovaným pokusům s ním přestat, vede k fyzickému následkům a klinicky významnému distresu, mluvíme již o patologických BFRB, jejichž výskyt v populaci se pohybuje mezi 1,5 až 4 % (Greenberg & Geller, 2023). KBT má u BFRB poruch nevyšší empirickou podporu (McGuire et al., 2014; Selles et al., 2016), a přestože je potenciál účinku terapie u těchto poruch vysoký (McGuire et al., 2014;

Schumer et al., 2016), kompletní remise je vzácná (Woods & Houghton, 2015; Woods & Houghton, 2014).

Exkoriační porucha je charakterizována opakovaným a nutkavým mačkáním, onipováním, škrábáním, kousáním, trháním či bodáním kůže, mající za následek vznik kožních lézí. Ty jsou mnohdy doprovázeny infekcí a zjizvením (Hubeňák, 2016). Lokalizacemi exkoriace bývá nejčastěji obličej, krk, dekolt, paže, ruce nebo nohy (Zohar & Ben-Arush, 2012; Arnold et al., 1998; Bohne et al., 2002; Çalıkuşu et al., 2003; Grant et al., 2007; Keuthen et al., 2000; Neziroglu et al., 2008). Spouštěče k většímu nutkání k exkoriaci bývají různorodé a obvykle se jedná o jejich kombinace. Mezi ty nejčastější patří stres, úzkost, čas strávený mimo naplánované aktivity, nuda, pocity únavy nebo zlosti (Grant et al., 2015). Léčbu však vyhledá méně než 20 % postižených (Flessner & Woods, 2006; Grant et al., 2007) a novější výzkumy tvrdí, že až 87 % jedinců s exkoriační poruchou nikdy nepodstoupilo žádnou léčbu (Grant & Chamberlain, 2022). Grant et al. (2012c) zastávají názor, že kromě psychoterapie by léčba exkoriační poruchy měla zahrnovat také medikaci, konkrétně inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), N-acetylcystein nebo naltrexon.

Prováděli jsme kvalitativní výzkum metodou interpretativní fenomenologické analýzy (IPA) pomocí hloubkových polostrukturovaných rozhovorů se šesti respondenty, kteří se s exkoriační poruchou potýkají. Naším cílem bylo poznat, jak své poruše respondenti rozumí, jaký je její průběh, jak reflektují její vliv na svůj život, zda a jakým způsobem do něj zasahuje, kdy se objevily první symptomy a jaký byl jejich vývoj. Předmětem výzkumu bylo také porozumění, kdy a jakým způsobem se respondenti dozvěděli, že se u nich jedná o exkoriační poruchu a zmapování faktorů, které jedincům pomáhají poruchu zvládat a které její projevy naopak prohlubují. Zajímalo nás také, co naše respondenty případně motivovalo vyhledat odbornou pomoc a jakou zkušenost si z toho odnášejí. V neposlední řadě jsme se chtěli dozvědět, zda porucha nějak ovlivňuje haptickou a intimní oblast respondentů.

Etický aspekt výzkumu byl ošetřen informovaným souhlasem, ve kterém respondenti souhlasili s audionahráváním rozhovoru a byli obeznámeni s tím, že během rozhovoru mohou kdykoli využít pravidlo STOP, popřípadě z výzkumu kdykoli vystoupit a že všechna jejich osobní data budou anonymizována. Audionahrávky i jejich přepisy byly uchovávány na externím zařízení a byla dodržována maximální ochrana osobních údajů respondentů.

Rozhovory byly nejprve přepsány do textové podoby a následně byly označovány ty pasáže, které jsme považovali za důležité nebo jakkoli zajímavé. Na základě toho jsme vytvořili linii příběhů našich šesti respondentů, která se věnovala především výše zmíněným tématům výzkumu. Z popisu šesti individuálních příběhů vyplynula některá společná témata, jako např. důležitost důvěry k tazateli, potlačované emoce v dětství, perfekcionismus, tlak na výkon, nezvládnutý vztek nebo nedostatečně dobrý vztah k vlastní osobě.

Všichni dotazovaní uvedli počátek svých problémů v období před dosažením dospělosti, čtyři respondenti mezi 12 a 15 rokem a dva v dětství. Většina uvedla, že se porucha projevuje spíše kontinuálně a nepociťují žádná velká zlepšení ani zhoršení. Celkově se však příznaky zhoršují v zimních měsících a rizikovější je také doba večer před spaním. Respondenti svou poruchu chápou různorodě, např. jako automatické navracení pozornosti ke svému tělu, o kterou si „říká“ v čase, kdy se mu zapomíná věnovat náležitá péči a odpočinek, taktéž jako „ventilaci nervozity“ a vyhledávání úlevy, jako naučený copingový mechanismus nebo jako následek přísné a omezující výchovy v dětství. Téměř všichni respondenti hovořili o restrikci emocí v dětství ve své původní rodině a uváděli také nedostatečně dobrý vztah k vlastní osobě.

