

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ ČLOVĚKA TRPÍCÍHO OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHOU

Vedoucí práce: RSDr. Ján Mišovič, CSc.

Autor práce: Bc. Marcel Štefek

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: 2.

2019

Diplomová práce v nezkrácené podobě

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne:

Marcel Štefek

Poděkování

Děkuji Bohu za všechny milosti a dary, které mi dal pro život, studium a dokončení této práce. Také děkuji mému vedoucímu práce RSDr. Jánů Mišoviči, CSc., za odborné vedení, velkou ochotu a trpělivost. Dále chci poděkovat všem členům mé rodiny za jejich podporu.

Obsah

Úvod	6
1. Obsedantně-kompulzivní porucha.....	10
1.1 Popis obsedantně-kompulzivní poruchy	10
1.2 Obsese	13
1.2.1 Strach a úzkost	16
1.3 Kompulze	18
1.4 Bludný kruh OCD	25
1.5 Příčiny vzniku OCD.....	27
1.6 Průběh onemocnění.....	28
1.7 Výskyt OCD v populaci	29
1.8 Určení diagnózy OCD.....	29
1.8.1 Hodnocení závažnosti OCD.....	30
1.8.2 Kombinace OCD s jiným onemocněním	33
1.8.3 Co není OCD	33
2. Léčba OCD.....	36
2.1 Léčba pomocí léků	37
2.2 Léčba pomocí psychoterapie.....	38
2.2.1 Behaviorální terapie	39
2.2.2 Kognitivní terapie	40
2.2.3 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT).....	40
3. Sociální fungování člověka trpícího OCD	46
3.1 Pojem sociální fungování.....	46
3.2 Příklad Petra N.	47
3.3 Stigmatizace	49
3.4 Sociální fungování člověka s OCD v oblasti práce.....	51

3.4.1	Problémy se soustředěním a myšlením, které může způsobit OCD.....	58
3.4.2	Problémy v komunikaci způsobené OCD.....	59
3.5	Sociální fungování člověka s OCD v rodině a vztazích s lidmi.....	61
3.6	Zdravotní problémy způsobené OCD	64
3.7	Finanční problémy způsobené OCD	65
3.8	Problémy v běžných činnostech způsobené OCD	66
4.	Sociální práce s lidmi trpícími OCD	67
4.1	Vybrané přístupy, metody a techniky využívané v sociální práci	69
4.2	Vybrané sociální služby	73
4.3	Možnosti řešení vybraných problémů člověka s OCD	75
4.3.1	Možnosti řešení problémů a obnovy sociálního fungování v práci a dalších činnostech	75
4.3.2	Možnosti řešení problémů a obnovy sociálního fungování v rodině.....	77
4.3.3	Možnosti řešení problémů a obnovy sociálního fungování ve vztazích...	78
	Závěr	80
	Seznam použitých zdrojů	83
	Abstrakt	89
	Abstract.....	90

Úvod

Tématem této práce je sociální fungování člověka trpícího obsedantně-kompulzivní poruchou. Toto téma jsem zvolil proto, že znám několik lidí s tímto duševním onemocněním. Jsem detailně seznámen s jejich životními příběhy a vím, že tito lidé v důsledku svého onemocnění hodně trpí, mají mnoho problémů a jejich běžné fungování je výrazně narušené. V případě těchto lidí jsem si všiml i situace, kdy okolí nemohlo porozumět jejich problémům. Což mě inspirovalo k sepsání této diplomové práce, ve které bych chtěl čtenářům přiblížit problémy člověka s tímto duševním onemocněním a ukázat, jakým způsobem tyto problémy zasahují do jeho sociálního fungování. Dále se chci zaměřit i na možnosti pomoci, které jim může nabídnout, nebo zprostředkovat sociální pracovník.

Cílem této diplomové práce je představit vybrané problémy, které může člověku způsobit jeho obsedantně-kompulzivní porucha a jejich vliv a dopad na jeho sociální fungování, dále uvést vybrané možnosti sociální práce, které mohou pomoci k řešení těchto problémů a obnově sociálního fungování.

Tato diplomová práce může čtenáři pomoci porozumět situacím, stavům a problémům, do kterých se může dostat člověk s obsedantně-kompulzivní poruchou a jak tyto problémy mohou ovlivňovat jeho sociální fungování. Z logické úvahy je zřejmé, že když rozumíme problému, můžeme ho snáze vyřešit. Dále se v práci vyskytují i vybrané možnosti sociální práce, které mohou pomoci k řešení problémů klienta trpícího obsedantně-kompulzivní poruchou. Z těchto důvodů považuji informace obsažené v této diplomové práci za užitečné v rámci mého studijního zaměření a mohou být přínosné především pro sociální pracovníky, ale i další lidi, kteří se o tuto problematiku zajímají.

Pro splnění cíle jsem postupoval tak, že jsem prostudoval dostupnou odbornou literaturu zaměřenou na obsedantně-kompulzivní poruchu, ze které jsem následně vybral důležité informace o této poruše, problémech, které způsobuje a jejím dopadu na sociální fungování. Tyto informace z odborné literatury jsem pak uvedl v této práci spolu se zkušenostmi a problémy Petra N., který trpí obsedantně-kompulzivní poruchou a jehož případ velmi dobře znám. Tento člověk si přeje zůstat v anonymitě, proto ho ve

své práci nazývám fiktivním jménem Petr N. Některé jeho charakteristiky, podle kterých by mohl být identifikován, jsem také změnil. Petr N. byl rád, že se o své životní zkušenosti s touto poruchou může podělit. Vše, co jsem v této práci o něm napsal a bude zveřejněno, je s jeho svolením.

V literatuře zaměřené na obsedantně-kompulzivní poruchu je popsáno velké množství různých problémů člověka s tímto onemocněním, stejně tak i Petr N. má mnoho problémů, které není možné v rozsahu této práce uvést. Proto budu uvádět pouze vybrané problémy. Některé z nich proberu podrobněji, aby bylo možné pochopit myšlenkové pochody nemocného, princip tohoto onemocnění a způsob jakým může tato duševní porucha zasahovat do sociálního fungování člověka. Z logické úvahy je zřejmé, že když pochopíme jeden typický problém člověka, princip jeho vzniku, jeho průběh a následky, pak je možné tyto zkušenosti aplikovat i na jiné podobné situace a můžeme předvídat další problémy, jejich průběh i následky. Z toho důvodu si myslím, že není třeba uvést všechny problémy, ale jenom vybrané příklady. Snažil jsem se uvést takové příklady, které autoři považují za charakteristické (vzorové) a v případě Petra N. takové příklady, které výrazně zasahují do jeho sociálního fungování, nebo jsou něčím specifické, či pomohou porozumět dalším problémům.

Pro splnění druhé části cíle této práce jsem postupoval následovně. První jsem prostudoval odbornou literaturu zaměřenou na sociální práci s duševně nemocnými lidmi a literaturu zaměřenou na sociální práci. Poté jsem vybral důležité informace o možnostech sociální práce, které mohou pomoci k vyřešení problémů lidí trpících obsedantně-kompulzivní poruchou a obnově jejich sociálního fungování.

První kapitola práce je zaměřena na popis obsedantně-kompulzivní poruchy a další důležité informace o tomto duševním onemocnění. Například vysvětlení obsese a kompulze, bludného kruhu, které pomáhá pochopit princip funkce tohoto onemocnění, to jak vznikají obsese a kompulze, jak probíhají a co způsobují. Následující podkapitola se zabývá příčinami vzniku tohoto onemocnění, jaký je zdroj této nemoci. Další část se zaměřuje na průběh onemocnění, který je důležitý pro pochopení vlivu a dopadu na život a sociální fungování člověka s tímto onemocněním. Na ni navazuje podkapitola zabývající se četností výskytu této duševní poruchy. Díky těmto informacím je možné odhadnout, jak často se můžeme setkat s těmito lidmi. Následují části, které popisují způsob určení diagnózy a stupně rozvinutí nemoci, dále to s jakými duševními

nemocemi se může obsedantně-kompulzivní porucha vyskytnout, či zaměnit. Všechny tyto informace slouží k doplnění základních vědomostí o této poruše a jako uvedení následující kapitoly, která se týká léčby tohoto onemocnění.

Druhá kapitola je zaměřena na nejúčinnější způsoby léčby. Informace z této části mohou pomoci porozumět způsobu, jak je možné zmírnit příznaky tohoto onemocnění. Zde chci upozornit, že informace v této kapitole jsou pouze informativní, není možné je využít jako návod k léčbě.

Třetí kapitola se týká sociálního fungování člověka trpícího obsedantně-kompulzivní poruchou. Na začátku této kapitoly uvedu, jak vysvětlují pojem sociální fungování vybraní autoři. Poté uvedu případ Petra N., bude se jednat o základní informace o jeho osobě, rodině, vzniku a průběhu problémů v kontextu jeho života. Tyto informace nás uvedou do dalších částí, které už se věnují konkrétním problémům, které může člověku způsobit jeho obsedantně-kompulzivní porucha a jejich vlivu a dopadu na jeho sociální fungování. Tato kapitola pomůže pochopit problémy takto nemocného člověka, jejich vznik, průběh, rozšiřování problému na další oblasti a jejich následky. Z logické úvahy je zřejmé, že důkladné pochopení problému výrazně napomáhá k jeho řešení, proto je tato kapitola důležitá.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje na sociální práci s lidmi trpícími obsedantně-kompulzivní poruchou. Zde jsou uvedeny informace o možnostech sociální práce, které mohou pomoci k vyřešení problémů klienta trpícího obsedantně-kompulzivní poruchou a obnově jeho sociálního fungování.

V prvních třech kapitolách práce jsem čerpal především z knihy *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících: příručka pro terapeuty, psychology i rodiče: pohledem kognitivně behaviorální terapie* od Lucie Strakové Jirků, dále z knihy *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat* jejíž autory jsou Ján Praško a Hana Prašková, dále z knihy *Obsedantně kompulzivní porucha: příručka pro lékaře* od Vladimíra Pidrmana, dále z knihy *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit: příručka pro klienta a jeho rodinu* jejíž autory jsou Ján Praško, Beata Pašková, Hana Prašková, Miloš Šlepecký a Richard Záleský, dále z knihy *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích* jejíž autory jsou Hans Morschitzky a Sigrid

Sator, dále z knihy *Obsedantně-kompulzivní porucha* jejíž autory jsou Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký a Jana Vyskočilová.

Ve čtvrté kapitole jsem čerpal především z knihy *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním* od Gabriely Mahrové, Martiny Venglářové a kol., dále z knihy *Teorie a metody sociální práce* od Pavla Navrátila, dále z knihy *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* jejíž editory jsou Oldřich Matoušek, Pavla Kodymová a Jana Koláčková.

1. Obsedantně-kompulzivní porucha

Tato kapitola se bude týkat základních informací o obsedantně-kompulzivní poruše. Pro tuto psychickou poruchu budu používat i zkratku OCD, která vychází z anglického názvu obsessive compulsive disorder.

1.1 Popis obsedantně-kompulzivní poruchy

V MKN-10 což je *mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize* ve verzi z roku 2018, je OCD zařazena mezi duševní poruchy a poruchy chování, do kategorie neurotické, stresové a somatoformní poruchy s kódem F42 - Obsedantně-nutkavá porucha. Jinak řečeno Obsedantně-kompulzivní porucha, která je zde popsána takto, cituji:

„F42 Obsedantně-nutkavá porucha

Hlavním rysem jsou opakované vtíravé myšlenky a nutkavé činy. Vtíravými myšlenkami jsou nápady, představy nebo popudy, které znovu a znovu vstupují do mysli pacienta ve stále stejné formě. Pro pacienta jsou téměř vždy obtížné. Snaží se jim často klást odpor, ale bez úspěchu. Považuje je za své vlastní, ačkoliv jsou mimovolní a často odporné. Nutkavé činy nebo rituály jsou stereotypní a stále opakované. Nemusí být ani příjemné, ani vést k realizaci užitečných úkolů. Jejich účelem je zabránit nějaké objektivně nepravděpodobné události, často znamenající škodu pro postiženého, nebo jím vyvolané, o níž se postižený domnívá, že by jinak nastala. Jedinec obvykle považuje toto chování za bezúčelné nebo nesmyslné a opakovaně se pokouší mu odolat. Úzkost je přítomna téměř vždy a zhoršuje se, pokud postižený nutkání odolá.

Patří sem: anankastická neuróza

obsedantně-kompulzivní neuróza

Nepatří sem: obsedantně-kompulzivní osobnost (...) (F60.5)

F42.0 Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace

Mohou mít formu myšlenek, nápadů, představ nebo popudů k činnosti, téměř vždy zneklidňujících pacienta. Někdy jsou nápady nerozhodné, nekonečné úvahy o alternativách, spojené s neschopností udělat běžná, ale nezbytná rozhodnutí v běžném denním životě. Vztah mezi nutkavými myšlenkami a depresí je zvláště úzký. Diagnózy vtíravé a nutkavé poruchy by mělo být užito pouze tehdy, když ruminace vznikne nebo přetrvává i bez depresivní epizody.

F42.1 Převážně nutkavé činy (nutkavé rituály)

Většina nutkavých činů se týká čištění (zvláště mytí rukou), opakovaného ujišťování, že nenastane potenciálně nebezpečná situace, nebo pořádku a úklidu. Základem manifestního chování je zde strach, obvykle z nebezpečí, které může jedince potkat, nebo které může sám vyvolat. Rituál představuje neúčinnou nebo symbolickou snahu toto nebezpečí odvrátit.

F42.2 Smíšené nutkavé myšlenky a činy

F42.8 Jiné obsedantně-nutkavé poruchy

F42.9 Obsedantně-nutkavá porucha NS (nespecifikovaná)“ (MKN-10, 2018, s. 218-219).

Při studiu odborné literatury zaměřené na OCD jsem si povšiml, že velké množství autorů vychází z popisu OCD uvedeného ve výše zmíněné MKN-10, proto jsem použil přímou citaci. V citaci jsem zachoval i kódové označení (F42, F42.0, aj.), které považuji za důležité uvést, protože tento kód zmiňují i další autoři a podle těchto kódů se v rozsáhlé MKN-10 rychle vyhledává.

„Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) je častá a chronická duševní porucha, která je charakterizována zejména vtíravými, rekurentními myšlenkami a iracionálním, ritualizovaným jednáním“ (Pidrman, 1999, s. 3).

Obsedantně-kompulzivní porucha se projevuje tím, že člověka napadají různé nepříjemné, obtěžující myšlenky, kterých není lehké se zbavit, často se opakovaně vracejí a člověka vysilují, obtěžují či znepokojují. Těmto myšlenkám se říká obsese, většinou se týkají obav z toho, že se může něco hrozného stát, něco co má vážné

následky, tyto obavy mohou být přehnané, či zbytečné. Obsese způsobují strach, úzkost i další nepříjemné pocity, kterých se dotyčný snaží zbavit svoji činností, která může být fyzická i psychická. Této činnosti, která přináší dočasnou úlevu od strachu a úzkosti se říká kompulze. Příkladem kompulze může být to, že se člověk snaží eliminovat, či zmírnit riziko těchto špatných událostí například tím, že se snaží zabránit jejich vzniku, vyhýbá se situacím, kde by mohlo hrozit nebezpečí, přemýšlí o obsesi, ujišťuje se a vyvrací své obavy, aby se uklidnil. Obtíž je v tom, že kompulze přináší pouze dočasnou úlevu od napětí, strachu a úzkosti. U lidí s OCD se obsedantní myšlenky po určité době vracejí a člověk je znovu nucen vykonat kompulzi, aby se zbavil pocitu strachu a úzkosti spojeného s obsesí. Tento scénář se cyklicky opakuje. Pro OCD je typické, že obsedantní myšlenky a kompulze se rozrůstají a stupňují (srov. Praško a Prašková, 2008, s. 8; srov. Kučerová, 2013, s. 22-32).

U člověka trpícího OCD se opakovaně objevují nechtěné nutkavé myšlenky, nebo činy, které jsou neodbytné. Bývají to myšlenky, které jsou v zásadním rozporu se systémem hodnot konkrétního člověka. Například člověka, který silně věří v Boha, obtěžují rouhavé myšlenky. Člověka dobře vychovaného a morálně založeného mohou trápit násilné, či jiné extrémní myšlenky a představy. Člověk se jim snaží bránit, ale čím více se snaží, tím více ho obtěžují. Často se jedná o myšlenky, které vyvolávají přehnaný strach ze ztráty některých důležitých hodnot, jako je zdraví, rodina atd. Člověk s OCD si uvědomuje, že se jedná o přehnaný strach, ale tyto hodnoty jsou pro něj zásadní, proto je nucen (nutkání) vykonat něco, co tyto hodnoty ochrání. Může se jednat o různé zabezpečovací činy, někdy i nesmyslné, dále motlitby aj. Důležité je, že pacienti si uvědomují, že tyto myšlenky vznikají v jejich mysli a považují je za svoje myšlenky, nepovažují je za myšlenky někoho jiného. Pro odlišení například od schizofrenie. Často je OCD spojena i s depresí a značným vyčerpáním sil pacienta. Protože tyto myšlenky jsou v rozporu s hodnotami, či přesvědčením člověka, nebo v něm vyvolávají strach, že o tyto hodnoty přijde, proto se člověk snaží předejít tomuto zlu. S těmito stavy je spojena tíseň, která se zvyšuje, když pacient onomu nutkání odolává (srov. Honzák, 2005, s. 97-98).

OCD způsobuje stavy, kdy člověk nemá dostatečnou kontrolu nad některými svými myšlenkami, emocemi a chováním (srov. Vágnerová, 2003, s. 11; srov. Vágnerová, 2014, s. 386).

U této poruchy se často vyskytuje stav, kdy lidé s OCD špatně vyhodnocují pravděpodobnost nebezpečí. Často se cítí ohroženi i v situacích, kdy objektivní nebezpečí nehrozí. Tímto způsobem nadhodnocují možná rizika, pak se jim snaží vyhnout, nebo je zmírnit a neutralizovat. Lidé s OCD pocítují ohrožení sebe a druhých i při běžných každodenních činnostech. V důsledku toho mohou mít nepravdivý pocit, že riskují, že ohrožují sebe i druhé. Časté obsese („Co když se může něco stát?“) způsobují nejistotu a pochybnosti, které se opakovaně vracejí, což donutí člověka jednat a zajistit, aby se nic zlého nestalo formou kompulze. Problém je, že žádné zabezpečení není stoprocentní, proto se pochybnosti a pocit nejistoty opakuje, což vede k dalším kompulzím (zabezpečování, ujišťování, napravování aj.). Dalším problémem je to, že tito lidé mohou cítit přehnanou osobní odpovědnost za mnoho věcí (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 103).

1.2 Obsese

Abychom mohli lépe pochopit toto onemocnění a jeho princip, tak pokládám za důležité uvést, jak různí autoři popisují obsese.

Termín „obsese“ je někdy využíván i v běžném jazyce, kde může znamenat například intenzivní zabývání se nějakou činností, prací, sportem, zábavou aj. V psychologii a psychiatrii je tento pojem využíván jako odborný termín pro určitý symptom a jeho význam je odlišný od hovorového pojmu „obsese“. Proto je důležité rozlišovat, zda se jedná o hovorový pojem, či psychiatrický a psychologický termín (srov. Cohen, 2002, s. 133).

V této diplomové práci budu používat pouze psychologický a psychiatrický termín „obsese“, který je definován níže.

„Obsese je nechtěná, vtíravá, mimovolní, opakující se neodbytná myšlenka, představa nebo impuls, která se znovu a znovu ve stereotypní formě vtírá do mysli člověka“ (Praško a Prašková, 2008, s. 9).

Obsese je vždy spojena s různými nepříjemnými pocity, jako je strach, úzkost, tíseň, vnitřní napětí, nervozita, stud, výčitky. Člověk se dostává do stresové reakce, ta

má za následek fyzické projevy jako je zrychlený tep, třes, pocení, bolest břicha aj. Kombinace těchto nepříjemných pocitů spolu s tělesnou reakcí na stres je pro člověka značně vysilující a nepříjemná, proto se jí snaží zbavit kompulzí. Což je činnost, která přináší dočasnou úlevu (srov. Straková Jirků, 2018, s. 11-22).

Někdy se objevuje i pocit hnusu. Jedná se o pocit, kdy je pacient zhnusen obsesí, která se mu vyskytla v mysli (srov. Ocisková a Praško, 2015, s. 118).

Občas může obsese způsobit i pocit zlosti a hněvu. Například pacient je rozzloben z příchozí obsese, zlobí se, že ho pořád napadají tyto myšlenky, že mu nemohou dát pokoj, nebo se hněvá sám na sebe, či na druhé lidi (srov. Praško, Vyskočilová a Prašková, 2008, s. 37).

Obsesi lze vysvětlit na situaci, která se stává u zdravých lidí, kdy v mysli člověka ulpívá nějaký text, či melodie písničky, která opakovaně zní v hlavě, nebo nějaký reklamní slogan, který zůstává v mysli a opakuje se stále dokola. Rozdíl mezi tímto běžným stavem a obsesí způsobenou OCD je v tom, že obsese vyvolává velmi nepříjemné pocity, strach, úzkost, odpor aj. V případě, kdy by v hlavě člověka opakovaně zněla melodie, kterou nesnáší, nebo slogan, který mu nahání hrůzu, pak se jedná o obsesi typickou pro OCD. Obsesí se člověk těžko zbavuje, často se vrací, nejdou účinně potlačit, nutí člověka, aby se jimi zabýval a jsou značně nepříjemné (srov. Nývltová, 2008, s. 61).

„Obsese mají nejčastěji tento obsah:

- *znečištění,*
- *nakažení se infekcí, vážná nemoc, ohrožení zdraví,*
- *strach ze smrti,*
- *agrese vůči sobě či jiným lidem – strach, že někomu či sám/sama sobě ublížím, obavy z hrůzných, násilných představ v mysli, strach z nadávání, křiku, že něco špatně řeknu, apod.,*
- *sexualita – zakázané, perverzní myšlenky, obrazy,*
- *morální témata,*

- *náboženství, magie – obavy z ovládní něčím, někým, strach z urážky Boha, provinění se,*
- *potřeba správnosti, strach, že způsobím něco špatného,*
- *nebezpečí, katastrofy,*
- *pochybnosti o tom, co člověk dělá,*
- *uspořádání věcí, potřeba perfektnosti, potřeba kontroly nad veškerým děním“*
(Crebs a Heyman, 2015 cit. podle Straková Jirků, 2018, s. 11-12).

Jsou i obsese, které podporují sbírání a hromadění věcí (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 100).

Obsese může být vyvolána různými **podněty**. U člověka, který se bojí nákazy nějakou nemocí, může být tímto podnětem třeba to, že se dotkl rukou nějakého předmětu, který pokládá za místo, kde by se mohly vyskytovat bakterie a viry. Může se jednat o kliky dveří, bankovky a místa, kterých se dotýká velké množství lidí. Tento dotek způsobí to, že si člověk pomyslí: „Co když na tu kliku sahal někdo nemocný?“ Tato myšlenka je příklad **obsese**. Dostaví se strach z možné nákazy. Tohoto strachu se člověk snaží zbavit například tím, že si umyje ruce. Této činnosti, která má za úkol snížit pocit strachu, úzkosti a dalších nepříjemných pocitů se říká **kompulze**. Na tomto příkladě je vidět, že startovací **podnět** byl právě onen dotyk ruky na kliku dveří. Existuje nepřehledné množství možných druhů startovacích podnětů a každý člověk může mít jiné. Tímto podnětem může být i pocit, vzpomínka, událost, slovo, činnost, prostě cokoliv co vyvolá obsesi (srov. Praško a Prašková, 2008, s. 9-10).

„Obsese se mohou objevit v podobě úzkostných, obávaných, ale i odpudivých, rouhavých, nemravných, absurdních myšlenek, nebo všeho dohromady“ (Praško a Prašková, 2008, s. 9).

