

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Obsedantně-kompulzivní porucha v praxi sociální
práce**

**Obsessive-Compulsive Disorder in Social Work
Practice**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PaedDr., Mgr. Hana Žáčková

Autor:

Bc. Josefina Hudcová

Praha 2019

Poděkování

Velké díky patří PaedDr., Mgr. Haně Žáčkové, která se vstřícností, trpělivostí a odborností vedla mou diplomovou práci. Děkuji také všem mým blízkým, kteří mi při psaní diplomové práce byli oporou.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Obsedantně-kompulzivní porucha v praxi sociální práce“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne: 1.5.2019

Bc. Josefína Hudcová

Anotace

Tato diplomová práce pojednává o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy v rámci sociální práce. Zaobírá se vymezením úzkostných poruch, jejich výskytem a vlivem na sociální aktivitu jedinců. Dále se blíže zaměřuje na uchopení obsedantně-kompulzivní poruchy, na její příčiny, výskyt i možnosti léčby. Důležitou částí této práce je i oblast praxe sociální práce s klienty/klientkami trpícími obsedantně-kompulzivní poruchou. Přibližují se zde možnosti práce s klienty a klientkami s OCD, jejich vzájemná interakce se sociálními pracovníky/pracovnicemi, vhodné metody k užití při práci i rizika, která mohou při interakci nastat. V dalším úseku diplomové práce je představen kvantitativní průzkum, který je prováděn formou dotazníkového šetření s osobami, které mají vzdělání dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách a vykonávají svou práci na pozici sociální pracovník/pracovnice. Průzkum se zaměřuje na otázky obeznámení pracovníků a pracovnic s obsedantně-kompulzivní poruchou a jejich práci s těmito klienty či klientkami. Tato diplomová práce má přiblížit úskalí úzkostných poruch a především obsedantně-kompulzivní poruchy v rámci práce a kompetencí sociálních pracovníků a pracovnic.

Annotation

This diploma thesis deals with the problematics of obsessive-compulsive disorder in social work practice. It contains the definition of anxiety disorders, their occurrence and influence on the social activity of people with OCD. It focuses on the grasp of obsessive-compulsive disorder, its causes, occurrence and treatment options. An important part of this thesis is about social work practice with clients suffering from obsessive-compulsive disorder. There are approaches to OCD clients, their interaction with social workers, appropriate methods for use at work and possible risks of interaction. A quantitative survey is presented in the next section of the diploma thesis. It contains a survey of respondents who have been educated according to Act 108/2006 on social services and who perform their work as a social worker. The survey focuses on the issues of familiarizing social workers with obsessive-compulsive disorder and their work with these clients. This diploma thesis is intended to approach the pitfalls of anxiety disorders and, above all, obsessive-compulsive disorder within the work of social workers.

Klíčová slova:

Úzkostné poruchy, obsese, kompulze, obsedantně-kompulzivní porucha, sociální práce

Keywords:

Anxiety disorders, obsessions, compulsions, obsessive-compulsive disorder, social work

Obsah

OBSAH	6
SEZNAM ZKRATEK	8
ÚVOD	9
1. ÚZKOSTNÉ PORUCHY	11
1.1. CHARAKTERISTIKA ÚZKOSTNÝCH PORUCH.....	12
1.1.1 Rizikové faktory	14
1.2. VÝSKYT	16
1.3. VLIV ÚZKOSTNÝCH PORUCH NA SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ	17
2. OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA	19
2.1. OBSESE A KOMPULZE	19
2.2. ETIOLOGIE.....	23
2.3. PROJEVY	24
2.4. VÝSKYT	27
2.5. DIAGNOSTIKA A LÉČBA	29
2.6. PROBLEMATIKA V SOCIÁLNÍ OBLASTI	31
3. PRAXE SOCIÁLNÍ PRÁCE A OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA.....	33
3.1. MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY A KLIENTKAMI S OCD	35
3.2. VHODNÉ METODY	39
3.3. FAKTORY NAPOMÁHAJÍCÍ UTVÁŘENÍ VZTAHU	42
3.4. INTERAKCE S OSOBAMI S OCD V RÁMCI SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	44
3.5. RIZIKA PŘI SOCIÁLNÍ PRÁCI S OSOBAMI S OCD.....	49
4. PRŮZKUM	52
4.1. METODOLOGIE	52
4.1.1 Hlavní a vedlejší otázky průzkumu	54
4.2. RESPONDENTI A RESPONDENTKY PRŮZKUMU	55
4.3 CÍL PRŮZKUMU.....	57
4.4. PŘEDLOŽENÍ VÝSLEDKŮ	58
4.4.1. Povědomí respondentů a respondentek o OCD.....	59
4.4.2. Obsedantně-kompulzivní porucha v rámci každodenní praxe sociální práce	60

4.4.3. Orientace v možnostech podpory pro osoby s obsedantně-kompulzivní poruchou	63
4.4.4. Vědomostní a dovednostní rozvoj v oblasti úzkostných poruch	65
4.5. SHRnutí VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	67
4.6. DISKUSE	69
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
PŘÍLOHY	78
DOTAZNÍK UŽITÝ K PRŮZKUMU	78
ABSTRAKT	80
SUMMARY	80

Seznam zkratk

OCD - Obsessive-Compulsive Disorder - obsedantně-kompulzivní porucha

SSRI - Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

F42 - Zařazení obsedantně- kompulzivní poruchy v rámci MKN

YBOCS - Yale- Brown Obsessive - Compulsive Scale

Úvod

Obsedantně-kompulzivní porucha je v naší společnosti jednou z častěji se vyskytujících úzkostných poruch. Zároveň jsou její projevy pro daného jedince, který touto poruchou trpí, ve velké míře omezující v rámci jeho každodenního života. Sociální pracovníci a pracovnice se při své práci setkávají s klienty i klientkami s nejrůznějšími psychickými poruchami a nezáleží vždy pouze na tom, zda s touto cílovou skupinou primárně pracují. Vzhledem k množství osob, se kterými v rámci své práce každodenně komunikují, ať již jde o klienty nebo jejich rodiny či okolí, je podstatné, aby měli povědomí o úskalích, které úzkostné poruchy přináší.

Počty lidí s úzkostnými poruchami nejsou nízké a interakce s nimi může být pro pracovníky a pracovnice náročná. Tato diplomová práce se snaží přiblížit a objasnit téma úzkostných poruch, jejich výskyt v rámci společnosti, míru ovlivnění každodenního života těchto osob v rámci společnosti i rizikové faktory. Dále se konkrétněji zabývá otázkou obsedantně-kompulzivní poruchy, vymezuje ji a popisuje její četnost ve společnosti, ukazuje příčiny stojící za tímto onemocněním i oblasti, kterých se tato porucha v životě jedince dotýká.

Cílem diplomové práce je zjistit jaké je povědomí sociálních pracovníků a pracovnic o práci s klienty a klientkami s obsedantně-kompulzivní poruchou.

Podstatnou součástí této práce je i přiblížení interakce sociálních pracovníků/ pracovnic a osob s obsedantně-kompulzivní poruchou i možných rizik nebo úskalí, která se mohou při práci objevit. Interakce s jedincem, který trpí úzkostnou poruchou, může být pro pracovníky nesnadná. Stejně tak se může jednat o náročnou situaci i pro daného klienta či klientku. Je tedy vhodné, aby sociální pracovníci byli předem připraveni na možné situace, které mohou nastat, aby zvládali řešit akutní narůstání klientovy či klientčiny úzkosti a v ideálním případě, aby tomuto narůstání neklidu v rámci společné interakce dokázali předcházet. Při vzájemné komunikaci by měl v ideálním případě být přítomný oboustranný respekt, ze strany pracovníka/pracovnice by mělo být cítit prostředí důvěry a pochopení spojené s empatickým přístupem a umění vést rozhovor s danou cílovou skupinou. I o důležitosti aktivního naslouchání a možnostech funkčního navazování vztahu s danými klienty/klientkami informuje tato diplomová práce.

V další části je ustanoven průzkum, ve kterém je formou kvantitativní metody, konkrétně pomocí dotazníkového šetření, přiblíženo obeznámení sociálních pracovníků a pracovníc s pojmem obsedantně-kompulzivní porucha, jejich znalost tohoto tématu i užívaných metod a rizikových faktorů při práci s klienty a klientkami s OCD. Průzkum byl prováděn na základě etických zásad a zachování anonymity se snahou o získání co nejaktuálnějších a objektivních dat, která se následně interpretují v rámci jednotlivých oblastí průzkumu a jsou popsána v rámci shrnutí. Dotazník, který byl respondentům a respondentkám pokládán, se také zaměřuje na dosavadní vzdělávání, informovanost v oblasti obsedantně-kompulzivní poruchy a na poptávku pracovníků po kurzech/seminářích s tímto tématem.

Tato diplomová práce tedy poukazuje a zabývá se tématem, které zasluhuje pozornost ze strany odborníků i odbornic z oboru sociální práce, stejně jako ze strany široké veřejnosti.

1. Úzkostné poruchy

Stavy úzkosti byly poprvé popsány již ve třetím tisíciletí před Kristem v sumerském eposu o Gilgamešovi, kde jsou popisy obav ze smrtelnosti. V období starého Řecka již existovaly výrazy pro hysterii, mánii, paranoi či melancholii, nicméně pojem pro úzkost jim zcela chyběl. V rámci moderní řečtiny se pro úzkost používá výraz *anesuchia*, což lze významem přirovnat k pojmu neuvolněný či neklidný. Římané užívali pojem *angor*, jež znamenal intenzivní a náhlý strach, podobný slovu panika v dnešním slova smyslu. Též užívali výraz *anxietas* jehož významem byl přetrvávající stav ustrašenosti. Mezi bohy starověkého Řecka se vyskytoval i Phobos, syn boha války Arése a Afrodité, jehož úkolem bylo vnuknutí strachu nepřítelům s cílem jejich útěku před bojem. Též lze zmínit ochránce stád boha Pana, jenž žil osaměle, byl pokrytý zvířecí srstí a byl velice náladový. V momentě, kdy kolem něj procházel neznámý poutník, vyskočil s děsivým výkřikem ze své skrýše. Poutník následně zažil stavy hrůzy, které se dají přirovnat k dnešnímu pojetí paniky. Od tohoto řeckého boha je tedy odvozený samotný výraz panika. V období starověku se v literatuře výrazy strachu a úzkosti nacházejí jen zřídka, nejspíš i kvůli důležitosti, které se v té době kladlo odvaze a chrabrosti, oproti tomu se o úzkosti, hrůze i strachu čteně dočteme v Bibli.¹

V lékařské literatuře termín úzkost poprvé nalezneme v první polovině 18. století, kdy se však ještě nejedná o obor psychiatrie. Počátek užívání pojmu úzkost se datuje do roku 1808 a tyto zásluhy si připisuje Johann Reil.² Jednotlivé znaky úzkostných poruch i mechanismy jejich příčin byly popsány v první polovině dvacátého století. Jednalo se však o popisy příliš různorodého charakteru, ze kterého se ještě nedaly zcela vymezit jednotlivé diagnostické jednotky. O veliký pokrok a změnu pojetí se mimo jiné zasloužili pánové Klein a Rabkin, kteří v roce 1981 měli předpoklad o kvalitativní odlišnosti panické úzkosti od všeobecné úzkosti a úzkosti z očekávání. Jejich názor se prosadil i v rámci diagnostického

¹ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6. Str. 16

² PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6. Str. 17

manuálu, kde se v roce 1980 poprvé vyskytlo členění jednotlivých úzkostných poruch, tak jak nám jsou známa v dnešní době.³

Mnohé úzkosti jsou získané ve spojitosti s výchovou, ať už v rámci rodiny, sociálního prostředí či zaměstnání, případně naučené. Vliv mají také nejruznější životní zkušenosti. Nadměru přehnaná péče zabraňuje růstu sebedůvěry u dítěte a vede u něj ke vzniku úzkosti, což se projevuje i ve studiích, podle kterých mají úzkostní rodiče prokazatelně úzkostné děti. Stejně tak i příliš autoritativní výchova vede k podobnému vývoji. Mnoho jedinců s úzkostmi v sobě následně vidí pouze pasivní oběť svých rodičů, což může být leckdy opodstatněné, nicméně tento jev znesnadňuje odstraňování následků zúzkostnění života v původní rodině. Pozitivním faktem však je, že se mnohé úzkosti dají také odnaučit. Jedná se o důsledný a náročný proces vymaňování se ze starých vlivů a také proces intenzivní sebevýchovy. S dalšími projevy, jako je prudší či výraznější poplašenost při domnělém nebezpečí se jedinec může naučit pracovat, k čemuž mohou dopomoci i mnozí odborníci.⁴

Tato kapitola se tedy věnuje oblasti úzkostí a především úzkostných poruch. Vymezuje a charakterizuje úzkostné poruchy, popisuje jejich projevy, poukazuje na rizika pro rozvoj úzkostných poruch. Stejně tak se zabývá i výskytem těchto poruch ve společnosti a zároveň taktéž velice podstatným tématem jakým je vliv úzkostných poruch na sociální aktivitu jedinců, kteří těmito poruchami trpí i na jeho bezprostřední okolí. Následující kapitola je podstatná i napomáhající pro teoretické uchopení po ní následujících částí diplomové práce, které se již zabývají konkrétním tématem obsedantně-kompulzivní poruchy.

1.1. Charakteristika úzkostných poruch

Charakteristikou úzkostných poruch je nepřiměřená chronická úzkost, jež se mnohdy projevuje iracionálním vystupňovaným strachem i vyhrocenými akutními atakami. Lidé s úzkostnými poruchami nejsou schopni své pocity a následné jednání ovládat. Dochází

³ PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6. str. 23

⁴ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0. Str. 14

k narušení emočního prožívání. Vzhledem k tomu, že jsou emoce základem subjektivního hodnocení situace, dochází k ovlivnění míry aktuálního uspokojení i minulé zkušenosti. Jedná se o fylogeneticky i ontologicky starší hodnocení, než jakým je rozumové hodnocení - i z toho důvodu je méně přizpůsobivé, méně ovlivněné postupným učením a více závislé na vrozených mechanismech. Je spojené s dalšími somatickými i psychickými funkcemi, které také různým způsobem ovlivňuje. Emoce mohou tlumit či stimulovat naši aktivitu díky autoregulační funkci. Emoce mohou působit různě, kupříkladu strach a úzkost může navodit následné jednání v podobě obrany nebo úniku před očekávaným nebezpečím, zároveň ale může vést k ochromení, neschopnosti jakékoli reakce, tedy k inhibici.⁵

Úzkost lze definovat jako citový stav, při kterém se objevují převážně pocity napětí a obavy neurčitého charakteru. Úzkost za běžných okolností může být jakýmsi signálem dosud nejasného potenciálního nebezpečí, které zatím člověk nedokáže přesně vymežit a nemá zcela konkrétní podobu. Tento pocit člověku umožňuje aktivizaci a možnost reagovat na budoucí ohrožení účelným způsobem. Na základě adaptivní úzkosti tedy vznikají psychické i fyziologické změny, díky kterým je možné reagovat s lepší připraveností. Není příliš podstatné, zda je úzkost vyvolána na základě opodstatněného pocitu, či zda je vyvolána anticipací nějakého ohrožení, tedy jeho pouhou představou. Sklon, jakým osoba reaguje úzkostnými prožitky, je vrozený, přičemž ho mohou výrazně posilovat dosavadní negativní zkušenosti jedince. Je podstatné rozdělit pojmy úzkostnost a úzkost. Pokud se zaměříme na první z termínů, tedy úzkostnost, jedná se o stabilně zvýšenou pohotovost cítit nejistotu a reagovat úzkostnými prožitky, jde tedy o trvalejší rys. Zatímco pojem úzkost značí o aktivizaci člověka, který by měl být připraven bránit se něčemu, co může být neurčité či nejasné, ale co by mohlo jedince poškodit. Jedná se tedy o signál eventuálního ohrožení. Je podstatné ještě zmínit pojem strach, který lze považovat za konkretizaci úzkosti – jedinec má tedy obavy z něčeho konkrétního a dovede říci, čeho se bojí. Stejně jako úzkost, i strach upozorňuje na ohrožení. Lze díky němu diferencovat nejrůznější podněty z pohledu jejich důležitosti vzhledem k danému jedinci. Velký význam má zde učení, to znamená, že jedincova nepříznivá zkušenost z minulosti může vést ke zvýšení obav z obdobných situací. Jedná se tedy o logickou reakci, přičemž člověk na základě emoční zkušenosti získává informace o tom, zda je či není ve stavu ohrožení a taktéž kdy by ohrožený být mohl. Za

⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3. Str. 399

nepříznivých okolností se u dané osoby může postupně změnit strach ve fobii. Strach a úzkost se mnohdy vyskytují společně a doprovází je podobné pocity, v leckterých případech tedy není snadné je mezi sebou rozlišit. Dochází ke stimulaci obranných reakcí, na základě kterých jedinec směřuje buď k vyrovnávání se s problémem aktivním způsobem, nebo ke snaze uniknout ze situace ohrožení. Emoční prožitek z navození stavu strachu a úzkosti souvisí s kognitivními reakcemi a vegetativními projevy. Pokud jsou pocity úzkosti a strachu trvalejšího charakteru, mohou značným způsobem ovlivnit fyziologické reakce. Dochází také k tomu, že se specifickým způsobem projeví vnímání oné situace, způsob jejího zhodnocení a pak i následného chování. Reakce tedy mohou probíhat v rozmezí od neklidu až po zcela panickou reakci. Zároveň může být u jedince zkreslené vnímání vlastních fyziologických reakcí, které mívají charakter tělových pocitů. Jedinec je může intenzivně vnímat, posuzovat a prožívat. Na základě aktuálního rozpoložení je leckdy jejich zpracování a hodnocení zkreslené, tedy dochází k tomu, že jedinec, který se nachází ve stavu napětí, vnímá vlastní tělesné funkce jiným způsobem než člověk, který je v klidu.⁶

1.1.1 Rizikové faktory

Rizikovým faktorem pro rozvoj úzkostné poruchy bývá nepochybně genetika. Zároveň je ale potřeba pohlížet i na způsob života jedince a jeho vývoj. Významným základem pro rozvoj některé z úzkostných poruch může být úzkostné ladění osobnosti. Toto ladění může být ovlivněno nejrůznějšími faktory. Je vhodné se zaměřit i na nejrůznější ovlivňující momenty ze života jedince, což může být kupříkladu ztráta blízké osoby, především ztráta rodičů v dětství. Pokud zůstaneme u dětství, k úzkostně laděné osobnosti může přispívat i úzkostlivá výchova či přílišný perfekcionismus ze stran rodičů, taktéž zkušenost s výrazně traumatickou situací během života či absence pocitu bezpečí. V dospělosti pak mnohdy hraje roli dlouhodobé působení stresu, vlastní sebeidealizace, přílišné zaměření na výkon i značné zaměření k obavám o své zdraví. Podobných faktorů může být mnoho a jsou značně individuální, nicméně jejich kombinace mnohdy tvoří

⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3. Str. 400

mozaiku pro výše zmíněnou úzkostně laděnou osobnost, jež je rizikovým předpokladem pro rozvoj úzkostných poruch.⁷

Jak již bylo výše zmíněno, rizikem je perfekcionismus a nejen u rodičů, ale i u daných jedinců. Typicky se u perfekcionismu dostavuje ztráta kontroly, na základě které se jedinci cítí bezmocní. Perfekcionismus měl sám o sobě do jisté míry zahánět strach z osobní nedostatečnosti, v praxi se nicméně objevují stále další úzkosti. Pokud se kupříkladu čištění či uklízení využívá jako jakýsi antiprogram, jež má potírat pocity méněcennosti, může se snadno z klasického domácího úklidu stát silně nutkavá činnost. Uklízení má samo o sobě u jedince vzbuzovat pocity kontroly a pocity, že je takový jaký má být. Při přerušení této činnosti se však může objevit opět starý pocit osobní nedostatečnosti. V momentě, kdy se člověk začne sám odsuzovat, zde kupříkladu kvůli nadměrnému uklízení, čištění, opakované činnosti atd. se bludný kruh uzavírá. Je tedy třeba brát perfekcionismus jako jeden z rizikových faktorů. Stejně tak je třeba mít tento pohled i na chorobnou pracovitost, tedy workoholismus. I zde se tvoří ony bludné kruhy, které mohou mít souvislost s vlastními pocity nedostatečnosti či se snahou o získání kontroly. U těchto jedinců se po dobře vykonané práci mnohdy neobjevuje pocit klidu a spokojenosti, ale pravý opak. Jedinec postupně ztrácí kontrolu, kterou vnímá za tolik potřebnou. I u osob s perfekcionistickou osobností i u workoholiků se může dostavit po určité době výrazné vyčerpání, úzkostlivost a celková ztráta kontroly.⁸