Většina respondentů uvedla, že porucha významně narušuje jejich fungování v běžném životě. Konkrétně se jednalo např. o vyhýbání se nošení příliš odhalujícího oblečení, vyhýbání se ukazování postižených částí těla okolí, např. zakrývání prstů proplétáním rukou, zakrývání šíje šálou a čela čepicí i v letním období, velké množství času stráveného u zrcadla, v pubertě chození za školu, vyhýbání se očnímu kontaktu a socializaci obecně, vyšší finanční náklady kvůli dovozu hotových jídel a potravin domů, neustálé nošení zrcátka při sobě, nepřevzetí zásilky v předem neohlášeném čase, rušení účasti na plánovaných akcích, vyhýbání se zkoušecím kabinkám a v neposlední řadě členění nevyžádaným dotazům a poznámkám ze strany jejich mnohdy blízkých osob.

Všichni respondenti se o poruše dozvěděli prostřednictvím podcastu nebo internetu a reakce na toto zjištění byly výhradně pozitivní. Uváděli, že toto zjištění pro ně bylo velice úlevné a destigmatizující, protože na to najednou „nebyli sami“. Každý respondent měl alespoň nějakou zkušenost s terapií, pouze však ve dvou případech byla porucha důvodem k jejímu vyhledání, jindy terapeuta vyhledali z důvodu vyskytujících se úzkostných nebo depresivních stavů, problémům se stravováním nebo přetížení z pandemie COVID-19. Zkušenosti z terapie vnímají pozitivně, nicméně ani v jednom

případě neměla terapie přímý vliv na dlouhodobé omezení exkoriačního chování. Obecně mezi pomáhající faktory respondenti řadili snížení distresu a přílišné zátěže, pozitivní reakce ze strany okolí v případě pozorovaného zlepšení stavu kůže, přijetí a podporu blízkých, větší direktivitu terapeuta, používání „fidget“ hraček, partnerský vztah, alkohol, čas věnovaný péči o sebe ve formě chození do sauny, na jógu, ale i ranní upravení obličeje např. tónovacím krémem.

Naopak mezi faktory zhoršující příznaky poruchy respondenti řadili restriktivní, devalvující a konfrontační reakce okolí, PMS a s ním související změnu nálady a zhoršení pleti, přílišné množství povinností působící distres, prokrastinaci nebo okřikování ze strany partnera. Několik respondentů uvedlo jako velmi rizikovou činnost např. čtení knih nebo sezení u počítače. Respondenti často mluvili o všeobecně doporučovaných technikách od ostatních uživatelů na internetu, jakými je např. zakrývání nebo odstraňování zrcadel v bytě, zalepování konečků prstů náplastmi nebo psaní si vzkazů na zrcadlo, nicméně ani jednomu z nich podobná doporučení nepomohla. Tyto „omezovací“ techniky se tak dle sdělení našich respondentů jeví jako krajně neúčinné.

Celkově si naši respondenti něžný dotyk, obvykle ze strany partnera, užívají bez omezení a někteří hovoří o jeho zvýšené potřebě. Tendence zaměstnávat kožní receptory ať už láskyplnými nebo naopak bolestivými podněty se v rozhovoru nastínila u většiny respondentů. Z rozhovorů také nevyplývalo, že by exkoriační porucha nějak významně zasahovala do intimní a sexuální oblasti našich respondentů. Do partnerské dynamiky však negativně zasahují partnerovy komentáře, kdy má respondentův partner tendenci v dobré víře zasáhnout – takové subjektivně necitlivé poznámky se však respondentům jeví jako kontraproduktivní, jelikož ještě více eskalují napětí a tím i samotné nutkání k intenzivnější exkoriaci. Namísto toho jsou pro respondenty ze strany jejich partnerů důležité projevy podpory a sounáležitosti.

LITERATURA

Alexander, J. R., Houghton, D. C., Bauer, C. C., Lench, H. C., & Woods, D. W. (2018). Emotion regulation deficits in persons with body-focused repetitive behavior disorders. *Journal of Affective Disorders*, 227, 463–470.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.035>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Arbabi, M., Farnia, V., Balighi, K., Mohammadi, M. R., Nejati-Safa, A. A., Yazdchi, K., Golestan, B., & Darvish, F. (2008). EFFICACY OF CITALOPRAM IN TREATMENT OF PATHOLOGICAL SKIN PICKING, A RANDOMIZED DOUBLE BLIND PLACEBO CONTROLLED TRIAL. *Acta Med Iran*, 46(5), 367–372.

Arnold, L. M., Auchenbach, M. B., & McElroy, S. L. (2001). Psychogenic Excoriation. *CNS Drugs*, 15(5), 351–359. <https://doi.org/10.2165/00023210-200115050-00002>

Arnold, L. M., McElroy, S. L., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L., & Morris, E. M. (1998). Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(10), 509-514.