Níže bude uvedeno několik příkladů obsesí z odborné literatury, na těchto příkladech bude možné vidět jejich různorodost.

Honzu záhy po uzamčení jakéhokoli zámku vždy napadne stejná myšlenka: „je ten zámek opravdu zamčený?“ Jednoho řidiče nákladního automobilu často bezdůvodně trápila nejistota, zda náhodou nesrazil nějakého chodce, či cyklistu. Anetu, která velice

milovala svoji dceru a nikdy jí neublížila, často pronásledoval strach, aby náhodou nebodla své dítě nožem. Někdy měla v mysli i vizuální představu tohoto činu. Jednoho silně věřícího člověka velmi trápí rouhavé myšlenky a nadávky na Boha, které se mu nechtěně vynořují v mysli. Milana pronásleduje bezdůvodný strach z toho, jestli není náhodou homosexuál. Valerie má neopodstatněné obavy, zda jí náhodou sexuálně nepřitahují děti. Dalibor se zbytečně obává toho, že by mohl mít rakovinu (srov. Praško a Prašková, 2008, s. 8-9).

Obsese člověka zatěžují a vyvolávají výraznou úzkost a strach (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 15).

Proto pokládám za důležitou i následující část, zaměřenou na tyto stavy.

1.2.1 Strach a úzkost

Když se u zdravého člověka objeví úzkost, je to signál možného ohrožení, který člověka upozorní na případné nebezpečí. Člověk zpozorní a je ve střehu. V případě situace, kdy není zjištěno nebezpečí, postupně úzkost opadá. V případě, že se objeví reálné nebezpečí, může se objevit strach, který je přirozená reakce na konkrétní nebezpečný stav. Dochází k rychlému vyhodnocení situace a člověk reaguje buď aktivním zvládnutím situace (například boj), nebo útekem. Úzkost i strach jsou stavy důležité pro přežití a orientaci v prostředí. Slouží k tomu, aby se člověk preventivně vyhnul nebezpečí a v případě, kdy nebezpečí nastalo, mobilizují svaly, energii, zrychluje se poznávání, myšlení i další reakce organismu a pomáhají člověku nebezpečnou situaci zvládnout (srov. Praško, 2005, s. 10-11).

Úzkost slouží ke spuštění souhrnného programu, který má za úkol ochránit jedince a úspěšně překonat nebezpečnou situaci. Někdy se může stát, že tato řízená reakce vyvolaná úzkostí (aktivní zvládnutí, útek), která slouží k překonání nebezpečí, se vymkne kontrole a stane se neřízenou, pak se tento stav označuje jako **panika**. Stav paniky je extrémně silná úzkost, která má zesílené fyzické i psychické projevy a z toho důvodu je těžko kontrolovatelná. Další možností, která může vzniknout při selhání řízení úzkostné reakce je stav, kdy člověk nepocítuje odpovídající emoční odezvu (srov. Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 358-361; srov. Praško, 2005, s. 10-13).

„Typické příznaky úzkosti – psychické příznaky: pocit ohrožení, pocit napětí, strach, nadměrné obavy a starosti, katastrofické myšlenky a představy, traumatické vzpomínky, obtíže s koncentrací, nespavost, nadměrná bdělost a ostražitost, ospalost, lekavost, podrážděnost, pocit vnitřního chvění, depersonalizace a derealizace, pocit psychické únavy a vyčerpání, neschopnost odpočívat, záchvaty panické hrůzy, anticipační úzkost“ (Praško, 2005, s. 11).

„Typické příznaky úzkosti – somatické příznaky: napětí ve svalech, zkrácení dechu, hyperventilace, bolesti v zádech, hlavy, ve svalech, třes, cukání, roztřesenost, zvýšená unavitelnost, (...), pocení, červení, nebo blednutí, (...), časté močení, průjem nebo zácpa, (...), tlaky v žaludku, (...), nauzea, (...), obtíže s polykáním, (...), píchání u srdce, sevření na hrudi, snížené libido“ (Praško, 2005, s. 11).

Strach a úzkost jsou stavy, které jsou si podobné, a proto není vždy lehké je od sebe rozeznat (srov. Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 248-249).

*„Úzkost se vyznačuje tím, že její příčina nemá konkrétní podobu, oproti tomu **strach** konkrétní podobu má“ (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 248-249).*

Přirozenou funkcí úzkosti je upozornit na nebezpečí, slouží tedy jako alarm (srov. Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 248-249).

Strach i úzkost jsou důležité stavy také proto, že výrazně ovlivňují vývoj osobnosti člověka (srov. Vymětal, 2004, s. 11).

Problém nastává v případě, kdy strach a úzkost jsou vyvolané podněty, které nejsou nebezpečné, či jsou vzniklé emoční reakci nepřiměřené. Také v případě, kdy strach a úzkost se vyskytují velmi často, nebo jsou intenzivní, či výrazně dlouhé (srov. Praško, 2005, s. 11).

Petr N. měl velký problém rozeznat nebezpečí, které hrozilo. Zdravý rozum mu říkal, že situace, do které se dostal, není nebezpečná, ale úzkost a strach mu říkaly pravý opak. Tento strach a úzkost ho nutily přezkoumat situaci, začal uvažovat, hledal nebezpečí a vždy nějaké objevil. Tímto způsobem se mu stávalo, že z běžných každodenních situací a činností, se staly situace a činnosti stresující, plné obav a strachu z toho, že by se mohlo stát něco zlého. Tento stav ho nutil k tomu, aby zajistil to, že se nic zlého nestane. Proto se často ujišťoval, kontroloval a přemýšlel (kompulze).

Petr N. zažil projevy silného strachu, které si pamatoval celý život. V těchto stavech hrůzy nemohl myslet na nic jiného, připadal si jako ve zlém snu, že to nemůže být realita, čas se jakoby zastavil, noci byly nekonečné, nemohl spát, jíst, nebylo mu dobře od žaludku, silně se potil studeným potem, který mu stékal po těle, bušilo mu srdce, prožíval záchvaty silného třesu celého těla a cvakaly mu zuby o sebe. Tyto stavy prožíval několik hodin, někdy v různé intenzitě i několik dní v kuse. Některé dny si připadal, jako kdyby byl ve válečné zóně. Často musel čelit úzkosti, nevěděl, odkud může přijít nebezpečí a byl konfrontován se silným strachem o sebe a blízké. Paradox byl v tom, že jeho strach byl často zbytečný a přehnaný, ale on ho vnímal jako reálný.

1.3 Kompulze

Abychom mohli lépe pochopit toto onemocnění a jeho princip, tak pokládám za důležité uvést, jak různí autoři popisují kompulze.

„Kompulze zmírňuje nepříjemný pocit, který navodila obsese. Při kompulzi jde o nutkavé chování (nebo myšlenkový pochod), které pod vlivem obsese člověk trpící OCD vykonává, i když si často uvědomuje, že jde o nesmyslnou nebo nadměrnou činnost. Nepříjemné pocity nezmizí, dokud toto chování, tento rituál neuskuteční. Kompulzivní chování může být nápravné (jako např. umývání) a ujišťující (jako kontrolování, ujišťování se u okolí apod.)“ (Praško a Prašková, 2008, s. 10).

Níže bude uvedeno několik příkladů kompulzí z odborné literatury, na kterých je vidět jejich různorodost.

Vojtěch měl problém s dopisy. Napsal dopis, zalepil ho do obálky. Následně se u něj objevila nejistota, zda je dopis v pořádku napsaný, jestli tam něco nechybí (obsese). Aby se ujistil, znovu dopis otevřel a zkontroloval (kompulze). Následně vzal novou obálku, dopis do ní vložil a zalepil. Po chvíli se znovu objevila nejistota a strach, který nedokázal překonat, protože dopis byl důležitý, proto znovu dopis otevřel a zkontroloval. Tento scénář se opakoval několikrát. Další člověk, se snažil zahnat své strachy tím, že pokaždé, když se něčeho dotkl jednou rukou, musel se stejné věci dotknout i druhou rukou, jinak měl pocit, že se něco zlého stane. Luděk pokaždé když uslyšel, nebo si přečetl slovo rakovina, dostal strach z toho, jestli jí náhodou nemá

a dlouho prohlížel své tělo, hledajíc jakoukoliv bulku (srov. Praško a Prašková, 2008, s. 11-12).

Obsese člověka nutí vykonat nějakou činnost, která zmírňuje strach a úzkost, této činnosti se říká kompulze. Člověk trpící OCD si často uvědomuje, že jedná nepřiměřeně, zbytečně. Nejraději by kompulze nedělal, vadí mu, vysilují ho, berou mu čas, ale nedokáže si pomoci, strach je silnější. Udělá to pro jistotu, aby měl klid. Velice často se jedná o různé formy **kontrolování, ujišťování, čištění a vyhýbání se** situacím, které by mohly vyvolat obsese a kompulze. Příkladem vyhýbání se, může být člověk, který má strach podat lidem ruku. Tento člověk ví, že na rukou je velké množství bakterií a virů, proto se bude vyhýbat situacím, kde se ruce podávají, nebo bude nosit rukavice. Luděk, u kterého vyvolává slovo rakovina neklid, se bude vyhýbat rozhovoru, knihám i filmům s touto tematikou. Zdeněk má chorobný strach z elektrického proudu, že by ho mohl poranit či zabít, tak se pro jistotu nedotýká žádných elektrických spotřebičů a přenechává tuto činnost druhým. **Kompulze mohou být i v myšlenkách**, může se jednat o myšlenky, které vyvrací, či neutralizují obsese a snižují úzkost. Příkladem může být onen člověk, u kterého vyvolává strach slovo rakovina. Tento člověk se snaží zahánět strach tím, že myslí na slova spojená se zdravím, kterými napraví spouštěcí slovo rakovina. Druhá možnost je, že se bude uklidňovat tím, že v myšlenkách vyvrací onen strach. Pomyslí si: „nemám žádnou bulku a žiji zdravě, nemohu být nemocný“. Dále může v mysli opakovat frázi „jsem zdravý, nic mi není“, která ho uklidňuje. Kompulze a vyhýbání se pomáhá postiženému jen krátkodobě na snížení strachu a úzkosti. Z dlouhodobého hlediska dochází vlivem vykonávaných kompulzí k utužování problému. Po sobě jdoucí kompulze se mohou spojit a vytvořit propracované, dlouhé rituály s přesně daným pořadím činností (srov. Praško a Prašková, 2008, s. 10-18; srov. Kučerová, 2013, s. 32).

*„V mysli probíhajícím kompulzím je podobná tzv. **ruminace**, neproduktivní a zdlouhavý sled myšlenek na určité téma“* (Praško a Prašková, 2008, s. 15-16).

Příkladem může být neustálé přemýšlení o smyslu života (srov. Praško a Prašková, 2008, s. 16).

Jednou z forem kompulzí je **ujišťování**. Lidé s OCD, kteří často trpí strachem z toho, že by se něco špatného mohlo stát, něco co má vážné následky, mají potřebu se

ujišťovat. Může se jednat o ujišťování formou otázek na své blízké, či odborníky, jako jsou lékaři aj. Nebo ujišťování formou kontrol, zda je vše pořádku. Problémem je, že lidé trpící OCD se mohou ujišťovat i mnohokrát za sebou a tím ztrácí hodně času, či rozzlobí člověka, od kterého potřebují ujištění, když se opakovaně ptají na stejnou věc (srov. Praško a Prašková, 2008, s. 16-17).

Existují i různé typy nesmyslných, nelogických, až bizarních obsesí a kompulzí, například Alžběta se vyhýbá číslu šest, číslo šest má spojeno s možností tragédie v její rodině. Měla proto problémy při čtení knih a časopisů, nedokázala toto číslo napsat a nechtěla ho ani vidět, vše počítala a vyhýbala se všemu, kde šestku napočítala, nebo viděla. Později se jí tato obsese zhoršila a začala se vyhýbat i číslům, které vzniknou matematickými operacemi z tohoto čísla (srov. Praško a Prašková, 2008, s. 18-19).

Člověk trpící OCD provádí kompulze podle přesného schématu, který si stanovil. Pokládá za velmi důležité dodržet přesný postup, počet opakování. V případě nedodržení postupu, či přerušení, je pacient nucen opakovat celý proces od začátku. U mytí rukou může být následující postup. Ruce se myjí pouze v teplé vodě, jednou je opláchne bez mýdla, pak pět krát s mýdlem až po lokty. Po osušení rukou je potřeba nanést desinfekci alespoň dvakrát. Tímto způsobem se vytváří rituál (srov. Straková Jirků, 2018, s. 14-15).

Celý rituál nemocný opakuje tak dlouho, než se dostaví výrazné snížení strachu a úzkosti. Často se po vykonání rituálu objevují pochybnosti, zda byl rituál dobře vykonán, či se nedostaví pocit ukončenosti, to vede k dalšímu opakování. Proto je celý rituál vykonáván i několikrát za sebou, což vede ke značnému vyčerpání jedince a velké ztrátě času (srov. Cimický in Ulč, 1999, s. 59).

Příklady častých kompulzí:

Většinou se jedná o mytí a desinfikování rukou i dalších věcí. Časté praní oblečení a všelijaké čistící, uklízecí aktivity a přerovnávání věcí do přesného systému. Dále různé formy ověřování, ujišťování, zabezpečování. Časté kompulze jsou i počítání věcí, dotýkání se předmětů, různé opakované pohyby, vyhýbavé chování, přehnané plánování

a pečlivost. Může docházet i k hromadění nepotřebných věcí. Často se vyskytují mentální kompulze například přeřikávání různých frází, molliteb, vybavování si různých uklidňujících představ (srov. Straková Jirků, 2018, s. 14-15).

„Obvykle se rozlišují čtyři typy nutkavého jednání:

- *nutkavé mytí a čištění,*
- *nutkavé kontrolování,*
- *nutkavé udržování pořádku,*
- *nutkavé opakování“* (Morschitzky a Sator, 2014, s. 95-96).

Umývání a čištění

Tyto aktivity jsou prováděny v důsledku strachu z nákazy nějakou nemocí, či znečištění něčím odporným, nebo strachem z kontaminace chemikáliemi a dalšími nebezpečnými látkami (azbest). Člověk s OCD má výrazné obavy nejen o své zdraví, ale také o zdraví svých blízkých i dalších osob. Proto je nucen všechny možná rizika eliminovat mytím, čištěním, či vyhýbáním se. Problém je, že člověk trpící OCD pocítuje výrazné ohrožení i v situaci, která je objektivně neškodná. Podle rozvinutosti OCD mohou tyto činnosti zabírat i většinu dne (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 96-97).

Lidé trpící OCD se strachem z bakterií a virů, kteří jsou zdraví (nemají žádnou nakažlivou nemoc), mohou mít pochybnosti o svém zdraví. Stačí, aby je dlouhodobě trápily obsese, které jim napovídají opak. Pak si tento člověk už nemusí být jistý svým zdravím a může mít zbytečný strach o své blízké, aby je náhodou něčím nenakazil. Někdy se jim může pro jistotu vyhýbat, aby je ochránil, protože nikdy si nemůže být zcela jistý svým zdravím (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 96).

Někdy jsou mycí a čistící aktivity člověka s OCD zaměřeny pouze na některé objekty a dalších si nevšimá. Tento člověk může přehnaně dbát na čistotu rukou, koupelny a toalety i jiných objektů a zároveň může mít zcela špinavé okna, auto, zaprášený nábytek aj. Je to způsobeno tím, že čištění některých objektů považuje za důležitější, než čištění jiných (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 97).

Kontrolování a ověřování

Lidé s OCD, kteří trpí nutkáním vše kontrolovat, mají často strach, že by v důsledku jejich zavinění mohlo dojít k nějaké vážné újmě na zdraví osob, či majetku. Tito lidé trpí obsesemi, že by se něco vážného mohlo stát. Často si přehnaně uvědomují všechna možná rizika a snaží se jim vyhýbat, či je neutralizovat, snižovat a zabránit domnělé katastrofě. Tyto strachy se mohou týkat požárů, kdy je nepřiměřeně kontrolováno vypnutí všech elektrických a plynových spotřebičů. Člověk s OCD tyto spotřebiče kontroluje několikrát za sebou a stejně si nemusí být jistý, zda je vše v pořádku vypnuto. V extrémním případě se může všech těchto spotřebičů vzdát a zbavit se jich, nebo tyto spotřebiče nebude používat. Další častá situace je strach, že bude unikat voda. Potom bude člověk s OCD přehnaně kontrolovat všechny vodovodní kohoutky. Dalšími častými kompulzemi lidí trpících OCD je velmi časté kontrolování uzavření všech oken, dveří a zámků. Přehnané kontrolování se často přeneso i do jiných oblastí života člověka, například do pracovní náplně, kdy člověk s OCD nadměrně kontroluje všechnu práci, kterou vykonal, nebo přehnaně kontroluje práci druhých lidí. Tím se může dostat do sporu s kolegy a snižuje se jeho výkonnost (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 97).

Zde uvedu příklad Petra N., který měl silně rozvinuté kompulze spojené s nadměrným kontrolováním. Petr N. měl často obavu, že někde něco zapomene. Z toho důvodu vždy pohledem kontroloval, zda v místnosti něco nezapomněl. Problém byl v tom, že tato činnost mu zabírala delší dobu. Často na něj museli druzí čekat, než si místnost prohlédne, což některé lidi provokovalo a zhoršovalo mu to vztahy s druhými. Když Petr N. dělal nějakou práci, vždy jí po sobě přehnaně kontroloval a každá činnost, kterou kontroloval, mu trvala mnohem déle, než druhým lidem. V případě, kdy se jednalo o nějakou činnost, kde by se v důsledku jeho chyby mohlo něco stát, byla situace mnohem horší. Příkladem může být výměna kol u auta, kdy je potřeba vyměnit zimní kola za letní a naopak. Zdravý technicky zdatný člověk by tuto činnost mohl zvládnout zhruba do půl hodiny. Petrovi by tato činnost trvala i čtyři hodiny a déle. Důvodem je Petrův strach, že se auto při zvedání poškodí. Také se bojí toho, že kola nebudou dobře nasazená, či nebudou dostatečně utáhlé matice kol. Petr má strach, že by se špatně dotáhnuté kolo mohlo za jízdy uvolnit, upadnout a způsobit havárii. Podobné katastrofické scénáře ho napadaly u téměř všech činností, proto mu mnoho činností způsobovalo vážné problémy.

Lidé trpící těmito kompulzemi, často vyžadují ujištění od svého okolí, zda je vše správně uděláno, proto se mohou druhých opakovaně ptát, na tyto dotazy. Blízcí lidé, kteří mají s takto nemocnými strpení, je mohou i několikrát za sebou ujišťovat a mají s nimi trpělivost. Tímto způsobem však nevědomky posilují tyto rituály a za čas se může situace zhoršovat (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 98).

Někteří pacienti si vymysleli určité rituály, které mohou být z části magické, tímto způsobem se snaží omezit počet opakování kontroly a ušetřit čas. Může se jednat o magická čísla, například některé věci je potřeba zkontrolovat třikrát, jiné sedmkrát a podobně. Někdo se může modlit, vykonávat určité pohyby, gesta, říkat různá slova aj. Mnohé kontroly se mohou uskutečňovat i v mysli, kdy dotyčný prochází v hlavě danou činnost a kontroluje, zda vše správně udělal. Někdy tito lidé působí dojmem, že jsou duchem mimo realitu (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 98).

Petr N. používal kontrolu v mysli v případě, kdy už daný objekt, který potřeboval zkontrolovat, nebyl k dispozici. Například když odešel od auta a objevil se strach, že auto není zamčené. Pak si auto vybavil v paměti, vybavil si vizuální vzpomínku dveří auta, zda byly zavřené a tlačítko zámku zatlačeno dolů. Také v případě kontroly nějaké činnosti, kdy si v paměti přemítal přesný postup, toho co dělal a tím se ujišťoval, že je vše v pořádku. Například když Petr něco zaplatil a odešel. Později se objevila nejistota, zda náhodou nezaplatil více peněz, než měl. Měl obavu, že možná dal více peněz a člověk co platbu přijal, jí dobře nezkontroloval, či si přebytečné peníze nechal. Proto Petr v paměti procházel celý postup placení a snažil se vybavit bankovky, které vzal do ruky, aby věděl, zda dal správnou sumu. Každý večer před spaním míval Petr pocit nejistoty, zda na něco důležitého náhodou nezapomněl, zda je vše dokončeno, zda se během dne nevyskytl nějaký nový úkol, který si zapomněl zapsat. Proto každý večer procházel ve své paměti všechny činnosti, které za den dělal a hledal, zda je vše v pořádku dokončeno a zda na něco nezapomněl. Tyto mentální kompulze mu zabíraly velké množství času a sil.

Srovnávání a uklízení

Někteří lidé s OCD mají přehnanou potřebu mít vše srovnáno do určitého systému, často s důrazem na symetrii a přesnost. Tento systém má striktní pravidla, podle kterých

se nemocný řídí. V případě, kdy jsou tyto pravidla porušena, pak má tento člověk strach, že by se mohlo stát nějaké neštěstí. Srovnávání věcí slouží jako magická ochrana před katastrofou. V případě, kdy někdo tento systém změní, či nejsou věci srovnány tak, jak mají být, pak nemocný pociťuje velký vnitřní nepokoj, napětí a strach. Tyto pocity ho nutí dát vše do pořádku, srovnávat věci (psací potřeby, nástroje, oblečení aj.) do systému, ve kterém mohou hrát roli i milimetry (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 98-99).

Například jeden chlapec předškolního věku měl přesný systém uložení svých věcí a propracované rituály úpravy lůžka před spaním. Proto velmi uklízel a tím přicházel o hodně času. Vše muselo být na svém místě, jinak by měl veliký strach, že by jeho matka i otec zemřeli (srov. Malá in Malá a Pavlovský, 2002, s. 70).

Opakování činnosti

Jedná se o stav, kdy je člověk nucen vykonávat některé činnosti opakovaně v určitém počtu, aby odvrátil nějaké nebezpečí, nebo aby dotyčný nabyl pocit, že je činnost dokonána. V případě, kdy není dodržen určitý počet opakování, pak má nemocný potřebu dělat celou činnost znova od začátku. Může se jednat o opakování slov, motlítek, pohybů, čísel. Někteří nemocní cítí potřebu určité věci počítat, aby dosáhli správného čísla, nebo se vyhýbají nebezpečnému číslu, aby odvrátili nebezpečí domnělé katastrofy. Někdy opakované činy, které dotyční vykonávají, nemají logickou spojitost s nebezpečím a prakticky nemohou domnělou katastrofu odvrátit, ale dotyčný je subjektivně vnímá jako určitou formu ochrany (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 99).