Při diagnostikování úzkostné poruchy se klade důraz na základní body. Podstatné je ověřit, zda jsou u jedince přítomna zjevná všeobecná kritéria úzkostné poruchy, na základě kterých se liší úzkost chorobná od klasické tedy běžné úzkosti. Dále se hledí na výsledky celkového organického vyšetření, při kterém se vyloučí tělesné příčiny. V neposlední řadě je potřeba se zaměřit na to, zda se mohou vyloučit i jiné psychické poruchy jako jedinou příčinu úzkosti. Následně se zjišťuje typ úzkostné poruchy. Podstatné je oddělení toho, zda se jedná o úzkost, která je nezávislá na situacích a objektech, v takovém případě se může jednat kupříkladu o generalizovanou úzkostnou poruchu či panickou poruchu. Pokud je daná úzkost podmíněna situacemi či určitými objekty, může se jednat například o některý druh

⁷ JANÍČEK, Jeroným. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 2008. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-366-6. Str. 27

⁸ RÖHR, Heinz-Peter. *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Praha: Portál, 2013. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0354-4. Str. 63

fobie, kupříkladu o agorafobii, sociální fobii či některou ze specifických fobií. Dále se hledí na fakt, zda se daná úzkost objevuje kontinuálně, jako je tomu kupříkladu u generalizované úzkostné poruchy, nebo se projevuje v záchvatech, jako tomu bývá u panické poruchy. V neposlední řadě je potřeba určit, zda je možné danou úzkost vymezit jako strach z konkrétních předmětů nebo situací, jako tomu tak je u specifických fobií. Ať je tomu jakkoliv, chorobná úzkost u člověka může mít mnoho různých tváří a také může měnit svou podobu. Zásadní však je, že v mnoha případech značně omezuje a výrazně zatěžuje život daného jedince.⁹

1.2. Výskyt

Statistiky uvádějí, že v rámci naší populace má 33 procent osob lehké neurotické příznaky, a tedy lehčí známky jedné z úzkostných poruch, přičemž přibližně 18 procent obyvatel má jednu z těchto poruch. Počet osob trpících úzkostnými poruchami stoupá, otázkou je však, zda se jedná o následek zvyšování nároků na jedince ve společnosti, rychlosti životního tempa a ostatních vlivů nebo zda se jedná o nárůst na základě většího odhodlání vyhledat odbornou pomoc. Aktualizované informace o jednotlivých úzkostných poruchách a jejich rozdělení se nachází v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Psychiatrie má svou část klasifikace, která se nazývá Duševní poruchy a poruchy chování, přičemž jsou psychiatrické diagnózy označeny písmenem F. Ze stran odborníků dochází k opakovanému zpřesňování informací pro snahu o co největší aktuálnost a mezinárodní shodu získaných materiálů.¹⁰

Prevalence v rámci celého života je rozdílná na základě jednotlivých forem, nicméně se může pohybovat mezi 2,5 procenty až po 5 procent. Mezi starší populací, tedy přibližně od 55 let do 85 let je pravděpodobně nejčastěji se vyskytující poruchou generalizovaná úzkostná porucha, což je porucha chronického typu. Tuto poruchu také nejčastěji vidají lékaři v rámci primární péče. Často je propojená s depresí, jak tomu tak bývá i u dalších

⁹ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0. Str. 29

¹⁰ JANÍČEK, Jeroným. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 2008. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-366-6.

z úzkostných poruch. Pokud se projeví deprese, jedná se mnohdy o závažnější průběh, ale zároveň je v takových případech vyšší šance diagnostikování a následné léčby.¹¹ Včasné diagnostikování ze strany odborníka a následná vhodně zvolaná léčba je u osob s úzkostnými poruchami velice podstatná a může pozitivně ovlivnit celé další počínání jedince v rámci jeho životní situace.

1.3. Vliv úzkostných poruch na sociální fungování

Úzkost cítíme tehdy, když vnímáme, zažíváme nebo očekáváme nebezpečí. Některé podněty k úzkostem mohou být pro okolí jedince pochopitelné, především pokud se jedná o hrozbu, spojenou s okolním světem, jako jsou přírodní katastrofy. Situace je však jiná, pokud původce úzkostných pocitů vychází z nitra člověka a jsou prožívané navenek. V takovém případě je míra pochopení od okolí mnohem komplikovanější, protože okolí hrozbu nevnímá. Úzkost se pojí s biografickými událostmi, jež v jedinci úzkost vyvolaly. V některých případech může být velice nelehké rozlišení bezdůvodného strachu od toho s příčinou. Není to však pouze pocit vnějšího nebezpečí či děsivá fantazie, ze které vyrůstá úzkost. Úzkost je spojena i s tělesnými změnami a kupříkladu organickou nemocí, například s jejím uvědomováním nebo s očekáváním jejich následků.¹²

V rámci společnosti se jedinci s úzkostnými poruchami mohou ocitát v nelehkých situacích. Mnohdy se setkávají s nepochopením, nepřijetím či postupným zavrhováním ze strany okolí i s vlastní neschopností zvládat a vypořádat se s každodenními činnostmi.

Existují nejrůznější copingové strategie, kterými se jedinci s úzkostmi snaží vyrovnat s nastalou situací. Pokud se v rámci této kapitoly zaměříme na ty nebezpečné či nevhodné způsoby copingu, nastíní se nám kupříkladu zběsilá samoléčba, častou může být i útěk k alkoholu. Velice závažná je také kombinace medikamentů na snížení úzkosti nebo s uklidňujícím efektem spolu s alkoholem. Jedinci se mohou ubírat i cestou přejídání, mnohdy se jedná o snahu zmírnit jejich úzkost pomocí přílišného požívání sladkostí, tyto

¹¹ ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9. Str. 224

¹² KAST, Verena. *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál, 2012. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0160-1.

varianty však mají spíše opačný efekt, tedy snižování sebevědomí, spojené s obezitou. Jedinec se v mnohých případech snaží o takzvané vyhýbavé jednání, pokouší se tedy vyhnout všemu, co v něm vyvolává úzkosti. Tato skutečnost však nikterak nevede k řešení situace. Jedná se o další z činností, která jedinci podryvá sebevědomí a tím se zvyšuje riziko pro následnou větší úzkost.¹³

Úzkostné poruchy mají tedy na sociální fungování člověka výrazný vliv. Ovlivňují jak samotného jedince, tak i jeho okolí. Osoba s úzkostí mnohdy přichází o okruh přátel, o lidi, kteří mu dříve byli oporou. Může ztratit dosavadní zaměstnání a přestat vykonávat volnočasové aktivity, které pro něj byli důležité i z důvodu vlastního snižování každodenního napětí, což jsou pro daného jedince opět výrazně stěžující faktory.

Je tedy podstatné, nebagatelizovat situaci jedince s úzkostnou poruchou. Brát v potaz, že mnohdy je kromě jeho života, na základě daného stavu, negativním způsobem ovlivněno i jeho okolí a nejrůznější společenské oblasti jeho života.

¹³ HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-367-2. Str. 38

2. Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsedantně-kompulzivní porucha, v anglickém názvu – Obsessive-Compulsive Disorder, využívá se tedy zkratka OCD. Jedná se o přítomnost nutkavých myšlenek u jedince, které se do mysli dostávají a vtírají proti jeho vůli. Tyto nutkavé myšlenky jsou nazývány obsese a mají za výsledek výraznou stísněnost a nastolení nepohody, kterou se jedinec pokouší snížit následným nutkavým jednáním, tedy rituály a kompulzemi. Osoby trpící touto poruchou dané symptomy samy považují za rušivé a mají potřebu se jich zbavit.¹⁴

Obsedantně – kompulzivní porucha byla prvotně popsána již v Mezopotámii před 4000 lety, byla vylíčena jako ustrašená a k melancholii se vztahující. Projevy, které jsou pro tuto poruchu typické, můžeme považovat za projevy obrany proti úzkosti, kterou jinak nelze zvládnout. Typická je tedy nemožnost zvládat své myšlenky, pocity i své jednání.¹⁵

Tato kapitola se věnuje právě přiblížení tématu obsedantně-kompulzivní poruchy, popisuje, co je to obsese a kompulze, na jakém základě tato porucha u jedinců vzniká, jaké má projevy, míru výskytu ve společnosti, dále též přibližuje diagnostiku i následnou léčbu obsedantně-kompulzivní poruchy a v neposlední řadě se zde přibližují rizika i problematika, kterou s sebou nese OCD v rámci společnosti.

2.1. Obsese a kompulze

Obsese neboli vtíravé myšlenky mohou mít dle MKN-10 podobu téměř pokaždé zneklidňujících myšlenek, představ, nápadů či popudů ke konání. V některých případech se jedná o nekonečně dlouhé a nerozhodné úvahy o možných alternativách v souvislosti s neschopností vykonat běžná a nezbytná rozhodnutí v rámci každodenního života – v takovém případě hovoříme o ruminaci. Pokud se zaměříme na pojem kompulze, jedná se o nutkavé činy či rituály. Nejčastěji se tyto nutkavé činy týkají čištění, úklidu, nepořádku a

¹⁴ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 102

¹⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3. Str. 411

opětovného ujišťování, že nedojde k potenciálně nebezpečné situaci. Toto chování má příčinu ve strachu, a to především ve strachu z nebezpečí, které by mohlo nastat, případně, které by mohl daný jedinec sám vyvolat. Právě rituál má v takovém případě symbolickou či neúčinnou snahu o odvrácení této hrozby.¹⁶ A právě v tom spočívá dynamika obsedantně-kompulzivní poruchy – jedinec se snaží o neutralizaci svých nepříjemných myšlenek, impulzů i vlivů, k čemuž využívá zmíněných rituálů, přičemž se cítí více odpovědný za případnou hrozbu či způsobení neštěstí než ostatní lidé. Pro upřesnění – existuje čtyřstupňové schéma nutkavé myšlenky tedy obsese u jedince. První částí je samo objevení se vtíravé myšlenky, načež navazuje druhá část, která zahrnuje hodnocení. Jedinec si začne uvědomovat, že myšlenky tohoto typu nemůže dát prostor, sám vnímá, že to na co myslí je špatné, nebezpečné a neměl by na to myslet. Nicméně právě zhodnocení tvoří z původní myšlenky problém. Třetí částí obsese je fyziologický projev. Jedná se tedy o pocity rozrušení, úzkosti, neklidu, pocitů viny a ztráty vlastní kontroly. Poslední částí schématu je takzvaná neutralizace, která je již výše zmíněná. Dochází ke snaze o odvrácení myšlenky pomocí rituálu, kognitivního jednání, k pokusům zbavit se potenciálně nebezpečných věcí. V úvodu obsese se tedy objeví nutkavé myšlenky, které jsou pro jedince hodnocené jako morálně špatné nebo nevhodné, což vytváří pocity neklidu, jež následně zkouší redukovat. To může dělat tím způsobem, že se pokouší dané situaci, která nutkání vyvolává, úplně vyhnout. Pokud to není možné, následuje rituál, pomocí kterého se jedinec snaží vyhnout možným škodám či se zaměřuje na napravení škod, které se již udály. Nic z toho se ale nemůže podařit dokonale, což jedince opětovně přivádí k pocitům neklidu i rozrušení a opětuje se nutkavá myšlenka. Nutkavé rituály se pak stávají častěji opakované a intenzivnější.¹⁷

Vnitřní impulsy u jedince vyvolávají úzkost, která je tedy základní emocí, typickou pro tuto poruchu. Nutkavé myšlenky obsahují mnohdy subjektivně nepřijatelný až velice ohrožující obsah, který může mít v sobě prvky násilí či obscénnosti, což má za důsledek vyvolání negativních emočních reakcí a pocitů strachu, znechucení až zhnusení a především to vede k intenzivnímu pocitu viny. Pocit viny se objevuje právě na základě představy, že

¹⁶ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 102

¹⁷ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0. Str. 102

by se mohlo něco přihodit blízkému člověku, nebo že by daný jedinec mohl sám ublížit své blízké osobě. Takové myšlenky a pocity pak mívají značně trýznivý charakter a jakákoliv snaha o jejich potlačení jen navyšuje napětí i úzkost na nesnesitelný stupeň. Osoba trpící obsedantně-kompulzivní poruchou se cítí zcela bezmocná, právě z toho důvodu, že své myšlenky ani pocity nemůže nikterak ovládat a regulovat. Jako sekundární příznak a reakce na dané potíže se pak u přibližně jedné třetiny jedinců s touto poruchou objevuje deprese.¹⁸

Když dochází k prohlubování deprese, příznaky se zhoršují. Jedinec vnímá, že obsese, tedy vtíravé myšlenky jsou ego-dystonní, tedy neodpovídající jeho zájmům či přáním, vnímá, že jsou pro něj cizí. Jak již bylo částečně nastíněno, myšlenky se mnohdy týkají štítění a kontaminace – jedinec si pak může klást otázky ohledně nákazy, ušpinění se, či infekčnosti. Další typ myšlenek se zabírá obavami z agrese a agresivního jednání „Co když ublížím své rodině?“, „Co když zraním nožem své malé dítě“. Značný neklid přichází i z myšlenek souvisejících se strachem, že nebylo vykonáno nebo zkontrolováno něco podstatného, kupříkladu že nebyl dostatečně a opakovaně zkontrolován plynový sporák a mohl by tím pádem vyhořet byt. V neposlední řadě se myšlenky zabývají asymetrií a nepořádkem, který vytváří napětí. Daná osoba se může například domnívat, že pokud nebude vše precizně srovnané, rodina se ocitne v ohrožení. Už fakt, že jedince napadají tyto myšlenky, ho výrazně znepokojuje a sám je může považovat za absurdní. Chce obsese potlačit a snížit, ale po snaze o jejich potlačení se myšlenky objevují v ještě větší míře, zvyšují jeho napětí a stávají se mu značným ohrožením. Na tuto situaci se osoba snaží zareagovat pomocí neutralizace, tedy snižováním napětí s již zmíněným kompulzivním, tedy rituálním jednáním. Takové jednání může mít v praxi podobu opakovaných kontrol vypnutí elektrických spotřebičů, vodovodního kohoutku, rovnání předmětů, převlékání a umývání nebo kupříkladu opětovná kontrola uzamknutí dveří. Zároveň se mnohdy objevuje potřeba počítání, snaha o vybavení si neutrálních představ či modlení. V určitých situacích může docházet k provokaci obsesivního myšlení i kompulzivního rituálního jednání, člověk trpící obsedantně-kompulzivní poruchou se tedy těmito situacím mnohdy pokouší vyhnout. Podobně jako u mnohých dalších úzkostných poruch vyhýbavé chování jen udržuje daný

¹⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3. Str. 411

problém. Stává se, že úzkost v návaznosti na uskutečněný rituál poklesne, ale zároveň se na jeho základě může značně zvýšit.¹⁹

Novější koncepce, které se věnovaly obsesím, si všímaly především významu paměti v rámci vývoje této poruchy. Když má jedinec nutkavou potřebu kontroly, chybí mu subjektivní jistota, že jeho jednání bylo dostatečně efektivní. Následně se u něj tedy objevuje a rozvíjí pocit nedokonalého a neúplného provedení. Na základě tohoto pocitu si pak dané osoby kladou otázky, zda činnost opravdu vykonaly, kupříkladu, zda se dostatečně soustředily, když zamykaly dveře a zda by nebylo vhodné jít zamčení dveří zkontrolovat. Jedná se o to, že daná osoba často nedokáže rozlišit, zda se jedná o reálnou vzpomínku na situaci, která se skutečně stala nebo zda jde o pouhou představu jejich konání. Jeho následná kontrola je jakousi odpovědí na tuto neuspokojivou, ale silně prožívanou vzpomínku. Jedinec s OCD vzpomínky na sensorické, taktilní a motorické aspekty příliš nevyužívá nebo je považuje za nedostatečně spolehlivé.²⁰

Obsese i kompulze ve vzájemné souvislosti u jedinců vytváří značně nepříjemné stavy i situace, které se následně výrazně odrážejí v jejich životě a mohou mít negativní vliv na každodenní fungování i pracovní či společenský život těchto osob. Do rituálního jednání, které je pro lidi s obsedantně-kompulzivní poruchou typické, se může zapojovat i blízká osoba, kupříkladu rodinný příslušník, která se tím snaží vyhovět potřebám jedince s OCD a pomoci mu ve snížení neklidu právě jasným řádem a plněním rituálů či předem stanovených pravidel dle daného jedince. Toto podvolení blízkých osob však může mít destruktivní a vyčerpávající vliv na celé fungování rodiny a může se proměnit v nekonečné řetězce rituálního jednání, které je stanoveno na každý den. Vyčerpání se tedy již netýká pouze osoby s obsedantně-kompulzivní poruchou, ale i rodiny a blízkých osob, která vlivem kompulzí zasažena. Jedná se tedy o stav, který může být z dlouhodobého hlediska až neúnosný a který je vhodné a potřebné včas odborně řešit.

¹⁹ PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-986-6. Str. 37

²⁰ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0. Str. 105

2.2. Etiologie

Dle biologického modelu lze příčinu shrnout do dvou oblastí, první je hypotézou o nedostatku serotoninu a druhou jsou neurologické nálezy, jež popisují rozpojení systému drah, který spojuje prefrontální kortex, thalamus a bazální ganglia. Pokud se zaměříme na model kognitivně-behaviorální, konkrétně na teorii učení - obsese jsou výsledkem učení, v takovém případě tedy kognitivní schémata vznikají již v dětství.²¹ Následně jsou aktivována úzkost, která vzniká při kritické situaci nebo události. Do třetice se zaměříme na psychodynamický model. V rámci současného chápání se spojují biologické predispozice, jež interagují spolu s environmentálními a psychologickými faktory. Osoby s obsedantně-kompulzivní poruchou vnímají neopodstatnění vlastních myšlenek i svého chování. Jejich úzkost a napětí jsou však tak silné, že nemohou svému nutkání nevyhovět. Jedinec s OCD se stává nepružným, jak ve svém konání, tak i v rámci svého myšlení, nemůže učinit změnu, ani uhnout, ani povolit. Pakliže dojde z nejrůznějšího důvodu k narušení jeho zvyklostí, přivádí to tohoto jedince do značné úzkosti, napětí, ale i do stavu zlosti. Agresivita nutkavých myšlenek je obrovská. V některých případech dochází v důsledku nutkavých myšlenek i k tělesnému poškození, kupříkladu může dojít k rozsáhlým a bolestivým ekzémům důsledkem nutkavého mytí. U osob, které mají obsedantně-kompulzivní poruchu, se často objevuje deprese, zároveň mohou tito jedinci trpět obsedantními povahovými rysy, pocítují tedy zvýšené pochyby, starosti, zaměřují se na pravidla, pořádek, detaily, mívají pochybnosti sami o sobě, pocítují ostych a mnohdy bývají velice nerozhodní. Tyto jevy považují za součást své povahy.²²

Pro upřesnění, na vzniku obsedantně-kompulzivní poruchy mají podíl nejrůznější složky či faktory. Na základě vrozených faktorů je patrné, že až 35 procent příbuzných prvního stupně osoby trpící OCD, trpí touto poruchou také. Zároveň je v některých rodinách tato porucha přítomna častěji, což může svědčit o přítomnosti vrozené zranitelnosti s biologickým podkladem. Především se však ukazuje, že to, co svědčí pro existenci

²¹ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 103

²² PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 104

genetického přenosu, je značně vyšší konkordance, tedy stejnost poruchy u jednovaječných dvojčat než u dvojvaječných dvojčat. Jak bylo zmíněno, podstatným faktorem je vliv výchovy a období vývoje dítěte a taktéž faktor biochemický, na základě kterého se ukazuje, že při užívání antidepresiv, tedy zvyšováním dostupnosti serotoninu v mozku, u osob s OCD, se snižují příznaky této poruchy, což ukazuje nejspíše na poruchu v serotoninovém neurotransmitterovém systému.²³

V neposlední řadě je podstatné podtrhnout význam faktorů stresu a rysů osobnosti. Stres je velice významným jevem, který mnohdy stojí na počátku rozvoje obsedantně-kompulzivní poruchy nebo se leckdy podílí na jejím výrazném rozvoji. Stresující podmínky jsou pro jedince rizikovým prostředím pro rozvoj OCD. Co se týče rysů osobnosti, někteří lidé s obsedantně-kompulzivní poruchou mohou mít již od dětských let nápadné povahové rysy, jako například zvýšenou starostlivost o každodenní záležitosti, perfekcionismus či snahu o přesnost, taktéž potíže při přijímání kritiky ze strany okolí a ve velké míře orientaci na výkon. Stejně tak se však u jedince může objevovat naopak nedostatečná schopnost, konkrétně může jít kupříkladu o neschopnost plánování vlastních aktivit, časové organizace nebo nezvládnutí vyjádření vlastních potřeb v přijatelné podobě vzhledem k okolí.²⁴

Faktorů pro rozvoj této poruchy je tedy více a mnohdy dochází k jejich vzájemnému propojení. Je tedy třeba dbát na značně individuální pohled na hloubkové příčiny u každého jedince s OCD.