Arnold, L. M., McElroy, S. L., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L., & Morris, E. M. (1998). Characteristics of 34 Adults With Psychogenic Excoriation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(10), 509–514. <https://doi.org/10.4088/jcp.v59n1003>

Bienvenu, O. J., Wang, Y., Shugart, Y. Y., Welch, J. M., Grados, M. A., Fyer, A. J., Rauch, S. L., McCracken, J. T., Rasmussen, S. A., Murphy, D. L., Cullen, B., Valle, D., Hoehn-Saric, R., Greenberg, B. D., Pinto, A., Knowles, J. A., Piacentini, J., Pauls, D. L., Liang, K. Y., & Willour, V. L. (2009). Sapap3 and pathological grooming in humans: Results from the OCD collaborative genetics study. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 150B(5), 710–720.
<https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30897>

Bloch, M. R., Elliott, M., Thompson, H., & Koran, L. M. (2001). Fluoxetine in Pathologic Skin-Picking: Open-Label and Double-Blind Results. *Psychosomatics*, 42(4), 314–319. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.4.314>

Bohne, A., Keuthen, N., & Wilhelm, S. (2005). Pathologic Hairpulling, Skin Picking, and Nail Biting. *Annals of Clinical Psychiatry, 17*(4), 227–232. <https://doi.org/10.1080/10401230500295354>

Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Skin Picking in German Students. *Behavior Modification, 26*(3), 320–339. <https://doi.org/10.1177/0145445502026003002>

Boudjouk, P. J., Woods, D. W., Miltenberger, R. G., & Long, E. S. (2000). Negative Peer Evaluation in Adolescents: Effects of Tic Disorders and Trichotillomania. *Child & Family Behavior Therapy, 22*(1), 17–28. https://doi.org/10.1300/j019v22n01_02

Çalıkları, C., Yücel, B., Polat, A., & Baykal, C. (2003). The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: a comparative study. *Comprehensive Psychiatry, 44*(3), 256–261. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(03\)00041-5](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(03)00041-5)

Capriotti, M. R., Ely, L. J., Snorrason, I., & Woods, D. W. (2015). Acceptance-Enhanced Behavior Therapy for Excoriation (Skin-Picking) Disorder in Adults: A Clinical Case Series. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*(2), 230–239. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.01.008>

Cohen, L. J., Stein, D. J., Simeon, D., Spadaccini, E., Rosen, J., Aronowitz, B., & Hollander, E. (1995). Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. *PubMed, 56*(7), 319–326.

Croyle, K. L., & Waltz, J. (2007). Subclinical self-harm: Range of behaviors, extent, and associated characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(2), 332–342. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.332>

Diefenbach, G. J., Mouton-Odum, S., & Stanley, M. A. (2002). Affective correlates of trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy, 40*(11), 1305–1315. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00006-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00006-2)

Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Hannan, S., Crocetto, J., & Worhunsky, P. (2005). Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life. *Behaviour Research and Therapy, 43*(7), 869–884. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.010>

Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Meunier, S., & Worhunsky, P. (2008). Emotion regulation and trichotillomania: A comparison of clinical and nonclinical hair pulling.

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39(1), 32–41.

<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.09.002>

Dodman, N. H., Shuster, L., White, S. D., Court, M. H., Parker, D., & Dixon, R. (1988). Use of narcotic antagonists to modify stereotypic self-licking, self-chewing, and scratching behavior in dogs. *PubMed*, 193(7), 815–819.

Duke, D. C., Bodzin, D. K., Tavares, P., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). The phenomenology of hairpulling in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1118–1125. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.015>

Duke, D. C., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: A current review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 181–193. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.008>

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1972). Hand Movements. *Journal of Communication*, 22(4), 353–374. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1972.tb00163.x>

Falkenstein, M. J., Mouton-Odum, S., Mansueto, C. S., Golomb, R. G., & Haaga, D. A. F. (2015). Comprehensive Behavioral Treatment of Trichotillomania. *Behavior Modification*, 40(3), 414–438. <https://doi.org/10.1177/0145445515616369>

Farhat, L. C., Olfson, E., Nasir, M., Levine, J. L. S., Li, F., Miguel, E. C., & Bloch, M. H. (2020). Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: An updated systematic review with meta-analysis. *Depression and Anxiety*. <https://doi.org/10.1002/da.23028>

Flessner, C. A., & Woods, D. W. (2006). Phenomenological Characteristics, Social Problems, and the Economic Impact Associated With Chronic Skin Picking. *Behavior Modification*, 30(6), 944–963. <https://doi.org/10.1177/0145445506294083>

Flessner, C. A., Mouton-Odum, S., Stocker, A. J., & Keuthen, N. J. (2007). StopPicking.com: Internet-based treatment for self-injurious skin picking. *Dermatology Online Journal*, 13(4). <https://doi.org/10.5070/d31dx97474>