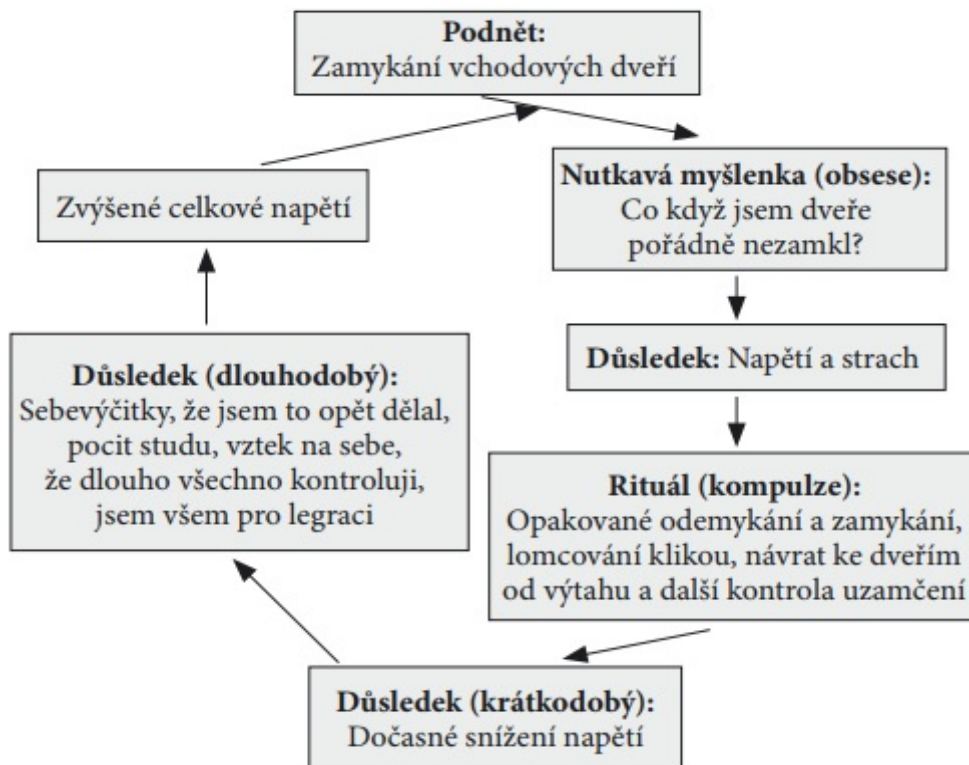
Například jedna studentka musela udělat přesný rituál při vstupu do budovy školy, aby odvrátila domnělé nebezpečí špatné známky. Rituál musel být proveden přesně, jinak byl neplatný a bylo potřeba ho vykonat znovu. V případě, kdy nebyl rituál vykonán, pak tuto studentku sužovaly obavy a nejistota (srov. Nývltová, 2008, s. 61).

Sbírání a hromadění věcí

Někdy člověk trpící OCD může hromadit velké množství nepotřebných věcí a má strach cokoliv vyhodit (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 100).

1.4 Bludný kruh OCD

Myslím si, že pro lepší pochopení principu OCD nám pomůže schematické vyjádření bludného kruhu. Následuje neupravený obrázek, jehož zdroj je (Praško a Prašková, 2008, s. 11).



Obrázek 1: Tento obrázek je přímá citace (přesná kopie) obrázku z publikace (Praško a Prašková, 2008, s. 11).

Pro porovnání s obrázkem jsem vybral zkušenost Petra N., na které je názorně vidět příklad bludného kruhu, princip OCD a problémy, které způsobuje. Vyprávěcí slohový postup jsem zvolil záměrně proto, aby bylo možné lépe pochopit myšlenky

nemocného a uvědomit si fáze v bludném kruhu a další momenty, které jsou pro OCD specifické.

Petr N. má problémy se zamykáním dveří a zámků. Velké problémy má se zamykáním auta. Petra vždy po uzamčení auta pronásledoval pocit nejistoty spojený se strachem. Měl strach z toho, aby mu auto někdo neukradl, či nevzal z auta cennosti. Petr si uvědomoval, že auto by mělo být zamčeno, ale pocit nejistoty, strachu a napětí se zvyšoval, proto se rozhodl, že se ujistí. Následně vyzkoušel kliky všech dveří a pro jistotu zkontroloval i zatažení okének. Když se takto ujistil, tak se mu ulevilo a chtěl odejít, ale po chvíli se pocit strachu a nejistoty vrátil. Objevila se další obsese a to, zda při kontrole dveří omylem neodemkl auto. Předpokládal, že je to hloupost, ale pocit nejistoty mu nedal klid. Rozhodl se, aby měl úplnou jistotu, tak auto znova odemkne a zamkne. Protože Petr nechtěl vypadat před lidmi na parkovišti jako hlupák, tak po odemknutí auta chvíli předstíral, že v autě něco hledá, že na něco zapomněl. Petr se na druhý pokus zamykání velmi soustředil, ale vyrušilo ho příjíždějící auto, proto si opět nebyl jistý, zda dobře zamkl. Pro jistotu zkusil kliky dveří, zkontroloval okénka. Avšak nejistota způsobená vyrušením ho donutila opět auto odemknout a zamknout. Z přihlížejících na parkovišti si už Petr nedělal hlavu, důležitější bylo zbavit se strachu a dalších nepříjemných pocitů. Poté se chtěl ujistit o uzamčení, tak silně zatahal za kliku dveří, až ji utrhl. Po tomto incidentu už auto nechal být. Zlobil se sám na sebe, vyčítal si utrženou kliku a množství času, které ztratil, také to, že před lidmi na parkovišti vypadal jako hlupák. Petr si dal předsevzetí, že v budoucnu to zvládne líp, ale nakonec toto předsevzetí nedokázal splnit.

U Petra N. byla situace komplikovanější, později se mu tento problém rozšířil i na ostatní druhy dveří a zámků. Ověřovací rituál u zamykání auta se prodloužil. Ze začátku se jednalo pouze o zamčení a zatažení za jednu kliku. Později se přidala i myšlenková kompulze, kdy se v mysli vracel k projekci toho, jak zamyká. Následně tato myšlenková kompulze nestačila a kontroloval pro jistotu všechny dveře. Časem přidal i kontrolu okének. Auto několikrát obešel a zkontroloval, když byl vyrušen, musel opakovat celý proces od začátku, tedy znova auto odemknout, pak zamknout a tak dále.

Proto se Petr těmto situacím vyhýbal, nejezdil autem, když nemusel, tak raději nevycházel z domu, aby se vyhnul zamykání, nebo za ním zamykala jeho matka. Kvůli těmto rituálům často chodil pozdě, což mu způsobovalo další problémy. Všechny tyto

problémy, strachy, které každý den prožíval, zvyšovaly pocit vnitřního napětí, které přecházelo v úzkost. Přímo úměrně se zvyšujícím napětím se zvyšovala i úzkost. Tento vnitřní neklid mu způsoboval to, že nebyl schopen se účinně bránit obsesím a kompulzím a jeho stav se zhoršoval. Petr se dostal do bludného kruhu, který se dal přerušit pouze tím, když se mu povedlo nevykonat kompulzi několikrát za sebou.

Výše uvedený reálný příklad bludného kruhu Petra N. se podobá tomu na schématu v obrázku 1. Všechny fáze bludného kruhu v obrázku 1. obsažené jsou i zde patrné a několikrát se cyklicky opakují. Dále je možné si na tomto příběhu povšimnout i dalších charakteristik OCD, které jsou uvedeny v předchozích kapitolách.

1.5 Příčiny vzniku OCD

Jak tato porucha vzniká a jaké jsou její hlavní příčiny, se zatím neví. Předpokládá se, že vzniká za spolupráce více různých faktorů. Vliv na rozvoj OCD může mít například výchova v dětství, kdy rodiče přehnaně lpí na čistotě, pořádku, pravidlech, nebo jsou velmi starostliví a úzkostní. Dítě může přijmout tento vzor od svých rodičů. U rodičů, kteří mají sklony k emocionální přecitlivělosti a neurózám, je nějaká pravděpodobnost, že tyto genetické předpoklady mohou zdědit i jejich děti. V různých výzkumech se zjistilo, že lidé s OCD mají problémy s rovnováhou serotoninu, který zde hraje důležitou roli (srov. Straková Jirků, 2018, s. 7).

Rakouský císař František Josef I., který žil v letech (1830 – 1916), trpěl obsedantně-kompulzivní poruchou. Je známo, že tento vladař měl přísnou matku, která ho vychovávala. František Josef I. si přesně naplánoval denní program, který pak striktně dodržoval. Tento program se mu stal rituálem a nedokázal něco udělat jinak. Toto chování lze vysvětlit tak, že přesný denní program ho chránil před nečekanými a neznámými situacemi, které by mohly způsobit nejistotu. Vždy měl přehled o tom, co se bude dít, jaký bude program, proto nemusel mít obavy z neočekávaného (srov. Vágnerová, 2002, s. 209).

Jedna z teorií vzniku OCD předpokládá **biologický základ** onemocnění. Lidé s OCD mohou mít podle výzkumů nesprávnou hladinu serotoninu v mozku. Dále někteří vědci usuzují, že některé nervové spoje v mozku, které jsou pro správnou funkci

důležité, jsou rozpojené a nejsou zcela funkční (srov. Probstová a Pěč, 2014, s. 103-104; srov. Možný a Praško, 1999, s. 192).

Kognitivně-behaviorální teorie vzniku OCD považuje obsese a kompulze za stavy, které vznikly na základě špatného poznání a učení v průběhu dětství i dospívání. Kdy si dítě vytvořilo špatné poznání a návyky (samo, nebo od rodičů, vlivem přísné výchovy aj.), které se spustí nějakou silně stresující událostí (srov. Probstová a Pěč, 2014, s. 103-104).

Zatím neexistuje teorie, která by plně vysvětlila vznik OCD. Nejvíce důkazů zatím svědčí pro biologický základ onemocnění a kognitivně-behaviorální teorii. Různé výzkumy ukazují, že vznik OCD a jeho rozvoj je způsoben mnoha různými faktory. Například genetickou výbavou jedince, výchovou v rodině a stresem (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 53).

1.6 Průběh onemocnění

V některých případech se může OCD postupně vyvíjet po řadu let, jindy může udeřit náhle. Zhruba polovina případů pacientů s OCD zažila v minulosti velmi stresující události, které předcházely vzniku této poruchy. V průběhu onemocnění se může měnit obsah obsesí i jejich četnost a intenzita, stejně to platí i v případě kompulzí. Někdy se nemocný může cítit lépe, jindy je na tom velmi špatně. U některých lidí, se může vyskytnout pouze jedna krátká (několikaměsíční) epizoda OCD, která se za čas uklidní, zmizí a člověk už OCD nikdy znovu nezažije (srov. Ocisková a Praško, 2015, s. 119).

Občas se OCD může vyskytnout po špatném zážitku, který člověka výrazně zasáhl, rozrušil a znepokojil (srov. Carr-Gregg, 2012, s. 87).

Zhruba u 33 % pacientů může dojít ke spontánnímu vymizení příznaků. Ale většina pacientů se potýká s příznaky dlouhodobě, nebo v epizodách. Chronická OCD má nejhorší prognózu (srov. Kosová in Höschl, Libiger a Švestka, ed., 2002, s. 498).

Když je průběh OCD u člověka dlouhodobý a vážný, pak se často stává, že se tento člověk stane pracovně neschopný a jeho OCD ho trápí po celý život (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 13).

1.7 Výskyt OCD v populaci

Obsedantně-kompulzivní porucha postihuje muže i ženy. Nedá se říci, že by se OCD objevovala častěji u mužů, než u žen, či naopak (srov. Honzák, 2005, s. 97).

OCD se vyskytuje u zhruba 3 % lidí v populaci (srov. Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 10).

Obsedantně-kompulzivní porucha se vyskytuje velmi často. V četnosti svého výskytu si drží druhé místo mezi duševními poruchami hned za depresí. OCD může propuknout u dětí, dospělých i seniorů. Často trvá několik let, než nemocný navštíví psychiatra (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 12-13).

Občas se v rodině člověka trpícího OCD mohou vyskytovat i další lidé s tímto onemocněním (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 49).

Pro srovnání uvedu situaci Petra N., u kterého se OCD rozvinula již v dětství zhruba v 10 letech. Petr N. také uvedl, že na své babičce z matčiny strany a matce někdy pozoroval podobné projevy, které jsou u OCD, ale ne v takové míře, jako má on sám. Jeho strýc, tedy bratr od Petrovy matky byl v pořádku, ale ke stáří prožil těžkou událost, po které se výrazně změnil jeho psychický stav. Začal prožívat stavy úzkosti a strachu z budoucnosti, nemohl spát, často potřeboval ujištění od blízkých, že bude vše v pořádku. Jeho stav připomínal něco mezi generalizovanou úzkostnou poruchou a OCD.

1.8 Určení diagnózy OCD

Pro určení diagnózy je potřeba provést komplexní psychiatrické vyšetření a nemocný musí splňovat všechna kritéria pro určení OCD, která jsou uvedena v MKN-10. Často se stává, že člověk trpící OCD se stydí za obsese i kompulze, nebo o nich velmi těžko mluví, protože se mohou týkat citlivých témat. Z těchto důvodů vyhledávají pomoc až lidé, u kterých je OCD rozvinutá (srov. Pidrman, 1999, s. 5).

Pro ilustraci uvedu situaci Petra N., který se styděl za myšlenky, které ho napadaly, měl velký problém se s nimi někomu svěřit. Měl strach, že ho lidé budou

pokládat za blázna, proto velmi dlouho otálel, než se někomu svěřil. K tomu, aby vyhledal pomoc, ho donutil stav, kdy už si sám nevěděl rady. Navštívil psychologa, který po několika důkladných vyšetřeních stanovil diagnózu rozvinuté OCD. Druhý problém, na který Petr N. poukázal, je to, že některé obsese a kompulze pokládal za normální, jako svoji povahovou vlastnost. Myslel si, že je pečlivější než ostatní, proto vše častěji kontroluje. Proto si myslí, že někteří lidé mohou žít s OCD celý život, aniž by tušili, že trpí psychickou poruchou, ale to jen v případě, když se OCD výrazně nezhoršuje.

Existují diagnostická kritéria, podle kterých je možno určit OCD. Pro diagnózu OCD je zapotřebí, aby byly splněny všechny kritéria současně. Prvním kritériem je to, že obsese, kompulze, nebo obojí trvá delší dobu, alespoň čtrnáct dní. Dále si pacient uvědomuje, že obsese i kompulze jsou jeho myšlenky, činy a nikdo mu je do hlavy nevkládá. Člověk s OCD tyto obsese a kompulze pokládá za zbytečné či neadekvátní a nejsou pro něj příjemné. Nejraději by se jich zbavil, ale i přes snahu bránit se jim, se opakují a vracejí (srov. MKN-10 cit. podle Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 253).

Většina lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou uvádí to, že si musí pořád umývat ruce, nebo že stále něco kontrolují, či je pronásledují myšlenky, které je mučí (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 95).

1.8.1 Hodnocení závažnosti OCD

Existuje několik různých škál, pro hodnocení této poruchy. První z nich, která je standardní a také nejvíce využívanou je Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS). Další škálou je National Institute of Mental Health Obsessive Compulsive Scale se zkratkou (NIMH-OC), ale ta se tolik nevyužívá (srov. Pidrman, 1999, s. 5).

YBOCS je složena ze dvou hlavních kategorií. První kategorií jsou obsese, kde se hodnotí pět položek a druhou kategorií je podobné hodnocení kompulzí. Hodnotí se intenzita daného problému, kdy hodnocení 0 znamená, že se problém nevyskytuje a 4 znamená maximální výskyt. V bodech odolnost vůči obsesím/kompulzím je známkou 0 hodnocen stav, kdy člověk vždy odolá a v případě bodů kontrola

obsesí/kompulzí je známkou 0 vyjádřen stav, kdy člověk má plnou kontrolu (srov. Pidrman, 1999, s. 5).

„Hodnocení Obsesí

- *Čas věnovaný obsesím*
- *Narušení činnosti obsesemi*
- *Úzkost/ stres při obsesích*
- *Odolnost vůči obsesím*
- *Kontrola obsesí*

Hodnocení Kompulzí

- *Čas věnovaný kompulzím*
- *Narušení činnosti kompulzemi*
- *Úzkost/ stres při kompulzích*
- *Odolnost vůči kompulzím*
- *Kontrola kompulzí“ (Pidrman, 1999, s. 6).*

Podle počtu bodů získaných v YBOCS škále se zhodnotí stav OCD u pacienta (srov. Pidrman, 1999, s. 5-6).

Silně rozvinutá OCD

V případě, kdy pacient získá zhruba 27-40 bodů na škále YBOCS, můžeme tento stav nazvat jako silně rozvinutá OCD. Pacient je značně zaměstnán svými obsesemi a kompulzemi, které zabírají skoro celý den. Z velké míry nezvládá jiné činnosti, jako jsou pracovní a každodenní povinnosti. Od hodnocení 30-32 bodů je nemocný v tak špatném stavu, že z důvodu obsesí a kompulzí není schopen opustit svůj domov (srov. Pidrman, 1999, s. 6).

Níže jsou uvedeny některé příklady z odborné literatury, které ukazují takto rozvinutou OCD.

Jeden muž, nevychází z domu, protože má přehnaný strach z azbestu, který je obsažen v eternitových střešních krytinách, a který se za určitých podmínek může uvolnit a dostat se do ovzduší. Vdechování těchto azbestových vláken může způsobit nádorové onemocnění plic, proto pro jistotu nevychází z domu, aby se nedostal do kontaktu s tímto materiálem, kterým je pokryto velké množství střech okolních domů. Dalším příkladem je žena, která má bezdůvodný strach, že zabije své děti, proto se každou noc nechává zamykat svým manželem ve sklepě, aby náhodou nikomu neublížila. Jiná žena každý den uklízí svůj dům tak pečlivě, že kvůli této práci nestíhá žádné další povinnosti (srov. Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 15).

Většina pacientů s OCD si uvědomuje, že jejich obavy, strachy a rituály jsou přehnané, nepřiměřené, nebo zbytečné. Ale v některých případech, kdy je OCD rozvinutá natolik, že je pacient neustále bombardován přehnanými, zbytečnými obavami a strachy z možného nebezpečí, se může stát, že postupem času pacient uvěří, že dané nebezpečí je reálné a ztratí náhled na věc. Uvěří, že nepravděpodobná katastrofa se opravdu může stát (srov. Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 16).

Středně rozvinutá OCD

Do kategorie středně rozvinuté OCD mohou spadat všichni pacienti s hodnocením 18-26. Minimální čas, který pacient každý den ztratí v důsledku obsesí a kompulzí je jedna hodina. Pacient není tolik výkonný v různých aktivitách a OCD narušuje jeho každodenní fungování (srov. Pidrman, 1999, s. 6).

Málo rozvinutá OCD

V kategorii málo rozvinuté OCD se nacházejí lidé s hodnocením do 15 bodů. Příznaky OCD se u těchto pacientů vyskytují, znepříjemňují jim život, ale nijak výrazně neovlivňují jejich výkonnost (srov. Pidrman, 1999, s. 6).

To, v jaké míře OCD ovlivňuje každodenní fungování jedince, závisí především na stupni rozvinutí OCD. Někteří lidé jsou zcela pohlceni obsesemi a kompulzemi, prožívají velké utrpení způsobené neustálým strachem a úzkostí. Nejsou schopni běžného fungování. Jiní lidé mohou normálně fungovat a OCD jim pouze částečně znepříjemňuje život (srov. Pidrman, 1999, s. 5-6).

1.8.2 Kombinace OCD s jiným onemocněním

Až 40 % lidí s OCD může trpět zároveň i depresí. Až u 25 % nemocných se mohou spolu s OCD vyskytovat i jiné duševní poruchy, jako je panická porucha, fobie a jiné úzkostné poruchy. Situace, kdy nemocný trpí více poruchami zároveň, může ztížit diagnózu i léčbu (srov. Pidrman, 1999, s. 4).

Zhruba 70-80 % pacientů s OCD se někdy v životě setkala s depresí. U některých lidí v depresi se mohou vyskytovat obsese. Až v polovině případů se jedná o obsese agresivního, vražedného či sebevražedného rázu. Kdežto u lidí s OCD se tyto obsese vyskytují mnohem méně. V případě, kdy člověk s OCD trpí zároveň depresí, je potřeba před zahájením kognitivně behaviorální terapie eliminovat stavy deprese, protože lidé s depresí špatně reagují na KBT terapii (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 39).

Často se u lidí s OCD vyskytuje i nadměrné pití alkoholu, poruchy příjmu potravy, sociální i jiné fobie. Více než třetina dětí trpící OCD mívá problémy s tiky (srov. Kosová in Höschl, Libiger a Švestka, ed., 2002, s. 498).

1.8.3 Co není OCD

Zhruba u čtyř pětín osob ze zdravé populace se někdy objeví obsese, ale tito lidé si obsesí nevšímají a nezpůsobují jim problémy, protože v nich nevidí žádné ohrožení. Také se v jejich mysli neobjevují tak často, jako v případě OCD. I zdravé lidi může občas napadnout myšlenka na nějaké málo pravděpodobné neštěstí, či nutkání udělat něco nepatřičného, jako smát se na pohřbu při minutě ticha aj. O OCD se může jednat až v případě, kdy se obsese vyskytují velmi často a způsobují značné napětí a strach

jedince. Stejně to platí i u kompulzí, kdy většina populace občas kompulzi vykoná. Příkladem může být kontrola vypnutí plynového sporáku před odchodem z bytu, či zkoušení kliky dveří po uzamčení zámku. Zde se člověk jednou, či dvakrát ujistí, což dělá mnoho lidí a není to nijak nenormální chování. V případě, kdy je člověk nucen vykonávat kompulze stále dokola, i když ví, nebo tuší, že je to zbytečné, pak se může jednat o OCD. I pověřivé chování je v populaci běžné a z části se podobá tomu kompulzivnímu. Oba dva druhy chování jsou iracionálně založeny, ale člověk je pro jistotu udělá. Například ono zaklepání na dřevo, aby se odvrátila možná špatná událost. Zdravý člověk tuto pověru vykoná, a tím to pro něj končí. Kdežto člověk s OCD to opakuje několikrát za sebou a prožívá značný strach, napětí, a další nepříjemné fyzické projevy spojené se stresem. Z toho plyne, že obsese i kompulze prožije někdy většina lidí a je to normální jev. Ale v případě, kdy obsese a kompulze jsou časté, trvají dlouhou dobu, způsobují značný strach, úzkost a výrazně omezují člověka v jeho každodenním životě, pak se může jednat o OCD (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 9-10).

Některé stavy a psychiatrické diagnózy mohou svými projevy připomínat OCD. V počátku **schizofrenie** se mohou objevovat znaky připomínající OCD, které pak ustoupí. U rozvinuté schizofrenie může některé chování jedince trochu připomínat to kompulzivní. Podstatný rozdíl je v tom, že lidé se schizofrenií pokládají za původce myšlenek, které je trápí, buď vnější síly, nebo nějaké osoby. Nepovažují ony myšlenky za vlastní. Také **fobie** mohou připomínat OCD, například vyhýbáním se něčemu i prožíváním silného strachu a úzkosti. Rozdíl je v tom, že například fobie z pavouků je zaměřena na jeden objekt (spouštěčem jsou pavouci), kdežto u OCD může být těchto stresujících objektů (spouštěčů) mnoho. Trochu podobný s OCD je i **Tourettův syndrom**, který je charakteristický různými tiky, například hlasovými. Rozdíl mezi tiky a kompulzemi je v tom, že tiky jsou bezúčelné a neúmyslné. Obsedantně-kompulzivní příznaky se někdy vyskytují i u některých pacientů s Tourettovým syndromem, ale u těchto pacientů nelze využít léčebné postupy, které zabírají u OCD (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 40-43).

Velké množství (až 90 %) pacientů s Tourettovým syndromem má velmi podobné příznaky jako pacienti s OCD. Proto je někdy obtížné rozlišit, zda se jedná o OCD nebo Tourettův syndrom. Pro správné určení Tourettova syndromu je klíčová

přítomnost tiků, které mohou mít formu různých pohybů, či hlasových projevů (srov. Kosová in Höschl, Libiger a Švestka, ed., 2002, s. 498).

Obsese se objevují i u některých dalších onemocnění, jako je například epilepsie, také u některých organických poškození mozku například nádorů, encefalitid, či presenilní demence. V případě závislosti na psychoaktivních látkách se mohou také objevovat obsese (srov. Cimický in Ulč, 1999, s. 60).

2. Léčba OCD

Na začátku této kapitoly chci důrazně upozornit, že nejsem odborník na léčbu OCD a jsem člověk chybující, proto všechny informace ohledně léčby OCD obsažené v této diplomové práci, mají pouze informativní charakter a nemohou sloužit jako návod k léčbě, ani nemohou nahradit odbornou pomoc.