2.3. Projevy

Jedinec s obsedantně-kompulzivní poruchou po dobu alespoň dvou týdnů každý den nebo téměř denně nutkavě jedná nebo má nutkavé myšlenky, případně se u něj objevuje obojí. Zároveň má jeho nutkavé jednání a myšlenky všechny dále zmíněné znaky. Myšlenky i jednání se dokola trvale opakují a dotyčná osoba je sama považuje za nepříjemné a alespoň jedno nutkavé jednání nebo nutkavou myšlenku považuje jako nesmyslnou či přehnanou.

²³ PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, c2008. ISBN isbn978-80-7262-531-4. Str. 30

²⁴ PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, c2008. ISBN isbn978-80-7262-531-4. Str. 31

Uskutečňování nutkavých myšlenek není dané osobě příjemné, dochází pouze ke snaze o snížení úzkosti či napětí. Jedinec se leckdy pokouší s myšlenkami sám bojovat a klást jim odpor. V případě dlouhodobých nutkavých myšlenek může docházet jen k nepatrnému odporu, jedná se u jedince o aktuální odpor či vzdor k nejméně jedné nutkavé myšlence nebo jednání. Jedinec považuje nutkavé myšlenky a nutkavé jednání jako své vlastní a osobní, nikoli jako cosi spojeného či pocházejícího od jiných osob nebo vlivů. Dále je důležité podotknout, že obsedantně-kompulzivní porucha není podmíněna působením jiné psychické poruchy a jedinci, kteří zažívají nutkavé myšlenky a nutkavé jednání tím značně trpí a jsou ovlivněni při jejich individuální i v jejich sociální výkonnosti.²⁵

U osob trpících obsedantně-kompulzivní poruchou se projevuje nutkání k určitému jednání a jakákoliv snaha o potlačení či odbourání tohoto jednání pouze navyšuje úzkost. S délkou odolávání by narůstala i trýznivost pocitů. V momentě, kdy úzkost přeroste přes míru, kterou je možno unést, daná osoba jejímu tlaku podlehne a musí začít jednat. Lidé s OCD se snaží s napětím bojovat a nahradit ho za jinou aktivitu, která se stane jakousi kompenzací primárního nutkání a pomáhá ho neutralizovat. Jedná se o činnost, která je stereotypní, opakovaná, jednání má zde jasná pravidla, která jedinec dodržuje. Činnost tedy můžeme považovat za méně adekvátní obranu před stavy úzkosti. Dochází zde k dočasnému pocitu úlevy, snížení neklidu i napětí a může představovat jakýsi únik před nepříjemnými pocity. Rituál tedy můžeme považovat za symbolickou snahu se bránit před úzkostmi. Jak již bylo zmíněno v kapitole o obsesi a kompulzi, jednotlivé kompulzivní rituály jsou ve velké míře spojené s dodržováním čistoty, s odvrácením vlastního ohrožení, znečištění nebo nákazy. Některé z rituálů mohou být velice zdlouhavé a složitě proveditelné, mohou také působit značně bizarně. Ačkoli si lidé s touto poruchou do jisté míry uvědomují, že je jejich chování nesmyslné, protože obsese neodráží skutečné nebezpečí, nemohou reagovat jiným způsobem. V některých případech u projevů nedochází k překročení společenské přijatelnosti, a tak jedinec s obsedantně – kompulzivní poruchou může působit jako člověk, který je značně pečlivý, perfekcionista a pracovitý. Jaké jsou tedy jednotlivé projevy OCD? V první řadě se jedná o nutkavou potřebu kontroly. Jedinec kontroluje vypínače, dveře, okna, což ho ale nevede k uklidnění. Dalším a neméně závažným projevem je nutkavá potřeba opakování očištného rituálu, jako je časté převlékání do čistého oblečení nebo mytí.

²⁵ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0. Str. 93

Tento projev souvisí se strachem z nečistot a obavou z ohrožení zdraví. Také se u osoby s danou poruchou projevují neodbytné myšlenky, stále se opakující, které mají nepříjemnou povahu. Těm se jedinec snaží bránit zmíněnými rituály. Kupříkladu opakovaně vykonává činnost, aby odvrátil hrozící katastrofu. V neposlední řadě se zde projevuje nutková potřeba pořádku. U jedince dochází k potřebě neustálého rovnání věcí a k jednání podle přesných pravidel s představou, že pokud bude vše v pořádku, nic zlého nenastane. Například pokud bude člověk chodit striktně pouze po světlých dlaždicích, nehrozí nebezpečí. Tato nutková potřeba řádu se může vyvinout až do podoby komplikovaného rituálu.²⁶

Daným rituálem jedinec získává jistotu, že jedná efektivně. Pokud obsedantně dodržuje řád a kontrolu, mnohdy se tím snaží o redukci vlastní osobní nejistoty i strachu či úzkosti z odmítnutí druhými osobami, což můžeme považovat za následek primárních i sekundárních sociálních deficitů. Daná osoba se pokouší o zajištění souhlasu a odměny ze strany společnosti právě tím, že nadprůměrně plní sociální normy, tedy ty, které se týkají spolehlivosti, pořádnosti, přesnosti a řádnosti. Zmíněná strategie se objevuje u mnoha jedinců napříč společnostmi, nicméně pokud se ze stran okolí jedince nedojde k očekávané zpětné vazbě, může nutkavé kontrolování přerůst natolik, že se jedinec dostane do jakéhosi začarovaného kruhu. Namísto ocenění od společnosti se dočká odmítnutí, které má za důsledek ještě mnohem intenzivnější nutkavé jednání. Jedinec, který má nutkavou potřebu kontroly, zažívá přehnaný pocit odpovědnosti, jehož původem je úzkost z toho, jaké následky by mohlo mít jeho pochybení. Nutkavá kontrola bývá často i reakcí a snahou zvládnout své znejistění z nově nastalých životních situací. V takových momentech je obsese pro danou osobu poskytnutím zdánlivé jistoty. Pokud jedinec obsedantně dodržuje řád, je pro něj potřebný rituál poskytnutím zdánlivé naděje o efektivitě vlastního jednání, k čemuž se mnohdy přidávají takzvané magické prvky, což se projevuje kupříkladu jako nutkavé opakování nebo číselné obsese. Ty pomáhají danému jedinci zkrátit nutkavé jednání, protože jistotu nemusí v takovém případě zaručit vlastní kontrola, ale stačí méně namáhavé magické rituály, tedy kupříkladu výroky nebo nejrůznější gesta. Za intrapsychickou funkci nutkavého udržování řádu, čištění či kontroly, můžeme považovat snahu o odvedení vlastní pozornosti od negativního rozpoložení, což se může jevit jako jakási terapie zaměstnáním. Co se týče nutkavého počítání, mluvení, dotýkání nebo

²⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3. Str. 412

opakování, představuje to pro jedince záchranu, snahu o zvládnání vlastních silných, často katastrofických úzkostí, které se týkají vlastní osoby nebo někoho z blízkých, rodinných příslušníků. Právě zde je charakteristické výše zmíněné magické myšlení. Jedinci se snaží od sebe či svého okolí odvrátit hrozbu a neštěstí s pomocí rituálu, ačkoli sami rozumově vnímají, že jsou jejich představy nesmyslné.²⁷

Existuje zřejmá podobnost mezi obsesivním a poverčivým chováním. Obsese a pověry mají obdobu v tom, že ačkoli si je daný jedinec vědom jisté iracionality, přesto je pro jistotu opatrný, zároveň se v obojím případě objevuje snaha o odvrácení nebo zamezení neštěstí nebo nepříjemné situací. Rituály a magické myšlení se běžně vyskytují v některých kulturách v rámci každodenního života nebo také u dětí. Mezi typické příklady patří například vyhnout se cestě, po které předtím přeběhla černá kočka nebo snaha nešlápnout na kanál. Kompulze se objevují i v dospělosti v poměrně malé míře, jejich enormní nárůst v rámci OCD však na rozdíl od kompulzí u ostatních jedinců vede k omezování v rámci vlastního života, až k trýznění či utrpení a zabírá u jedince mnohonásobně více času. Výrazný rozdíl mezi obsesemi a pověrami je ten, že pověry bývají totožné pro velkou část společnosti, zatímco obsese jsou značně individuální. Další rozdíl je v obsahu. Obsah obsesí bývá oproti pověrám značně odpuzivý, není jeho účelem přinést štěstí, ale naopak zabránit zkáze či katastrofě a jedinci vždy způsobuje nepříjemný až tíživý pocit.²⁸

2.4. Výskyt

V určitém období svého života trpí úzkostnou poruchou přibližně deset procent populace, přičemž ženy mají úzkostné potíže přibližně dvakrát čteněji než muži. Úzkostná porucha může mít podobu fobické či panické poruchy nebo kupříkladu generalizované úzkosti a v neposlední řadě právě obsedantně – kompulzivní poruchy. V případě, že se zaměříme na potíže, které trvají alespoň šest měsíců, obsedantně-kompulzivní poruchou trpí přibližně dvě procenta populace. U této poruchy nezávisí příliš na pohlaví – ženy i muži jsou

²⁷ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0. Str. 104

²⁸ PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-531-4. Str. 24

postižení touto poruchou přibližně ve stejné míře. Větší rozdílnost můžeme naléznout v typu nutkavého jednání a v obsahu jednotlivých obsesí.²⁹

Obsedantně-kompulzivní porucha patří mezi jednu z nejčastěji se vyskytujících psychických poruch. Obsedantně-kompulzivní poruchou každoročně trpí až 3,2 procenta populace, přičemž se celoživotní riziko pro její rozvoj odhaduje na 5,4 procent a objevuje se ve všech sociálních vrstvách. Vyšší podíl výskytu této poruchy je u dětí a dospívajících. Konkrétně u 60 procent osob se OCD objeví ještě v době do 25 let, u 30 procent osob se porucha vyskytne ve věku mezi pěti a patnácti lety. První příznaky se objevují v průměru u žen ve věku 21,4 let a u mužů v 19, 6 roce života. Člověk trpící obsedantně-kompulzivní poruchou je výrazně omezen ve svém životě. U lidí s OCD bývá častější sociální izolace a dochází čteněji k rozvodům. Co se týče nejvyššího výskytu, je zaznamenán u žen mezi 25-34. rokem života, zatímco u mužů je to v období mezi 35- 54. rokem. Častý pak bývá pozdní začátek léčby. Doba od prvních příznaků po zahájení léčby u nás bývá v průměru mezi 7-15 lety. Z toho vyplývá, že v době, kdy jedinec zahájí léčbu, je již mnohdy výrazně omezen v rámci svého života, dochází k problémům v rodinném životě i v oblasti zaměstnání. Jako tomu tak bývá i u jiných poruch, i zde platí, že čím dříve jedinec začne s léčbou, tím účinnější a kratší tato léčba je, avšak dnes je již možné zmírnit příznaky, které trvaly po dobu i několika desítek let.³⁰

Jak již bylo výše zmíněno, obsedantně-kompulzivní poruchu, tedy neustále se vtírající myšlenky, impulzy i představy a následné jednání, ačkoli se jim člověk brání, mají přibližně dvě procenta v rámci naší společnosti, konkrétně se počty blíží ke 2,5 procentům. Zatímco nutkavé myšlenky samy o sobě, tedy bez nutkavého jednání, stereotypů, rituálů, udržování řádu či nadměrné kontroly, se vyskytují pouze u 12 procent z osob, které trpí obsedantně-kompulzivní poruchou.³¹

²⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3. Str. 401

³⁰ PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, c2008. ISBN isbn978-80-7262-531-4. Str. 22

³¹ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0. Str. 32

2.5. Diagnostika a léčba

Obsedantně-kompulzivní porucha se stala jednou z nejméně léčených a diagnostikovaných psychických poruch. Příčinou této skutečnosti jsou právě osoby, kteří touto úzkostnou poruchou trpí. Ačkoli si své nepříjemné stavy a vyčerpávající myšlenky uvědomují a samy je považují za nevhodné a obtěžující, málokdy pro sebe hledají odbornou pomoc a řešení situace. Většina z osob trpících OCD mívá jak obsese, tak i kompulze, zažívá tedy nutkavé nepříjemné myšlenky a koná nutkavé jednání. Obojí také může být přidruženou symptomatologií jiných závažnějších poruch, jako je například schizofrenie.³² Důležitá je tedy včasná a přesná diagnostika ze strany odborníka – lékaře. Celosvětově známý je dotazník pro snadnější diagnostiku OCD s názvem the Yale- Brown Obsessive – Compulsive Scale, tedy metoda ve zkratce nazvaná YBOCS, kterou již od roku 1999 publikuje OCD Center of Los Angeles. Počítá se zde množství kladně zodpovězených otázek, s jejichž nárůstem narůstá i urgence a potřeba cílené terapie.³³

Pokud se podíváme do historie, do sedmdesátých let minulého století, byly možnosti léčby OCD velice malé. Zlom nastal právě v sedmdesátých letech, kdy V. Meyer poprvé popsal úspěšnou behaviorální terapii na dvou osobách, které trpěly chronickou obsedantně-kompulzivní poruchou, přičemž v rámci svých výzkumů vycházel z modelů kompulzí u zvířat, na základě kterých se ukázalo, že rituál je formou naučeného vyhýbavého jednání. V rámci terapie používal zábranu onoho rituálu. V témže období se doktor Rachman pokoušel o použití odstupňované expozice vzhledem k situacím, které u jedince vyvolávaly obsese. Oba dva zmíněné přístupy se následně sloučily do přístupu s názvem expozice se zábranou rituálu. Tento přístup byl v pozdější době doplněn o kognitivní techniky. V rámci farmakoterapie u osob s obsedantně-kompulzivní poruchou byl viditelný podobný průlom. Od doby sedmdesátých let, kdy se připisovala účinnost clomipraminu, se výběr a možnosti medikamentů značně rozšířily. Užívají se například selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, tedy SSRI.³⁴ Také selektivní inhibitory zpětného vychytávání

³² HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-367-2. Str. 109

³³ HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-367-2. Str. 75

³⁴ PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, c2008. ISBN isbn978-80-7262-531-4. Str. 41

serotoninu a noradrenalinu – SNRI. Co se týče užívání antidepresiv při léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy, jejich účinnost se uvádí u šedesáti až sedmdesáti procent osob trpících OCD. Pro doplnění je důležité dodat, že samotná kognitivně-behaviorální terapie je u jedinců s obsedantně-kompulzivní poruchou účinná kolem sedmdesáti procent, je tedy podobná jako při zmíněné léčbě antidepresivy. Jako účinná se samozřejmě jeví jejich kombinace.³⁵

U jedinců s OCD je často přítomná deprese. V některých případech se deprese rozvine na základě obtíží spojených s obsedantně-kompulzivní poruchou, především s vyčerpáváním organismu. Jindy se deprese objeví dříve a depresivní příznaky jako jsou sebevražedné myšlenky, sebepodceňování a ztráta vůle k nejrůznějším úkonům pak získají obsedantní charakter. Je náročné oddělit tyto klinické jednotky. V rámci léčby se však na obě složky využívají antidepresiva, především z výše zmíněné skupiny SSRI.³⁶

Pro upřesnění můžeme zmínit přidružené faktory, které se v některých případech objevují. Kromě zmíněné deprese sem dále patří separační úzkost, panická porucha, některé z poruch příjmu potravy, závislosti nebo sociální fobie i specifické fobie. Co se týče příbuzných poruch, můžeme sem zařadit například trichotilomanií, dysmorfickou poruchu, religiózní skrupulóznost, shromažďování věcí, parafilii, kompulzivní ožďibování tváře či kupříkladu hypochondriázu. K závěru této části je ještě dobré přiblížit samotné důvody, na základě kterých se jedinec rozhodne vyhledat lékařskou pomoc. Vzhledem k tomu, že chování jedince bývá do jisté míry jím utajené, daná osoba vyhledává pomoc odborníků v momentě, kdy symptomy obsedantně-kompulzivní poruchy již není možné dále skrývat. Dalším důvodem je situace, když se k obsedantně-kompulzivní poruše přidá depresivní onemocnění, když se blízká rodina rozhodne chování člena s OCD již dále netolerovat, nebo kupříkladu, když jedinec s OCD přichází o pracovní místo nebo blízké přátelé. Dalšími z důvodů pro vyhledání pomoci bývají i vážné problémy v manželství nebo v partnerském vztahu, těhotenství nebo i smrt blízké osoby.³⁷ Vzhledem k mnohdy oddalované návštěvě odborníka jsou leckdy důvody pro hledání pomoci značně závažné a opodstatněné.