Franklin, M. E., Flessner, C. A., Woods, D. W., Keuthen, N. J., Piacentini, J. C., Moore, P., Stein, D. J., Cohen, S. B., & Wilson, M. A. (2008). The Child and Adolescent Trichotillomania Impact Project: Descriptive Psychopathology, Comorbidity, Functional Impairment, and Treatment Utilization. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29(6), 493–500. <https://doi.org/10.1097/dbp.0b013e31818d4328>

Gallinat, C., Moessner, M., Haenssle, H. A., Winkler, J. K., Backenstrass, M., & Bauer, S. (2019a). An Internet-Based Self-Help Intervention for Skin Picking (SaveMySkin): Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(9), e15011. <https://doi.org/10.2196/15011>

Gallinat, C., Moessner, M., Haenssle, H. A., Winkler, J. K., Backenstrass, M., & Bauer, S. (2019b). Help-seeking attitudes and experiences in individuals affected by skin picking. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *23*, 100483. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100483>

Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2015). Trichotillomania and skin-picking disorder: different kinds of OCD. *Focus*, *13*(2), 184-189. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.130212>

Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2022). Characteristics of 262 adults with skin picking disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *117*, 152338. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152338>

Grant, J. E., & Stein, D. J. (2014). Body-focused repetitive behavior disorders in ICD-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *36*(suppl 1), 59–64. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1228>

Grant, J. E., Chesivoir, E., Valle, S., Ehsan, D., & Chamberlain, S. R. (2023). Double-Blind Placebo-Controlled Study of Memantine in Trichotillomania and Skin-Picking Disorder. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20220737>

Grant, J. E., Menard, W., & Phillips, K. A. (2006). Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *General hospital psychiatry*, *28*(6), 487-493.

Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Chamberlain, S. R. (2011). A cognitive comparison of pathological skin picking and trichotillomania. *Journal of psychiatric research*, *45*(12), 1634-1638.

Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Kim, S. W. (2007). Lamotrigine Treatment of Pathologic Skin Picking. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(09), 1384–1391. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0909>

Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., & Kim, S. W. (2010). A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Lamotrigine for Pathological Skin Picking. *Journal of*

Clinical Psychopharmacology, 30(4), 396–403.

<https://doi.org/10.1097/jcp.0b013e3181e617a1>

Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., Keuthen, N. J., Lochner, C., & Stein, D. J. (2012). Skin picking disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169(11), 1143-1149. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12040508>

Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., Keuthen, N. J., Lochner, C., & Stein, D. J. (2012b). Skin picking disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169(11), 1143-1149.

Grant, J. E., Stein, D. J., Woods, D. W., & Keuthen, N. J. (2012a). *Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors*. American Psychiatric Pub.

Grant, J. E., Stein, D. J., Woods, D. W., & Keuthen, N. J. (2012c). *Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors*. American Psychiatric Pub.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.00000007455.08539.94>

Greenberg, E. L., & Geller, D. A. (2023). Cautious Optimism for a New Treatment Option for Body-Focused Repetitive Behavior Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(5), 325–327. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230226>

Greenberg, E., Tung, E. S., Gauvin, C., Osiecki, L., Yang, K. G., Curley, E., Essa, A., Illmann, C., Sandor, P., Dion, Y., Lyon, G. J., King, R. A., Darrow, S., Hirschtritt, M. E., Budman, C. L., Grados, M., Pauls, D. L., Keuthen, N. J., Mathews, C. A., & Scharf, J. M. (2017). Prevalence and predictors of hair pulling disorder and excoriation disorder in Tourette syndrome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 569–579. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1074-z>

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037//1089-2680.2.3.271>

Hansen, D. J., Tishelman, A. C., Hawkins, R. P., & Doepke, K. J. (1990). Habits with Potential as Disorders. *Behavior Modification*, *14*(1), 66–80.

<https://doi.org/10.1177/01454455900141005>

Hayes, S. L., Storch, E. A., & Berlanga, L. (2009). Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*(3), 314–319. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.01.008>

Hoffman, J., Williams, T., Rothbart, R., Ipser, J. C., Fineberg, N., Chamberlain, S. R., & Stein, D. J. (2021). Pharmacotherapy for trichotillomania. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2021*(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007662.pub3>

Houghton, D. C., Alexander, J. R., Bauer, C. C., & Woods, D. W. (2018a). Abnormal perceptual sensitivity in body-focused repetitive behaviors. *Comprehensive Psychiatry*, *82*(82), 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.12.005>

Houghton, D. C., Alexander, J. R., Bauer, C. C., & Woods, D. W. (2018b). Body-focused repetitive behaviors: More prevalent than once thought? *Psychiatry Research*, *270*, 389–393. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.002>

Houghton, D. C., McFarland, C. S., Franklin, M. E., Twohig, M. P., Compton, S. N., Neal-Barnett, A. M., Saunders, S. M., & Woods, D. W. (2016). DSM-5 Trichotillomania: Perception of Adults with Trichotillomania After Psychosocial Treatment. *Psychiatry*, *79*(2), 164–169. <https://doi.org/10.1080/00332747.2016.1144438>

Houghton, D. C., Tommerdahl, M., & Woods, D. W. (2019). Increased tactile sensitivity and deficient feed-forward inhibition in pathological hair pulling and skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, *120*, 103433. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103433>

Christenson, G. (1999). Trichotillomania : Descriptive characteristics and phenomenology. *American Psychiatric Press*, 1–41.