OCD je častá a závažná duševní porucha, která značným způsobem zhoršuje kvalitu života člověka. Je velmi důležité zachytit příznaky OCD včas, aby se nerozvinula do stavu, kdy může člověka zcela vyřadit z normálního života. V dnešní době je možné zlepšit kvalitu života jedince s OCD pomocí antidepresiv a kognitivně behaviorální terapie (KBT). Zhruba u 90 % pacientů lze alespoň z části zmírnit nepříjemné projevy nemoci a v přibližně 60 % případů lze docílit výrazného zlepšení kvality života (srov. Pidrman, 1999, s. 7).

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je psychoterapie, která je účinná pro léčbu OCD. Podle závažnosti problémů způsobených OCD se mohou použít i antidepresiva určené k léčbě OCD a tím KBT terapii podpořit. Někteří lidé se značně rozvinutou OCD nemají dost sil na KBT terapii. V případě, kdy je spolu s OCD přítomna i deprese, tehdy je zapotřebí zbavit nemocného deprese pomocí antidepresiv či KBT terapie. Poté bude nemocný lépe schopen spolupracovat při KBT terapii zaměřené na léčbu OCD. Léčba pomocí léků je podobně účinná jako KBT terapie. Při kombinaci léků s KBT terapií je účinek vyšší než v případě samotného užívání léků bez KBT terapie (srov. Straková Jirků, 2018, s. 44-45).

Účinek KBT je podobný jako má léčba pomocí léků (farmakoterapie) s tím rozdílem, že účinek KBT je trvalejší, s nižším počtem návratů příznaků OCD (srov. Marks, 1997 cit. podle Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 11).

„psychiatři doporučují kombinovat kognitivně behaviorální terapii a farmakoterapii. (...) V lehčích případech OCD je dostačující kognitivně behaviorální terapie“ (Carr-Gregg, 2012, s. 89).

2.1 Léčba pomocí léků

V průběhu času se zjistilo, že lidé trpící OCD mají problémy s rovnováhou serotoninu v mozku. Serotonin je důležitý pro přenášení signálu z určitých nervových zakončení mozku přes synaptickou štěrbinu na další členy systému. V případě nerovnováhy serotoninu tento systém nefunguje správně. Pro léčbu OCD se používají léky, které blokují zpětné vychytávání serotoninu ze synaptické štěrbin, čímž je docílena správná rovnováha serotoninu v nervovém systému. Tímto způsobem je zabezpečen správný přenos informací v tomto systému. Léky používané pro léčbu OCD jsou například tyto: antidepresiva s léčivou látkou **clomipramin** s obchodním názvem (Anafranil a Hidiphen), dále léčivá látka **fluoxetin** s různými obchodními názvy (Prozac, Deprex, Portal), **sertralin** s obchodním názvem (Zoloft), **citalopram** s obchodními názvy (Seropram, Citalec), **paroxetin** s obchodním názvem (Seroxat) a **fluvoxamin** s obchodním názvem (Fevarin). Tyto léky se používají na léčbu OCD, zároveň pomáhají odstranit depresi. U léčby pomocí léků je důležité upozornit, že ke zmírnění obsesí a kompulzí nedochází hned, požadovaný účinek se dostavuje za 2 až 3 měsíce. Pokud se stav pacienta do 3 měsíců nezlepší, nemá význam zvyšování dávky a je vhodné léčbu pomocí neúčinného léku ukončit. V případě, kdy lék zabere, je potřeba ho užívat minimálně jeden rok, aby nedošlo k obnovení OCD, které hrozí u 90 % předčasně ukončených medikací (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 59-61).

Clomipramin s obchodními názvy (Anafranil, Hydiphen) je klasický lék, který je účinný na léčbu OCD. Jeho výhodou je účinnost, nevzniká na něj návyk. Jeho hlavní nevýhodou je daleko větší počet vedlejších účinků než u antidepresiv skupiny SSRI (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 59).

Clomipramin se u dětí používá jen výjimečně, pouze v případě, kdy vhodnější léky skupiny SSRI nezaberou (srov. Straková Jirků, 2018, s. 45).

Léky skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) jsou například citalopram, paroxetin, sertralin, fluoxetin a fluvoxamin. Účinnost těchto léků je podobná jako u clomipraminu s tím rozdílem, že mají mnohem méně vedlejších účinků. Na tyto léky také nevzniká návyk (srov. Praško a Prašková, 2008, s. 44).

Mezi léky ze skupiny SSRI, které se v praxi u dětí obvykle používají, patří Sertralin (od 6 let) a Fluvoxamin (od 8 let). Léčba OCD u lidí každého věku pomocí léků skupiny SSRI je dlouhodobá a to minimálně v rozmezí 1-2 let. Léky zabírají asi po třech měsících pravidelného užívání. Po vysazení léků se projevy OCD částečně vracejí a míra těchto projevů je individuální (srov. Straková Jirků, 2018, s. 44-45).

Léky na OCD by se měly užívat minimálně jeden rok, poté se dávka léku snižuje po měsících. Když dojde k náhlému přerušení léčby, nebo předčasnému ukončení, pak hrozí velké riziko návratu potíží (srov. Pidrman, 1999, s. 22).

Do skupiny SNRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu) patří venlafaxin, který má podobné nežádoucí účinky i účinnost jako SSRI. Na žádný z výše uvedených léků nevzniká návyk (srov. Praško a Prašková, 2008, s. 44).

*„Někdy se klientům podávají **anxiolytické benzodiazepinové léky**, jako je chlordiazepoxid (Defobin), diazepam (Diazepam, Seduxen), oxazepam (Oxazepam), alprazolam (Neurol, Xanax), bromazepam (Lexaurin) apod. **Obvykle vedou k dočasnému snížení pocitů úzkosti a napětí, ale na obsese a kompulze nemívají žádný účinek. Tyto léky také mohou být návykové, proto je lepší se jejich podávání úplně vyhnout**“* (Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 61).

2.2 Léčba pomocí psychoterapie

Tato podkapitola bude věnována léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy pomocí psychoterapie. Existují různé druhy psychoterapie, některé jsou pro léčbu OCD více účinné a jiné méně. Uvedu ty, které odborníci považují za nejvíce účinné pro léčbu OCD.

Klíčem pro úspěšnou léčbu OCD pomocí terapie je vybudování dobrého vztahu mezi terapeutem a klientem. Často je nemocný trápen obsesemi a kompulzemi za které se stydí, či není lehké o nich mluvit, nebo se jich obává. Také terapie není pro pacienta zcela jednoduchá, proto je důležité vytvořit dobrý vztah mezi terapeutem a klientem, na základě otevřenosti, důvěry, pochopení a spolupráce. V první fázi se pracuje na

vytvoření dobrého vztahu a klient je podrobněji seznámen se svým onemocněním, jeho principy, průběhu a dopady. Klient je seznámen s principem, průběhem a cílem terapie. Je důležité, aby klient správně pochopil, jakým způsobem mu terapie pomůže, že cesta k cíli není jednoduchá. Při terapii je potřeba vyvinout nějaké úsilí při přemáhání úzkosti a strachu. O vzniklých nepříjemných pocitech se v průběhu terapie diskutuje a hledá se nejvhodnější způsob zvládnání. Vytváří se terapeutický plán, ve kterém se identifikují obsese, kompulze a vyvolávací podněty. Vytvoří se strategie a metody, které mají pacientovi pomoci s přemáháním těchto stavů a zvládnáním nepříjemných emocí. Stanoví se cíle terapie a cesta k němu. Také je potřeba s klientem hovořit o vhodném využití času, který ušetří, tím že nebude vykonávat kompulze a pomoci klientovi nalézt smysluplný program (srov. Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 371).

2.2.1 Behaviorální terapie

Tato terapie vychází z poznatků behaviorismu, který se zabýval vztahy mezi učením a chováním. Podle tohoto psychologického směru je chování naučenou odezvou na podmínky (stimuly) z prostředí a lze špatné chování přeučit na dobré (srov. Straková Jirků, 2018, s. 45-46; srov. Kratochvíl, 2006, s. 57).

V behaviorální terapii OCD se využívá technika ERP (expozice a zabránění reakci). Principem této techniky je to, že se klient dobrovolně vystaví nepříjemné situaci (obsesi) a následně se klient snaží nevykonat kompulzi. Začíná se jednoduchými situacemi, které vyvolávají menší úzkost, postupem času se pokračuje k těžším, kdy je úzkost vyšší a nakonec k situaci nejtěžší, kde je nejvyšší úzkost. Klient prožívá strach a úzkost, které se snaží čelit a zaznamenává si její průběh. Následně klient hovoří s terapeutem o svých pocitech. Terapeut klientovi radí, jak zvládat tyto nepříjemné emoce. Nemocný časem zjistí, že strach a úzkost se po čase sníží i bez vykonání kompulze. Čím častěji klient odolá nutkání v určité situaci a nevykoná kompulzi, tím méně strachu mu tato situace v budoucnu přinese. Nakonec se této původně obávané situace už nebude obávat. Klient se zocelí a bude schopen lépe čelit svým strachům. Je známo, že ERP terapie může být účinná k léčbě OCD, kdy zredukuje nutkavé chování i myšlenky nemocných a tím pacientům uleví (srov. Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 116; srov. Beck, 2018, s. 254-255).

Nevýhodou ERP terapie je situace, kdy tato terapie může být pro některé pacienty nepříjemná a náročná. Zhruba 25 % pacientů tuto léčbu nechce podstoupit, další léčbu nedokončí, někdo terapii opustí, nebo terapie dostatečně nezapůsobí, či po ukončení terapie dojde k obnovení OCD. Z těchto důvodů se odhaduje, že tato terapie pomůže zhruba polovině pacientů (srov. Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 117).

2.2.2 Kognitivní terapie

Kognitivní terapie vychází z předpokladu, že strach, úzkost a chování člověka je ovlivněno tím, jak člověk danou situaci vnímá a vyhodnocuje. V případě, kdy se změní hodnocení situace z nebezpečné na bezpečnou, pak strach odchází a člověk se jinak chová. Tato terapie vychází z poznatků o kognitivních (poznávacích) systémech organismu (srov. Straková Jirků, 2018, s. 46; srov. Beck, 2018, s. 19-44).

Některé techniky kognitivní terapie jsou zaměřené na opravu chybných přesvědčení, kognitivních schémat a na práci s obsedantními myšlenkami. Což účinně pomáhá při léčbě OCD (srov. Praško a Prašková, 2008, s. 41).

Také některé metody kognitivní terapie výrazně pomáhají při léčbě deprese (srov. Beck, 1976 cit. podle Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 117).

2.2.3 Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Tato terapie je kombinací principů a technik z obou výše uvedených terapií. KBT využívá ERP techniku z behaviorální terapie spojenou s principy a metodami kognitivní terapie. Základním kamenem je ERP, na kterém celá terapie stojí. Klienti se dobrovolně vystavují svým obavám a snaží se nevykonat kompulzivní reakci. Při úspěšném zvládnutí se postupem času zvyšuje obtížnost až k té nejtěžší. Když vše vychází jak má, pohybuje se délka terapie mezi 2-3 měsíci. Pacient v tomto období dochází na terapii 2-5 krát týdně a délka sezení se pohybuje od 1-3 hodin. Je vhodné začít několika cvičnými hodinami v klientově domově, kde je možné setkání s blízkými lidmi klienta, které je vhodné zapojit do léčebného procesu kvůli lepšímu výsledku. Blízcí klienta pak budou

seznámení s touto terapií, nebudou léčbu komplikovat a mohou klienta podporovat v jeho snažení (srov. Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 119-120).

Náplň KBT je připravená konkrétnímu klientovi podle jeho specifických problémů, pacienti přicházejí s různými obsesemi a kompulzemi, proto se náplň může u jednotlivých klientů lišit (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 62).

V případě, kdy by pacient mohl využívat KBT terapii přes počítač, pak by se výrazně zlepšila její dostupnost (srov. Raboch in Houdek, 1999, s. 102).

Je důležité, aby KBT zahrnuła tyto fáze v tomto postupném pořadí. První fází je fáze edukace, následuje fáze identifikace příznaků, poté fáze přehodnocení mylných postojů, následuje fáze expoziční terapie (ERP), poté fáze zaměřená na vhodné využití času a poslední je fáze zaměřená na problémy. Toto pořadí jednotlivých fází je důležité pro účinnou léčbu, nelze přeskočit tři fáze a začít rovnou ERP (srov. Praško a Kosová, 1998 cit. podle Kosová in Höschl, Libiger a Švestka, ed., 2002, s. 499-500).

Edukace je fáze, ve které je pacient seznámen se svým onemocněním a postupem terapeutické léčby. Důležité je, aby pacient porozuměl principu OCD. Jak vznikají obsedantní myšlenky, co je jejich spouštěčem, co je to kompulze, jaký dopad může mít OCD na život člověka a jak je možné se jí bránit (srov. Praško a Prašková, 2008, s. 50-52).

Je důležité, aby terapeut srozumitelně vysvětlil pacientovi, případně i jeho nejbližším princip KBT terapie, zvláště pak techniku (ERP), jak může pomoci a jak probíhá. Proč je po expozici (vystavení se obsesi) důležité zabránit reakci (kompulzi). Pro úspěšnou léčbu je potřeba, aby klient pochopil důležitost spolupráce. Dále se sestavuje žebříček expozičních podle obtížnosti a formulují se cíle terapie. Pacient obdrží formuláře, do kterých zaznamenává denní průběh obsesí a kompulzí, co je spouští, jak často se objevují, jak je klient prožívá a kolik času jim věnuje (srov. Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 119-129).

V případě, kdy je pacientem s OCD dítě, je důležité provést edukaci jak u dítěte, tak u rodičů (srov. Straková Jirků, 2018, s. 49).

Po úspěšně provedené fázi edukace, se většina pacientů cítí mnohem lépe, protože porozuměli tomu, co se s nimi děje a jakým způsobem se dá tento problém řešit. Fáze edukace je zásadní jak kvůli svému přínosu pro pacienty, tak i pro svoji důležitost pro následující fáze (srov. Praško a Kosová, 1998 cit. podle Kosová in Höschl, Libiger a Švestka, ed., 2002, s. 499-500).

Další fáze je zaměřena na **identifikaci problémů** klienta, což terapeutovi umožní zvolit vhodnou strategii léčby. Je vhodné, aby terapeut do této fáze zapojil i nejbližší osoby klienta, kteří mu mohou předat další důležité informace o klientově problému. Klient se snaží identifikovat problémy, které ho často trápí, zabírají mu velké množství času, nebo ho výrazně zneschopňují. Dále je potřeba zjistit, jakým způsobem probíhal rozvoj problémů, čím problémy začaly, co způsobilo jejich zhoršení. Klient se snaží identifikovat všechny startovací podněty, které mohou pocházet zvenčí, nebo z mysli klienta. Jaké obsese vznikají v mysli klienta a jejich charakteristika. Jaké emoce a fyzické projevy s tím spojené klient prožívá. Jakým způsobem se klient těmto stavům brání, jaké kompulze vykonává. Jaký je průběh a postup při kompulzi. Například počet opakování kompulze, zda je přítomné vyhýbavé chování. Jakým způsobem se chovají nejbližší osoby klienta, zda nedochází k udržování problému. Jaký vliv (kladný i záporný) mají tyto obsese a kompulze na běžný život klienta. Jaké situace mohou zlepšit průběh negativních emocí a jaké situace je zhoršují. Například klient se může cítit lépe, když má po ruce desinfekci, nebo je domácím prostředím. Klient se může cítit hůře, když je ve stresu, nebo je v prostředí, které je domněle nebezpečné. Touto fází se identifikují, popíší a vysvětlí problémy, které je možno seřadit podle obtížnosti, dohodnou se cíle a způsob léčby (srov. Straková Jirků, 2018, s. 49-55; srov. Možný a Praško, 1999, s. 194).

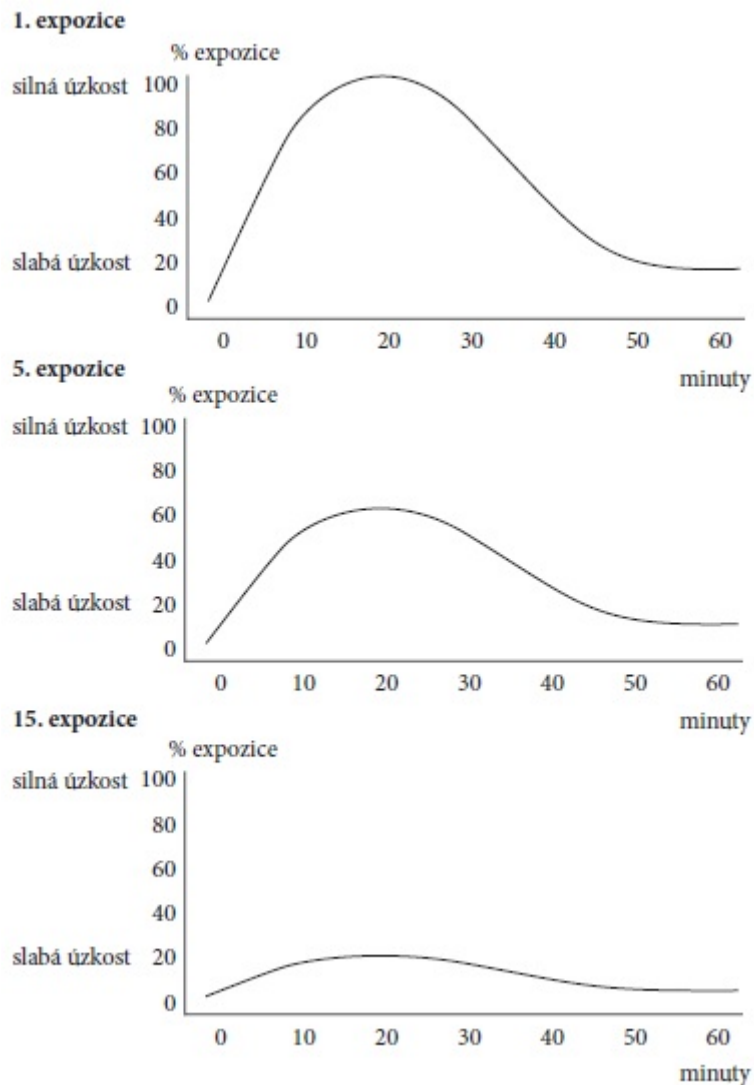
Další fáze je zaměřená na **cíle** KBT léčby. Klient si vybere několik cílů, kterých by chtěl dosáhnout. Například klient by se chtěl zbavit 40 minut dlouhého rituálu mytí rukou po návratu z venkovního prostředí domů. Tento rituál ho značně vysiluje a způsobuje i další problémy, proto by ho chtěl odstranit. Klient si proto stanoví cíl, že postupně sníží délku mytí rukou na 30 vteřin. Toto je příklad jednoho cíle. Stejně vytvoří další cíle, které jsou pro něj důležité a určí obtížnost jejich splnění od jednoduchých po nejtěžší. V případě, kdy klient považuje nějaký cíl za prioritní, je vhodné začít pracovat na splnění právě tohoto cíle. Následně se stanoví postupné

zvládnutelné úkoly k jeho dosažení. Na výše uvedeném příkladě mytí rukou může být první úkol takový, že klient sníží délku mytí o 10 minut. Druhý krok může být snížení o dalších 10 minut. Takto se pokračuje až k dosažení cíle. Je důležité, aby postupné úkoly k dosažení cíle byly pro pacienta splnitelné (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 72-75).

Je potřeba, aby určené cíle terapie byly reálně zvládnutelné a formulovány tak, že půjde ověřit, zda jich bylo dosaženo. Příklad takového cíle: Cílem klienta je schopnost zamknout dveře na první pokus s maximálně jednou kontrolou uzamčení (srov. Straková Jirků, 2018, s. 56).

Před započítím **fáze expozice se zábranou reakce (ERP)** je potřeba, aby klient znal význam a princip fungování této techniky, aby věděl, jakým způsobem mu může pomoci. Je důležité, aby si klient vytvořil seznam aktivit, které mu způsobují strach a úzkost, seřazené tak, aby byly od nejméně po nejvíce náročné. Terapeut se s klientem dohodne na celkovém cíli terapie, tak i na cílech jednotlivých hodin. Cíle jednotlivých hodin jsou zaměřené na řešení konkrétních problémů, jejichž vyřešení má za následek viditelné zlepšení klientovy situace. Příkladem cíle na jedno sezení může být překonání strachu z domnělých bakterií na klikách dveří. Na všechny expozice, kterým se bude klient vystavovat, je velmi důležitá příprava, kdy terapeut s klientem hovoří o konkrétní expozici. Je vhodné začít situací, která je pro klienta středně obtížná, nesmí se začínat těžkými situacemi, protože je dost pravděpodobné, že klient expozici nezvládne a terapii definitivně opustí. Je potřeba si uvědomit, že to co terapeut může považovat za lehký úkol, může být pro klienta úkol velice stresující a obtížný, proto je velice důležitá příprava a diskuze s klientem před jednotlivými expozicemi. Na začátku expozice je nejlepší, když se terapeut vystaví stejné expozici, aby klientovi ukázal, že situace není nebezpečná. V případě, kdy se terapeut sám vystaví situaci, která je obtížnější, než úkol před kterým stojí klient, pak se zvyšuje šance na úspěšné zvládnutí klientova lehčího úkolu (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 63).

Dále jsou uvedeny grafy možného průběhu klientovy úzkosti při expozici se zábranou reakce. Grafy nejsou upraveny a jejich zdroj je (Praško a Prašková, 2008, s. 59).



Obrázek 2: Tento obrázek je přímá citace (přesná kopie) třech grafů průběhu úzkosti při ERP z publikace (Praško a Prašková, 2008, s. 59).

S počtem úspěšně zvládnutých expozic, kdy klient nevykoná kompulzi, se postupně snižuje úzkost, kterou daná expozice vyvolává a klient bude tuto expozici mnohem lépe snášet. Tímto způsobem dochází k postupnému překonání problému. Důležité je, aby klient vydržel svoji úzkost, která za čas odezní (srov. Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 116).

Čas potřebný k odeznění úzkosti a strachu se může vyšplhat až k několika hodinám. Proto je pro nemocného lehčí vykonat kompulzi a tím snížit intenzitu úzkosti, než snášet úzkost delší dobu. Problém je, že vykonáváním kompulze se problém upevňuje a stav se z dlouhodobé perspektivy neřeší. Aby se klient dostal z problému, musí se úzkostí postavit čelem a odolat. Při ERP je většina expozicí se zábranou kompulze prováděna za domácí úkol (srov. Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 129; srov. Praško a Prašková, 2008, s. 7-59).

Obvyklá délka úzkosti po expozici bez kompulze se pohybuje v rozmezí čtvrt až půl hodiny, než úzkost pomine. Délka tohoto času potřebného k vymizení úzkosti je u každého jiná (srov. Straková Jirků, 2018, s. 57).

3. Sociální fungování člověka trpícího OCD

V této části se zaměřím na vybrané problémy, které může člověku způsobit jeho OCD a jejich vlivem a dopadem na jeho sociální fungování. Tato kapitola pomůže čtenáři porozumět situacím, stavům a problémům, do kterých se může dostat takto nemocný člověk.

Nejprve se zaměřím na pojem sociální fungování, jak tento termín vysvětlují někteří autoři. Poté uvedu několik základních informací o člověku, který většinu života trpí OCD. Případ tohoto člověka velmi dobře znám. Tento člověk si přeje zůstat v anonymitě, proto ho ve své práci nazývám fiktivním jménem Petr N.. Dále budu představovat vybrané problémy způsobené OCD jak z odborné literatury, tak ze života Petra N.. Takto je možné ukázat, jakým způsobem OCD ovlivňuje život a sociální fungování klienta s tímto onemocněním.

3.1 Pojem sociální fungování

V této části uvedu, jak někteří autoři vysvětlují pojem sociální fungování.