³⁵ PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, c2008. ISBN isbn978-80-7262-531-4. Str. 42

³⁶ HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-367-2. Str. 98

³⁷ COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4. Str. 129

2.6. Problematika v sociální oblasti

V dnešní společnosti se vyskytuje mnoho rozdílných nutkavých struktur. Častý bývá strach z riskování či změn a to se netýká pouze jedinců s obsedantně-kompulzivní poruchou. Mnozí lidé by v ideálním případě vše nechali tak, jak jsou již zvyklí, protože se obávají, co může na základě sebemenší změny nastat. Opakovaným společenským tématem jsou témata týkající se životních jistot. Jedinci si mohou mnohdy klást otázky ohledně míry a potřeby plánování, nezbytnosti pouštět se do riskantních nebo nepředvídatelných situací a výše rizik vyplývajících ze situací. V takovém případě společenství klade větší důraz a důležitost na obezřetnost i předvídatelnost oproti případnému riskování.³⁸

Dopady obsedantně-kompulzivní poruchy v sociální oblasti bývají zásadní. Projevy nutkavého jednání omezují výrazným způsobem sociální i pracovní uplatnění, zároveň dopadají na rodinné příslušníky, přátele i spolupracovníky. Když se jedinec nezvládá bránit symptomům, může docházet k rozšiřování symptomatologie a tak je v takovém případě jedinou cestou, jak snížit značnou úzkost, nutkání vyhovět. Nutkavé myšlenky a jednání bývají jedinci prožívány jako velice nepříjemné a trýznivé, přičemž jsou mnohdy spojené s pocity studu. Následně dochází k značnému utajovanému strádání této osoby. V některých případech může být míra vážnosti situace zjištěna až při pozorování osoby s OCD v jejím přirozeném prostředí, při každodenním fungování. V některých případech je reakce rodiny na osobu s obsedantně-kompulzivní poruchou spojena se zpochybňováním nutkavého chování, v jiných případech může být ale nutkavé chování znormalizováno a rodina toto chování zcela zapojí do běžného chodu i denních aktivit. U osob s OCD se projevuje vysoká míra rozvodovosti a s tím spojená i vysoká míra osamocení. V rámci sociálních rizik je tedy důležité zmínit, že sociální i profesionální síť jedinců s obsedantně-kompulzivní poruchou se výrazným způsobem zužuje.³⁹

Člověk s nutkavým jednáním může mít veliké problémy s jakýmkoliv rozhodováním, protože ho stojí značnou námahu. Pokud již dojde k rozhodnutí, je pro něj

³⁸ KAST, Verena. *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál, 2012. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0160-1. Str. 104

³⁹ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 105

dalším problémem dovedení rozhodnutí do konce. Mnohdy může být pro osobu s OCD snazší se do leckterých činností vůbec nepouštět, protože vidina dokonale splněné práce či úkolu je až příliš vzdálená, nereálná, přičemž se s nedokonale splněným úkolem jedinec nespokojí. Může se tedy rozhodnout s ničím zásadním nezačínat. Pro okolí jedince je viditelné, že se daná osoba potýká se špatnými náladami či výraznými pocity viny, které v některých situacích souvisí s uvědomováním si vlastní nedokonalosti. Lidé okolo tedy vnímají jedince jako někoho perfekcionistického, obklopeného mnoha důležitými povinnostmi nebo člověka zatíženého extrémní zodpovědností. Tato osoba také z pohledu ostatních lidí přichází o schopnost spontánně reagovat, o schopnost reagovat na situace s humorem a nadsázkou a někdy působí na okolí jako extrémně spořivá až lakomá či sobecká nebo sebestředná, což je znatelné i v nedostatku zájmu o ostatní lidi či absenci energie k takovému zájmu. Tyto znaky však opět vychází z úzkosti. Jedinec se raději drží zpátky, než aby řekl nebo udělal něco, co by mohlo někomu ublížit. Už samotné zapletení se se světem může zvyšovat jeho pocity úzkosti. Postupně v dané osobě vzbuzují úzkost i vlastní zájmy. Lidé s obsedantně-kompulzivní poruchou bývají schopni dobře zvládat svou práci pouze tehdy, když mají záruku, že výsledek práce bude zcela úspěšný. Je tedy velice časté, že se takovéto osoby setkávají s neschopností běžně pracovat či vykonávat své zájmy a záliby, což je viditelné pro jedincovo bližší okolí.⁴⁰

Obsedantně-kompulzivní porucha může značně poznamenávat společenský i osobní život jedince, který touto poruchou trpí. Tato kapitola se snažila přiblížit vážnost problematiky OCD a možná rizika, která s sebou porucha nese. Stejně tak se kapitola snažila upozornit na důležitost včasného řešení situace a vyhledání odborné pomoci.

⁴⁰ KAST, Verena. *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál, 2012. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0160-1. Str. 102

3. Praxe sociální práce a obsedantně-kompulzivní porucha

Na předchozí kapitole, kde se přibližovalo téma obsedantně-kompulzivní poruchy, přirozeně navazuje tato kapitola, ve které se poukazuje na roli sociálních pracovníků a pracovníc při práci s klientem/klientkou s obsedantně-kompulzivní poruchou. Naznačují se zde možnosti práce s danými osobami, některé z metod, které je možné při práci s jedinci s OCD využít a zároveň se zde přibližuje samotná interakce mezi sociálním pracovníkem/pracovnicí a klientem/klientkou s obsedantně-kompulzivní poruchou. V závěru kapitoly se uvádí i možná rizika, která mohou nastat či hrozit a kterým je vhodné se z pozice profesionálů v oboru sociální práce vyvarovat, případně na ně být připravený.

Duševní onemocnění v mnohých případech ukazuje na nutnost pomoci ze strany odborníků, na což může navázat síť specialistů, organizací, sociálních služeb i pomáhajících pracovníků. Zmíněné složky zde hrají výraznou roli. Psychické onemocnění jedince je mnohdy velice komplikované, může mít výrazně individuální průběh, leckdy nemusí být diagnostikováno nebo o něm klient či klientka nemusí vědět. Kolem onemocnění duše existují nejrůznější mýty a předsudky, což způsobuje větší uzavřenost daných osob a znesnadňuje to proces komunikace s pracovníkem a pracovnící. Někteří lidé s duševními poruchami vyhledají danou organizaci či službu sami, na základě vlastního uvážení, jiní však potřebují podporu. Častou komplikací bývá, že si blízké okolí jedince, rodina i přátelé neuvědomují nebo nevidí daný problém. Mohou ho také úplně popírat či zlehčovat. Jedná se ale o přirozenou reakci způsobenou blízkým kontaktem, na kterou nelze pohlížet s nepochopením. Právě onen důležitý nadhled a profesionální přístup je doménou pracovníků a pracovníc, které jedinci vyhledávají. Sociální systém by v rámci problematiky osob s duševním onemocněním měl zastávat aktivní pozici. Sami sociální pracovníci by si měli zvládnout zodpovědět otázky, do jaké míry vidí duševní onemocnění u klientů a zda o této problematice a situaci dokážou s klienty komunikovat. Pracovníci, kteří se mohou setkat s osobami s psychickým onemocněním, jsou totiž všichni, z celého spektra sociální oblasti. Častý pocit nejistoty vzniká již v momentě, kdy si pracovník popřípadě pracovníce neví rady, zda s klientem či klientkou může o onemocnění otevřeně mluvit. V případě, že má sociální pracovník/pracovnice dostatek informací o psychických onemocněních, zároveň spolupracuje s daným jedincem, jeho rodinou, na základě čehož vidí možné příznaky, je zásah pracovníka na místě. Pro následnou komunikaci s klientem či jeho rodinou je podstatné zvolit správně místo, kde bude ke komunikaci probíhat, formu rozhovoru a

zároveň mít připravenou nabídku pomoci. V takové situaci je potřeba být připraven i na bouřlivou či emotivní reakci, nicméně je potřeba dát prostor k otevírání daného tématu i z důvodu následné pomoci. Právě časnost pomoci je zde důležitá a hraje výraznou roli, stejně tak, jako tomu je krom duševních onemocnění i u dalších nemocí různého spektra. Všichni pracovníci by měli mít předem připraven dostatek kontaktů na nejrůznější místa, kde je poskytována odborná pomoc, na kterou mohou případně daného klienta/klientku odkázat. Zároveň si pracovník má být vědom, kde je v rámci sociálního systému jeho místo. Právě předání kontaktů či odkázání klienta dalším odborníkům hraje v práci s osobami s duševním onemocněním nezbytnou roli. V dalších případech pracuje sociální pracovník/pracovnice přímo s klientem v rámci týmu odborných pracovníků. Jednou z nejpodstatnějších schopností pracovníků je právě uvědomování si vlastních kompetencí a schopnost předat klientovi jasnou a rozumnou nabídku. V rámci péče o lidi s psychickým onemocněním je důležitý první kontakt s klientem, ať už je zprostředkován jiným odborníkem, klientovým okolím, rodinou nebo samotným klientem. Plní se zde především preventivní funkce, klientovi/klientce se otevírají pomyslné dveře do sociální oblasti, poukazuje se na nejrůznější druhy i formy pomoci a v neposlední řadě se snižují rizika, která jsou s duševním onemocněním klienta spojená.⁴¹ Právě oblasti utváření vztahu s klienty/klientkami v rámci prvotního kontaktu se věnuje jedna z následujících podkapitol s názvem Faktory napomáhající utváření vztahu.

U sociálních pracovníků a pracovnic se může vytvářet profesní konflikt založený na potřebě zachovat si vlastní profesní identitu i zaměření na sociální fungování, tedy nestavět se do role jiné pomáhající profese, kupříkladu terapeuta, zároveň však je zde potřeba porozumět dané cílové skupině. Pojem duševní a emoční poruchy obsahuje abnormality osobnostních charakteristik, jež se vážou k popisu stresorů, faktorů daného prostředí i vztahových potíží. U mnohých studentů a studentek sociální práce i samotných pracovníků/pracovnic lze nalézt velice ambivalentní vztah k užívání psychiatrických diagnóz i k celkovým znalostem v oblasti psychiatrické diagnostiky. V tomto vztahu můžeme nalézt odmítání, skepsi i přílišný respekt. Právě zmíněný respekt může v tomto případě plynout kupříkladu z nedostatečné kompetence při srovnávání s obory, které se těmito tématy primárně zabývají a mají diagnostiku i znalost duševních onemocnění

⁴¹ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. Str. 45

v popisu práce, tedy s klinickými psychology či psychiatry. Stejně tak se zde na základě srovnávání mohou u sociálních pracovníků/pracovnic objevovat pocity neznalosti.⁴² I Z těchto důvodů je důležité pracovat na osobním vzdělávání v daných oblastech, vnímání oboru sociální práce v rámci jeho kompetencí a důležitosti multidisciplinární spolupráce.

Sociální pracovník/pracovnice by měl/a myslet na to, že krom samotného klienta s duševní poruchou je nezbytné pracovat i s celou jeho rodinou, protože dané onemocnění značně ovlivňuje a zatěžuje každého člena. Jednotliví členové rodiny mnohdy také potřebují péči nebo zprostředkování kontaktů a stávají se důležitým článkem při samotné práci s klientem či klientkou. Při práci s klientem/klientkou je také dobré vnímat úlohu, prolínání a doplňování nestátního a státního sektoru. Sociální pracovníci a pracovnice mohou naleznout větší podporu při spolupráci všech sektorů. Právě správná kooperace různých sfér, sociálních služeb a neziskových organizací může být pro jedince s OCD velikým přínosem. Každý jednotlivý pracovník či pracovnice by tedy měl/a dostatečně znát a mít povědomí o sociální síti, zařízeních z okolí, případně vědět, kde získat potřebné informace.⁴³ Informovanosti sociálních pracovníků a pracovnic v dané oblasti se věnuje i dotazníkové šetření, které je součástí této diplomové práce a nachází se v kapitole 4, přímo v jedné z jejích podkapitol.

3.1. Možnosti sociální práce s klienty a klientkami s OCD

Sociální práce se jako obor se zakládá na přesvědčení, že správnými kroky a postupem se mohou snížit nepříznivé sociální vlivy a výskyt nepříznivých společenských jevů. Aby se však sociální práce mohla vypořádat s nejrůznějšími společenskými problémy, je třeba tyto problémy dostatečně ohledat a dle diagnózy se zaměřit právě tam, kde je vysoká pravděpodobnost snahy o uskutečnění změny. Před samotnou intervencí u klienta/klientky je tedy podstatné, aby pracovník či pracovnice vyhodnotila získané informace, což je důležité i z toho důvodu, aby mohl odborník jednat v zájmu dané osoby. V rámci sociální

⁴² PROBŠTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 21

⁴³ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. Str. 47

práce a diagnostiky sociálních problémů klienta/klientky je vhodnou a často užívanou metodou řízený rozhovor.⁴⁴ Tuto metodu je vhodné propojit s užitím aktivního naslouchání a metod, které pracovníkovi či pracovníci mohou pomoci navázat a udržet vztah s danou klientelou.

Pracovník či pracovnice by měl/a nabízet klientovi oční kontakt, ukazovat svůj zájem a povzbuzovat ho neverbálními projevy k dalším sdělením. V rámci komunikace je vhodné přitakávat a dávat tím na zřetel, že klienta/klientku vnímá. V případě odmlčení při výpovědi klienta/klientky, by nemělo docházet k vyplňování tichých míst v konverzaci, čímž by mohlo dojít k odvádění jedince od vlastního vyjádření a ubírání jeho prostoru. I společné mlčení je pro obě strany přínosné, klientovi/klientce se v této chvíli mohou otvírat nové úhly pohledu na situaci, jiné souvislosti, které by se v případě vyrušení ze strany pracovníka či pracovnice mohly ztratit či zapadnout. Zároveň při odmlkách v konverzaci klient či klientka získává čas na uvážení dalších sdělení a zhodnocení priorit v rámci společného rozhovoru. Pomocí empatie a pozorování pracovník popřípadě pracovnice zjišťuje, jestli pohyby klienta/klientky a jeho či její mimika vypovídá o tom, že má nebo nemá co sdělovat. Empatie je velice podstatná pro vedení celého rozhovoru. Pomáhá určovat klientovo/klientčino rozpoložení, čímž se dá předejít přílišnému navyšování tlaku, který může dotazovaná osoba cítit ze strany sociálního pracovníka/pracovnice. Také se zde dá díky empatii a celému procesu aktivního naslouchání lépe zhodnotit, co je to nejpodstatnější a zároveň i méně důležité v klientově výpovědi.⁴⁵

Pro správné pochopení jedincovy situace ze stran sociálního pracovníka je důležité, aby pracovník měl alespoň základní povědomí o jednotlivých částech klíče ke zvládnutí obsedantně-kompulzivní poruchy a lépe tak rozuměl čím klient potýkající se s OCD prochází. Prvním bodem v rámci zvládnutí poruchy je sama konfrontace s nebezpečím v jeho představách. Jedinec by si zde měl zkusit představit onu situaci, které se snaží vyhnout, kupříkladu nepořádek, špínu a nedostatek řádu. Následně si má představit, že se s touto situací dokáže vypořádat daleko jednodušeji a uvolněněji. Na tuto část následuje fáze

⁴⁴ ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-001. Str. 36

⁴⁵ HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0221-9. Str. 72

takzvané reálné konfrontace. Při této fázi jedinec postupuje po malých krůčcích nebo přímo. Snaží se konfrontovat se situacemi, které jsou v jeho světě pro něj obávanými, kupříkladu se znečištěním části oděvu, části těla nebo předmětů z domácnosti.⁴⁶

Po těchto dvou základních fázích jedinec pokračuje náročnou částí, při které dochází k zabraňování rituálům. Snaží se lépe zvládat snášet své myšlenky, tělesné projevy a učí se snížit tělesné napětí v jednotlivých situacích. Dochází zde k postupnému vzdávání se rituálů, nejprve pouze v mysli a následně i v reálné chvíli. Kupříkladu se daná osoba se snaží postupně omezit nebo ustupovat od opakovaného umývání, počítání, kontrolování a čištění. V této fázi je podstatné posilovat svou schopnost nepoddávat se pocitům osobní trýznivé odpovědnosti za možné neštěstí. Snižuje se zde přehnaná odpovědnost jedince. Při této fázi pomáhá pozvolnost, jedinec tedy své rituály nejprve může zlehka oddalovat, čímž se učí pracovat s vlastními pocity úzkosti a neklidu. Čtvrtou částí je změna myšlenkových vzorců. Je to fáze, ve které dochází ke snaze co nejvíce realisticky hodnotit skutečnou rizikovost jednotlivých situací i objektů. Toho však nemusí být schopni jedinci s těžší obsesí. Jedinec se zde snaží hloubkově analyzovat, zda jsou pokusy, při kterých se snaží zvládat problémy pomocí perfekcionismu, jež má vyloučit veškeré riziko, správné. Pátou fází je snaha o účinnější zvládnání vlastních pocitů. Zde dochází k úsilí učit se pracovat a zacházet s pocity úzkosti, vzteku, nenávisti, napětí a jednat v situacích konstruktivněji, což znamená bez dosavadní všudypřítomné obsese. Poslední, tedy šestou částí v rámci klíče ke zvládnání obsedantně-kompulzivní poruchy je práce na komunikačních a také interakčních vzorcích. Jedinec se pokouší přestat s utvářením svých sociálních vztahů prostřednictvím své poruchy, do které bylo okolí zapojováno. Dochází zde především k posilování sociální kompetence daného jedince.⁴⁷

Pro úspěšnou práci sociálního pracovníka/pracovnice a klienta je podstatné zvládat sociální interakci s tímto klientem, tedy především komunikaci. Komunikace však neobsahuje pouze verbální složku, ale také tu neverbální, jež je možné rozdělit na část napomáhající řeči, vyjadřující jednotlivé postoje, nahrazující řeč a složku, která vyjadřuje emoce. Pracovník by si tedy měl být tohoto faktu vědom a při interakci by měl vnímat, krom

⁴⁶ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0. Str. 105

⁴⁷ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0. Str. 106

verbální složky, také vlastní i klientovy/klientčiny neverbální projevy. Reakce na neverbální projevy totiž mohou být leckdy mnohem silnější než reakce na vyjádřená slova a schopnost vhodně reagovat na jednotlivé sociální komunikační signály je podmínkou zapojení do sociálního života jedince. Pracovník by tedy měl znát i složku metakomunikace, tedy různé dimenze, kterými je obohacena řeč. Měl by zvládat práci s vlastním tónem hlasu i práci s osobním řečovým registrem. To je podstatné z důvodu, aby byl pracovník u klienta s OCD schopen použít správnou formu či styl komunikace a aby zvládal vyčíst z klientových projevů, verbálních i neverbálních, jeho opravdové sdělení.⁴⁸

Řeč pracovníka/ pracovnice by měla být vždy dostatečně zřetelná. V některých případech se osoba, která mluví, může domnívat, že je její projev srozumitelný, ale pro posluchače může být tato řeč jen s obtížemi pochopitelná. Úsilí, které klient/klientka následně využívá k pochopení tvrzení jedince, může vyčerpávat, což může být při dané práci značně kontraproduktivní. Je třeba si uvědomovat, že srozumitelná a čistě vyslovovaná řeč zní pro jedince, se kterým je pracováno, jasněji a autoritativněji, stejně tak pro jedince není její dekódování až tolik namáhavé. Taktéž je vhodné se zaměřit na správnou hlasitost projevu. Klient/ klientka též vnímá intenzitu hlasu, kterou pracovníci promlouvají. Pokud je intenzita hlasu příliš výrazná, může se řeč jevit jako silně emotivní, rozrušená, až vzteklá, což by mohlo mít vliv na vzájemnou spolupráci komunikujících osob. Stejně tak má vliv i příliš tichý projev, který by zase mohl zdánlivě poukazovat na nedostatek sebedůvěry, nízkého sebevědomí a jistoty. Hlasitost se může měnit v závislosti na daném tvrzení a přizpůsobovat všem podstatným okolnostem. Zvýšení pracovníkova hlasu v pravý okamžik efektivně zvýrazní důležitost daného tvrzení a stejně tak i ztišení v určitý moment u klienta/klientky způsobí zvýšení pozornosti. Nemělo by se však komunikovat pomocí extrémních projevů a vždy je vhodné reagovat v souvislosti s individualitou daných klientů/klientek a jejich situací. Tón, který sociální pracovníci/pracovnice využívají, by měl být taktéž přizpůsoben dané situaci. Není vhodné využívat neadekvátních tónů, kupříkladu s náznakem sarkasmu či ironie. Značnou důležitost hraje i tempo řeči a užívání pauzy. Když je jedinec rozrušený, což se mnohdy týká právě klienta/klientky s úzkostnou poruchou, může dojít ke zrychlení projevů, či tempa jejich řeči, může však u těchto jedinců v dané situaci dojít i k výraznému zpomalení se snahou zdůraznit každé vyřčené slovo. To leckdy

⁴⁸ HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 4. Přeložil Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-283-6. Str. 29

poukazuje na potřebu být při komunikaci přesvědčivý. Při užívání pauz v projevu dochází ke zvýraznění tvrzení, stejně tak pracovník/pracovnice dává najevo klientovi/klientce, že naslouchá a dává mu/jí prostor pro srovnání myšlenek i pochopení vyslechnutého obsahu.⁴⁹

Pracovník by měl v ideálním případě být předem připravený na rozhovor s klientem s obsedantně-kompulzivní poruchou a stanovit si na tuto přípravu dostatek času. Během rozhovoru by si měl sepisovat písemný záznam o daném setkání. Již od počátku by zde měla být značná snaha o správné budování vztahu. Je vhodné pracovat s vlastní empatií, ale zároveň vnímat dodržování hranic a profesionality. Při základním zjišťování většího množství informací je vhodné používat otevřených otázek, nicméně při jejich přílišném využívání by mohlo dojít k zahlcení klienta. Je tedy praktické doplňovat otevřené otázky otázkami uzavřenými a ověřovat si míru vzájemného porozumění. I v tomto případě jsou více než vhodné metody aktivního naslouchání, parafrázování, ujasňování, shrnutí a projevování přiměřené zpětné vazby. Nesnažit se o přílišné zaplňování tichých míst. Pracovat vhodně s emocemi. Při práci je důležité sledovat míru klientových či klientčinych úzkostných stavů, při jejich náhlém nárůstu je třeba v rámci rozhovoru zvolnit, případně ustanovit krátkou přestávku.⁵⁰