Christenson, G. A., & Mansueto, C. S. (1999). TRICHOTILLOMANIA: DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS. *Trichotillomania*, *1*.

Christenson, G. A., Pyle, R. L., & Mitchell, J. E. (1991). Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *PubMed*, *52*(10), 415–417.

Isibor, M., & Sagan, O. (2023). “You get good at becoming secretive, at hiding it.” Shame and loneliness: the mental health impacts of skin picking disorder. *Mental Health and Social Inclusion*. <https://doi.org/10.1108/MHSI-10-2023-0110>

Jafferany, M., Stoep, A. V., Dumitrescu, A., & Hornung, R. L. (2010). The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. *International Journal of Dermatology*, *49*(7), 784–789. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2009.04372.x>

Jones, G., Keuthen, N., & Greenberg, E. (2018). Assessment and treatment of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder. *Clinics in Dermatology*, *36*(6), 728–736. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.08.008>

Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Hale, E., Fraim, C., Baer, L., O’sullivan, R. L., & Jenike, M. A. (2000). Repetitive Skin-Picking in a Student Population and Comparison With a Sample of Self-Injurious Skin-Pickers. *Psychosomatics*, *41*(3), 210–215. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.3.210>

Keuthen, N. J., Jameson, M., Loh, R., Deckersbach, T., Wilhelm, S., & Dougherty, D. D. (2007). Open-label escitalopram treatment for pathological skin picking. *International Clinical Psychopharmacology*, *22*(5), 268–274. <https://doi.org/10.1097/yic.0b013e32809913b6>

Keuthen, N. J., Koran, L. M., Aboujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2010). The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Comprehensive Psychiatry*, *51*(2), 183–186. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.04.003>

Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Falkenstein, M. J., Meunier, S., Timpano, K. R., Jenike, M. A., & Welch, S. S. (2010). DBT-enhanced habit reversal treatment for trichotillomania: 3-and 6-month follow-up results. *Depression and Anxiety*, *28*(4), 310–313. <https://doi.org/10.1002/da.20778>

Kondziolka, D., & Hudak, R. (2008). Management of Obsessive-Compulsive Disorder-Related Skin Picking With Gamma Knife Radiosurgical Anterior Capsulotomies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(8), 1337–1339. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0819c>

Lerner, J., Franklin, M. E., Meadows, E. A., Hembree, E., & Foa, E. B. (1998). Effectiveness of a cognitive behavioral treatment program for trichotillomania: An

uncontrolled evaluation. *Behavior Therapy*, 29(1), 157–171. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(98\)80036-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(98)80036-1)

Lewin, A. B., Piacentini, J., Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., Moore, P., Khanna, M., March, J. S., & Stein, D. J. (2008). Depression, anxiety, and functional impairment in children with trichotillomania. *Depression and Anxiety*, 26:521-7, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/da.20537>

Lochner, C., Grant, J. E., Odlaug, B. L., Woods, D. W., Keuthen, N. J., & Stein, D. J. (2012). DSM-5 FIELD SURVEY: HAIR-PULLING DISORDER (TRICHOTILLOMANIA). *Depression and Anxiety*, 29(12), 1025–1031. <https://doi.org/10.1002/da.22011>

Lochner, C., Roos, A., & Stein, D. (2017). Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 13(13), 1867–1872. <https://doi.org/10.2147/ndt.s121138>

Lochner, C., Simeon, D., Niehaus, D. J. H., & Stein, D. J. (2002). Trichotillomania and skin-picking: A phenomenological comparison. *Depression and Anxiety*, 15(2), 83–86. <https://doi.org/10.1002/da.10034>

Lochner, C., Simeon, D., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2002). Trichotillomania and skin-picking: A phenomenological comparison. *Depression and anxiety*, 15(2), 83-86.

Mansueto, C. S., Golomb, R. G., Thomas, A. M., & Stemberger, R. M. T. (1999). A comprehensive model for behavioral treatment of trichotillomania. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(1), 23–43. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(99\)80038-8](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(99)80038-8)

Marcks, B. A., Wetterneck, C. T., & Woods, D. W. (2006). Investigating Healthcare Providers' Knowledge of Trichotillomania and its Treatment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(1), 19–27. <https://doi.org/10.1080/16506070510010657a>

McGuire, J. F., Ung, D., Selles, R. R., Rahman, O., Lewin, A. B., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Treating trichotillomania: A meta-analysis of treatment effects and moderators for behavior therapy and serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Psychiatric Research*, 58(58 (2014)), 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.015>