Ve slovníku sociální práce je pojem sociální fungování popsán jako: „*Kvalita společenských vazeb jednotlivce, obvykle posuzovaná podle několika kritérií – např. podle kvality vztahů k lidem, využití vlastního potenciálu, plnění požadavků společenského prostředí*“ (Matoušek, 2003a, s. 208).

Dobré sociální fungování je stav, kdy člověk zvládá všechny nároky, požadavky a role, které se od něj vyžadují ze strany společnosti a druhých lidí. Narušené sociální fungování znamená, že člověk není schopen zvládat některé nároky, požadavky a role, které se od něj vyžadují (srov. Bartlettová, 1970 cit. podle Navrátil in Matoušek a Křišťan, 2013, s. 226-227).

Například od muže v roli otce se očekává, že finančně zajistí svoji rodinu. Když muž toto očekávání zvládá, pak má dobré sociální fungování, když ho nezvládá, tak má zhoršené sociální fungování v této oblasti (srov. Navrátil in Matoušek a Křišťan, 2013, s. 227).

Člověk, který dobře sociálně funguje, dokáže dostatečně plnit běžné každodenní úkoly, povinnosti a dokáže kvalitně fungovat ve vztazích s druhými lidmi a naplňovat společné cíle a zájmy. Sociální fungování je tedy schopnost zvládat tyto úkoly a povinnosti jak vzhledem k sobě, tak k druhým lidem a společnosti (srov. Carlton, 1984 cit. podle Navrátil, 2001, s. 13).

Sociální pracovník se zajímá o příčiny a okolnosti, které způsobily problémy v sociálním fungování, snaží se je pochopit, což mu pomůže zvolit vhodnou strategii k obnově sociálního fungování (srov. Navrátil in Matoušek a Křišťan, 2013, s. 227).

3.2 Případ Petra N.

V této části uvedu několik základních informací o Petrovi N., který má diagnostikovanou obsedantně-kompulzivní poruchu a jehož případ velmi dobře znám. Informace z jeho případu jsem využíval už v předchozích kapitolách práce.

Petr N. je mladý muž ve věku 26 let. Má středoškolské vzdělání s maturitou v oboru podnikání a je vyučený automechanik. Je ženatý a má jedno dítě. Petr N. kvůli OCD neměl žádné dlouhodobé zaměstnání. Pracoval zatím pouze jako brigádník. Petra vychovávala jeho matka, která byla milující a starostlivá. Petrův otec byl hodný, celý život tvrdě pracoval, což výrazně poškodilo jeho zdravotní stav. Petrův otec měl problémy s alkoholem a zemřel kvůli celkovému vyčerpání a selhání organismu, když bylo Petrovi 15 let. Petr měl svou matku velmi rád, akorát v pubertě mu vadila její starostlivost. Otce měl také rád, ale občas, když byl otec opilý, tak se ho Petr bál. Otec ho nebil, ale někdy se na Petra zlobil a křičel. Petrův otec se často necítil dobře, celý život tvrdě pracoval, jeho zdravotní stav nebyl dobrý, proto se lehce rozčílil. Alkohol tuto situaci zhoršoval. V dětství Petrovi způsoboval problémy především alkoholismus jeho otce a špatná finanční situace rodiny. Několikrát se museli stěhovat. I přes tyto problémy se Petr dobře učil, měl kamarády a byl oblíbený. První problémy s OCD začal mít zhruba v 10 letech. Petr byl pokřtěný a chodil do kostela. V této době ho začaly v mysli pronásledovat nadávky na Boha. Velmi si to vyčítal a měl strach, že mu Bůh neodpustí, že bude zatracený. Jeho kompulzivní chování se týkalo náboženských záležitostí, které ho trápily asi dva roky. Po této době mu jeden kněz poradil a díky jeho

pomoci ho tyto obsese přestaly trápit. Od 12 do 15 let neměl výrazné problémy s OCD. V tomto období puberty byl rád středem pozornosti, měl hodně kamarádů a ve škole se mu dařilo. Když jeho otec zemřel, začal mít Petr špatné období, přestalo se mu dařit a OCD se mu vrátila. Petr začal mít problémy s kontrolováním, které se vystupňovaly na učilišti. Nebyl schopen vykonávat žádnou odpovědnou činnost, měl neustále strach, že způsobí nějakou škodu. Měl tak vážné problémy, že kontrolováním trávil mnoho hodin denně. Po čase už to nemohl vydržet, proto navštívil psychologa. Po důkladném vyšetření mu byla stanovena diagnóza rozvinuté OCD. Do tohoto okamžiku si Petr myslel, že je jen o mnoho pečlivější než ostatní lidé. Když zjistil svoji diagnózu, byl překvapený a chvíli si myslel, že je to omyl. Než si přečetl publikaci o OCD, pak mu bylo jasné, že trpí přesně tímto onemocněním. V knize byly popsány stejné problémy, které ho neustále trápily. Psycholog ho předal k psychiatrovi, který zahájil léčbu clomipraminem. Léčba Petrovi zabrala a ulevilo se mu. Ve srovnání s předchozím stavem bez léčby byl na tom zhruba o 70 % lépe. Ale po čase začal mít Petr problémy s vedlejšími účinky clomipraminu. Hodně přibral na váze a cítil, že je otupělý a nemyslí mu to. Psychiatr následně změnil léčbu na fluoxetin, který Petr chvíli užíval. Po zkušenosti s clomipraminem Petr fluoxetinu moc nedůvěřoval. Měl strach z vedlejších účinků léku. Proto ho Petr přestal užívat. Následně se OCD Petrovi vrátila plnou silou, prožíval velmi těžké období, ale z léků měl výrazné obavy, které podporovala jeho OCD, proto je brát nechtěl. Momentálně Petr léky nebere, má z nich strach. O kognitivně-behaviorální terapii slyšel, ale nešel by na ní, protože má strach. K psychologovi a psychiatrovi raději nechodí. Petr si vyvinul obrannou strategii založenou na některých technikách z KBT terapie v kombinaci s důvěrou v Boží pomoc. Jelikož je křesťan, tak mu výrazně pomáhá *novéna odevzdanosti*, kterou sepsal kněz Don Dolindo Ruotolo. Jejím principem je přenechání starostí a problémů Ježíši Kristu s plnou vírou, že se o ně postará. Tímto způsobem se zbavuje některých svých starostí a strachů, které má. Také mu pomáhá *korunka k Božímu milosrdenství* což je motlitba sepsaná svatou Faustynou Kowalskou. Petr je přesvědčen, že tato *novéna odevzdanosti* a motlitba *korunky k Božímu milosrdenství* spojená s vírou v Boží milosrdenství a pomoc může pomoci každému křesťanovi, který trpí OCD. Také je přesvědčen, že kdyby mu Bůh nepomáhal, tak by ho OCD úplně zneschopnila. Petr uvedl, že díky této obrané strategii, kterou používá v posledních několika letech, je jeho stav výrazně lepší.

Petrova obsedantně-kompulzivní porucha měla během jeho života kolísavý průběh. Ve svém životě zažil období, kdy neměl velké problémy způsobené OCD a dobře sociálně fungoval, jindy měl problémy a jeho sociální fungování bylo narušeno a občas byly jeho problémy tak velké, že skoro nic nezvládal a jeho sociální fungování bylo velmi výrazně narušeno. Ke zhoršení OCD u něj často dochází po událostech, které ho zasáhly, nebo při stresových situacích. Nejdelší období silných problémů u něj trvalo asi čtyři roky, kdy mu rituály způsobené OCD zabíraly zhruba 5 až 16 hodin denně.

3.3 Stigmatizace

Prvními problémy, na které se zaměřím, jsou problémy způsobené stigmatizací duševně nemocných lidí.

Pojem psychiatrický pacient (i jiné jeho obměny) je stále spojován s výrazně negativní odezvou. Lidé si pod tímto termínem mohou vybavovat jedince, kteří jsou pro společnost nebezpeční, a které je potřeba od společnosti izolovat. Tento postoj má silné kořeny v minulosti, kdy byli psychicky nemocní jedinci izolováni od společnosti ve vězeních, nebo museli žít mimo obydlené oblasti. Tento postoj k duševně nemocným lidem byl způsoben nevědomostí tehdejších lidí a strachem z neznámého. V dnešní době, kdy moderní věda objasnila velké množství informací o různých psychiatrických diagnózách, je situace pro takto nemocné lepší, ale přesto se stále najde velké množství lidí, kteří mají značný strach z lidí označených jako psychiatrický pacient. Existuje několik možných důvodů pro tento strach. Prvním důvodem může být malá informovanost veřejnosti a přejímání předsudků z minulosti. Dalším důvodem mohou být zkreslené informace podávané médiu (zpravodajství, televizní noviny). Určitý vliv může mít i filmová a seriálová tvorba (horory, detektivní seriály), kde autoři těchto děl vymýšlejí vrahy s psychickými problémy a psychiatrickými diagnózami, aby byla jejich díla zajímavější. Také zpráva v médiích, kdy vraždí psychopat je poutavější než stav, kdy je vrahem člověk, který takto učinil z nenávisti, nebo při snaze získat cizí majetek. Tímto způsobem se utváří ono rovnítko mezi násilníky a psychicky nemocnými lidmi, které je často mylné, může škodit morálně založeným lidem, kteří trpí některou psychiatrickou diagnózou. Obměna termínu psychiatrický pacient za jiný termín například uživatel psychiatrické péče, či klient nemusí mít na předsudky žádný vliv,

spíše je potřeba, aby lidé získali pravdivé informace a vědomosti, které mohou změnit jejich negativní postoj a předsudky (srov. Janíček, 2008, s. 65-67).

Jsem přesvědčen, že v případě Petra N., kdy se Petr často snaží ochránit sebe a druhé lidi před různými katastrofami a nebezpečími, je toto spojování psychiatrické diagnózy s násilným chováním zcela nelogické a mohlo by mu bezdůvodně ubližovat. Myslím si, že to, zda se člověk stane násilníkem, je závislé především na morální kvalitě a zásadách daného jedince a ne tolik na psychickém onemocnění, jak se mohou někteří lidé díky svým předsudkům domnívat.

Petr N. zažil situace, kdy zmínka o tom, že dochází k psychiatrovi s psychickou poruchou, negativně ovlivnila chování druhých lidí k jeho osobě. Například někteří lidé se k němu začali chovat povýšeně, začali snižovat jeho hodnotu. Nebo se zhoršily vzájemné vztahy. Na druhou stranu Petr zažil i situace, kdy po stejné informaci, se chování některých lidí nezměnilo, nebo dokonce zlepšilo. Někteří lidé s ním měli soucit, pochopení, nebo snížili své nároky, které na Petra kladli. Avšak Petr odhaduje, že častěji došlo ke zhoršení chování druhých.

Lidé trpící OCD, nebo podobnou poruchou se mohou setkávat buď se soucitem, nebo s nepochopením a trochou pohrdání ze strany ostatních. Problémy způsobené OCD mohou být druhými bagatelizovány. Zdraví lidé často nevěří, že pacienti s OCD mají vážné problémy, které se velmi obtížně řeší. Tito lidé se mohou domnívat, že pacient své problémy přehání, proto mohou pacienty s OCD považovat za slabochy, či simulanty. Tento negativní postoj je výraznější k mužům, protože od nich se očekává odvaha, rozhodnost, sebevědomí, zabezpečení rodiny aj., proto jsou muži s OCD více stigmatizováni (srov. Vágnerová, 2003, s. 13).

Stigmatizace může způsobit, že zdraví lidé člověka s OCD odsoudí, nebo z něho mají strach. Stigmatizace má pak negativní dopad na sociální fungování v mnoha oblastech. Takto nemocní lidé nemají moc přátel, lidé se jim vyhýbají. Časem u nich může docházet ke zhoršování sociálních dovedností, komunikace s lidmi, navazování nových vztahů (srov. Probstová in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, s. 151).

Člověk s OCD se může setkat i se stavem, kdy se za něj příbuzní stydí, nebo se ho straní. Tímto způsobem se zhoršuje sociální fungování tohoto člověka v rodině. (srov. Ocisková a Praško, 2015, s. 130).

Někdy se může stát, že je stigmatizována celá rodina, nebo část rodiny, kvůli nemocnému příbuznému (srov. Ocisková a Praško, 2015, s. 36).

3.4 Sociální fungování člověka s OCD v oblasti práce

V této části budu popisovat vybrané problémy člověka způsobené jeho OCD a jejich dopad a vliv na jeho sociální fungování. Uvádím problémy z odborné literatury spolu s problémy Petra N., který velkou část života trpí OCD a jehož případ velmi dobře znám. Některé problémy budu probírat podrobněji, aby bylo možné správně pochopit jejich vznik, průběh, také jejich vliv a dopad na sociální fungování člověka trpícího tímto onemocněním.

Strach, úzkost a pochybnosti související s obsesemi způsobují, že člověk s OCD se velmi soustředí na vykonávané činnosti, postupuje pečlivě a tím se zpomalí jeho pracovní tempo. Také opakované kontroly vykonané činnosti, pocit, že je něco špatně, kompulze a rituály ubírají velké množství času. Tyto stavy způsobují, že některé činnosti, které člověk s OCD vykonává, mu trvají mnohem déle, než lidem zdravým (srov. Cohen, 2002, s. 133).

Člověk, který trpí úzkostí a strachem nezvládá vykonat tolik práce jako člověk zdravý i kvalita jeho vykonané práce se snižuje (srov. Křivohlavý, 2004, s. 44).

Časté obsese a kompulze způsobují výrazné snížení pracovního výkonu, jedinec s rozvinutou OCD věnuje většinu svého času a sil na zvládnutí obsesí a kompulzí. Důsledkem toho mu nezbývají síly ani čas na povinnosti a zájmy (srov. Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 370).

Jednu zdravotní sestru trápí v práci obsese, že vážně ublíží pacientům, nechce nikomu ublížit, proto se hodně hlídá, což ji značně vysiluje a způsobuje další problémy (srov. Bartůšková in Opatrný, Bartůšková a Dřímál, 2016, s. 77-78).

Mladý muž s OCD, který trpí výrazným strachem z bakterií a virů, skoro nevychází z domu, aby se nevystavil riziku domnělé nákazy. Je přesvědčen, že venku hrozí velké nebezpečí. I doma má velké problémy si udržet sterilní prostředí.

Umýváním a čištěním tráví hodiny. Tento člověk není schopen vykonávat žádné zaměstnání (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 46).

OCD může zapříčinit, že člověk nenalezne zaměstnání, nebo přijde o práci. Tato situace má výrazně špatný dopad i na rodinu a nejbližší nemocného (srov. Probstová a Pěč, 2014, s. 105).

Petr N. byl nadaný student. Na základní škole měl často vysvědčení s velmi dobrými známkami. V této době neměl OCD ještě tolik rozvinutou. Nepotřeboval velké množství času, aby zvládal všechny školní povinnosti. Problémy se u Petra začaly výrazně objevovat až při pozdějším studiu na učilišti a střední škole, kdy se jeho OCD zhoršila. Petr se přihlásil na učební obor automechanik, protože se zajímal o automobily, ale i kvůli svým kamarádům, kteří se na tento obor také přihlásili. Petr zvládal studium i praxi. V posledním roce studia se mu začala OCD zhoršovat, ale studium nakonec dokončil. Petr ke konci studia začal trpět obsesí, že při opravě automobilu udělá chybu, něco špatně dotáhne, vymění, seřídí a tato chyba pak způsobí autonehodu. Tato obsese ho pronásledovala při práci, musel se na všechny úkony více soustředit. Často se mu stávalo, že dostal pochybnosti, zda provedl výměnu vadného dílu správně, jestli vše dobře dotáhl a seřídil. Tyto pochybnosti byly tak silné, že ho často donutily nový díl z auta demontovat a znovu od začátku namontovat zpět, aby se ujistil, že neudělal chybu. Postupně se mu stav zhoršoval a celý postup montáže, demontáže a opětovné montáže prováděl několikrát dokola. Později už nebyl schopen dokončit montáž, jelikož ho napadaly pochybnosti, zda předchozí krok postupu provedl správně, proto opakoval jednotlivé kroky stále dokola a k dalším se nedostal. Práce mu trvala příliš dlouho a byl vyčerpaný. Za čas se bál provádět i jednoduché výměny a opravy, představoval si nereálné katastrofické scénáře, co všechno by se mohlo stát, kdyby udělal chybu. Došlo to tak daleko, že nebyl schopen si ani u svého auta vyměnit zimní kola za letní a tuto práci přenechával pneuservisu. Bál se, že by nedostatečně dotáhl matice kol, kolo by upadlo a stala by se havárie. Opravám automobilů se začal vyhýbat. Když byl nucen nějakou opravu provést, prožíval při ní silné stresy a trvala mu velmi dlouho. Věděl, že práci automechanika dělat nemůže, proto se přihlásil na střední školu obor podnikání.

Na střední škole měl Petr N. problémy při psaní testů, kdy nestíhal časový limit. Trápila ho obsese, že špatně pochopil zadání a text otázek, proto několikrát pročítal

zadání, aby ho správně pochopil. Často se zasekl na začátku, kdy pročítal otázku stále dokola a později neměl dost času na ostatní otázky. Úkoly, které měl na doma, mu zabíraly značné množství času, protože se snažil vše dělat perfektně a poctivě. Mnohokrát po sobě text pročítal a kontroloval, zda nemá pravopisné chyby a jestli je smysl napsaného textu ve shodě s tím co chtěl napsat. Práce, která by zdravým studentům zabrala dvě hodiny, mu trvala i osm hodin a déle. Byl značně vyčerpaný, neměl čas na ostatní povinnosti, nechodil ven za kamarády. Často chodil spát v ranních hodinách, protože celou noc pracoval na úkolech. Mnohokrát uvažoval, že studia zanechá, protože už na něj neměl sílu.

Časem začal mít Petr N. problém se čtením čísel. Když měl poslat nějaký finanční obnos, trápily ho obsese, zda zadal správně číslo účtu, variabilní symbol, a částku. Napadaly ho obavy, že odešle peníze na jiné číslo účtu, nebo pošle více peněz než má. Proto tyto údaje mnohokrát kontroloval. Posílání peněz mu trvalo dlouho a v případě větších částek i několik hodin. Každou položku, kterou bylo potřeba vyplnit, několikrát kontroloval, než přistoupil k další. Často nejistota způsobila, že se musel vrátit o krok zpět a kontrolovat znovu číslo co už zkontroloval. Jen s velkým přemáháním strachu se mohl dostat ke kontrole další položky například částky aj. Tímto způsobem bylo posílání peněz přes internetové bankovníctví velmi zdouhavé. Začal se tomuto způsobu placení vyhýbat, nebo tuto práci za něj dělala manželka.

OCD způsobuje Petrovi N. velké problémy s rozhodováním. Tato nerozhodnost má za následek značné časové ztráty, někdy i neschopnost řešit různé pracovní úkoly a problémy. Když se Petr N. dostane do situace, kdy je potřeba něco rozhodnout, začne zvažovat všechny možnosti s jejich následky. Petra začnou napadat různá nereálná nebezpečí, co všechno se může stát, když zvolí tu či onu variantu. Často má problémy rozeznat, zda jsou tyto nebezpečí reálná, či ne. Petr má obavu, že v důsledku jeho špatného rozhodnutí by se něco zlého stalo. Proto mu zkoumání a promýšlení možností zabírá velké množství času, někdy mu trvá i několik dní rozhodnout i jednoduché situace. Když už se konečně rozhodne pro některou variantu, tak se mu často stává, že ho později napadne nějaké nereálné nebezpečí, které ho začne trápit a jeho rozhodnutí zpochybní. Začne znovu uvažovat, ztratí další čas. Jeho uvažování a strach způsobí, že změní své rozhodnutí z jedné varianty na druhou. Za čas se u Petra objevuje strach, že původní varianta byla lepší, což způsobí další pochybnosti a uvažování. Někdy Petr

tímto způsobem změni své rozhodnutí několikrát. Petr v důsledku své nerozhodnosti není často schopen se posunout dál při řešení různých úkolů a problémů. Tato situace ho výrazně zneschopňuje v práci i dalších činnostech. Časté změny rozhodnutí provokují lidi, se kterými Petr spolupracuje, jelikož nevědí, co mají dělat, nebo musejí zrušit započatou práci. Tato situace zhoršuje Petrovi vztahy s ostatními lidmi a výrazně komplikuje i prodlužuje práci.

Tyto problémy s nerozhodností popíši na příkladu, kdy Petr N. se svým kamarádem stavěl zahradní pergolu. Dlouhou dobu se Petr nemohl rozhodnout, jaké celkové rozměry bude pergola mít. Několikrát měnil délku, šířku i výšku pergoly. Rozměřováním a zvažováním strávil velké množství času. Nejvíce ho potrápila výška pergoly, kdy měl obavu z malého sklonu střechy, že nebude voda dobře odtékat. V případě zvýšení sklonu střechy pro lepší odtok, měl zase strach, že bude pergola nízká a někdo se uhodí do hlavy. Dlouho tuto situaci nemohl rozhodnout, což blokovalo další práci. Když se Petr konečně rozhodl a vydržel nutkání rozhodnutí změnit, bylo možné pokračovat dál. Nejtěžší rozhodnutí, které musel Petr udělat, byla volba síly jednotlivých dřevěných trámů, síla a počet krokví, které držely střechu. Petr se obával, aby konstrukce pergoly udržela váhu střechy zatížené sněhem, aby na nikoho nespadla, proto uvažováním a rozhodováním strávil mnoho hodin a konzultoval situaci s několika odborníky. Když se rozhodl pro jednu variantu a chtěl trámy nakoupit, tak se objevil pocit strachu, že síla trámů nebude stačit, že pergola na někoho spadne. Když zvolil tlusté trámy, měl zase obavu z váhy pergoly a velké ceny materiálu. Nemohl se rozhodnout a postoupit dál. Nerozhodnost ho paralyzovala. Protože Petra tlačil čas, blížilo se špatné počasí, musel se rozhodnout. Pro jistotu sílu trámů a dalších konstrukčních prvků předimenzoval i za cenu velké váhy a ceny materiálu. Další výrazné zpomalení práce způsobovalo Petrovo neustálé kontrolování, kdy zkoumal, zda není nakoupený materiál poškozený, aby nedošlo kvůli vadě materiálu k pádu pergoly. Přeměřoval a přepočítával délku trámů, šířku, zda mu v obchodě vydali objednaný materiál. Kontroloval a počítal, zda mají dostatek spojovacího materiálu, zda jim nic nebude chybět. Několikrát se stalo, že mu v obchodě vydali jiný materiál, než chtěl, což jeho kontrolní rituály ještě podpořilo a prodloužilo. Petrovo kontrolování bylo přehnané a zabíralo velké množství času, proto byl jejich denní pokrok ve stavbě malý. Při stavbě se Petr rozhodl pro náročnější postup práce, aby zvýšil stabilitu pergoly. Tento náročnější postup byl zbytečný a celkovou délku stavby prodloužil skoro dvojnásobně.

Petr měl také velký problém rozhodnout, jaký typ střešní krytiny zvolit, aby nebyla drahá, těžká, aby vydržela dlouho a byla vhodná pro daný sklon střechy. Nakonec se Petrovi s jeho kamarádem podařilo pergolu dostavět, ale stavba trvala několikrát déle, než očekávali a cena materiálu byla také o dost vyšší. Nebýt Petrova kamaráda, který mu velmi pomohl s rozhodováním a všemi důležitými pracemi, kdy důležité činnosti dělal on sám a Petr mu pouze asistoval, by pergolu Petr nepostavil, i když této práci rozuměl a byl zručný. Tento Petrův kamarád vydržel tuto náročnou práci jen díky tomu, že byli dobří přátelé, jinak by to vzdal, protože se jednalo o zbytečné ztrácení času.