3.2. Vhodné metody

Pro práci s klienty a klientkami s úzkostnými poruchami je možno použít celou řadu postupů a metod. Mnohdy dochází k jejich kombinaci. Vždy však závisí na konkrétním jedinci a nastalé situaci. Variabilita výběru metod pomáhá v nastavení nejvhodnější strategie, což je důležité pro efektivitu práce s klientem/klientkou a především pro nastolení důvěry v rámci sociální práce s daným člověkem. Pokud by přístup či metoda byla zvolena špatně, mohlo by to mít za důsledek negativní ovlivnění celkového průběhu práce s jedincem. Je podstatné, aby klient získal všechny informace, které potřebuje znát. Mezi základní a nezbytné metody pro sociální práci s klienty s obsedantně – kompulzivní poruchou je tedy práce s informacemi. Pracovník/pracovnice by měl/a zvládnout takzvané

⁴⁹ HARTLEY, Mary. *Řeč těla v praxi: teorie, cvičení a modelové situace*. Vyd. 2. Přeložil Dana MAKOVÍČKOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0033-8. Str. 48

⁵⁰ TREVITHICK, Pamela. *Social Work Skills And Knowledge: A Practice Handbook*. 3. Vyd. England: Open University Press, Maidenhead : McGraw-Hill Education, 2012. ISBN 978-0-33-523807-1. Str. 186

informační ukotvení klienta, ale nikoli jeho zahlcení, což by mohlo způsobit navyšování úzkosti, kterou klient či klientka prožívá. Podání základních a pravdivých informací správnou formou může mnohdy výrazně dopomoci k navázání důvěry a k dobrému fungování vzájemné spolupráce.⁵¹

Vzhledem k tomu, že je úzkostné poruchy v mnohých případech důležité řešit interdisciplinárně, další z podstatných metod je delegování. Pracovníci by měli zvládnout zhodnotit racionálně situaci a být schopni určit, co spadá či nespadá do jejich kompetencí. Následně je vhodné předat klientovi či klientce kontakty na jednotlivé sociální služby, které se danou problematikou zabývají, na psychologickou či psychiatrickou pomoc a další odborníky v souvislosti s individuálním stavem klienta/klientky. V pracovišti sociálního pracovníka by se měl vždy nacházet pravidelně aktualizovaný seznam s nejrůznějšími kontakty, které by mohly být prospěšné v jednotlivých situacích. Je podstatné, aby docházelo k dostatečné sebereflexi pracovníků/pracovnic, zhodnocení vlastních znalostí zkušeností a předešlo se tak snaze pomoci klientovi či klientce i bez potřebných kompetencí, což by mohlo v dané situaci být velice problematické. V neposlední řadě je dobré užívat metodu postupného objasňování. Jedná se o důležitý proces, ve kterém hraje velkou roli zmapování a následné vyjasnění problému, který je klientem prezentován, způsobem, jakým ho chápe pracovník/pracovnice. V rámci této metody je podstatné zjistit rozsah daného problému, v tomto případě obsedantně-kompulzivní poruchy u klienta, a jeho vliv na klientovo okolí. Komunikace by zde neměla být příliš direktivně pojatá, v případě, že by tomu tak bylo, by klient s OCD mohl zaujmout obranný postoj, případně by mohlo dojít ke zkomplikování celé spolupráce. V ideálním případě by měly být informace rozkrývány postupně a zvolna a klient by měl dojít k uvědomění si základního rámce daného problému. Měl by zde být kladen důraz na motivování a podporování klienta a k nastínění směrů či možností řešení jeho situace.⁵²

Je možné zde využít i metodu konfrontace, především pokud se pracuje s klientem a zároveň se členy jeho rodiny či blízkými osobami. Jedná se o upozorňování klienta na rozpory, které se objevují v jeho tvrzeních a to takovou formou, aby klienta nezranila, ale

⁵¹ PROCHÁZKA, Roman. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3. Str. 29

⁵² PROCHÁZKA, Roman. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3. Str. 30

způsobila odkrytí stanovisek, nadhled i upřesnění. Zde by bylo vhodné také doplnit metodu reflexe, která pomáhá klientovi zvládnout lépe upřesnit informace, získat nadhled i patřičnou sebereflexi. Pracovník zde přeformuluje klientovo tvrzení do té míry, aby klient vnímal emoční reakce, zvládl lépe vyjádřit svůj pohled na danou situaci. Opět je důležité, aby zde pracovník nejednal příliš direktivně.⁵³

V mnoha různých situacích, při kterých je potřeba působit na behaviorální složku je možné využít metodu tréninku, do čehož spadá jak samo učení, tak i nácvik a opakování. Jedince může na základě tohoto kognitivně-behaviorálního přístupu lépe zvládat momenty neklidu či úzkosti. Prvotně pracovník/pracovnice cílí u klienta či klientky na konativní složku, zároveň je ale ovlivněna i složka emocionální a kognitivní. Mnohdy dochází při působení na jednu z těchto složek k ovlivnění a změně u dvou zbývajících složek. Klient/klientka si na základě konzultace s daným pracovníkem odnáší úkoly, které se pojí s nácvikem zvládnutí jednotlivých konkrétních problematických situací. Jedinec se následně do příštího setkání s pracovníkem zaměří na výskyt problematických situací, které si zaznamenal na základě pracovníkových instrukcí. Zmíněné záznamy slouží k následnému rozboru daných situací a k náhledu klienta/klientky v kognitivní, a především v racionální rovině. Tato metoda se hodí při práci s danými klienty i jejich rodinami či blízkými osobami. Jedná se o metodu, která je u osoby s OCD prospěšná k zvládnutí komunikace, konfliktních situací, zvyšování sociálních kompetencí a zvládnutí vlastních emocí. Pomáhá též s ventilací klientových/klientčinych pocitů napětí, neklidu a pocitů úzkosti. Krom tréninku je důležité zmínit i relaxační metody a techniky, které může pracovník individuálně navolit a jež mohou následně jedinci pomoci uvolnit napětí, jak tělesné, tak i to psychické, což také posiluje jeho pocit zvládnutí situace a kontroly nad vlastní situací, po určité době i bez nutnosti akutního plnění rituálu.⁵⁴

Při práci s jedincem s OCD a jeho okolím je důležité brát v potaz vnitřní světy a obrazy životní situace, které si jedinci uvnitř sebe utvářejí. Každý ze členů klientovy/klientčiny rodiny může mít zcela jiný pohled na danou situaci, ale pracovník by měl považovat všechny obrazy dané situace jako něčím opodstatněné, protože v rámci vnitřního světa dané osoby,

⁵³ PROCHÁZKA, Roman. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3. Str. 35

⁵⁴ PROCHÁZKA, Roman. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3. Str. 32

či člena rodiny mají svou logiku. Stejně tak je podstatné vnímat, že jsou tyto obrazy situace jednostranně zaměřené, dochází zde k opomíjení nejrůznějších souvislostí i nadhledu, který je při práci v dané situaci důležitým prvkem. Když se pracovník snaží o vzájemné pochopení jednotlivých účastníků, kupříkladu klienta a jeho členů rodiny, základem správného porozumění je, aby jednotlivci vzali v úvahu vnitřní obraz druhého. To ale neznamená, že se s tímto obrazem musí ztotožňovat, pouze vnímat individuální rozdílnost prožívání. Pokud tedy sociální pracovník/pracovnice pracuje s jedním členem rodiny, konkrétně s klientem s obsedantně-kompulzivní poruchou, je podstatné porozumět jeho pohledu na situaci a vnitřnímu obrazu, stejně tak, pokud pracovník/pracovnice zapojuje rodinu klienta, je nezbytné, aby pochopil všechny obrazy téže dané situace najednou a zachoval si přitom profesionální nadhled a neutralitu.⁵⁵

3.3. Faktory napomáhající utváření vztahu

Navázání vztahu s klientem či klientkou s úzkostnou poruchou, zde tedy konkrétně s obsedantně-kompulzivní poruchou, nemusí být snadné a může být časově i profesně náročné. Pro efektivní a funkční navázání vztahu mezi sociálním pracovníkem či sociální pracovnící a klientem/klientkou s OCD je vhodné ovládat některé profesní dovednosti či znát faktory, které mohou tomuto procesu dopomoci.

Jedním z možných pomocných faktorů je schopnost nepodmíněného přijetí ze strany pracovníka/pracovnice. Jedná se o dovednost, při které je jedinec vnímán bez emočních nároků. Vzhledem k tomu, že klienti a klientky s obsedantně-kompulzivní poruchou mohou během svého každodenního života zažívat nepochopení i nepřijetí ze strany jejich okolí, obzvláště při dlouhodobých potížích se především ze strany rodiny může jedinec dostávat do situace, kdy již jeho rodina není schopná opory na základě vlastního nedostatku emoční kapacity pro podporu. Je důležité, aby tyto pocity dané osoby při setkání s odborníkem z oboru sociální práce nevnímaly. Nepodmíněné přijetí, tedy situace, kdy si pracovník/pracovnice neklade podmínky pro přijetí a vytváří prostředí založené na důvěře a atmosféře bezpečí, výrazně podporuje vhodné budování vztahu mezi profesionálem a klientem/klientkou. Pracovník/ pracovnice se v rámci tohoto postoje

⁵⁵ KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X. Str. 31

nedopouští hodnocení či souzení klienta/klientky, ani výhrad k jeho či její situaci popřípadě stavu. Tento postoj dopomáhá i samotnému sociálnímu pracovníkovi/pracovnici k lepšímu pochopení sdělovaného obsahu a klient/klientka může pocít'ovat prostor k možnosti vyjádřit se i k tématům, která by se za pocitů nepřijetí ze strany pracovníků neotvírala. Bezpodmínečné přijetí následně může růst stejně tak jako se prohlubuje vztah mezi klientem/klientkou a sociálním pracovníkem/pracovnicí.⁵⁶

Dalším z faktorů, který může dopomoci k lepšímu utváření vzájemného vztahu je vymezení dostatečného času. Právě umění sociálních pracovníků/pracovnic rozvrhnout si čas věnovaný klientům je velice podstatný pro úspěšnou práci. Práce s klientem s obsedantně-kompulzivní poruchou je leckdy časově náročnější a čas sociálních pracovníků či pracovnic je mnohdy omezen. I z toho důvodu je vhodné dopředu čas rozvrhnout a nastínit vlastní časovou strukturu pro vzájemnou interakci. Je podstatné, aby, i přes pracovníkovo časové omezení, klient/klientka nepocít'oval/a časovou tíseň v rámci interakce. Toho se dá docílit i tím, že je danému jedinci v rámci vzájemné komunikace dána dostatečná pozornost. Klient by měl pocít'ovat, že ho sociální pracovník/pracovnice bere vážně a vnímá jeho sdělení, stejně tak by měl pocít'ovat, že má prostor pro vlastní sdělení. Sociální pracovník/pracovnice by neměl/a klientovi či klientce příliš narušovat projev, kupříkladu skákáním do řeči, naopak je vhodné připravit se na možnost náročné konverzace dopředu a užívat značné trpělivosti.⁵⁷

Prostředí, kde bude probíhat vzájemná komunikace, by mělo být klidné, s minimem rušivých elementů. Rušivé efekty mohou být značným znesnadněním interakce i budování vztahu s klientem/klientkou s obsedantně-kompulzivní poruchou. Je tedy výrazně napomáhající, aby z prostředí vyzařoval klid, stejně jako ze samotné osoby sociálního pracovníka či pracovnice.

K úspěšnějšímu navazování vztahu mezi odborníkem v oboru sociální práce a daným klientem/klientkou napomáhá užívání klientova/klientčina stylu jazyka. Tím není myšleno, aby sociální pracovník/pracovnice užíval/a naprosto totožný styl mluvy jako daný klient, nicméně je vhodné použít ve vlastním projevu některé z výrazů, které druhý člověk

⁵⁶ HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0221-9. Str. 68

⁵⁷ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej - naslouchám*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. Malý duchovní život. ISBN 978-80-7195-405-7. Str. 18

v rámci konverzace užívá. Projev by však měl vždy znít přirozeně a profesionálně. Stejně tak může fungovat i zrcadlení postojů klienta/klientky. Podstatné je, nenapodobovat ho mechanicky, čímž by se komunikace neupevňovala, ale docházelo by k její destrukci. Zrcadlení dopomáhá pracovníkovi/pracovnici k pochopení a uznání klienta/klientky, lépe se pak vcítí do jeho/její situace, klientovi či klientce se tím také dává najevo snaha pracovníka/pracovnice po porozumění a úspěšné komunikaci.⁵⁸

Důležité je, aby jedinec s OCD, který poprvé komunikuje s daným sociálním pracovníkem/pracovnicí necítil narůstání úzkosti, jež by se mohlo tvořit v souvislosti s nátlakem ze strany pracovníka či pracovnice. Komunikace by tedy, jak již bylo výše zmíněno, měla probíhat v poklidu, pracovník/pracovnice by měl/a působit vyrovnaně, profesionálně i rozvážně.

3.4. Interakce s osobami s OCD v rámci sociální práce

Při interakci sociálního pracovníka a klienta s obsedantně-kompulzivní poruchou je důležité, aby pracovník nevnímal klienta jen jako „další z případů“, ale jako člověka v rámci jeho individuality. Interakce je tedy na bázi komunikace dvou sobě rovných bytostí, z nichž každá má v něčem určitém jistý náskok nad tou druhou. Sociální pracovníci jsou v předstihu svou odborností, ale klient či klientka má svou vlastní, zcela specifickou a individuální zkušenost. Právě tato konkrétní zkušenost jedince s OCD může být pro něj stěží vyjádřitelná. Jedinec leckdy vůbec netuší, jak své pocity pracovníkovi vysvětlit a jak popsat, co prožívá. Vzhledem k tomu, že si je často sám vědom absurdností svých pocitů, může se obávat nepochopení ze stran pracovníků, na základě čehož se rozhodne tyto pocity raději nesdělovat. Klient či klientka může prožívat intenzivní stavy nejistoty a právě proto je pro pracovníka podstatné se již v úvodu zaměřit na navázání vztahu spojeného s důvěrou, pochopením a s nezlehčováním situace, ale zároveň s dodržováním předem stanovených hranic.⁵⁹

⁵⁸ HARTLEY, Mary. *Řeč těla v praxi: teorie, cvičení a modelové situace*. Vyd. 2. Přeložil Dana MAKOVIČKOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0033-8. Str. 79

⁵⁹ VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2. Str. 237

Při samotné interakci je značně důležité, aby pracovník/pracovnice působil/a klidným dojmem. Klid je při vzájemné komunikaci podstatný i z toho důvodu, že se může podílet na snížení aktuální míry nepříjemných pocitů u klienta/klientky či stavů úzkosti. Je dobré, když dochází též k posilování důvěryhodnosti, protože důvěra z jedné strany vytváří a následně posiluje důvěru ze strany druhé. Důvěra vzniká tam, kde spolu jedinci jednájí klidně, s trpělivostí a srozumitelně, tím dochází zároveň i k posilování mnohdy křehkého sebevědomí a k budování stabilnějšího vztahu mezi pracovníkem/pracovnicí a klientem/klientkou. Též je vhodné zmínit, že v jádru naslouchání v rámci interakce je porozumění a vnímání spolupodílení. Pracovník/ pracovnice by měl/a vnímat, že je součástí určitého procesu, který může být pro osobu, se kterou pracuje, zásadní. Měl/a by tedy vnímat svou roli a zároveň dodržovat profesionální hranice.⁶⁰

Mezi základní kvality v rámci vzájemné interakce u sociálních pracovníků/pracovnic může patřit kupříkladu odpovídající empatické porozumění, díky kterému se jedinec bude cítit pochopený, taktéž odpovídající nepodmíněné pozitivní přijetí daného jedince a v neposlední řadě je nezbytnou kvalitou opravdovost. Opravdovostí při práci s klientky/klientkami je myšlen především jakýsi soulad mezi tím, co pracovník/pracovnice aktuálně prožívá a co navenek vyjadřuje. Vyjádření navenek neobsahuje pouhé vyslovené verbální sdělení, ale i celou škálu doplňujících neverbálních signálů, jež jsou vědomě i nevědomě vysílána směrem ke klientovi/klientce. Klient či klientka mnohdy bývá naladěna právě na tuto specifickou rovinu pracovníkovy komunikace a může vnímat i jemné rozpory mezi neverbálními a verbálními projevy. Sociální pracovník či pracovnice by tedy neměl/a mít nasazenou pomyslnou profesionální masku, tedy hrát roli na základě představ o ideálním pracovníkovi/pracovnici. K profesionální masce se může jedinec uchýlovat v momentě, když se pokouší obhájit svou bezchybnost či erudici, nechává se zatlačit do obrany svých zásad, které nemusejí mít realistický základ nebo v situaci, kdy se pracovník cítí nejistý. Pracovník/ pracovnice by tedy měl/a vnímat své představy a myšlenky, ale zároveň i vlastní tělesné pocity, které se během práce s jednotlivými klienty/klientkami vynořují. Pokud daný pracovník/pracovnice ovládá metodu focusingu, může si pak snáze překládat významy vlastních tělesných pocitů do srozumitelnější podoby. Významy pak lze vyjadřovat při samotné práci s daným jedincem, ne každý z významů je však žádoucí při práci s klientem

⁶⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej - naslouchám*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. Malý duchovní život. ISBN 978-80-7195-405-7. Str. 95

či klientkou okamžitě vyslovit. Sociální pracovník či pracovnice může na základě vlastního zhodnocení vybírat ze svých prožitků jen to, co je pro daného klienta/klientku prospěšné a co jej/jí nezraňuje. V opačné situaci by mohlo dojít kvůli takovému jednání k poškození klienta/klientky. Vždy záleží na volbě slov ze strany odborníka, formulaci těchto vnímaných významů, na vzájemném vztahu i na individuálních obtížích, které klient/klientka prožívá. S tím souvisí i důležitý předpoklad pro opravdovost u pracovníků, což je upřímnost či lépe řečeno schopnost si nic nenalhávat a uvažovat racionálně v souvislosti na dané situaci.⁶¹

Je taktéž velice podstatné, aby se pracovník/pracovnice dostatečně orientoval/a v definicích či základní problematice úzkostných onemocnění. V mnohých případech totiž může docházet, především ze strany laiků, k označování úzkostí a starostí jako obsesí. Následně pak hrozí riziko předdiagnostikování.⁶² Sociální pracovníci nejsou lékaři, aby klienta diagnostikovali, zároveň by se neměli dopouštět chyb ve vzájemné interakci na základě vlastní neznalosti onemocnění. Základní povědomí o jednotlivých onemocněních a rizika při práci s nimi může pracovníkům výrazně pomoci při práci s klienty/klientkami i jejich rodinami a přispívá k vzájemnému porozumění, obzvláště u úzkostných poruch zde konkrétně u obsedantně-kompulzivní poruchy.