Meunier, S. A., Tolin, D. F., & Franklin, M. (2009). Affective and Sensory Correlates of Hair Pulling in Pediatric Trichotillomania. *Behavior Modification*, 33(3), 396–407. <https://doi.org/10.1177/0145445508326260>

Miltenberger, R. G., Long, E. S., Rapp, J. T., Lumley, V., & Elliott, A. J. (1998). Evaluating the function of hair pulling: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 29(2), 211–219. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(98\)80003-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(98)80003-8)

MKN-11 pro statistiky úmrtnosti a nemocnosti. (n.d.). Icd.who.int. Retrieved February 29, 2024, from <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs#1121465374>

Monzani, B., Rijdsdijk, F., Cherkas, L., Harris, J., Keuthen, N., & Mataix-Cols, D. (2012). Prevalence and heritability of skin picking in an adult community sample: A twin study. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 159B(5), 605–610. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32067>

Moritz, S., Fricke, S., Treszl, A., & Wittekind, C. E. (2012). Do it yourself! Evaluation of self-help habit reversal training versus decoupling in pathological skin picking: A pilot study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(1), 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2011.11.001>

Neziroglu, F., Rabinowitz, D., Breytman, A., & Jacofsky, M. (2008). Skin Picking Phenomenology and Severity Comparison. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 10(04), 306–312. <https://doi.org/10.4088/pcc.v10n0406>

Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2007). N-Acetyl Cysteine in the Treatment of Grooming Disorders. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(2), 227–229. <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000264976.86990.00>

Palčová, A. (2006). *Mezinárodní klasifikace nemocí-10. revize ; Duševní poruchy a poruchy chování* (Vol. 3). Psychiatrické centrum Praha.

Penzel, F. (2002). *A stimulus regulation model of trichotillomania*. Touch.

Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford University Press, USA.

Prochwicz, K., Kłosowska, J., & Kałużna-Wielobób, A. (2018). The role of activation level and emotion regulation strategies in skin-picking behaviours. Findings in non-clinical sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19, 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.09.001>

Raboch, J., Hrdlička M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R., & American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5® : diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.

Rapp, J. T., Miltenberger, R. G., Galensky, T. L., Ellingson, S. A., & Long, E. S. (1999). A FUNCTIONAL ANALYSIS OF HAIR PULLING. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32(3), 329–337. <https://doi.org/10.1901/jaba.1999.32-329>

Redden, S. A., Leppink, E. W., & Grant, J. E. (2016). Body focused repetitive behavior disorders: Significance of family history. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.02.003>

Ricketts, E. J., Brandt, B. C., & Woods, D. W. (2012). The effects of severity and causal explanation on social perceptions of hair loss. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 336–343. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.07.007>

Ricketts, E. J., Snorrason, I., Rozenman, M., Colwell, C. S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2017). Sleep functioning in adults with trichotillomania (hair-pulling disorder), excoriation (skin-picking) disorder, and a non-affected comparison sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 13, 49–57. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.006>

Roberts, S., O'Connor, K., & Bélanger, C. (2013). Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 745–762. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.004>

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

Salavec, M., Cetkovská, P., Třešňák Hercogová, J., & Říčan, J. (2021). *Diferenciální diagnostika v dermatologii*. Maxdorf.

Selles, R. R., McGuire, J. F., Small, B. J., & Storch, E. A. (2016). A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin-picking) disorder. *General Hospital Psychiatry*, 41(41), 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2016.04.001>

Schienze, A., & Wabnegger, A. (2022). Discriminative and Affective Processing of Touch: Associations with Severity of Skin-picking. *Journal of Nonverbal Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10919-022-00415-4>

Schienze, A., Schlintl, C., & Wabnegger, A. (2023). Brain mechanisms for processing caress-like touch in skin-picking disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-023-01669-9>

Schuck, K., Keijsers, G. P. J., & Rinck, M. (2011). The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to wait-list control. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(1), 11–17.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.09.005>

Schumer, M. C., Bartley, C. A., & Bloch, M. H. (2016). Systematic Review of Pharmacological and Behavioral Treatments for Skin Picking Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *36*(2), 147–152. <https://doi.org/10.1097/jcp.0000000000000462>

Simeon, D., Stein, D. J., Gross, S., Islam, N., Schmeidler, J., & Hollander, E. (1997). A Double-Blind Trial of Fluoxetine in Pathologic Skin Picking. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *58*(8), 341–347. <https://doi.org/10.4088/jcp.v58n0802>

Smith, J. A. (2015). Qualitative psychology: A practical guide to research methods. *Qualitative psychology*, 1-312.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. *Qualitative psychology: A practical guide to methods*. London: Sage.

Smith, J. A., Flower, P. & Larkin, M. (2009). Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. London: Sage.