Na tomto příkladě je vidět, jak OCD komplikuje Petrovi N. jeho práci, že mu většina činností trvá mnohem déle a jakým způsobem může OCD zasahovat i Petrovi spolupracovníky. Petr prováděl stavbu pergoly v době, kdy byl ještě schopen fungovat, jeho OCD byla relativně utlumená. Někdy měl několikaměsíční období, kdy sotva zvládal základní každodenní činnosti a složitější práce jako je stavba pergoly, byly pro něj zcela nereálné.

Když byl Petr N. na brigádě, kde byl placen za splnění úkolu, potřeboval pro splnění tohoto úkolu mnohem více času, než jeho kolegové a odcházel z práce později. Ztrácel čas častým kontrolováním a perfekcionismem, který mu způsobovala jeho OCD. Před vypuknutím OCD se u Petra perfekcionismus neobjevoval, neměl ho v povaze. Spolu s rozvojem OCD se mu zhoršovalo jeho kontrolování i snaha o dokonalost, které mu způsobovaly problémy. Například když byl placen za umývání oken, tak se snažil, aby byly okna perfektně čisté, leskly se a nebyly na nich žádné šmouhy. Za dobu než Petr umyl jedno okno, tak jeho kolega umyl tři okna, sice ne tak dokonale, ale přesto dostatečně. Proto Petr musel být v práci mnohem déle, než jeho kolega, ale výplatu měl stejnou. Stejně to platilo, i když uklízel spadané listí. Petr dostal zapláceno za shrabání listí na zahradě. Jeho problém byl v tom, že se snažil zahradu dokonale uklidit, proto vyhrabával listí i z keřů, kde to dělat nemusel. Z keřů se listí špatně vyhrabávalo a byly ho zde velké nánosy, protože v těchto místech nikdo neuklízel. Touto nadbytečnou prací strávil velké množství času. Během práce i po práci často kontroloval, zda je všechno listí uklizeno, jestli někde nějaké nezůstalo, proto několikrát procházel celou zahradu. Po práci měl zase obavy, že možná na zahradě zapomněl náradí, proto procházel zahradu znovu a znovu, protože jedna kontrola mu nestačila.

Na brigádách, měl Petr N. často tyto problémy. Snažil se plnit práci přesně podle pokynů, často se vedoucích ptal, protože měl strach, že něco udělá špatně. Poté co dostal odpověď na svoje dotazy, tak se ho obvykle zmocnil strach, že ho vedoucí špatně pochopil, že se špatně vyjádřil, nebo že on sám špatně pochopil odpověď. Proto se nadřízeného zeptal znovu, někdy i několikrát za sebou. Tato situace mu způsobovala další problémy, někteří lidé se na Petra rozzlobili, nebo se k němu začali chovat s menší úctou. Tímto způsobem se Petrovi zhoršovaly pracovní vztahy.

V případech, kdy pro Petra N. někdo pracoval, nebo když Petr odpovídal za práci druhých, tak měl Petr problémy se strachem, že tito lidé udělají chybu, protože věděl, že nejsou tak pečliví jako on. Proto kontroloval jejich práci, často objevil chyby. Petr měl přehnaný strach, že kvůli těmto i drobným chybám by se mohlo něco zlého stát. Proto požadoval, aby byly chyby opraveny, nebo je opravoval sám. Tyto obsese a kompulze se mu rozrostly natolik, že kontroloval velké množství věcí. Petr kontroloval správné vyplnění všech údajů ve smlouvách a jiných dokumentech. Často objevil drobné chyby, pak požadoval jejich opravení, což výrazně komplikovalo práci, kvůli opakovanému tisknutí a vyplňování těchto dokumentů. Jindy objevil chyby ve smlouvách a jiných dokumentech až později při kontrole doma, poté se telefonicky doptával, zda to není problém, zda je potřeba tyto chyby opravit, zda se nic nemůže stát, zda jsou smlouvy platné aj. Když chyby objevil, tak se zhoršovaly jeho obsese. Po čase byl skoro přesvědčený, že druzí nejsou schopni něco udělat bezchybně. Proto se bál svěřit druhým jakoukoliv práci, kterou pokládal za důležitou, nebo kde si myslel, že by se v důsledku chyby mohlo něco zlého stát. Tato situace mu způsobovala vážné problémy. Tyto činnosti, které pokládal za důležité, musel dělat výhradně sám, protože měl strach, že by to druzí pokazili. Problém byl v tom, že měl z těchto činností velký strach, bál se, že také udělá chybu, proto vše mnohokrát kontroloval, což mu bralo velké množství času i sil. Někdy se dostal do fáze, kdy byl zcela zablokovaný. Nebyl schopen danou práci provést kvůli strachu, že něco pokazí, ale druhým jí taky nechtěl svěřit. Nebyl schopen se pohnout z místa.

Jednou se Petr dostal do takovéto situace, kterou nebyl schopen vyřešit a která mu způsobila mnoho utrpení. Jednalo se o vypnutí plynového kotle. Každý rok Petr vypínal kotel po skončení topné sezóny. V době, kdy ho OCD tolik netrápila, to zvládal. Ale jeden rok se mu stalo, že kotel občas nefungoval správně a topil i v době, kdy

neměl. Proto po vypnutí kotle dostal Petr strach, zda z kotle nebude utíkat plyn a zda ho dobře vypnul. Několikrát se ujistil tím, že zkontroloval všechny prvky, které měly být vypnuté. Přesto se nedokázal zbavit tohoto strachu, že by z kotle mohl utíkat plyn. Tušil, že je to hloupost, že je kotel správně vypnutý, že by měl být v pořádku, ale znejistilo ho předchozí nestandardní fungování kotle. Začal mít velký strach, že je kotel v nepořádku. Báł se, že kdyby unikál plyn, mohlo by dojít k výbuchu, či otravě plynem. Rozhodl se, že pro jistotu zavolá plynaře, který by se na kotel podíval. Když už hledal na internetu plynaře, napadla ho myšlenka, jestli je dobrý nápad volat plynaře. Plynař může kotel rozebrat, aby zjistil závadu, pak ho špatně sestavit a situace může být ještě horší než, kdyby nikoho nevolal. Tato obsese mu zablokovala možnost, aby si ověřil, že je kotel v pořádku. Nemohl tedy zavolat plynaře a žil ve strachu, co kdyby byla na kotli závada. Postupně tento strach narůstal natolik, že Petr většinu dne chodil po domě a přemýšlel, co má dělat. Nedokázal se rozhodnout. Když se rozhodl pro plynaře, tak ho zaplavil strach z plynařovy chyby, která by mohla způsobit havárii. Když se rozhodl, že kotel nechá být, tak měl strach, že bude z kotle unikat plyn. Jeho nejistota a neustálé přemýšlení o kotli, ho plně zaměstnalo skoro na celý měsíc, kdy se věnoval výhradně tomuto problému, nebyl schopen plnit své povinnosti, nedokázal myslet na nic jiného. Nemohl spát, trpěl nechutenstvím, byl stále ve stresu, míval záchvaty hněvu, nebo lítosti, začal trpět depresí. Když jeho matka viděla Petrovi problémy, rozhodla se, že zavolá plynaře, aby mu pomohla. Petr pak dostal velmi silný záchvat úzkosti a vyváděl, proto se jeho matka rozhodla, že plynaře raději volat nebude. Situace dopadla tak, že Petr neměl jinou možnost, než svou starost přenechat Bohu. Petr byl věřící křesťan, proto se modlil, aby se nic nestalo a zcela situaci odevzdal do Božích rukou. Vždy, když ho trápil strach, tak se modlil, zcela spoléhal na Boha, že ho ochrání. Za čas se situace zlepšila a přestal se bát, už nad kotlem nepřemýšlel, protože tuto starost zcela přenechal Bohu.

Podobných situací, kdy Petra N. zcela paralyzovala jeho OCD, bylo více. Princip byl následující. Když měl Petr nějaký problém a napadlo ho řešení, tak se mu stávalo, že ho po chvíli napadlo i nebezpečí, které sebou dané řešení přináší. To ho nutilo přemýšlet a hledat bezpečnější řešení. Někdy se stalo, že žádné přijatelné řešení nenalezl, tím byl zcela paralyzován, neschopen řešit daný problém.

3.4.1 Problémy se soustředěním a myšlením, které může způsobit OCD

Petr N. má problémy se soustředěním a myšlením, které mu způsobuje OCD. Když Petr vykonává nějakou práci, nebo jinou činnost, tak ho napadají různé obsese, které ho vyrušují při práci a myšlení. Následně má problém udržet pozornost a zdravé myšlenky, jeho mysl zabíhá k obsesím, které jsou neodbytné a silně ho rozrušují. Cítí potřebu provést kompulzi. Aby se zbavil nepříjemných pocitů, tak ji provede. Vráť se k činnosti, kterou vykonával. Následně si není jistý, kde při práci, nebo v myšlenkách přestal, proto ho nejistota donutí začít činnost od začátku, nebo opakovat předchozí krok postupu. Tato situace se opakuje několikrát, což výrazně ztěžuje dokončení práce, nebo jiné činnosti. Obrazně (přeneseně) by se tato situace dala přirovnat k jízdě autem, kdy na auto začnou v různých intervalech dopadat kroupy, mezi kroupami je delší rozestup. Každý náraz kroupy (obrazné vyjádření příchozí obsese) na automobil způsobí, že se řidič rozruší a snižuje se jeho soustředění na jízdu. Jeho myšlenky se přesouvají k tomu, jak zabránit, aby kroupy nepoškodily automobil (myšlenky se přesouvají ke kompulzi). Tak jako silný náraz kroupy rozruší řidiče, podobně může obsese rozrušit Petra v jeho práci.

V době, kdy Petra N. silně trápila jeho OCD se mu stávalo, že měl výrazné problémy dokončit svoji práci, nebo činnost, kterou vykonával, právě v důsledku neustálého bombardování jeho mysli obsesemi. Výrazné problémy měl při práci, dokonce i při sledování filmu, kdy musel film mnohokrát zastavit, kvůli tomu, že ho vyrušila obsese, kterou se pak snažil zahnat kompulzemi. Takto během zhruba dvouhodinového filmu, byl nucen film zastavit někdy i dvacetkrát, aby mohl vyřešit příchozí obsese. Tento stav přešel do fáze, kdy Petra budily obsese i ze spánku. Ve snu se mu zdálo, že se dostal do situace, které se obával. Výrazný strach ho vzbudil a následně Petr přemýšlel, zda se jednalo o skutečnost, nebo to byl pouze sen. Nebyl si jistý, protože byl rozespálý a jeho mysl nebyla zcela probuzená. Začal chodit po místnosti a přemýšlel, zda se jednalo o sen, nebo se to doopravdy stalo. Když se ujistil, že to byl jen sen, tak šel znovu spát. Takto se probudil pětkrát až třicetkrát za noc. Petr zažil několikaměsíční období, kdy se takto budil téměř každou noc.

Petr N. má problémy s ovládním své mysli. Často se mu stává, že jeho mysl se nedokáže odpoutat od některých myšlenek, problémů, nebo zklamání. Když se Petr snaží soustředit na nějakou činnost, aby jí dělal správně, často se mu stane, že si uvědomí, že myslí na jiné věci a dělá chyby. Například když píše e-mail, tak se přistihne, že jeho mysl se zabývá činnostmi, které bude muset udělat následující den a ze kterých má strach. Když Petr zažije nějaké zklamání, pak na něj neustále myslí a trvá mu velmi dlouho, než se s ním smíří. Potom má problémy cokoli dělat, protože si nemůže vyčistit mysl, aby se mohl věnovat něčemu jinému. Například když mu pes trochu poškrábal lak na autě. Petr věděl, že je to drobnost, ale přesto ho ten malý škrábanec tolik trápil, že na něj myslel několik dní, přemýšlel, co udělal špatně a jak může škrábanec odstranit. Nedokázal se pořádně věnovat dalším povinnostem, protože musel stále myslet na onen detail.

3.4.2 Problémy v komunikaci způsobené OCD

Na úvod této části představím problém jedné dívky, který pochází z odborné literatury.

U dívky jménem Markéta, se objevuje obsese, že při rozhovoru s druhým člověkem řekne, či řekla něco nevhodného, něco co může druhému ublížit, nebo ji znemožnit. Její kompulze byla taková, že po ukončení rozhovoru, začala daný rozhovor rekapitulovat v mysli a zjišťovala, zda je vše v pořádku. Avšak tato činnost jí zabírala několik hodin každý den a neměla sílu se učit na maturitu. Aby ušetřila drahocenný čas, tak se po rozhovoru s druhými dotázala, zda neřekla něco nevhodného. Tento nový rituál sice šetřil čas, ale záhy si Markéta uvědomila, že tímto způsobem se může zesměšnit, či někomu ublížit. Jediným řešením bylo vyhýbavé chování, kdy se začala vyhýbat jakékoliv komunikaci, nemluvila s lidmi, nezvedala telefon, neodpovídala na otázky ve škole. Později jí nepomáhalo ani vyhýbavé chování, protože začala v mysli rekapitulovat rozhovory, které vedla v minulosti a tím přicházela o drahocenný čas (srov. Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 17).

S podobným problémem se setkal i Petr N, kdy při psaní jakéhokoliv textu, například e-mailu, či jiného dokumentu se objevil strach z toho, že napíše pravý opak toho, co chce napsat. Například při psaní e-mailu či SMS, měl obavu, že by mohl místo

věty „přeji Vám pěkný den“, napsat opačnou větu tedy „přeji Vám špatný den“. Nebo místo „nedělej to“ napsat „udělej to“ aj. Tento strach, že napíše pravý opak, než by chtěl napsat, se mu objevoval zvláště při psaní důležitých e-mailů a dokumentů. Čím více byl e-mail, nebo dokument důležitý, tím více ho následně pročítal a kontroloval, zda neudělal někde chybu. Často, když mu přišel e-mail, nebo SMS ho sevřel strach, protože bude muset na tyto zprávy odpovědět. Někdy se mu stávalo, že po častém kontrolování věty se mu začal vytrácet význam slov. Jako by přestával umět číst, musel se na každé slovo soustředit, aby si uvědomil, co znamená. Čím byl význam věty důležitější, tím déle mu trvalo, než si byl aspoň trochu jistý, co daná věta znamená. Při čtení důležitých dokumentů, e-mailů, či SMS ho svíral strach, jeho mysl často zabíhala jinam a nedokázal se plně soustředit. Proto je četl několikrát za sebou, aby si byl jistý významem. Z těchto důvodů měl problém se psáním, ale i se čtením všech dokumentů, které byly alespoň trochu důležité. Tyto činnosti, které zdravému člověku zaberou chvíli, například odpovědět na e-mail, byly u Petra N. dlouhé stresující a vysilující.

Petr N. měl problémy i při rozhovoru. Obzvláště u důležitých rozhovorů, kde bylo potřeba uvést přesné detaily, instrukce, či data. V těchto případech měl Petr N. velké obavy, že udělá chybu a řekne nesprávný údaj, který by mohl zapříčinit nějakou škodu. Proto často všechny sdělované informace několikrát opakoval, aby dotyčný vše správně pochopil. Stejně to platilo i s přijímáním informací, kdy byl jako posluchač. Často se několikrát zeptal na stejnou věc, což některé lidi rozčilovalo a následně se tito lidé k Petrovi N. nechovali s dostatečnou úctou. Časem se mu tento problém rozšířil i na méně důležitou komunikaci a rozhovory. Tento způsob komunikace způsoboval to, že často druhé lidi rozzlobil, či odradil, a proto se mu špatně navazovaly přátelské vztahy s druhými lidmi.

3.5 Sociální fungování člověka s OCD v rodině a vztazích s lidmi

Nemocní OCD mají v důsledku této poruchy často narušené sociální vztahy v rodině i ve svém okolí. Jejich schopnost navazování a udržení dobrých vztahů je zhoršená, tímto způsobem se jim zmenšuje okruh lidí, se kterými mají dobrý vztah. S rozvojem onemocnění se tento okruh přátel dále zmenšuje (srov. Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 370).

OCD může mít značně negativní dopad na nemocného, jeho rodinu, přátele a kolegy. Nemocný často nezvládá své povinnosti, ani koníčky. Výrazně se zvyšuje pravděpodobnost rozpadu manželství a partnerských vztahů. Nemocný pak často zůstává sám (srov. Probstová a Pěč, 2014, s. 105).

Někdy se stává, že partner člověka trpícího OCD nedokáže s nemocným trávit svůj čas, vadí mu jeho chování, proto se věnuje jiným činnostem a zájmům (srov. Novák, 2006, s. 74).

Častý strach a úzkost člověka s OCD způsobuje, že nemocný žije v nejistotě. Jeho příbuzní se ho snaží uklidnit, poradit mu, chránit ho, ale nemocnému to moc nepomáhá a nadále se bojí. Tato situace způsobuje, že příbuzní si mohou myslet, že jim nemocný nedůvěřuje, což může zapříčinit zhoršení vzájemných vztahů (srov. Matějček, 2011, s. 287).

Péče o člověka s OCD ze strany blízké osoby, nebo příbuzných je srovnatelně náročná jako péče o člověka se schizofrenií. Pečující osoby často prožívají dlouhodobý stres (srov. Kalra a kol., 2008 cit. podle Ocisková a Praško, 2015, s. 130).

Jeden dospělý muž nesnesl stav, kdy v jeho domácnosti byla špína, či prach, také velice dbal na uspořádání věcí na policích. Vždy, když se vrátil domů, jedna z prvních věcí, které udělal, byla kontrola celého domu, auta, zda je vše čisté a řádně uspořádáno. Když bylo vše v pořádku, mohl se věnovat své rodině, v opačném případě byl rozzlobený a šel uklízet. Uklidnil se, až v případě, kdy bylo vše uklizeno. V důsledku těchto i jiných rituálů, které vykonával, docházelo k ochlazení vztahů s jeho manželkou, která kvůli manželovi musela hodně uklízet, byla vyčerpaná a někdy raději odcházela z domu (srov. Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 367-368).

V některých rozvinutých případech OCD, mohou pacienti vyžadovat po svých blízkých i velice zvláštní činnosti. Například nemocný OCD stanoví všem členům rodiny, aby vstupovali do domu pouze sklepním oknem, aby je ochránil před domnělým nereálným nebezpečím (srov. Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 369).

Někteří příbuzní a blízcí nemocného se snaží nemocnému ulehčit, protože vidí jeho utrpení, které prožívá, proto mu pomáhají s vykonáváním rituálů, například uklízejí, čistí, řídí se pokyny nemocného. Časem si na tyto aktivity mohou zvyknout a brát je jako normální (srov. Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 370).

Člověk s OCD, který žije v rodině, ovlivňuje svým chováním i další členy domácnosti. Může se jednat o požadování přehnané čistoty domácnosti, zakazování vstupu do bytu jiným osobám. Vyžadování dodržování rituálů všemi blízkými příbuznými. Opakované ujišťování od členů rodiny a neustále stejné dotazy. Když příbuzní, vidí utrpení svého blízkého, často s ním mají soucit a snaží se mu pomoci například tím, že dodržují některé jeho rituály. Tím paradoxně mohou udržovat tyto rituály, které se v budoucnu mohou stupňovat. Vystupňované rituály mohou způsobit konflikt mezi členy rodiny. Dále v případě, kdy je nemocný přerušen při vykonávání rituálu, pak často cítí, že je rituál neplatný a čas, který rituálem strávil je ztracený, vrací se stres. Nemocný pak někdy obviňuje druhé. V případě, kdy členové rodiny nepřistoupí na rituály nemocného a budou mu je zakazovat, může docházet k častým výbuchům emocí postiženého a ke zhoršení vzájemných vztahů. Nemocný pak může začít své rituály skrývat a tím se zhoršuje možnost odborné pomoci především u dětí. Proto je pro zdravé členy rodiny důležité, aby měli dostatek informací o této poruše a dokázali nalézt vhodné řešení, které nebude poruchu u nemocného udržovat, ale ani nedojde ke zhoršení vzájemných vztahů. V případě rodičů s OCD existuje nebezpečí, že jejich dítě se může naučit jejich špatné vzorce chování, či uvěřit jejich obsesím (srov. Straková Jirků, 2018, s. 20-21).

Petr N. zažil několikaměsíční období, kdy byl svými obsesemi a kompulzemi tak zahlcen, že neměl čas na své přátele, příbuzné a dokonce na svoje dítě a manželku. S přáteli se nesetkal několik měsíců, manželce a dítěti se mohl věnovat pouze jednu až tři hodiny denně. Toto období trvalo i několik měsíců. Velice rád by trávil mnohem více času s rodinou, ale nemohl, protože v důsledku obsesí a kompulzí nestíhal pracovní povinnosti, které dodělával ve volném čase. Také se různými způsoby snažil zabezpečit,

aby se jeho blízkým (manželce, dítěti a dalším lidem) nic nestalo, což považoval za prioritu, kontroloval vše, co by je mohlo ohrozit a všechna nebezpečí, které zaznamenal, se snažil eliminovat. Například kontroloval uzamčení domu, vypnutí elektrických a plynových spotřebičů, uzavření vody, neustále přemýšlel a vše co pokládal za důležité, mnohokrát kontroloval. Postupem času si neměl co říci se svými přáteli, jeho manželka si připadala pořád sama, později vlivem strádání začala být výbušná. Lehce se rozcílila i kvůli maličkostem, čímž trpělo jejich dítě i manžel s OCD. Petr je přesvědčen, že jeho rozvinutá OCD měla velmi špatný dopad na jeho sociální vztahy jak v rodině, tak i mimo ni. Ztratil většinu kamarádů, s přáteli se skoro nepotká, s manželkou, synem a příbuznými už nemá tak dobré vztahy, jako měl v minulosti. Často druhé rozzlobil svými dotazy, kontrolami, rituály, pomalostí a nerozhodností.

Dále uvedu ještě několik příkladů problémů, které způsobují zhoršení sociálního fungování Petra N.

Petrův kamarád se ženil a pozval Petra N. na svatbu. Bylo to v období, kdy byla jeho OCD silně rozvinutá. Petr chtěl na svatbu přijít a slíbil, že přijde. Avšak v době, kdy se konala svatba, tak Petra trápila OCD natolik, že nebyl schopen se na svatbu dostavit. Jeho kamaráda to mrzelo a vzájemné vztahy se ochladily. Podobné situace se mu stávaly i na jiných akcích, jako jsou narozeniny, křtiny, oslavy, pohřby. Petr přišel pozdě na pohřeb svého příbuzného kvůli zdržení způsobenému zamykáním auta a domu. Někteří členové rodiny mu to pak vyčítali a tím se zhoršily vztahy i s těmito lidmi. Stejně zdržení mu způsobilo, že málem nestihl přijít včas na maturitní zkoušku. Kdyby se zdržel o pár minut déle, už by přišel pozdě. Tyto pozdní příchody mu způsobovaly problémy ve škole, na brigádě, v osobním životě. Často se stávalo, že se na něj druzí zlobili, že přišel pozdě, nebo kvůli pozdnímu příchodu zažil různé sankce. Například když přišel pozdě na hodinu ve škole, tak ho učitel schválně vyvolal k tabuli a zkoušel ho. Petr pak dostal pětku, protože nebyl připraven. Učitel se na Petra hněval a myslel si, že Petr chodí schválně pozdě.