Pracovník či pracovnice se při práci s osobou s obsedantně-kompulzivní poruchou může cítit kontrolu ze strany tohoto jedince, zahlcení velice rozsáhlou argumentací a kritiku, což může u pracovníků vzbuzovat až pocity náhlého či narůstajícího vzteku. Klient/klientka může působit necitlivě a leckdy může být patrná izolace emocí. Například se může zdát, že i přes náročné životní situace, jako je kupříkladu úmrtí v rodině, jedinec s OCD neprožívá emoce. U pracovníka se může objevit i pocit izolace a osamocení.⁶³

Při práci s klientem/klientkou se nejčastěji vyskytují z hlediska účinnosti rady, techniky a intervence. Nejpodstatnější je však samo navázání vztahu mezi klientem či klientkou a sociálním pracovníkem/pracovnicí. Vztah by měl být dostatečně motivující, spojený s pozitivními zkušenostmi a zároveň založený na vzájemném respektu. Oboustranná úcta i pochopení je nezbytná pro samotnou spolupráci. Sociální pracovník/pracovnice by měl/a

⁶¹ HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0221-9. Str. 64

⁶² COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4. Str. 134

⁶³ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 106

zvládnout přijmout klienta takového, jaký je a snažit se pochopit tíhu jeho situace, překážky i jednání v některých životních momentech. Překážkou se mohou jevit odlišné představy a hodnoty, které jsou mnohdy zcela odlišné od hodnot většinové společnosti i pracovníka. Mezilidská komunikace je tedy tím správným nástrojem pro tvoření dobrého, stabilního a profesionálního vztahu mezi pracovníkem/pracovnicí a klientem/klientkou. Měl by být užíván jasný a srozumitelný jazyk a informace, které klient/klientka získává, by se měly zakládat na pravdě i kdyby to nebylo zcela příjemné. Daná komunikace by měla být vždy dostatečně přizpůsobena aktuální klientově či klientčině situaci.⁶⁴

Podstatné je, aby se pracovník/pracovnice dostatečně zaměřil/a na správnou komunikaci. Komunikace s klientem, který trpí obsedantně-kompulzivní poruchou, může být v některých případech patologická, tedy taková, že jsou projevy daného jedince očividně abnormální. Jedinec je mnohdy schopen klasické komunikace, ale rychleji může docházet k jeho přetížení, k zahlcení podněty nebo k návalu úzkosti, která vzájemnou komunikaci také značně ovlivňuje. Následná snaha pracovníka o racionální, znormalizovanou komunikaci nemusí být úspěšná.⁶⁵

Komunikace klienta/klientky s OCD bývá často nutkavá. Krom nutkavých tělesných projevů je i verbální komunikace spojena s ritualizovaným či stereotypním opakováním. Projevuje se zde opakování stále téhož, kupříkladu stejných otázek, stejných výrazů nebo nutkavé kontrolování. Jak bylo zmíněno výše, může se zde projevit nával úzkosti, přičemž vždy záleží na míře jeho intenzity, ale výrazně se odráží na aktuální komunikaci. Jedinec je leckdy nesoustředěný, podrážděný, roztržitý, jeho zaujetí se může v daný moment více vztahovat k uskutečnění rituálu nebo k pocitům ohrožení, kupříkladu z možnosti ušpinění než k obsahu sdělení. Pokud jsou jedincovy rituály narušeny nebo se mu nedaří je splnit, může docházet k navýšení úzkosti až k výbušnosti a v takovém případě už dosavadní komunikace přestává fungovat.⁶⁶

Bylo by vhodné, aby sociální pracovník či pracovnice znal/a základní tělesné přístupy, které mohou klientovi/klientce pomoci při snaze zvládnout úzkostný projev nebo projev akutního neklidu. Jedná se o relaxaci, klidné a kontrolované dýchání a v neposlední řadě o

⁶⁴ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. Str. 97

⁶⁵ VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2. Str. 225

⁶⁶ VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2. Str. 228

tělesné cvičení. Při správně prováděné relaxaci může u klienta/klientky dojít ke snížení v některých případech i k odstranění tělesného napětí, kupříkladu ke zmírnění bolesti svalů, sevření žaludku i bolesti hlavy. Pokud se jedinec naučí klidnému kontrolovanému dýchání, což ač se tomu tak nemusí zdát, není snadný proces, může pohotově snížit míru tělesných příznaků, jako jsou závratě a bušení srdce nebo lapání po dechu. Ačkoli mnozí lidé považují dýchání jako samozřejmý proces, při snaze o kontrolované a správné dýchání je důležité se ho správně naučit. Člověk, který se nachází ve stresu nebo je více psychicky zatížen, má strach nebo úzkost, většinou dýchá zrychleně, tedy dochází u něj k takzvané hyperventilaci. Tento způsob dýchání vzniká proto, aby byla daná osoba lépe zásobena kyslíkem, především v oblasti svalů. To je přirozená příprava lidského těla pro následnou reakci - tedy útok nebo útek. Pokud ale dochází k dlouhodobé či trvalé hyperventilaci, jedinec může mít nadměrnou hladinu kyslíku a sníženou hladinu oxidu uhličitého, což není rovnovážný stav. Z této skutečnosti se pak rozvíjí nejrůznější tělesné příznaky, jako jsou pocity vyčerpání, problém s dýcháním, únava, křeče nebo třes, neostré vidění, točení hlavy, může dojít i k bolesti na hrudi a dalším nepříjemným projevům. Dané pocity pak jedince mohou natolik vyděsit, že způsobí další zrychlení dýchání a tím se projevy více prohlubují. Právě z toho důvodu je podstatné, aby jedinec, obzvláště ten, který trpí úzkostnou poruchou, znal či ovládal alespoň základní postupy pro správné dýchání. Většinou se jedná o lehké a pravidelné dýchání s vdechováním nosem. Sociální pracovníci by měli tyto postupy znát a být připraveni klienty o možnostech správného dýchání při jejich neklidu informovat. Co se týče pravidelného cvičení na jeho základě, při pravidelném a dlouhodobém provádění může docházet k předcházení úzkostným tělesným příznakům a neklidu. Dochází mnohdy ke zvyšování odolnosti vůči psychickým příznakům úzkosti a zabraňuje rozvoji depresivní nálady.⁶⁷

Důležitá je samozřejmě také multidisciplinární spolupráce a týmová spolupráce v rámci různých oborů. Je potřeba se v rámci týmové spolupráce mezi obory zaměřit na budování profesionálních vztahů s odborníky v různých oborech. Mnozí lidé se mohou domnívat, že spolupráce s odborníky v jiných oborech v rámci pomáhajících profesí mohou být limitující v rámci jejich pracovní a profesionální svobody. Stejně jako existující možnost zátěže

⁶⁷ PRAŠKO, Ján. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti: [výuková pomůcka pro studenty středních a vyšších zdravotnických škol]*. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0185-5. Str. 95

z týmové či multidisciplinární spolupráce může tento druh spolupráce přinést i mnoho podpory a pomoci pracovníkům/ pracovnícím v nalezení nadhledu.⁶⁸

Pracovníci by měli mít předem připraveny kontakty na nejrůznější odborné profese a sociální služby či organizace, které by klienti s danou diagnózou či s jejím podezřením na základě příznaků, mohli navštívit, případně, kde by mohli sehnat dostatečné informace. Sociální pracovník či pracovnice nemá klienta/klientku s obsedantně-kompulzivní poruchou léčit, ale měl by být schopen pomocí metod aktivního naslouchání s jedincem komunikovat, podporovat ho, motivovat, vědět, kam se může obrátit a být schopen/schopna tyto kontakty zprostředkovat.

3.5. Rizika při sociální práci s osobami s OCD

Pokud se klient či klientka ocitne v přílišném stresu, může dojít k relapsu či k akutnímu návratu obtíží, v takovém případě je podstatné, aby pracovník ovládal práci s emocemi u klientů, což je při práci s osobami s obsedantně-kompulzivní poruchou, nejen v krizovém momentu, více než důležité. Pracovník/pracovnice může s klientem/klientkou již předem pracovat na přípravě ke zvládnání náročných situací, tedy znát alespoň přibližný postup při zvládnání nezdarů, což se nejlépe provádí ve formě plánování či trénování. Jestliže je daný klient s OCD již v rámci léčby, léčba sama o sobě by mu měla pomáhat ve zvládnání stresových situací, což však může podpořit i zmíněná vlastní příprava na náročné chvíle. Konkrétně je vhodné se zaměřit na takzvaný krizový plán. Tedy na soupis nelehkých až krizových momentů, které jedinec očekává v blízké i vzdálenější budoucnosti a kterých se obává. V ideálním případě se tedy jedná o sepsaný postup, jak v takových situacích jednat, případně v nácviku tohoto postupu. Je dobré zohlednit všechny možnosti, které mohou nastat, aby jedinec v momentu stresové situace co nejlépe zvládl vlastní jednání.⁶⁹

⁶⁸ PAYNE, Malcolm. *Teamwork in multiprofessional care*. Chicago: Lyceum Books, 2000. ISBN 0-925065-36-6. Str. 1

⁶⁹ PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-531-4. Str. 68

Rizikem při práci s klientem či klientkou je také sklouznutí k takzvané kontraproduktivní komunikaci. Jedná se o typ komunikace, která nikterak nevede k porozumění mezi pracovníky a klienty, ale spíše k vzájemnému oddalování, nepochopení či k manipulaci a dalším interakčním chybám. Tento druh komunikace vyvolává pocity tísně a prohlubuje stavy úzkosti, což je u klientů/klientek s obsedantně-kompulzivní poruchou rizikový směr. Pracovník/pracovnice by si tedy měl/a být vědom/a, že se jedná o nezdravou a kontraproduktivní komunikaci tehdy, kdy dochází k nátlaku od některé z komunikujících stran, v momentě, kdy se v rámci komunikace jedna z komunikujících osob dostává do nadřazeného postavení či když se komunikace řídí stylem výhra/prohra. Důsledky takové interakce mohou mít značně negativní charakter. Ke kontraproduktivní komunikaci může docházet kupříkladu při neúmyslném nepochopení významu sdělovaného obsahu, nevhodnému užití výrazů/slov nebo mylnou či příliš zbrklou interpretací. Stejně tak je nevhodné používat, úmyslně i neúmyslně, některou z manipulativních technik při snaze dojít k efektivní komunikaci. Podstatné je odstraňovat bariéry, které se objevují při komunikaci. Ať se již jedná o externí bariéry, které bývá mnohdy snazší odstranit, jako je například příprava prostoru jeho uspořádáním, aby klient necítil z prostoru, ve kterém probíhá interakce tíseň a neklid. Snížení rizika vyrušení od jiné osoby při práci s klientem/klientkou, snížení hluku, odstranění předmětů, které by mohly být pro jedince s OCD výrazně rozptylujícím a snaha o jeho nepřehlcování. Z hlediska interních bariér je třeba dbát na již zmíněné riziko emoční nestálosti. Mohou se objevit negativní emoce, náhlý strach, zlost, úzkost, což podtrhuje interakční bariéry. Rizika při práci s osobou s obsedantně-kompulzivní poruchou pramení z jejího aktuálního rozpoložení i zdravotního stavu, také z fyzického nepohodlí a bariér postoje. Tyto skutečnosti je mnohdy těžké ze strany pracovníků ovlivnit, nicméně je podstatné je vnímat a brát v potaz. Ideální je tedy dostatečná připravenost pracovníka či pracovnice na nejrůznější scénáře, které mohou při práci s klienty nastat. Pracovníci by měli být připraveni jednat flexibilně vzhledem k aktuálnímu stavu klientů a zvládat základní metody práce s emocemi do té míry, aby u daného jedince nedocházelo k narůstání napětí a jeho následkům. Příprava na rizikové situace je v tomto případě tedy základem pro vhodnou interakci s osobou s OCD.⁷⁰

⁷⁰ POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-524-2. Str. 43

V neposlední řadě je třeba zmínit, že stres a neklid dopadá mnohdy i na pracovníka/pracovnici, který/ktará s daným klientem či klientkou pracuje. Pracovníci mohou vnímat sami u sebe stres, když absorbují neklid, pocity úzkosti a nestability, které prožívá klient/klientka. Je podstatné tyto pocity nepotlačovat, místo toho je vhodně zpracovat. Stres a neklid nepřijímá pracovník či pracovnice pouze od klientů, ale také z nejrůznějších profesních aspektů i ze svého okolí a každodenního života. Pracovníci z velké míry stresu v práci i okolí mohou prožívat mnohé negativní emoce, které působí mimo jiné i na jejich pracovní efektivitu.⁷¹

Pracovníci by měli být při práci s klienty s úzkostnou poruchou předem připraveni, na skutečnost, že se setkají s nepříjemnými pocity či s velkým množstvím úzkosti, které bude jedinec prožívat. Tato příprava jim může pomoci v samotném pracovním procesu a zpracovávání klientových/klientčinyých i vlastních emocí.

Je důležité podotknout, že rizikem při práci s osobou s úzkostnou poruchou může být i samotný úzkostný pracovník. I sociální pracovník či pracovnice může ve svém soukromém životě zažívat náročné chvíle, nelehké období, taktéž se může sám/sama potýkat s úzkostí či neklidem i nejrůznějšími duševními potížemi. Je tedy vhodné, aby pracovníci předem zvážili, zda se aktuálně sami nenachází v situaci, která by mohla negativně ovlivňovat jejich práci s klientem/klientkou. Pokud by tomu tak mohlo být, je vždy vhodnější variantou zvolit přenechání práce s tímto jedincem kolegovi nebo kolegyni v oboru. Takový krok by byl učiněn ve prospěch daného klienta/klientky i samotného pracovníka a zamezil by případným komplikacím, které by mohly v opačné situaci nastat.

Sebereflexe u pracovníků a pracovnic a včasné zhodnocení rizik u klienta či klientky i samotných pracovníků je základním a velice podstatným předpokladem pro úspěšnou sociální práci.

⁷¹ HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. *Supervision in the Helping Professions*. 3. Vyd. Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press, 2006. ISBN 9780335218172. Str. 26

4. Průzkum

Průzkum se věnuje tématu obsedantně-kompulzivní poruchy, konkrétně informovanosti dotázaných osob o tomto tématu a jejich schopnosti pracovat s klienty či klientkami s danou úzkostnou poruchou. Níže popisované šetření obsahuje nejprve část základní metodiky, jež objasňuje formu, na základě které byl průzkum utvářen a část popisující hlavní a vedlejší průzkumné otázky. Dále se uvádí, jaký byl zvolen vzorek respondentů a respondentek a jaké podmínky byly předem určeny pro jeho výběr.

Součástí průzkumu je i určení jeho cíle, za kterým již následuje předložení výsledků, rozdělených podle individuálních okruhů na základě oblastí, které byly zkoumány. Je zde obsaženo i grafické znázornění jednotlivých výsledků, vždy přiřazeno k dané kategorii, které se týkalo. Další a neméně důležitou částí je i shrnutí předkládaných výsledků průzkumu. Následně je průzkum doplněn o diskusi, kde jsou popsány jevy či situace, jež mohly jakkoliv ovlivnit výsledky tohoto šetření. Průzkum byl zpracováván se snahou o co největší objektivitu a dodržování etického přístupu.

4.1. Metodologie

Formou užívanou k vypracování tohoto průzkumu je kvantitativní metoda, konkrétně dotazníkové šetření. Obsahuje čtrnáct otázek, z nichž je dvanáct uzavřených a dvě otevřené, ty jsou určeny pro hlubší pohled na danou situaci.

Výhodou dotazníkového šetření je možnost získání informací od většího množství respondentů a respondentek, s poměrně nízkými náklady v relativně krátkém čase. Důležitým kladem kvantitativního průzkumu, konkrétně dotazníků, je i přesvědčivá anonymita dotazovaných osob. Je však třeba si dát pozor na dostatečnou návratnost dotazníků, protože dotazník klade veliký důraz na ochotu respondentů a respondentek spolupracovat na daném průzkumu. Pro osobu, která dotazník obdrží, je snadné účast na dotazování odmítnout, případně některé z otázek nezodpovědět nebo dotazník během vyplňování předem ukončit. Právě z těchto důvodů, převážně tedy kvůli možnosti nízké návratnosti, je podstatné být předem připravený na nutnost rozšíření násobně většího množství dotazníků předpokládaným respondentům/respondentkám, než jaký je zamýšlený počet dotazovaných osob v závěru sběru dat. Výše počtu těchto osob by měla být dostatečná,

aby nedošlo ke ztrátě reprezentativnosti daného vzorku. Stejně tak je třeba se zaměřit na riziko vyplňování dotazníku jinou osobou, než předem určenými respondenty a respondentkami, případně osobami, které nesplňují předem určené požadavky pro jejich účast na průzkumu. I z tohoto důvodu je vhodné dotazník co nejvíce přiblížit a směřovat přímo k danému respondentovi/respondentce, aby se k vyplňování informací dostala ta pravá osoba. Pomocí zpřesňujících úvodních otázek je také možné zjistit příslušnost vyplňujících osob k danému předem vybranému vzorku, díky čemuž se při vyhodnocení rychleji daří vyřadit jednotlivé dotazníky, které pochází od osob nevhodných pro tento průzkum.⁷²

Otázky v dotazníku mají být srozumitelné a jasně formulovány a měly by být pro dotazované osoby dostatečně pochopitelné. Respondentům a respondentkám, tedy sociálním pracovníkům a sociálním pracovnícím jsou pod otázkami udávány možnosti odpovědí. Jak již bylo výše zmíněno, dotazníkové šetření obsahuje uzavřené i otevřené otázky. Odpovědi na uzavřené otázky by měly být jednoznačné a u otevřených otázek jde zas o dostatečný prostor pro vymezení respondentovy či respondentčiny odpovědi. Škála pro hodnoty u otevřených otázek se vytváří na rozdíl od uzavřených otázek až následně, na základě zodpovězených otázek od respondentů a respondentek. Podstatnou součástí u průzkumu je jeho validita, tedy snaha o co nejvěrněji zachycenou skutečnost a také jeho reliabilita tedy opakovatelnost v případě, že budou stanoveny stejné podmínky neboli spolehlivost. Je zde kladen důraz na vhodné pořadí předkládaných otázek především z důvodu logického navazování a sledu v rámci dotazování. Nemělo by zde docházet k situacím, kdy bude zodpovězení otázky zkreslovat odpověď na otázku následující. Stejně tak je důležitá i vhodná úprava dotazníku, aby byl dotazník pro jednotlivce co nejlépe uchopitelný i důvěryhodný.⁷³

Podstatnými pravidly pro vyhotovení tohoto průzkumu je dodržování etických zásad, nezaujatost i objektivita. Stejně tak je nezbytné postupování dle předem připravené a stanovené struktury pomocí kritického pohledu, se snahou o co největší míru odborné úrovně celého textu.

⁷² DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7. Str. 141

⁷³ ŘEZANKOVÁ, Hana a Tomáš LÖSTER. *Úvod do statistiky*. Praha: Oeconomica, 2009. ISBN 978-80-245-1514-4. Str. 97

4.1.1 Hlavní a vedlejší otázky průzkumu

Hlavní průzkumná otázka: Mají sociální pracovníci a pracovníce povědomí o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy?

Vedlejší průzkumné otázky:

1) Jak častá je zkušenost s klientem s obsedantně-kompulzivní poruchou v praxi sociálních pracovníků a pracovníc?

2) Jak frekventované je vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníc v oblastech úzkostných poruch?

3) Jaké je povědomí sociálních pracovníků a pracovníc o možnostech a způsobech práce s klienty a klientkami s obsedantně-kompulzivní poruchou?

Hlavní průzkumnou otázku zkoumá a zodpovídá především okruh 4.4.1., doplňují pak okruhy 4.4.2. a 4.4.4., jejich vyhodnocení je níže uvedeno.

Vedlejší průzkumnou otázku č. 1. zodpovídá okruh 4.4.2. pomocí dotazníkové otázky - Setkal/a jste se někdy s klientem/klientkou s obsedantně-kompulzivní poruchou? Vyhodnocení společně s grafickým znázorněním je uvedeno u daného okruhu.

Vedlejší průzkumnou otázku č. 2. zkoumá okruh 4.4.4. k čemuž využívá otázek - Zúčastnil/a jste se někdy semináře/školení, které se zabývalo úzkostnými poruchami? A taktéž otázka - Zúčastnil/a jste se někdy semináře/školení, které se zabývalo obsedantně-kompulzivní poruchou?

Vedlejší otázku č. 3. zodpovídá oblast 4.4.3. pomocí otázky – Víte na které sociální služby či neziskové organizace se klient/klientka s obsedantně-kompulzivní poruchou může obrátit? Tuto otázku doplňovala podotázka – Vypište prosím, na které sociální služby či neziskové organizace by se dle Vašeho názoru mohl klient s obsedantně-kompulzivní poruchou obrátit. Taktéž byla použita otázka – Jestliže jste se v praxi setkal/a s klientem/klientkou s OCD, jaké metody práce jste použil/a a jaká úskalí jste při práci vnímal/a?

Všechny zmíněné průzkumné otázky jsou zpracovávány v rámci jednotlivých okruhů na základě předložených a interpretovaných výsledků dotazníkového šetření. Zároveň je v rámci této diplomové práce pro větší přehlednost zařazen okruh Shrnutí výsledků

průzkumu, který ukazuje systematický souhrn zjištěných informací spolu s přehledem zodpovězených průzkumných otázek.