Snorrason, I., Belleau, E. L., & Woods, D. W. (2012). How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Clinical Psychology Review*, *32*(7), 618–629. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.008>

Snorrason, I., Olafsson, R. P., Houghton, D. C., Woods, D. W., & Lee, H.-J. (2015). “Wanting” and “liking” skin picking: A validation of the Skin Picking Reward Scale. *Journal of Behavioral Addictions*, *4*(4), 250–260. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.033>

Snorrason, I., Ricketts, E. J., Flessner, C. A., Franklin, M. E., Stein, D. J., & Woods, D. W. (2012). Skin picking disorder is associated with other body-focused repetitive behaviors: findings from an internet study. *PubMed*, *24*(4), 292–299.

Snorrason, I., Ricketts, E. J., Olafsson, R. P., Rozenman, M., Colwell, C. S., & Piacentini, J. (2018). Disentangling Reward Processing in Trichotillomania: “Wanting” and “Liking” Hair Pulling Have Distinct Clinical Correlates. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *41*(2), 271–279. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9712-4>

Snorrason, Í., Smári, J., & Ólafsson, R. P. (2010). Emotion regulation in pathological skin picking: Findings from a non-treatment seeking sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *41*(3), 238–245. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.01.009>

Solley, K., & Turner, C. (2018). Prevalence and correlates of clinically significant body-focused repetitive behaviors in a non-clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, *86*, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.06.014>

Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population? *American Journal of Psychiatry*, *158*(3), 427–432. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.427>

Teng, E. J., Woods, D. W., & Twohig, M. P. (2006). Habit Reversal as a Treatment for Chronic Skin Picking. *Behavior Modification*, *30*(4), 411–422. <https://doi.org/10.1177/0145445504265707>

Torales, J., Larissa Inés Páez, O'Higgins, M., & Arce, A. (2016). Cognitive behavioral therapy for excoriation (skin picking) disorder. *Telangana Journal of Psychiatry*, *2*(1), 27–27. <https://doi.org/10.4103/2455-8559.314432>

Tucker BT, Woods DW, Flessner CA, et al: The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord* 2011; 25:88–95

Tucker, B. T. P., Woods, D. W., Flessner, C. A., Franklin, S. A., & Franklin, M. E. (2011). The Skin Picking Impact Project: Phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(1), 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.007>

Twohig, M. P., & Woods, D. W. (2004). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behavior Therapy*, *35*(4), 803–820. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80021-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80021-2)

Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(10), 1513–1522. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.002>

ÚZIS ČR. (2024). *11. revize Mezinárodní klasifikace nemoci (MKN-11) - ÚZIS ČR*. Uzis.cz. <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#ceska-verze>

Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., Bennett, M., & Oakman, J. (2010). A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Olanzapine in the Treatment of Trichotillomania. *The Journal of Clinical Psychiatry, 71*(10), 1336–1343. <https://doi.org/10.4088/jcp.09m05114gre>

Waxer, P. H. (1977). Nonverbal cues for anxiety: An examination of emotional leakage. *Journal of Abnormal Psychology, 86*(3), 306–314. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.86.3.306>

Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders, 171*(1), 74–84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.010>

Weintraub, E., Robinson, C., & Newmeyer, M. (2000). Catastrophic Medical Complication in Psychogenic Excoriation. *Southern Medical Journal, 93*(11), 1099–1101. <https://doi.org/10.1097/00007611-200011000-00012>

White, S. D. (1990). Naltrexone for treatment of acral lick dermatitis in dogs. *Javma-Journal of the American Veterinary Medical Association, 196*(7), 1073–1076. <https://doi.org/10.2460/javma.1990.196.07.1073>

Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., O'Sullivan, R. L., & Jenike, M. A. (1999). Self-Injurious Skin Picking. *The Journal of Clinical Psychiatry, 60*(7), 454–459. <https://doi.org/10.4088/jcp.v60n0707>

Williams, T. I., Rose, R., & Chisholm, S. (2007). What is the function of nail biting: An analog assessment study. *Behaviour Research and Therapy, 45*(5), 989–995. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.013>

Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory & method*. Open Univ. Press.

Woods, D. W., & Houghton, D. C. (2014). Diagnosis, Evaluation, and Management of Trichotillomania. *Psychiatric Clinics of North America, 37*(3), 301–317. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.005>

Woods, D. W., & Houghton, D. C. (2015). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Pediatric Body-Focused Repetitive Behavior Disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3), 227–240. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1055860>

Woods, D. W., & Twohig, M. P. (2008). *Trichotillomania: An ACT-enhanced behavior therapy approach therapist guide*. Oxford University Press.