Petrovy vztahy s jeho blízkými lidmi narušuje i stav, že mu vše dlouho trvá. Například, když je Petr s příbuznými v obchodě, tak si velmi dlouho prohlíží zboží, než ho koupí. Petr má obavy, že by zboží mohlo být poškozené, proto ho prohlíží. Když si Petr zboží vybere, tak ho po chvíli přepadne strach a vrátí se zpátky k regálu, kde zboží buď vrátí, nebo si vybírá jiný kus. Ze zamýšleného krátkého nákupu se stane

několikahodinový. Tato situace jeho příbuzné dost vyvádí z míry. Když je potřeba někam odjet, tak na něj druzí lidé často čekají, protože Petra zdržují jeho rituály. Petr před odchodem z domu dlouho kontroluje, zda je vypnutý sporák, elektrické spotřebiče, zda je zavřená voda, okna. Často dostane strach, že na něco důležitého zapomenul a někdy ho tento strach donutí vrátit se domů. Petra často trápí různé obavy, proto se často ptá na stejné dotazy. Například, jestli Petrova manželka vypnula žehličku. Druhé lidi vysiluje mu několikrát odpovídat na stejnou věc. Občas se Petrovi příbuzní snažili, aby mu zabránili ve vykonání rituálu. Petr má velké problémy se zamykáním. Jednou k Petrovi přijel člověk, který měl za úkol odečíst stav plynoměru. Plynoměr je zamčený ve skřínce. Petr měl pak výrazný problém skřínce zamknout. Měl obavu, že skřínce špatně zamkne a někdo se do ní dostane a poškodí hlavní uzávěr plynu. Plynu se Petr velmi obával, měl strach z výbuchu. Proto nebyl skřínce schopen zamknout. Petr vyžadoval, aby ho jeho matka kontrolovala při zamykání, aby měl jistotu, že zámek zamknul správně. Jeho OCD způsobila, že tento zámek neustále odemykal a zamykal. Jeho matka se po půl hodině rozhodla, že mu vezme klíč a také mu ho vzala. Petr se na matku hněval a chtěl klíč zpátky. Matka mu ho nechtěla dát, proto se pohádali. Když Petrova matka viděla, jak Petr trpí, že klíč nemá, tak mu ho raději vrátila. Někdy dojde k tomu, že se Petr rozčílí, například když přemýšlí a někdo ho vyruší, nebo při provádění nějaké kontroly. To se Petr začne zlobit, protože musí kontrolu dělat znovu. Všechny tyto situace způsobují to, že jsou Petrovy vztahy s druhými zhoršené.

3.6 Zdravotní problémy způsobené OCD

Jeden mladík měl hrůzu z bakterií a virů, proto téměř nejedl, aby nemusel jít na toaletu. Raději hladověl, než aby musel zažít onen strach (srov. Carr-Gregg, 2012, s. 86).

Lidé s OCD mohou mít i některé zdravotní problémy způsobené touto poruchou, například kožní vyrážky způsobené mytím a desinfekcemi (srov. Probstová a Pěč, 2014, s. 104).

Kvůli častým stavům strachu a úzkosti způsobených OCD měl Petr N. problémy s bolestmi břicha, nebo nepříjemnými pocity v oblasti žaludku a pocitem na zvracení. Často trpěl nechutenstvím. V období, kdy měl značné problémy s OCD ztratil velkou

část své hmotnosti. Došlo u něj k výraznému snížení tukových zásob, ale i svalové hmoty, protože neměl čas na sport a fyzickou práci. Lidé se ho ptali, zda není nemocný, protože byl bledý a pohublý. Petr měl problémy se spánkem, kdy se mnohokrát za noc vzbudil, protože se mu zdálo o situacích, kterých se obával. Někdy nemohl usnout, protože měl výrazný strach a úzkost, které mu bránili ve spánku, proto byl vzhůru celou noc. Tyto stavy, kdy nemohl spát, se mu stávaly den, nebo dva před nějakou situací, nebo činností, které se obával. Následně byl nevyspalý a činnost, které se obával, byla pro něj ještě obtížnější. Petr v důsledku OCD prožíval dlouhodobý stres, který měl vliv i na jeho fyzický a psychický stav. Například měl žaludeční a trávící problémy a prožíval stavy deprese. Všechny tyto problémy způsobovaly, že často neměl sílu, špatně se soustředil, nebylo mu dobře, snížil se jeho pracovní výkon, byl mrzutý, nebo protivný na své příbuzné a tím se zhoršovaly vzájemné vztahy.

3.7 Finanční problémy způsobené OCD

Petr N. se často obával, že by mohl udělat chybu, která by mohla způsobit nějakou škodu, či újmu na zdraví. V důsledku tohoto stavu nebyl schopen vykonávat některé činnosti, které by normálně zvládal. Některé opravy a údržbu domu, auta, které by zvládl, přenechával druhým a musel za ně zaplatit. Tímto způsobem zbytečně přicházel o dost financí. Petr nemohl vykonávat profesi automechanika, ve které byl vyučen, protože se bál, že by při opravě automobilu udělal chybu, která by zavinila autonehodu. Petr zatím studuje, občas pracuje na brigádě, kde vykonává jednodušší práce, které jsou hůř placené, než práce automechanika. Petr má obavy, že po ukončení studia nebude schopen najít zaměstnání, ve kterém by se udržel. Petrův potenciál, jeho inteligence a zručnost se nemůže plně projevit, protože ho blokuje strach a další problémy způsobené OCD. Všechny tyto problémy způsobují, že má Petr mnohem méně financí, než by mohl mít, kdyby byl zdravý.

3.8 Problémy v běžných činnostech způsobené OCD

Někteří pacienti s rozvinutou OCD mají značné problémy i s běžnými základními činnostmi (srov. Probstová a Pěč, 2014, s. 106).

U jedné ženy se po narození jejího dítěte objevil strach z bakterií a virů, tato žena měla obavy z toho, že když někomu podá ruku, nebo se dotkne něčeho, čeho se dotýká velké množství lidí, bude mít na ruku tyto mikroby a tím ohrozí sebe i svoje malé dítě. Také se bojí dotknout všech předmětů, na kterých by mohly být bakterie a viry například použitých kapesníků, plen aj. Má strach, že kdyby připravovala jídlo nedostatečně umytýma rukama, mohla by ona i její dítě onemocnět. Proto si velice důkladně a dlouho myje ruce, většinou spotřebuje jedno mýdlo za den a mytím rukou stráví denně více než dvě hodiny, protože umývá i vodovodní kohoutek a vše čeho se dotkla špinavýma rukama. Když její manžel odjel na služební cestu, začaly se u ní objevovat i obavy z požáru způsobeného nějakým elektrickým spotřebičem, proto vždy několikrát za den důkladně kontrolovala, zda je vše vypnuto (srov. Morschitzky a Sator, 2014, s. 90-91).

4. Sociální práce s lidmi trpícími OCD

V této kapitole se budu zabývat vybranými možnostmi sociální práce, které mohou pomoci k řešení problémů způsobených OCD a obnově sociálního fungování člověka s tímto onemocněním.

Sociální práce se zaměřuje na řešení problémů a podporu sociálního fungování klienta. Klientem může být jednotlivec i skupina lidí. Sociální práce může pomoci člověku s OCD několika různými způsoby. První způsob je zaměřený na vyřešení klientova problému, kdy se sociální pracovník snaží vyřešit, nebo zmírnit klientovy problémy. Důležité je najít a odstranit příčinu problému. Někdy není možné se zbavit příčiny problému, pak se sociální pracovník snaží o zmírnění následků, které problém způsobuje. Druhou možností je, že sociální práce pomáhá klientovi posílit jeho schopnost zvládnání problému a sociálního fungování. Další možností, jak pomoci klientovi s OCD je vzdělávání veřejnosti o tomto onemocnění. Veřejnost pak může snížit své požadavky na lidi trpící OCD, nebo přehodnotit negativní předsudky k těmto lidem. Jinou možností pomoci lidem s OCD je preventivní působení. Může se jednat o poskytování informací o daném onemocnění a jeho průběhu přímo klientům s OCD. Jaké problémy onemocnění způsobuje, jaký dopad může mít na život člověka. Tímto způsobem je možné předejít těmto problémům, nebo pomoci klientovi se na tyto problémy připravit (srov. Navrátil, 2001, s. 17-18).

S lidmi trpícími OCD se může sociální pracovník setkat různými způsoby. Záleží na zaměření organizace, ve které sociální pracovník pracuje. Někdy může klient s OCD přijít sám, jindy je kontakt s ním zprostředkován skrze jinou službu, lékaře, psychologa, psychiatra, nebo o pomoc sociálního pracovníka požádá, někdo z jeho příbuzných, blízkých, či sousedů. Pro vyhledávání lidí trpících OCD mohou sloužit sociální pracovníci v terénu a nízkoprahová zařízení (srov. Mahrová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 45).

Sociální pracovníci mohou pracovat v organizacích zabývajících se sociálními službami určenými pro jednotlivce, rodiny a skupiny, také v organizacích zabývajících se podporou zaměstnanosti. Dále se s nimi mohou klienti s OCD setkat na úřadech (úřad

práce, ČSSZ), v domovech a ústavech pro děti a mládež, ve zdravotnických zařízeních i na dalších místech (srov. Květenská, 2007, s. 29).

Při práci s klienty trpícími OCD je důležité, aby se sociální pracovník orientoval v problematice jejich onemocnění, aby mohl klientům účinněji pomoci (srov. Mahrová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 28-45).

Často se stává, že klienti s OCD se za svoje problémy stydí, proto je důležité vytvořit s klientem kvalitní vztah na základě vzájemné důvěry a porozumění. Vytvoření tohoto dobrého vztahu je pro sociální práci s lidmi trpícími OCD zásadní. V takových podmínkách se lépe pracuje a klienti jsou schopni přiznat své problémy. V těchto případech, kdy je klient schopen o svých problémech mluvit je důležité ho vyslechnout a nabídnout mu účinnou pomoc. V případě, kdy klient s OCD nedochází k psychologovi a psychiatrovi, je potřeba zajistit, aby s těmito odborníky navázal pravidelný kontakt a zahájil léčbu. Přesvědčit klienta, aby navštívil tuto odbornou pomoc, nemusí být jednoduché, proto je potřeba klienta co nejvíce podpořit, zbavit ho obav, dodat mu motivaci, pomoci mu s vyhledáním a kontaktem odborníka. V případě, kdy klient trpící OCD odborníka navštěvuje a potřebuje vyřešit nějaký konkrétní problém, který je schopen řešit sám sociální pracovník, tak se dohodnou na spolupráci, když není schopen vyřešit klientův problém, tak mu doporučí jinou sociální službu, nebo odborníka, který dokáže problém vyřešit (srov. Mahrová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 34-46).

Sociální pracovník informuje klienta s OCD o možnostech, které mu mohou pomoci vyřešit jeho problémy. Jaké služby může klient využít ze zdravotnického systému, jaké služby a možnosti mu nabízí sociální systém pomoci. Například pomoc se získáním zaměstnání, pracovní rehabilitace, rekvalifikační kurzy, chráněné dílny, poradenství z oblasti práva, pomoc s oddlužením. Jaké jsou možnosti při řešení obtížné finanční situace způsobené onemocněním (nemocenské a sociální dávky, důchody). Může klientovi zprostředkovat kontakt na tyto a jiné sociální služby, pomoci s vyřizováním administrativy a řešením dalších úkolů s tím spojených. Sociální pracovník využívá při práci s klientem své znalosti z oblasti psychologie, teorií a metod sociální práce, tak aby pomohl klientovi vyřešit jeho problémy a pomohl k obnově jeho sociálního fungování. Sociální pracovník spolupracuje s dalšími institucemi a odborníky, kteří se o klienta starají, dále s některými členy klientovy rodiny (srov. Čadková-Svejkovská in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 61-62).

Při sociální práci s člověkem trpícím OCD je také potřeba myslet na jeho příbuzné i blízké osoby a nabídnout pomoc i jim. Tito lidé mohou mít obavy o nemocného, mohou mít různé problémy, které vznikly při soužití s nemocným člověkem. Nebo mohou značnou měrou přispět k řešení obtížné situace nemocného a obnově jeho sociálního fungování (srov. Mahrová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 47).

Lidé s OCD mohou trpět mnoha různými problémy, které nemusí být schopni řešit sociální pracovník, proto je důležité, aby sociální pracovník při práci s klientem spolupracoval i s dalšími odborníky (srov. Dubnová a Řezníková in Urban a kol., 2018, s. 85).

Sociální pracovník může pracovat v týmu složeném z odborníků na různé oblasti, například s odborníky z oblasti psychiatrie, zdravotnictví, terapie, školství. Společně vytvářejí tým, který se snaží o vyléčení klienta a eliminaci jeho problémů. Sociální pracovník je v tomto týmu důležitým členem (srov. Probstová in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, s. 133).

4.1 Vybrané přístupy, metody a techniky využívané v sociální práci

Sociální pracovník může využívat různé přístupy, metody a techniky při sociální práci s klientem. Na základě informací z odborné literatury a charakteristiky OCD jsem vybral takové přístupy, metody a techniky využívané v sociální práci, které mohou pomoci k vyřešení problémů způsobených OCD a obnově sociálního fungování lidí s tímto onemocněním.

Případová práce je přístup, který se velmi využívá při sociální práci s duševně nemocnými klienty. Tento přístup vyžaduje profesní zdatnost sociálního pracovníka, je potřeba, aby se dobře orientoval ve svém oboru i v dalších potřebných oblastech. Sociální pracovník, který vykonává případovou práci s duševně nemocnými, musí mít dostatek znalostí z oblasti psychologie, psychopatologie, zdravotnictví a jiných oborů. Dále je velmi důležité, aby se orientoval v sociálních a zdravotnických službách

i v dalších možnostech pomoci. První krok sociálního pracovníka při kontaktu s klientem je snaha o vytvoření dobrého vzájemného vztahu. Dalším důležitým krokem je identifikace a pochopení problémů klienta jak na individuální úrovni, tak jejich přesah do rodiny a širšího sociálního prostředí. Jaké problémy se u klienta vyskytují, jak vznikají, co způsobují klientovi, jeho rodině a dalším aktérům. Klient určí, které problémy potřebuje vyřešit, stanoví cíle, kterých potřebuje dosáhnout. Tyto cíle s pracovníkem konzultuje. Na základě vybraného problému a požadovaného cíle se hledají možnosti řešení, jaké zdroje pomoci a podpory má klient, jaké zdroje mu nabízí sociální a zdravotní systém, jaké zdroje pomoci a podpory mu může poskytnout jeho rodina. Sociální pracovník pomáhá klientovi nalézt nejvhodnější postup řešení problému, sílu a motivaci k jeho úspěšnému zvládnutí, zprostředkuje mu potřebné zdroje pomoci k řešení problému a dosažení cíle. Sociální pracovník podporuje aktivitu klienta, aby se nedostal do závislé role, kdy pouze pomoc přijímá. Společně se snaží vyřešit problém a dosáhnout cíle. V konečné fázi se hodnotí, zda bylo dosaženo stanovených cílů, v případě úspěchu je velmi vhodné ocenit klientovu snahu a jeho schopnosti. V takovém případě se může spolupráce ukončit s tím, že kdyby se klient ocitl v tíživé situaci, může se na pracovníka opět obrátit (srov. Havránková in Matoušek a kol., 2003b, s. 67-74).

V závěru spolupráce je vhodné zrekapitulovat, jakým způsobem se dosáhlo vytyčeného cíle, aby klient věděl, jak může při podobném problému postupovat a tím se osamostatnil (srov. Kappl, 2004, s. 63).

Komunikace je důležitý nástroj sociální práce, jehož pomocí dochází k výměně informací mezi aktéry. Při komunikaci s klientem trpícím OCD je důležité hlídat v jakém prostředí a situaci komunikace probíhá. Nevhodná situace, nebo prostředí může komunikaci zcela odsoudit k neúspěchu. Důležité je, aby komunikace neprobíhala ve spěchu, pak by mohlo dojít k nedorozumění. Při komunikaci s klientem je vhodné, aby byl sociální pracovník empatický a v případě potřeby i asertivní. Sociální pracovník by měl umět používat i neverbální složku svého projevu, jako je řeč těla (srov. Čechová in Tokárová, 2009, s. 432-433).

Úkolový přístup je zaměřený na řešení klientových problémů. Klient s OCD si vybere zvládnutelný úkol, který by chtěl, nebo potřebuje vyřešit, což zvyšuje klientovu motivaci k řešení problému. Důležité je, aby tento úkol byl dobře zvládnutelný. Když

klient úkol vyřeší, posílí se tím jeho sebevědomí a důvěra ve své schopnosti. Klient tímto způsobem pokračuje dále a rozvíjí tím svůj potenciál, sebevědomí a schopnost řešit své problémy (srov. Navrátil in Matoušek a kol., 2001, s. 231-237).

Při úkolovém přístupu je potřeba, aby se klient nepřetížil úkoly, proto je vhodné řešit jeden až tři úkoly. Po splnění se mohou přidat další (srov. Milner a O'Byrne, 2002, s. 119).

Při práci s klienty trpící OCD se dá využít úkolový přístup (srov. Čadková-Svejkovská in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 61-62).

S touto myšlenkou souhlasím a myslím si, že úkolový přístup má potenciál k řešení mnoha typů problémů klienta s OCD. Petr N., který má problémy s častými kontrolami, by mohl jako svůj cíl (úkol) zvolit snížení počtu kontrol. Snížení počtu kontrol, by mu pomohlo ke zvýšení efektivity práce v mnoha oblastech a ušetřilo drahocenný čas, který by mohl věnovat své rodině. To by mohl být další Petrův úkol, věnovat ušetřený čas své rodině. Tímto způsobem by mohlo dojít k obnovení částečně poškozených vztahů s jeho blízkými osobami, které strádají tím, že se jim Petr dostatečně nevěnuje. Myslím si, že velmi důležitá je motivace klienta ke změně, proto pokládám za podstatné ukázat klientovi, jaký přínos bude mít vyřešení jednotlivého úkolu pro něj a jeho příbuzné.

Sociální práce s rodinou zahrnuje rozsáhlou oblast aktivit určených pro pomoc rodinám. Klient s OCD i jeho rodina jako celek mohou využívat různé sociální služby, které momentálně potřebují. S rodinou mohou spolupracovat sociální pracovníci, kteří se zaměřují na řešení konkrétních problémů této rodiny. Sociální práce s rodinou se zaměřuje i na obnovu sociálního fungování rodiny vzhledem ke společnosti, aby nedocházelo k sociálnímu vyloučení rodiny (srov. Smutková, 2007, s. 33-37).

Sociální práci s rodinou, která má ve svém středu člověka trpícího OCD, se budu blíže věnovat později v části, která pojednává o řešení problémů klienta v rodině.

Sociální práce se skupinou je metoda, kdy sociální pracovník pracuje s více klienty současně. Skupiny mohou být různé, například skupina složená z lidí se stejnou diagnózou, nebo se stejným problémem. Skupiny klientů, které jsou zaměřeny na společný cíl (návěk různých dovedností, trávení volného času aj.). Skupiny klientů, ve

kterých probíhá některá forma terapie. Skupiny mají svá pravidla, která je nutno dodržovat. Například klienti mimo skupinu nehovoří o důvěrných informacích, které na skupině zazněly, mají právo neúčastnit se činností, které nechtějí (srov. Gulová, 2011, s. 58).

Některé problémy člověka s OCD se dají lépe řešit ve skupině, než při individuální práci. Jedná se například o problémy s komunikací, sebevědomím, problémy při spolupráci s druhými, ve vztazích aj. Ve skupině se mohou klienti učit řešit tyto problémy a trénovat správné fungování v těchto oblastech (srov. Mašát, 2012, s. 16-18).

Mediace je metoda, která má za úkol urovnávat a řešit konflikty mezi klientem a dalšími lidmi. Sociální pracovník se snaží být neutrální prostředník, který usiluje o dosažení smíru a dohody mezi znesvářenými stranami. Mediace se může využívat například při rozvádění manželů, nebo při mezilidských konfliktech. Existuje několik možností řešení sporné situace. Nejžádanější je dosažení smíru a dohody, někdy může dojít ke kompromisnímu řešení, jindy může jedna strana prosadit své zájmy a druhá tuto situaci akceptovat. Sociální pracovník při této metodě identifikuje problémy a hledá nejvhodnější řešení pro všechny aktéry sporu. Dále pomáhá ke smysluplné komunikaci mezi znesvářenými stranami a nalezení dohody (srov. Gulová, 2011, s. 60-61).

Socioterapie se snaží identifikovat oblasti, ve kterých klient zdravě funguje (například škola, některé práce, sport, kultura, hudba aj.) a podporuje ho k těmto činnostem, kde se nemusí cítit jako nemocný, tím zdokonaluje jeho dovednosti a pomáhá mu k navazování kontaktu s druhými lidmi. Pak dochází k rozvoji klientových schopností, dovedností a sociálních vazeb. Dále se snaží identifikovat oblasti, kde klient správně nefunguje a podpořit ho k obnově zdravého fungování. Tato terapie se zaměřuje na běžné oblasti života, probíhá v reálném prostředí, pomáhá klientovi k navazování kontaktu s lidmi a snaží se, aby nedošlo k sociální izolaci klienta (srov. Mahrová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 92-97).

Sociální pracovník může absolvovat psychoterapeutický výcvik, kde získá povolení k provádění psychoterapie, kterou studoval (srov. Probstová in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, s. 138).

4.2 Vybrané sociální služby

Lidé s obsedantně-kompulzivní poruchou mohou využít různé sociální služby. Na základě informací z odborné literatury a charakteristiky OCD jsem vybral sociální služby, které mohou pomoci k vyřešení problémů způsobených OCD a obnově sociálního fungování lidí s tímto onemocněním.

Důležitá sociální služba, kterou mohou lidé s OCD využít je **sociální poradenství**, které je buď základní, nebo odborné. Lidé s OCD mohou skrze tuto službu získat důležité informace, které jim mohou pomoci vyřešit některé jejich problémy. Existuje odborné sociální poradenství pro lidi s psychickým onemocněním (srov. Vondrka in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 41).

Odborné sociální poradenství může člověk s OCD využít například při řešení finančních, pracovních, právních, zdravotních a psychických problémů, dále při problémech ve vztazích a rodině (srov. Hartl in Matoušek a kol., 2003b, s. 84-85).

Krizová intervence je sociální služba, kterou mohou využít lidé s OCD v případech určité krize. Existuje velké množství krizí, které mohou člověka s OCD postihnout. Například krize z rozpadu manželství a rodiny, zhoršení onemocnění, ztráta zaměstnání, finanční krize, nervové zhroucení, úmrtí v rodině. Úkolem krizového interventa je zamezit zhoršování krize a ohrožení klienta, dále dodat klientovi psychologickou a emocionální podporu případně i další pomoc, kterou potřebuje. Krizový intervent často kontaktuje blízké osoby klienta, které mohou pomoci ke stabilizaci jeho stavu. Krizovou intervenci často vykonává tým složený z několika odborníků například z psychologa, lékaře, sociálního pracovníka. Krizová intervence je krátkodobá a klient je předáván dalším specialistům (srov. Lucká in Matoušek a kol., 2003b, s. 130).

U klienta s OCD, který je v krizi, vznikají různé emoce, které je potřeba uvolnit, proto se sociální pracovník při krizové intervenci snaží, aby nic nebránilo volnému průběhu klientových emocí. Je důležité, aby se klient například vyplakal (srov. Špatenková in Špatenková a kol., 2004, s. 17).

Výše zmíněná sociální služba (krizová intervence) vychází ze stejnojmenné metody využívané v sociální práci. Krizová intervence je tedy jak metoda využívaná v sociální práci, tak sociální služba (srov. Gulová, 2011, s. 57).

V zákoně o sociálních službách jsou definovány všechny sociální služby a cílové skupiny lidí, kterým jsou určeny (srov. Vondrka in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 41-44).

Ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsem vybral sociální služby, které by mohly pomoci lidem s OCD a mohou je využít duševně nemocní lidé. Jsou to tyto služby:

„Sociální poradenství, (...), Osobní asistence, (...), Pečovatelská služba, (...), Podpora samostatného bydlení, (...), Denní stacionáře, (...), Týdenní stacionáře, (...), Domovy se zvláštním režimem, (...), Chráněné bydlení, (...), Telefonická krizová pomoc, (...), Azylové domy, (...), Krizová pomoc, (...), Nízkoprahová denní centra, (...), Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, (...), Noclehárny, (...), Služby následné péče, (...), Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, (...), Sociálně terapeutické dílny, (...), Terapeutické komunity, (...), Sociální rehabilitace“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 32- 70).