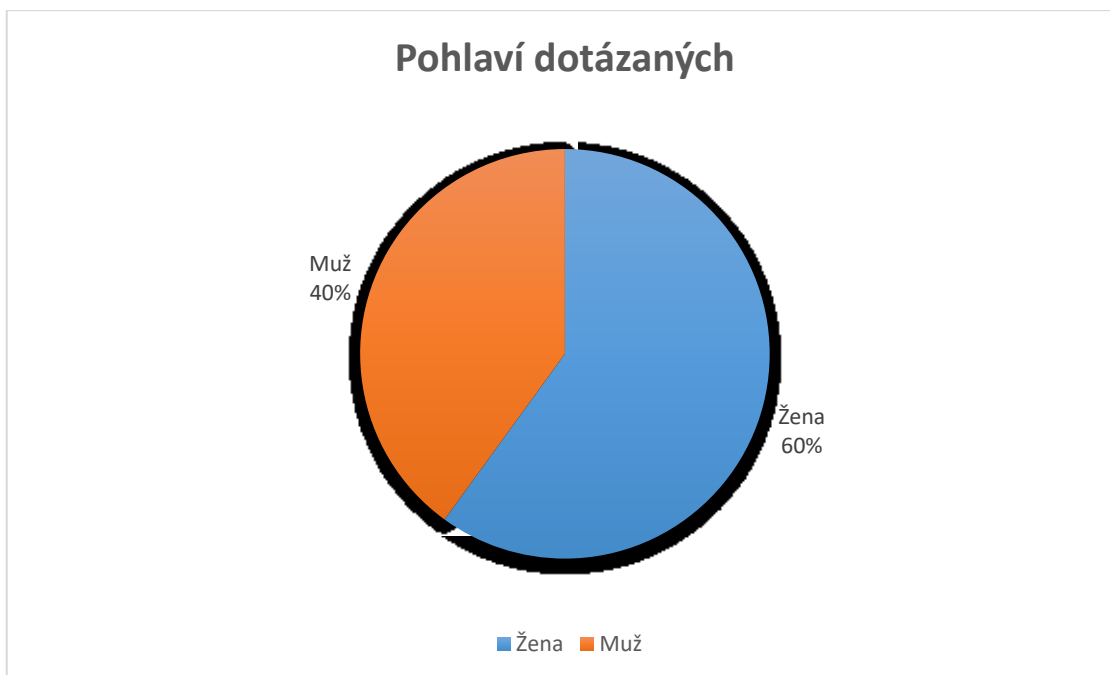
4.2. Respondenti a respondentky průzkumu

Respondenty a respondentkami jsou v rámci tohoto průzkumu osoby, které pracují na pozici sociální pracovník, sociální pracovníce. Další podmínkou pro zapojení dotazovaných osob bylo také jejich absolvované studium dle platného zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách. V rámci tohoto kvantitativního šetření byly součástí dotazníků i informativní otázky na věk a pohlaví jedinců, pro bližší zaměření průzkumu.

Celkově se jedná o počet jedné stovky osob, tedy jedinců z dané profese, která vykonává svou práci na území České republiky. Část navrácených dotazníků musela být při zpracování vyřazena z důvodu nesplnění základních požadavků pro respondenty či respondentky tohoto průzkumného šetření. Nejčastěji se jednalo o vyřazení dotazovaných osob, které nevykonávaly svou práci na pozici sociální pracovník/pracovnice, ale na některé z blízkých pozic, kupříkladu pracovník/pracovnice v sociálních službách, terapeut/terapeutka, zdravotní sestra či psycholog/psycholožka. Další důvod pro vyřazení respondentů případně respondentek bylo i jejich rozdílné vzdělání, tedy jiné vzdělání, než jaké je dané dle zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách.

Až na základě důkladného vyřazení části navrácených dotazníkových formulářů a ponechání pouze dotazníků, jejichž respondenti/respondentky mohou být součástí tohoto průzkumu, došlo k zpracování informací.

V tomto průzkumu se nachází celkový počet 100 dotazovaných osob. Počet 100 jedinců se počítá již po odstranění nevhodných respondentů a respondentek. V rámci průzkumu se pracuje se šedesáti ženami a čtyřiceti muži. Tento nepoměr, tedy 60 procent žen a 40 procent mužů souvisí s genderovým nepoměrem v oblasti pomáhajících profesí, zde tedy konkrétně v oblasti sociální práce, kde se nachází větší procento žen – sociálních pracovníc.

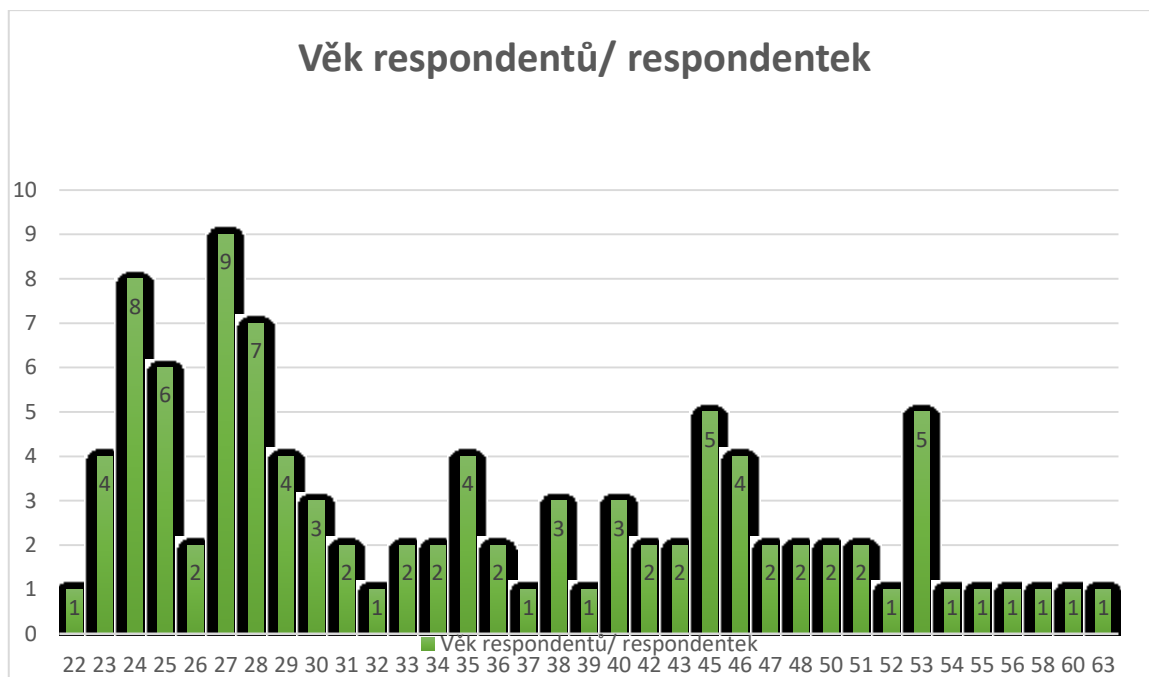


(Graf číslo 1 – ukazující zastoupení jednotlivých pohlaví v rámci průzkumu. Vlastní tvorba grafu)

Věk dotazovaných osob se pohyboval ve škále od 22 let až po věk 63 let. Dotazníkové šetření tedy zahrnuje z hlediska věku širokou škálu respondentů a respondentek, což je vhodné pro širší uchopení daného tématu.

Nemělo by se tedy jednat o pouhé sledování jedné generace, ale šlo o obsažení širší věkové struktury. Získaná data jsou tedy jak od sociálních pracovníků a pracovníc, jež mají čerstvě či nedávno absolvována svá studia, tak i od osob s dlouhodobější praxí v oboru.

Průměrný věk respondentů a respondentek, tedy osob z tohoto průzkumu- jež uvedly svůj věk do daného dotazníku, je 40, 34285 let. Průměr byl vypočítán na základě získaných údajů z dotazníkového šetření.



(Graf číslo 2 – ukazující zastoupení věkových kategorií v dotazníkovém šetření. Vlastní tvorba grafu)

Důležitou součástí šetření byla i položka v dotazníku, která respondenty a respondentky informovala o tom, že své odpovědi poskytují pro účely průzkumu a jejich výsledky budou veřejně přístupné. Každá z dotazovaných osob musela být s touto skutečností srozuměna, obeznámena a následně jí potvrdila svým souhlasem. Bez tohoto odsouhlasení nemohla být data z daných dotazníků dále zpracovávána.

Byla tedy použita pouze data z dotazníků, u kterých daní jedinci potvrdili svým souhlasem informovanost o účelech šetření a následné zpřístupnění anonymních dat v rámci výsledků pro širokou veřejnost.

4.3 Cíl průzkumu

Tento průzkum má za cíl zjistit, jaké je povědomí sociálních pracovníků a pracovníc o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy.

Důležité je získání potřebných informací od sociálních pracovníků a pracovníc na základě předem stanovených podmínek pro uskutečnění průzkumného šetření. Podstatné je též

dodržování anonymity respondentů/respondentek, zachování etického přístupu při práci s dotazovanými osobami i následně se získanými daty.

4.4. Předložení výsledků

Následující část diplomové práce se týká výsledků dotazníkového šetření, které se věnovalo obsedantně-kompulzivní poruše v praxi sociálních pracovníků a pracovníc. Mezi dotazníky, které následně byly zpracovány, byly zařazeny pouze ty dotazníky, u kterých bylo z pozice respondentů a respondentek odsouhlaseno, že mohou být výsledky použity pro účely této diplomové práce. Užití a zpracování dat získaných z kvantitativního šetření tedy bylo ze strany respondentů předem potvrzeno, jak je již výše zdůrazněno. Průzkum probíhal na území České republiky v roce 2019.

Předkládání výsledků průzkumu se zde dělí dle okruhů pro větší přehlednost a jasnější strukturu. Okruhy se týkají povědomí respondentů a respondentek o pojmu obsedantně-kompulzivní porucha, další z okruhů se týká přímé praxe dotazovaných osob ve spojitosti s touto poruchou u klientů/klientek. Neméně důležitým okruhem je část, zaměřující se na orientaci respondentů a respondentek v oblasti podpory pro osoby trpící obsedantně-kompulzivní poruchou, stejně tak je zde uveden i okruh zabývající se vzděláváním sociálních pracovníků i pracovníc v rámci předem vymezených oblastí.

Každý z následujících okruhů obsahuje i grafické zobrazení výsledků. Tvorba grafů byla vlastní a vždy se zakládala na objektivně získaných údajích bez jakéhokoliv zkreslování výsledků. Vzhledem k důležitosti anonymity respondentů i respondentek tohoto průzkumu se kladl důraz na neuvádění žádných dat, která by mohla vést ke kterékoliv konkrétní osobě. Grafy jsou zahrnuty jako součást této diplomové práce s cílem snadnějšího porozumění výstupům dotazníkového šetření i z důvodu vyšší přehlednosti. Předkládání výsledků průzkumu tedy probíhalo na základě uvádění pravdivých údajů a ve snaze o co největší přesnost v rámci celého dotazníkového šetření.

Cílem průzkumu bylo zjistit, jaké je povědomí sociálních pracovníků a pracovníc o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy. Vzhledem k tomu, že hlavní i vedlejší otázky průzkumu byly zodpovězeny a dotazníkové šetření probíhalo za vhodných podmínek na základě etiky i objektivity, lze považovat cíl za splněný.

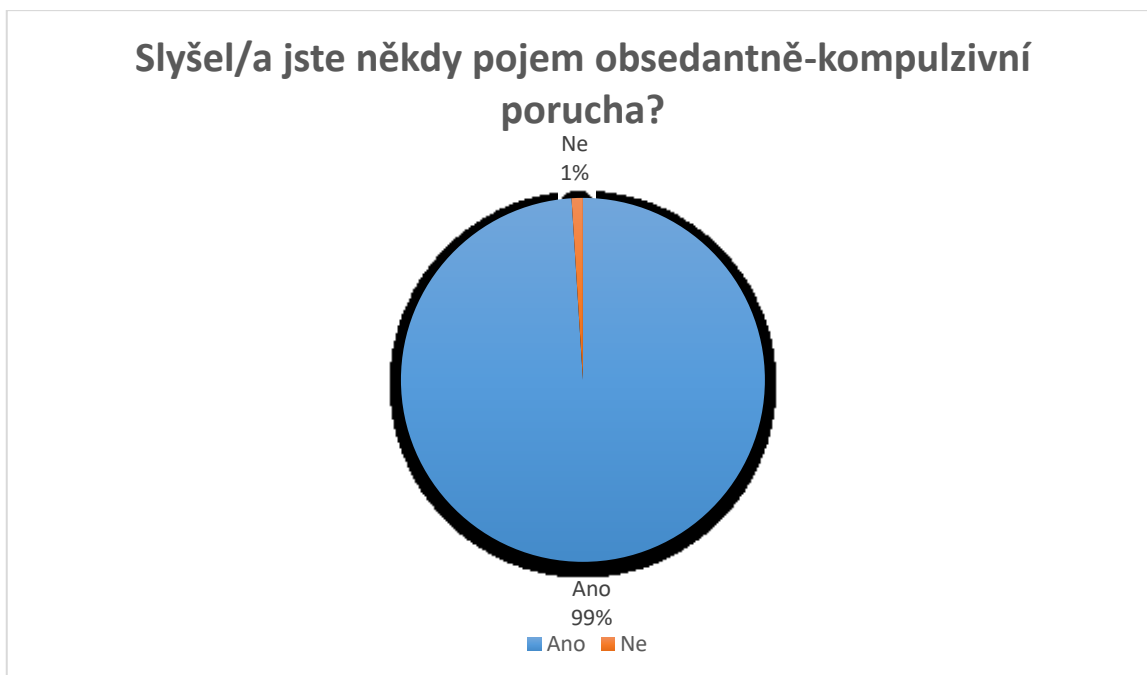
Níže jsou již rozebírány i předkládány jednotlivé okruhy, na základě kterých jsou zodpovídány průzkumné otázky a díky kterým bylo možné interpretovat výsledky.

4.4.1. Povědomí respondentů a respondentek o OCD

Důležitou součástí tohoto okruhu bylo zjišťování míry obeznámení či povědomí o daném základním pojmu/názvu poruchy, kterou se tato diplomová práce zabývá. Tedy do jaké míry se dotazované osoby již v minulosti setkaly s pojmem obsedantně-kompulzivní porucha, zda ho již někdy zaznamenaly. Tato otázka je zásadní pro zodpovídání hlavní průzkumné otázky – tedy zda Sociální pracovníci a pracovnice mají povědomí o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy. V první řadě je tedy podstatné zjistit, zda jsou dotázaní jakkoliv informováni o daném pojmu.

Na základě výsledků dotazníkového šetření se ukázalo, že většina respondentů a respondentek již někdy slyšela pojem obsedantně-kompulzivní porucha. Tedy konkrétně 99 procent respondentů a respondentek, což se rovná 99 osobám, již někdy slyšelo pojem Obsedantně-kompulzivní porucha. Pouze jedno procento dotazovaných osob tento pojem nikdy nezaregistrovalo/neslyšelo. Tento fakt může souviset s celkovou informovaností respondentů i respondentek, jejich vzděláním, ale také s užíváním tématiky obsedantně-kompulzivní poruchy v rámci médií. Zároveň se však může u mnohých z dotázaných jedinců jednat o pouhou pasivní znalost daného pojmu, není zde tedy určeno, jak hluboké jsou jejich vědomosti o dané úzkostné poruše.

Přibližující informace měly zjišťovat následné otázky, jejichž výsledky jsou předloženy níže. V rámci tohoto prvního okruhu se však dá říci, že samotný pojem obsedantně-kompulzivní porucha respondentům a respondentkám tohoto dotazníkového šetření ve většině případů není neznámý.



(Graf číslo 3 – týkající se povědomí o pojmu obsedantně-kompulzivní porucha. Vlastní tvorba grafu)

4.4.2. Obsedantně-kompulzivní porucha v rámci každodenní praxe sociální práce

V rámci každodenní praxe se s klienty/klientkami s obsedantně-kompulzivní poruchou setkává 43 procent respondentů a respondentek, pro upřesnění se jedná o osoby, které se v rámci své práce již setkaly s jedincem, který trpí touto poruchou.

21 procent respondentů a respondentek pak uvádí, že se s klientem či klientkou s obsedantně-kompulzivní poruchou během své práce jako sociální pracovníci, nikdy nesetkalo.

36 procent z celkového počtu dotázaných pak uvádí, že neví a není si vědomo, zda klienta či klientku s obsedantně-kompulzivní poruchou již zaznamenalo. Tato skutečnost může být způsobena tím, že daná porucha nemusela být u daných jedinců přítomna. Taktéž obsedantně-kompulzivní porucha u klientů a klientek ze strany sociálních pracovníků i pracovníc nemusela být rozpoznána, jedinci je o této situaci nemuseli informovat, nebo se jistá část pracovníků a pracovníc na danou oblast při své práci nezaměřovala.

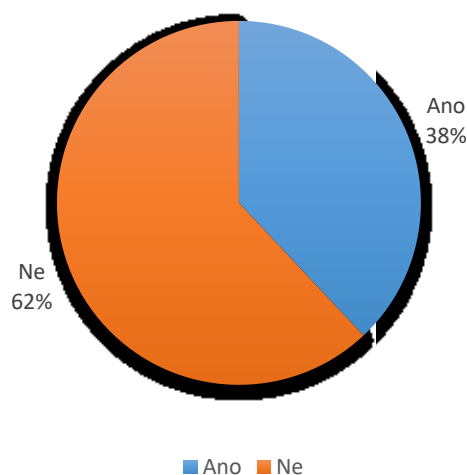


(Graf číslo 4 – ukazující zkušenost respondentů/respondentek s prací s klientem/klientkou s obsedantně-kompulzivní poruchou. Vlastní tvorba grafu)

Dále se dotazníkové šetření zaměřovalo na zjišťování míry informovanosti respondentů/respondentek ohledně možnosti práce s klienty s obsedantně-kompulzivní poruchou. Zde dle daných výsledků průzkumu vychází, že 38 procent respondentů a respondentek ví, jakým způsobem pracovat s klientem, který trpí obsedantně-kompulzivní poruchou. Více respondentů a respondentek, nadpoloviční většina, tedy konkrétně 62 procent z dotázaných sociálních pracovníků a pracovníc neví, jakým způsobem je možné pracovat s klientem/klientkou s obsedantně-kompulzivní poruchou.

Tato oblast je podstatná pro zodpovězení třetí průzkumné podotázky, tedy - Jaké je povědomí sociálních pracovníků a pracovníc o možnostech a způsobech práce s klienty a klientkami s obsedantně-kompulzivní poruchou? Výsledná data jsou pro snazší porozumění uvedena v následujícím grafu.

Víte, jakým způsobem pracovat s klientem s obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) ?



(Graf číslo 5 – poukazující na informovanost o možnostech práce s klientem/klientkou s obsedantně-kompulzivní poruchou. Vlastní tvorba grafu)

Na dotazované jedince, jejichž odpověď na otázku, zda se setkali s klientem či klientkou s obsedantně-kompulzivní poruchou, byla kladná, následně mířila další otázka. Tato navazující otázka se týkala konkrétního postupu při práci s klienty/klientkami s OCD. V této části dotazníkového šetření se zjišťovalo, jaké metody daný sociální pracovník/sociální pracovnice použil/a. Zároveň se zde zjišťovalo, jaká úskalí vnímají respondenti a respondentky při práci s klienty s obsedantně-kompulzivní poruchou.

Dotazovaní jedinci se zde shodují v odpovědi, že práce s klientem/klientkou s obsedantně-kompulzivní poruchou může být náročnější. Byla zde čteně uváděna větší časová náročnost práce s těmito osobami a vyšší možnost neočekávaných reakcí.

Z hlediska jednotlivých metod, které pracovníci a pracovnice užívají, se v rámci průzkumu vyskytoval rozhovor, dále individuální plánování, komplexní přístup a respekt ke klientovi a jeho osobnosti. Respondenti a respondentky též využívají metody aktivního naslouchání, reflexe, individuální práci s klientem, ale i práci s jeho rodinou.