Woods, D. W., Flessner, C. A., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., Goodwin, R. D., Stein, D. J., & Walther, M. R. (2006). The Trichotillomania Impact Project (TIP). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(12), 1877–1888. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n1207>

World Health Organisation. (2022). *ICD-11*. International Classification of Diseases 11th Revision. <https://icd.who.int/en>

Základy anatomie soustavy dýchací, srdečně cévní, lymfatického systému, kůže a jejich derivátů | Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity. (n.d.). Is.muni.cz. Retrieved April 1, 2024, from https://is.muni.cz/do/fsp/e-learning/zaklady_anatomie/zakl_anatomieIII/pages/kuze.html

Zohar, J., & Ben-Arush, O. (2012). Trichotillomania, Skin Picking, and Other Body-Focused Repetitive Behaviors by Grant Jon E., M.D., M.P.H., J.D., Stein Dan J., M.D., Ph.D., Woods Douglas, Ph.D., and Keuthen Nancy J., Ph.D. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012, 268 pp., \$59.00. *American Journal of Psychiatry*, 169(3), 337–338. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101505>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu
2. Abstrakt v českém jazyce
3. Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha 1: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Já, pan/paní, souhlasím s účastí na výzkumu k diplomové práci Adély Dudové s názvem *Fenomén exkoriační poruchy* při Katedře psychologie na Univerzitě Palackého. Byl/a jsem obeznámen/a s tím, že výzkum bude probíhat formou **rozhovoru**, v jehož průběhu mohu uplatit **pravidlo STOP** v případě, že z jakéhokoli důvodu nebudu chtít odpovídat na položenou otázku nebo dále pokračovat v rozhovoru. Souhlasil/a jsem s tím, že náš rozhovor bude **nahráván na audiozáznam**, který bude sloužit pouze k přepisu rozhovoru do psané formy a poté bude bez prodlení odstraněn. Dále jsem byl/a obeznámena s tím, že všechny informace, které jsem při této příležitosti poskytl/a, nebudou pod mým jménem nikde zveřejňovány a veškeré mé osobní údaje budou **anonymizovány**.

Dne.....v

..... (podpis)

ABSTRAKT PRÁCE

Název: Fenomén exkoriační poruchy

Autor práce: Adéla Dudová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 88 stran, 198 829 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 129

Abstrakt: Diplomová práce se zabývá fenoménem exkoriační poruchy a jejího individuálního prožívání u lidí, kteří se s touto poruchou potýkají. V teoretické části se nejprve obecně zabývá repetitivními poruchami zaměřenými na tělo, jejich diagnostickému uchopení, prevalenci, etiologii a terapii. V druhé části teoretické práce se pak věnuje samotné exkoriační poruše, jejímu diagnostickému zařazení, diferenciální diagnostice, prevalenci, etiologii, komorbiditě a terapii.

Výzkumná část práce je kvalitativního charakteru. Cílem této práce bylo porozumět individuálním příběhům respondentů a dozvědět se, jak své poruše rozumí a jakou má podobu. Zkoumány byly také pomáhající faktory, zkušenosti s odbornou pomocí a vnímání dotyku a intimity v souvislosti s poruchou. Zdrojem dat jsou hloubkové polostrukturované rozhovory se šesti respondenty. Metodou analýzy dat je interpretativní fenomenologická analýza a výsledky jsou prezentovány ve formě případových studií na bázi linie příběhů. První symptomy se u našich respondentů objevily před dosažením 15. roku a u většiny v průběhu života nijak příliš nekolísají. Porucha nejrozličnějšími způsoby výrazně narušuje jejich běžné fungování. Všichni respondenti se o exkoriační poruše dozvěděli na internetu nebo prostřednictvím podcastu a s terapií měl zkušenost každý z nich. Pomáhající faktory byly variabilní, podobně jako faktory zhoršující příznaky poruchy. Někteří respondenti vyjádřili vyšší potřebu taktilní stimulace. Porucha do oblasti intimity respondentů nijak výrazněji nezasahovala.

Klíčová slova: exkoriační porucha, umělá dermatitida, patologická exkoriace, dermatilománie, BFRB poruchy

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Phenomenon of Excoriation Disorder

Author of the thesis: Adéla Dudová

Thesis supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 88 pages, 198 829 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 129

Abstract: The thesis deals with the phenomenon of excoriation disorder and its individual experience in people who struggle with this disorder. In the theoretical part, it first discusses body focused repetitive behavior disorders in general, their diagnostic grasp, prevalence, etiology and therapy. The second part of the theoretical work then discusses the excoriation disorder itself, its diagnostic classification, differential diagnosis, prevalence, etiology, comorbidity and therapy.

The research part of the thesis is qualitative in nature. The aim of this work was to understand the individual stories of the respondents and to learn how they understand their disorder and what form it takes. Helping factors, experiences of professional help and perceptions of touch and intimacy in relation to the disorder were also explored. The data sources were in-depth semi-structured interviews with six respondents. The method of data analysis is interpretive phenomenological analysis and the results are presented in the form of case studies based on story lines. The first symptoms of our respondents appeared before the age of 15 and for most of them did not fluctuate much over the course of their lives. The disorder significantly disrupts their normal functioning in a variety of ways. All of the respondents learned about excoriation disorder on the internet or through a podcast, and all of them had experience with therapy. Helping factors were variable, as were factors exacerbating the symptoms of the disorder. Some respondents expressed a greater need for tactile stimulation. The disorder did not interfere significantly with respondents' intimacy.

Key words: excoriation disorder, skin picking disorder, chronic skin picking, dermatillomania, BFRB disorders