Bližší informace k těmto sociálním službám je možné nalézt ve výše uvedeném zákoně.

Sociální pracovník na základě klientovy situace zvolí, kterou sociální službu mu doporučí. Klient se následně rozhodne, zda je zvolená služba pro něj vhodná a jestli jí chce využít. Sociální pracovník může zprostředkovat kontakt na službu vybranou klientem a dále s ním spolupracuje (srov. Vondrka in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 44).

Podle typu klientových problémů a jejich závažnosti se určuje vhodnost konkrétní sociální služby. Pro klienty s OCD, kteří nemají výrazné problémy, může stačit ambulantní péče. Stacionáře mohou využít i klienti s většími problémy. Výhodou stacionářů je, že se jedná o specializovaná pracoviště s odborníky a klient se pravidelně vrací domů v určitých intervalech. Klienti s OCD s velmi závažnými problémy se mohou dostat do specializovaných zařízení, kde je jejich pobyt dlouhodobějšího rázu.

Příkladem je psychiatrické zařízení. I v těchto zařízeních jsou sociální pracovníci, kteří se starají o sociální fungování zdejších pacientů. Při odchodu klienta ze zařízení, se v případě potřeby domluví další služby, které bude klient moci využívat mimo léčebnu. Tyto služby mu pomohou k opětovnému návratu do fungování ve společnosti (srov. Mahrová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 46-47).

Klienti s OCD mohou využívat služby z nestátních neziskových organizací, nebo ze státních zdrojů. Sociální pracovníci bývají často prostředníky při komunikaci mezi klientem a institucemi. Orientace sociálního pracovníka v tomto prostředí různých služeb a zdrojů velmi pomáhá jeho klientům (srov. Mahrová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 47).

Duševní onemocnění klienta ovlivňuje i jeho příbuzné, proto je vhodné pracovat i s nimi (srov. Mahrová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 28).

4.3 Možnosti řešení vybraných problémů člověka s OCD

V této části se budu zabývat některými možnostmi řešení vybraných problémů člověka trpícího OCD, které nabízí, nebo může zprostředkovat sociální práce. Většina možností pomoci je již uvedena v předchozích částech této práce. Některé výše uvedené možnosti trochu rozvedu, nebo poukážu na možnost jejich aplikace na danou oblast problémů.

4.3.1 Možnosti řešení problémů a obnovy sociálního fungování v práci a dalších činnostech

Jednou z možností, jak u klienta s OCD podpořit schopnost zvládat požadavky v práci je pracovní rehabilitace. Jedná se o činnost, která pomáhá klientovi obnovit a získat pracovní dovednosti. Lidé s OCD mají různé problémy v práci, proto je důležité tyto problémy identifikovat. Na základě zjištěných problémů je možné stanovit postup řešení. Sociální pracovník může s klientem pracovat osobně, nebo ho odkázat na potřebné organizace a sociální služby. Tímto typem činnosti se zabývají například **kluby, denní centra a chráněné dílny**, kde jsou sociální pracovníci i další odborníci na

pracovní rehabilitaci. V klubech a denních centrech mají klienti rozděleny svoje pracovní úlohy. Někteří klienti se starají například o občerstvení v místní kavárně, jiní pracují v jídelně, další se starají o úklid aj. Tyto sociální služby podporují vznik firem, které tvoří schopní klienti. Tyto firmy se mohou zabývat různými činnostmi, podle toho, co klienti ovládají. Klienti se snaží shánět zakázky a za svoji práci mají zisk. V chráněných dílnách jde o nácvik pracovních dovedností a návyků. Jedná se o přípravu na zaměstnání a režim je zde podobný. Práce klientů je finančně ohodnocena. Klienti s OCD mohou přechodně pracovat i v běžném zaměstnání, kde jim v práci pomáhá jejich asistent, cílem je získání potřebných pracovních dovedností (srov. Probstová in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, s. 138).

Někteří klienti mohou pracovat v běžném zaměstnání i delší dobu, kdy jim v práci pomáhá jejich asistent, míra pomoci asistenta se mění podle potřeby, cílem je, aby byl klient schopen pracovat sám (srov. Michon a Weeghel, 1999 cit. podle Probstová in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, s. 138).

Výše jsou uvedeny některé možnosti, kterými lze řešit problémy v práci a zlepšit sociální fungování klienta s OCD v této oblasti. Myslím si, že Petrovi N., který má výrazné problémy s nerozhodností, neustálými kontrolami, by pomohl výše uvedený asistent, který by mohl převzít odpovědnost za rozhodnutí a kontrolu. Petr by pak byl schopen lépe pracovat, protože by věděl, že někdo zdravý po něm práci zkontroluje, tím se sníží Petrovy obavy z katastrofy. Dále Petr potřebuje, aby někdo převzal odpovědnost za rozhodnutí a výsledek práce, což by mu velmi pomohlo a výrazně zrychlilo jeho práci. Asistent by mohl Petra motivovat a pomoci mu k efektivitě práce a udržení pozornosti. Přítomnost asistenta by mu mohla pomoci zlepšit jeho vztahy s kolegy, protože by Petra usměrňoval. Petr by tak často neměnil svá rozhodnutí a neptal by se několikrát na stejné dotazy.

Myslím si, že v případě, kdy je klient schopen vykonávat některé práce bez výrazných problémů, je vhodné mu pomoci nalézt takové zaměstnání, které bude schopen zvládat. Například Petr N. zvládal některé jednoduché práce, jako je údržba zahrad, umývání oken, sázení stromků, práce v zemědělství aj. Tímto způsobem může sociální pracovník pomoci vyřešit klientovy finanční problémy. Pokládám za důležité, aby sociální pracovník znal klientovu situaci a jeho problémy. Na základě klientových problémů a jeho schopností se mohou dohodnout na možnosti práce, kterou by klient

byl schopen vykonávat. Myslím si, že některé práce by klient s OCD nezvládnul například člověk s výrazným strachem z bakterií a virů, by nebyl schopen uklízet veřejná prostranství a domy, nezvládl by pracovat ve zdravotnictví, ošetrovatelství a jiných oblastech. Člověk trpící OCD, který má problémy s neustálým kontrolováním by nebyl schopen vykonávat práci, která vyžaduje odpovědnost a bezchybnost. Proto pokládám za důležité, aby sociální pracovník zjistil jakou práci je klient s OCD schopen vykonávat a pomohl mu tuto práci sehnat.

Jak je zřejmé z předchozích částí této práce, je možné využít i jiné možnosti pomoci (metody a sociální služby), které jsou uvedeny v průběhu celé kapitoly 4.

4.3.2 Možnosti řešení problémů a obnovy sociálního fungování v rodině

Úkolem sociálního pracovníka při práci s rodinou klienta je pomoci identifikovat, odstranit a zmírnit problémy, které OCD způsobuje klientovi a jeho blízkým lidem. Sociální pracovník se zajímá o problémy klienta způsobené OCD, jaké jsou příčiny vzniku, průběh a jejich dopad jak na klienta, tak na jednotlivé členy rodiny. Důležité je, aby sociální pracovník získal informace od klienta, také od všech členů klientovy rodiny, kterých se problémy týkají. Na základě těchto informací, je možné se dohodnout na cíli spolupráce a postupu řešení. Sociální pracovník může využít **rodinné terapie**, při které pracuje s jednotlivými členy rodiny jak samostatně, tak i skupinově. Může sloužit jako pomocník při vzájemné komunikaci, nebo jako prostředník. Jeho úkolem je pomoci jednotlivým členům k vzájemnému porozumění, k obnově jejich dobrých vztahů, sociálního fungování, komunikace a soužití. Snaží se najít vhodná řešení problémů, které jsou prospěšná pro všechny členy rodiny. Snaží se upozornit na možná rizika a problémy, které mohou nastat, informuje příbuzné klienta o tomto onemocnění, o jeho průběhu a možnostech pomoci. Tyto informace mohou pomoci k pochopení klientovy situace, ke zmírnění nároků, které jsou na něj kladeny, k předcházení a řešení problémů. Příbuzní se mohou účinně zapojit při pomoci klientovi a řešení společných problémů (srov. Navrátil, 2001, s. 17-18).

V případě, kdy onemocnění klienta způsobilo vážné problémy ve společném soužití a komunikaci mezi klientem a jeho blízkými osobami, je možné využít metodu mediace (srov. Gulová, 2011, s. 60-61).

Sociální pracovník může pomoci klientovi trpícímu OCD s výchovou a zvládním péče o děti. Například poskytnutím poradenství, nebo jiných sociálních služeb. Dále může rodině pomoci získat finanční podporu. Tímto způsobem je možné zlepšit sociální fungování a kvalitu života všech členů rodiny (srov. Mühlpachr, 2004, s. 28-35).

4.3.3 Možnosti řešení problémů a obnovy sociálního fungování ve vztazích

Lidé s OCD často nemají přátele, nebo jiné známosti. Bez kvalitních vzájemných vztahů klient velmi strádá. Důležitou úlohou sociálního pracovníka je pomoci klientovi obnovit jeho sociální fungování ve vztazích s druhými lidmi. Aby se klient naučil navazovat dobré pracovní a přátelské vztahy, rozvíjel je a dokázal je zachovat. Trénink těchto schopností může probíhat v přirozeném prostředí klienta, v terapeutické skupině, nebo v sociálních službách například v denních stacionářích, či jiných organizacích a službách, které zprostředkují kontakt s dalšími lidmi. Sociální pracovník může organizovat různé akce, například plesy, oslavy, kurzy, výlety, na kterých se podílejí sami klienti i dobrovolníci. Tímto způsobem dostává klient možnost se zapojit do společnosti, získat společné zážitky a navázat přátelství (srov. Probstová in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, s. 151).

Existují i svépomocné skupiny, ve kterých se mohou duševně nemocní scházet a vyměňovat si své zkušenosti, pomáhat si a navazovat přátelství. Sociální pracovníci mohou klientům s OCD tyto skupiny doporučit, případně se skupinou spolupracovat a nabídnout jí svoji pomoc (srov. Probstová in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, s. 151).

Sociální pracovníci mohou utvářet skupiny klientů s OCD, ve kterých klienti spolupracují na dosažení individuálních i skupinových cílů. Například trénink komunikačních dovedností, navazování kontaktu, přátelství, nebo nácvik jiných

praktických dovedností. Klienti s OCD mohou ve skupině vést rozhovor o svém onemocnění, sdílet postřehy a zkušenosti. Klienti se mohou svěřit se svými problémy a tím ventilovat své emoce, požádat o radu druhé, kteří podobnou situaci zažili, společně hledat řešení. Mohou získat emocionální podporu od sociálního pracovníka i od dalších členů skupiny (srov. Gulová, 2011, s. 61).

Jak je zřejmé z předchozích částí této práce, je možné využít i jiné možnosti pomoci (metody a sociální služby), které jsou uvedeny v průběhu celé kapitoly 4.

Závěr

V této práci jsem se snažil představit vybrané problémy, které může člověku způsobit jeho obsedantně-kompulzivní porucha a jejich vliv a dopad na jeho sociální fungování, dále uvést vybrané možnosti sociální práce, které mohou pomoci k řešení těchto problémů a obnově sociálního fungování.

Nelze představit všechny problémy člověka s OCD v rámci diplomové práce, proto jsem se snažil vybrat takové příklady problémů a jejich následků, které autoři považují za charakteristické (vzorové) a v případě Petra N. takové příklady, které výrazně zasahují do jeho sociálního fungování, nebo jsou něčím specifické, či pomohou porozumět dalším problémům a dopadu na jeho sociální fungování. Tuto část cíle své práce jsem se snažil naplnit v prvních třech kapitolách.

Míra negativního dopadu OCD na sociální fungování člověka s tímto onemocněním je přímo úměrná stupni rozvinutí tohoto onemocnění. V případě člověka, jehož OCD je značně rozvinutá, je dopad na sociální fungování tak velký, že tento člověk není schopen sociálně fungovat v žádné oblasti a může dojít k jeho sociální izolaci (srov. Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký a Záleský, 2003, s. 47).

S výše uvedenou informací souhlasím. Situace Petra N. je podobná. Petr zažil několik různě dlouhých období, kdy mu OCD způsobila tak vážné problémy, které ho zcela zneschopnily a jeho sociální fungování bylo téměř nulové. Například celé dny trávil zavřený ve svém pokoji a chodil z jedné strany místnosti na druhou a neustále usilovně přemýšlel. Nebyl schopen učinit jakékoliv rozhodnutí, neustálé zvažování možností mu zabralo tolik času, že skoro nejedl, nikam nechodil, s nikým se nebavil, nikdo mu nedokázal pomoci. Jindy neustále opakoval jednu činnost dokola a tím strávil celé hodiny a dny. Jeho obsese, kompulze a kontrolování mu zabíraly většinu dne. V těchto obdobích byl každý den plný strachu, utrpení, vyčerpání, nebyl schopen spát, skoro nejedl, ztratil velkou část své hmotnosti, ze stresu ho bolel žaludek, nebyl schopen komunikace s druhými lidmi.

V době, kdy měl OCD středně rozvinutou, tak byl schopen alespoň částečného sociálního fungování. OCD mu způsobila, že nebyl schopen vykonávat práci automechanika, které se vyučil, proto vykonával méně náročné činnosti, jako je údržba

zahrad, sázení stromků, pomocné práce v zemědělství. Z toho důvodu měl méně finančních prostředků. OCD způsobila snížení jeho pracovního výkonu, časté opakování činnosti, sníženou schopnost učinit rozhodnutí, nezvládnutí některých povinností ve škole, rodině a práci. Neměl čas ani sílu na své záliby. Měl málo času na manželku, dítě a přátele. Jeho vztahy s druhými lidmi se zhoršily, kvůli nedostatku času, nebo dalším problémům způsobených OCD, například kvůli mnoha dotazům na stejnou věc, nebo častým změnám rozhodnutí.

Petr zažil i období, kdy měl pouze mírné problémy způsobené OCD. V této době byl schopen relativně dobře sociálně fungovat.

Petrova OCD měla kolísavý průběh, ale většinou převažovalo období středních problémů a zhoršeného sociálního fungování.

Další část cíle jsem se snažil naplnit v kapitole 4. *Sociální práce s lidmi trpícími OCD*, zde jsem uváděl vybrané možnosti sociální práce, které mohou pomoci k řešení problémů a obnově sociálního fungování lidí s OCD. Možností pomoci je hodně, jejich použití závisí především na konkrétní situaci klienta a jeho problémech. Konkrétní příklady je možné nalézt ve výše uvedené kapitole.

Při práci s klienty trpícími OCD je důležité, aby se sociální pracovník orientoval v problematice jejich onemocnění, aby mohl klientům účinněji pomoci. Někteří klienti nevědí, že trpí OCD, proto informace z oblasti psychopatologie mohou sociálnímu pracovníkovi napomoci k identifikaci tohoto, nebo jiného psychického onemocnění klienta. Následně může sociální pracovník doporučit klientovi odbornou psychologickou, nebo psychiatrickou pomoc, což nemusí být vždy jednoduché a přizpůsobit svoji práci s klientem danému onemocnění. Důležité je, aby klient o svém onemocnění věděl, protože je lepší odhalit OCD dříve, než způsobí závažnější problémy a bude se obtížněji léčit, proto je odborná pomoc psychologa a psychiatra zásadní. Sociální pracovník pak spolupracuje s klientem, psychologem i psychiatrem. Dále může klientovi doporučit vhodnou sociální službu, nebo v rámci svých možností s klientem pracovat na řešení klientových problémů (srov. Mahrová in Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 28-45).

Myslím, že jsem v této práci svůj stanovený cíl naplnil. Jsem rád, že jsem mohl psát diplomovou práci právě na toto téma. Lidé s obsedantně-kompulzivní poruchou

mohou prožívat velké trápení a problémy. Sociální pracovník je ten, který jim může účinně pomoci. Již delší dobu uvažuji, že bych se po dokončení studia mohl vydat tímto směrem a pokusil se pomoci právě těmto lidem.

Seznam použitých zdrojů

BARTUŠKOVÁ, Ludmila, in OPATRŇY, Aleš, Ludmila BARTUŠKOVÁ a Ludvík DŘÍMAL, 2016. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. V Praze: Karmelitánské nakladatelství, 2016. Malá teologie (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-995-3.

BECK, Judith S, 2018. *Kognitivně behaviorální terapie: základy a něco navíc*. Přeložil Kateřina BARTOŠOVÁ, přeložil Alena HOLÁ, přeložil Petr MOŽNÝ, přeložil Tereza NEZBEDOVÁ. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-525-2.

CARR-GREGG, Michael, 2012. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.

CIMICKÝ, Jan, in ULČ, Igor, 1999. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha, 1999. Pro praktické lékaře. ISBN 80-7169-790-7.

COHEN, Robert M, 2002. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, Michaela, in MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

ČECHOVÁ, Júlia, in TOKÁROVÁ, Anna a kol., 2009. *Sociálna práca: kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. 4. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2009. Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Prešovensis. ISBN 978-80-89295-16-6.

DUBNOVÁ, Markéta a Vlasta ŘEZNÍKOVÁ, in URBAN, David a kol., 2018. *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2018. ISBN 978-80-7422-637-3.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

- GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.
- HARTL, Pavel, in MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2003b. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003b. ISBN 80-7178-548-2.
- HAVRÁNKOVÁ, Olga, in MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2003b. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003b. ISBN 80-7178-548-2.
- HONZÁK, Radkin, 2005. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-367-2.
- HOUDEK, Lubomír, 1999. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 181 s. Standardy. ISBN 80-7262-013-4.
- HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, ed., 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
- JANÍČEK, Jeroným, 2008. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 2008. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-366-6.
- KAPPL, Miroslav, 2004. *Metody sociální práce s jednotlivcem*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. Texty k sociální práci (Gaudeamus). ISBN 80-7041-846-x.
- KOSOVÁ, Jiřina, in HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, ed., 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
- KRATOCHVÍL, Stanislav, 2006. *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2004. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. Psychologie (Portál). ISBN 80-7178-835-x.
- KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
- KVĚTENSKÁ, Daniela, 2007. *Úvod do sociální práce pro pomáhající profese*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-860-4.
- LUCKÁ, Yvonna, in MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2003b. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003b. ISBN 80-7178-548-2.

- MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- MAHROVÁ, Gabriela, in MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- MAŠÁT, Vladimír, 2012. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2012. ISBN 978-80-86057-80-4.
- MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- MALÁ, Eva, in MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- MATĚJČEK, Zdeněk, 2011. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003a. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003a. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2003b. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003b. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, eds., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.
- MATOUŠEK, Oldřich a KŘIŠŤAN, Alois, ed., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MILNER, Judith a Patrick O'BYRNE, 2002. *Assessment in social work*. 2. ed. Houndmills ; New York: Palgrave, 2002. ISBN 0-333-98747-0.

MKN-10, 2018: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR, 2014. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích.* Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0.

MOŽNÝ, Petr a Ján PRAŠKO, 1999. *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe.* Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6.

MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Sociální práce.* Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3323-1.

NAVRÁTIL, Pavel, 2001. *Teorie a metody sociální práce.* Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.

NAVRÁTIL, P., in MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2001. *Základy sociální práce.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.

NAVRÁTIL, Pavel, in MATOUŠEK, Oldřich a KŘIŠŤAN, Alois, ed., 2013. *Encyklopedie sociální práce.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

NOVÁK, Tomáš, 2006. *Manželské a rodinné poradenství.* Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1316-0.

NÝVLTOVÁ, Václava, 2008. *Psychopatologie pro speciální pedagogy.* Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-48-8.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

OPATRNÝ, Aleš, Ludmila BARTUŠKOVÁ a Ludvík DŘÍMAL, 2016. *Pastorační péče o psychicky nemocné.* V Praze: Karmelitánské nakladatelství, 2016. Malá teologie (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-995-3.

PIDRMAN, Vladimír, 1999. *Obsedantně kompulzivní porucha: příručka pro lékaře*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-041-x.

PRAŠKO, Ján, Beata PAŠKOVÁ, Hana PRAŠKOVÁ, Miloš ŠLEPECKÝ a Richard ZÁLESKÝ, 2003. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit: příručka pro klienta a jeho rodinu*. Praha: Portál, 2003. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-810-4.

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

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, 2008. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-531-4. Dostupné na: https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Obsedantne_kompulzivni_porucha.pdf

PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ, 2008. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-410-6.

PRAŠKO, Ján, Aleš GRAMBAL, Miloš ŠLEPECKÝ a Jana VYSKOČILOVÁ, 2019. *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Praha: Grada Publishing, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0495-6.

PROBSTOVÁ, Václava, in MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, eds., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, Jiří, in HOUDEK, Lubomír, 1999. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 181 s. Standardy. ISBN 80-7262-013-4.

RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF, 2000. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-964-0.

SMUTKOVÁ, Lucie, 2007. *Sociální práce s rodinou*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-069-1.

STRAKOVÁ JIRKŮ, Lucie, 2018. *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících: příručka pro terapeuty, psychology i rodiče: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88163-89-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2004. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, in ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2004. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.

TOKÁROVÁ, Anna a kol., 2009. *Sociální práce: kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. 4. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2009. Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Prešovensis. ISBN 978-80-89295-16-6.

ULČ, Igor, 1999. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha, 1999. Pro praktické lékaře. ISBN 80-7169-790-7.

URBAN, David a kol., 2018. *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2018. ISBN 978-80-7422-637-3.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2003. *Psychopatologie pro sociální pracovníky*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003. ISBN 80-7083-730-6.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VONDRKA, Josef, in MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

VYMĚTAL, Jan, 2004. *Úzkost a strach u dětí: jak jim předcházet a jak je překonávat*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 31. 3. 2006. Dostupné na: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

Abstrakt

ŠTEFEK, M. *Sociální fungování člověka trpícího obsedantně-kompulzivní poruchou*. České Budějovice 2019. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce J. Mišovič.

Klíčová slova: obsedantně-kompulzivní porucha, sociální fungování, sociální práce

Tato diplomová práce se zabývá vybranými problémy, které může člověku způsobit jeho obsedantně-kompulzivní porucha a jejich vlivem a dopadem na jeho sociální fungování, dále vybranými možnostmi sociální práce, které mohou pomoci k řešení těchto problémů a obnově sociálního fungování. První kapitola této práce je zaměřena na obsedantně-kompulzivní poruchu. V této kapitole se nacházejí základní informace o této duševní poruše, problémech, které způsobuje a jejím vlivu na sociální fungování. Druhá kapitola se věnuje léčbě tohoto onemocnění. Třetí kapitola je zaměřena na sociální fungování člověka trpícího tímto onemocněním. Jsou zde uvedeny vybrané příklady problémů, které může člověku způsobit jeho obsedantně-kompulzivní porucha a jejich vliv a dopad na jeho sociální fungování. Jedná se o příklady z odborné literatury doplněné o příklady z konkrétního případu Petra N.. Čtvrtá kapitola se zabývá vybranými možnostmi sociální práce, které mohou pomoci k řešení těchto problémů a obnově sociálního fungování.

Abstract

Social functioning of a person suffering from obsessive compulsive disorder

Key words: obsessive compulsive disorder, social functioning, social work

This diploma thesis deals with selected problems that result from a person's obsessive compulsive disorder and that can influence and impact their social functioning. It also looks at selected possibilities for social work that can help to address these problems and to restore social functioning. The first chapter of this diploma thesis is focused on obsessive compulsive disorder. This chapter contains basic information about this mental disorder and the problems caused by this disease. The second chapter deals with the treatment of this disease. The third chapter focuses on the social functioning of a person suffering from obsessive compulsive disorder. This chapter contains selected examples of problems caused by this disease and their impact on the social functioning of a person suffering from obsessive compulsive disorder. These are examples from the scientific literature supplemented with examples from the particular case of Peter N.. The fourth chapter deals with selected possibilities of social work that can help to solve these problems and to restore social functioning.