Vztah by měl být dle respondentů/respondentek postavený na důvěře, pochopení daných individuálních projevů OCD u klienta/klientky. Z pracovníka či pracovnice by měl vyzařovat klid, aby svým působením docházelo k podpoře jedincova poklidu a nikoli

úzkosti. Celkově se některým z pracovníků osvědčilo snižování míry úzkosti, přistupovat s klidem a akceptovat jedince takového jaký je. Důležitá se zde jeví i snaha o motivaci klientů/klientek k dodržování léčby i motivace k dodržování či plnění společně domluvených úkolů a plánů. Motivace se zde jeví jako výrazné, často zmiňované úskalí a dle respondentů i respondentek je třeba se na něj zaměřit a umět s ním pracovat.

Jako opakovaně zmiňované úskalí práce s osobou s obsedantně-kompulzivní poruchou se v rámci dotazníkového šetření ukázalo, krom výše zmiňované časové náročnosti i časté vracení se na začátek společné práce, tedy nutnost opakování sdělených informací. Pokud měl klient/klientka nutkání násobně opakovat informace a došlo k jeho přerušení, společná práce musela mnohdy začít znovu, což bylo pro pracovníka náročnější. Při přerušení daného jedince docházelo k nárůstu neklidu a úzkostných projevů. Práce s osobou s OCD je tedy dle dotázaných osob velice intenzivní a vyžaduje přípravu.

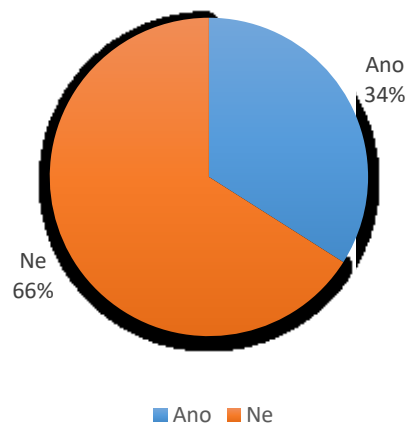
4.4.3. Orientace v možnostech podpory pro osoby s obsedantně-kompulzivní poruchou

S předchozími okruhy souvisí a navazuje na ně i okruh Orientace v možnostech podpory pro osoby, tedy klienty a klientky, s OCD.

Zásadní částí bylo zjišťování, zda respondenti/respondentky, tedy dotázaní sociální pracovníci a pracovnice vědí, na jaké sociální služby či neziskové organizace se může osoba s obsedantně-kompulzivní poruchou obrátit. Tento údaj byl podstatný mimo jiné i z toho důvodu, že sociální pracovníci a pracovnice bývají pro mnohé jedince důležitou osobou, která je schopná zprostředkovat informace a kontakty na další služby, organizace či odborníky. Mohou být také první či jedinou osobou, která jedincům nastiňuje možnosti směřování za jejich vlastní snahou zkvalitnit jejich dosavadní život, což se následně může pozitivně projevit jak v jejich vlastním životě, tak i v životě blízkých osob a rodiny.

Na základě zadané otázky v dotazníkovém šetření uvedlo celých 66 procent respondentů a respondentek, že neví, na jaké sociální služby či neziskové organizace by se mohl jedinec s obsedantně-kompulzivní poruchou obrátit. Zbylých 34 procent sociálních pracovníků a pracovnic ví, na jaké sociální služby a neziskové organizace by se mohl klient či klientka s OCD obrátit.

Víte, na které sociální služby či neziskové organizace se klient s obsedantně-kompulzivní poruchou může obrátit?



(Graf číslo 6 – týkající se povědomí o sociálních službách či neziskových organizacích, vhodných pro osobu s obsedantně-kompulzivní poruchou. Vlastní tvorba grafu)

Z osob, které odpověděly na předchozí otázku kladně, tedy, že vědí, na které sociální služby či neziskové organizace by se mohl klient/ klientka s obsedantně-kompulzivní poruchou obrátit, směřoval další dotaz, tentokrát ohledně konkrétního uvedení daných služeb či organizací.

Dotázaní čteně uváděli, že by danou službu hledali v Registru poskytovatelů sociálních služeb, se kterým běžně pracují. Doporučili by kupříkladu služby odborného sociálního poradenství, sociální rehabilitace, krizových center, sociálně terapeutických dílen, či denních stacionářů, vždy na základně individuálních specifik daného klienta popřípadě klientky.

Při konkretizaci odpovědí se objevovalo poměrně široké spektrum organizací a služeb, nejčastěji, tedy ve třetině odpovědí, však byla zastoupena sociální služba Fokus, o které mají respondenti a respondentky tohoto průzkumu největší povědomí. Druhou nejčastěji uváděnou byla sociální služba Bona, dále pak Baobab, Národní ústav duševního zdraví, následně služby Charity v dané lokalitě, kupříkladu Zoom či Maják, dále ESET-HELP, i denní stacionář Ondřejov.

Mnoho z osob v rámci odpovědí uvádělo důležitost předávání kontaktů na jednotlivé odborníky v oblasti psychologie, psychiatrie a také na služby, které se věnují sociálně terapeutickým činnostem.

4.4.4. Vědomostní a dovednostní rozvoj v oblasti úzkostných poruch

Následující okruh se věnoval tématu vědomostního základu, který měli či neměli možnost dotázaní jedinci v daném oblasti získat na základě vzdělávání.

Tato oblast byla podstatná pro zodpovězení druhé vedlejší průzkumné otázky, tedy - Jak frekventované je vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníc v oblastech úzkostných poruch? Výsledná data jsou přiblížena pomocí grafického znázornění.

Výsledky této části vyšly jako značně nesouměrné. Až 73 procent respondentů a respondentek zde uvádí, že se nikdy nezúčastnilo žádného školení či semináře, které by se zabývalo otázkou úzkostných poruch. Zbýlých 27 procent dotázaných se pak školení či semináře s tématem úzkostných poruch již někdy zúčastnilo.



(Graf číslo 7 – zaměřující se na účast respondentu/respondentek na vzdělávání v oblasti úzkostných poruch. Vlastní tvorba grafu)

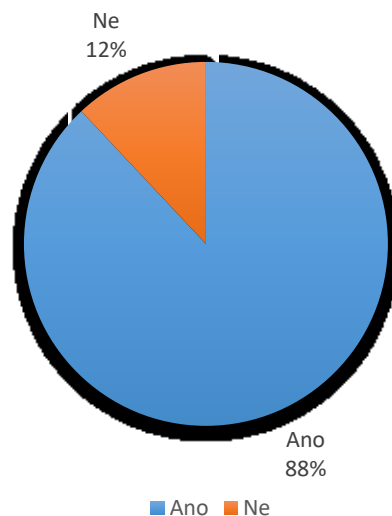
Co se týče vzdělávání ohledně tématu obsedantně- kompulzivní poruchy jsou dané výsledky ještě více polarizované. 87 procent respondentů a respondentek v rámci tohoto průzkumu uvedlo, že se nikdy nezúčastnilo žádného školení nebo semináře, které by se zabývalo problematikou OCD. Zbýlých 13 procent dotázaných osob se školení či semináře s tematikou obsedantně-kompulzivní poruchy zúčastnilo.



(Graf číslo 8 – týkající se účasti respondentu/respondentek na vzdělávacích aktivitách s tématem obsedantně-kompulzivní poruchy. Vlastní tvorba grafu)

Na další zadanou otázku, která je pro tento průzkum neméně důležitá – zda by respondent či respondentka uvítal/a více informací o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy - uvedlo 12 procent jedinců, že by více informací k tomuto tématu neuvítalo. Nadpoloviční většina, tedy konkrétně 88 procent z dotázaných respondentů/respondentek uvedlo, že by více informací ohledně problematiky obsedantně-kompulzivní poruchy uvítalo, což můžeme považovat za poměrně vysoké číslo, jež by mohlo poukazovat na možnosti postupu v oblasti vzdělanosti sociálních pracovníků i pracovníc a jejich počáteční motivovanost či zvědavost v této oblasti.

Uvítal/a byste více informací o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy?



(Graf číslo 9 – vyvozující míru zájmu respondentu/respondentek o následné získávání informací v dané oblasti. Vlastní tvorba grafu)

4.5. Shrnutí výsledků průzkumu

V této části dochází ke shrnutí zjištěných informací na základě průzkumné činnosti. Z průzkumu, tedy konkrétně z dotazníkového šetření tedy vyplývá, že většina respondentů a respondentek, kterými byli jedinci s přesně stanoveným stupněm vzdělání, působící na dané pozici sociální pracovník či pracovnice na území České republiky, zná pojem obsedantně-kompulzivní porucha. S klientem nebo klientkou s obsedantně-kompulzivní poruchou se již praxi setkala necelá polovina dotázaných. Co se však týče bližšího povědomí o možnostech a způsobech práce s danou osobou, nadpoloviční většina respondentů a respondentek neví, jakým způsobem by s danou osobou pracovala. Stejně tak nadpoloviční většina neví, na které sociální služby či neziskové organizace by se jedinec s obsedantně-kompulzivní poruchou mohl obrátit. V rámci hlubšího pohledu na možnosti podpory ve většině odpovědí dotázaní vyjmenovávali organizace či sociální služby, které lze nalézt v Registru poskytovatelů sociálních služeb a kontaktní údaje na ně jsou tedy veřejně přístupné.

Na hlavní průzkumnou otázku, tedy zda mají sociální pracovníci a pracovnice povědomí o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy, lze odpovědět na základě

interpretovaných výsledků. Pro shrnutí lze tedy doplnit, že dotázaní sociální pracovníci a sociální pracovníce mají základní povědomí o pojmu obsedantně-kompulzivní porucha, současně však ve větší míře nemají povědomí o možnostech práce s těmito jedinci. Zároveň by většina dotázaných jedinců uvítala dovzdělávání či získání většího množství informací o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy.

Na první vedlejší průzkumnou otázku, tedy, jak častá je zkušenost s klientem s obsedantně-kompulzivní poruchou v praxi sociálních pracovníků a pracovníc, můžeme odpovědět tak, že 43 procent dotázaných osob se s jedincem s OCD v rámci své praxe setkalo. 36 procent dotazovaných osob neví nebo si není jisto, zda se již s daným klientem popřípadě klientkou setkalo a zbylých 21 procent se s takovým jedincem nikdy při své pracovní činnosti nesetkalo. Odpověď tedy zní, že vyšší procento se s osobami trpícími OCD již setkalo, ale zároveň druhý nejvyšší podíl odpovědí vykazuje, že mnoho dotázaných jedinců neví, zda s člověkem s touto poruchou pracovalo. Tato skutečnost je pak blíže popsána v rámci diskuse.

Na druhou vedlejší průzkumnou otázku, tedy jak frekventované je vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníc v oblastech úzkostných poruch, si opět můžeme na základě interpretovaných výsledků odpovědět. Respondenti a respondentky se ve většině, tedy v 73 procentech, nikdy nezúčastnilo žádného školení či semináře, které by se touto oblastí zabývalo, druhá část, tedy 27 procent osob, se školení popřípadě semináře s touto tematikou zúčastnila. Četnost či frekventovanost vzdělávání v této oblasti je tedy u dotázaných osob poměrně nízká a zasluhovala by následné zaměření pozornosti.

Na třetí, tedy poslední z vedlejších průzkumných otázek, konkrétně, jaké je povědomí sociálních pracovníků a pracovníc o možnostech a způsobech práce s klienty a klientkami s OCD, lze odpovědět dle výsledků tak, že 62 procent osob neví, jak by mohla pracovat s daným klientem, oproti tomu 38 procent osob by vědělo, jak při dané práci jednat. Většina tedy opět udává neznalost či nedokonalou znalost možností práce s osobami s obsedantně-kompulzivní poruchou.

Dle výsledků se tedy poukazuje na jisté nedostatky v povědomí dotazovaných sociálních pracovníků a pracovníc ohledně problematiky obsedantně-kompulzivní poruchy, taktéž na nižší míru vzdělanosti v dané oblasti, ale i na značnou motivovanost k navyšování vlastní informovanosti o obsedantně-kompulzivní poruše.

4.6. Diskuse

Na základě průzkumu se ukázalo, že ačkoli je znalost respondentů a respondentek pojmu obsedantně-kompulzivní porucha značná, mnozí pracovníci i pracovnice nemají povědomí o možnostech práce s klienty či klientkami s OCD. Tato skutečnost nejspíše souvisí s tím, že pouze malé množství dotazovaných osob bylo účastno semináře či školení, týkajících se úzkostných poruch nebo konkrétně obsedantně-kompulzivní poruchy.

Nízká účast na seminářích a školeních s tématem úzkostných poruch i konkrétně obsedantně-kompulzivní poruchy může být způsobena nízkou informovaností o uskutečnění těchto akcí, nezájmem na účasti ze strany sociálních pracovníků či pracovnic nebo také ze strany vedení daných organizací. Také však může být značným důvodem nízké účasti na školeních a seminářích v dané oblasti nedostatek času vyhrazený na vzdělávání sociálních pracovníků a pracovnic, případně finanční náročnost vzdělávání. Mnozí sociální pracovníci i pracovnice se též mohou domnívat, že se jich otázka úzkostných poruch v rámci jejich okruhu práce a cílové skupiny nemusí týkat a tím pádem tomuto tématu nepřikládají zvýšenou pozornost. Vzhledem k početnosti klientů/klientek se však s osobou s úzkostnou poruchou či přímo s osobou trpící obsedantně-kompulzivní poruchou mohou pracovníci či pracovnice setkat nezávisle na pracovním zařazení, cílové skupině či oblasti, ve které působí, ať již přímo mezi klienty či klientkami nebo rodinnými příslušníky.

Průzkum mohl být ovlivněn místem působení jednotlivých sociálních pracovníků a pracovnic a počtem klientů/klientek, se kterými se setkávají. Též mohla hrát značnou roli doba jejich praxe v oboru a pracovní zkušenosti.

Z respondentů a respondentek, jež jsou na své pozici sociálního pracovníka/pracovnice kratší dobu, kupříkladu u čerstvých absolventů, může být nižší počet osob, které se setkaly s jedincem s OCD právě na základě kratšího času stráveného na dané pozici v oboru sociální práce. Naopak u jednotlivců, kteří se v tomto profesním oboru pohybují delší dobu, může být pravděpodobnost, že se již s člověkem s obsedantně-kompulzivní poruchou setkali, vyšší.

Stejně tak mohlo mít vliv na výsledky průzkumu aktuální rozpoložení respondentů a respondentek a jejich ochota na zadané otázky reagovat. Vzhledem k časové náročnosti profesní činnosti sociální práce mohlo u některých z dotázaných osob dojít z nezodpovězení všech otázek, případně k zestručnění reakcí v rámci daného dotazníkového šetření, což

taktéž mohlo mít vliv na průběh šetření i na výsledná data. Stejně tak je možné, že u některých z dotázaných osob docházelo ke snaze vykreslit sám sebe v co nejlepším světle, tedy upravit své výsledky tak, aby daný dotazovaný jedinec působil jako více informovaný či znalý. Dle výsledku šetření, které ukazovaly ve větší míře spíše na neinformovanost o daném tématu, se však tato skutečnost nejeví jako příliš četná. Lze tedy do jisté míry předpokládat, že dotázané osoby reagovaly na otázky s profesionální objektivitou.

Důležitou součástí této diskuse je porovnání výsledků průzkumu vzhledem k teoretické části. V rámci teoretické části je mnohokrát poukázáno na náročnost sociální práce s osobami s OCD, na potřebnost vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníc v oblastech úzkostných poruch, s čímž souvisí zmiňované riziko navyšování úzkosti u klientů či klientek při nevhodném způsobu komunikace i interakce. V rámci průzkumu se potvrdilo, že práce s jedinci s obsedantně-kompulzivní poruchou může být náročnější jak časově, tak i profesně. Stejně tak se však poukázalo na ne zcela dostatečné vzdělávání v dané oblasti, což potvrzuje nízký počet osob s absolvovanými kurzy a semináři s danou tematikou a taktéž vysoká míra poptávky po získání většího množství informací o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy. Taktéž se v rámci teoretické části diplomové práce zdůrazňuje, do jaké míry je podstatná příprava osob, které pracují s klienty/klientkami se zmíněnou poruchou, jak z hlediska interakčního tak i příprava vhodných kontaktů na následnou pomoc či podporu pro jedince s OCD. Průzkum ukázal, že nadpoloviční většina respondentů a respondentek neví, jakým způsobem pracovat s těmito jedinci a stejně tak nadpoloviční většina dotázaných netuší, na jaké sociální služby či neziskové organizace se může osoba s OCD obrátit. Zde se tedy ukazuje rozpor mezi teoretickou částí, konkrétně doporučeními, která z ní vyplývají a praxí sociální práce. Toto zjištění poukazuje na poměrně závažnou skutečnost a tou je nízká připravenost na samotnou interakci s danými osobami, což by mohlo mít v praxi sociální práce oboustranně negativní vliv.

Výsledky šetření nejsou v přílišném rozporu s mými předpoklady a s mým osobním očekáváním před zahájením dotazníkového šetření. Na základě vlastních zkušeností v praxi sociální práce i osobního vzdělávání v dané oblasti jsem předpokládala, že samotný pojem obsedantně-kompulzivní porucha bude respondentům a respondentkám známý, nicméně míra aktuální připravenosti sociálních pracovníků i pracovníc pro práci a interakci s klienty/klientkami s touto poruchou nebude příliš vysoká stejně jako výše počtu osob s absolvovanými kurzy či semináři s tematikou úzkostných poruch, což se zde potvrdilo.

Na rozdíl od mých očekávání se ukázalo, že poměrně vysoký počet dotázaných osob má zájem o získání většího množství informací o dané problematice, což považuji za pozitivum.

V ideálním případě by se tedy dalo v praxi sociální práce zaměřit na postupné navyšování informovanosti sociálních pracovníků a pracovníc v otázkách a problematice úzkostných poruch a alespoň na základě tohoto průzkumu by tomu byly osoby z praxe sociální práce otevřeny.

Závěr

Úzkostné poruchy jsou ve společnosti čteně zastoupeny a to u nejrůznějších jedinců rozdílného věku, pohlaví či osobností. Obsedantně-kompulzivní porucha má mnohdy výrazný vliv na život osob, které touto poruchou trpí. Vzhledem k aktuálnímu pojetí sociální práce je důležité, aby u sociálních pracovníků a pracovníc docházelo k rozvoji jejich vědomostí i v oblasti úzkostných poruch a práce s klienty a klientkami, jež danou poruchou trpí.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit jaké je povědomí sociálních pracovníků a pracovníc o práci s klienty a klientkami s obsedantně-kompulzivní poruchou.

K vypracování diplomové práce byla užita vhodná literatura v dostatečném množství a pohled na dané téma z různých oblastí, ke splnění cíle dopomohl i vykonaný průzkum. Cíl byl tedy dle mého názoru naplněn.

Diplomová práce se krom jiného zabývala i objasněním základních pojmů a témat v oblasti úzkostných poruch. Charakterizovala úzkostné poruchy, popisovala jejich výskyt, rizikové faktory i zasahování těchto poruch do sociální oblasti jedinců, kteří těmito poruchami trpí. Stejně tak se věnovala tématice obsedantně-kompulzivní poruchy, jejím příčinám a projevům, výskytu ve společnosti, diagnostice a v neposlední řadě i samotné praxi sociální práce, metodám eventuálně možným k užívání při práci s osobami s obsedantně-kompulzivní poruchou. Taktéž se zde přibližovaly faktory pro efektivnější navazování vztahu, rizika, která mohou nastat, ale i samotný proces interakce s klienty a klientkami.

Důležitou součástí diplomové práce byl i průzkum, který poukázal na vysoké povědomí mezi respondenty a respondentkami o pojmu obsedantně-kompulzivní porucha, nicméně výsledky též ukázaly, že vzdělání pomocí kurzů, školení či seminářů v oblasti úzkostných poruch či konkrétně obsedantně-kompulzivní poruchy je poměrně nízké. Vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníc v těchto oblastech by zcela jistě zasluhovalo větší pozornost, i z toho důvodu, že by mohlo mít kladný dopad pro praxi sociální práce a též pozitivní vliv jak na klienty a klientky, tak i na samotné sociální pracovníky či pracovníce.

Většina dotázaných osob by uvítala možnost, dozvědět se o tématu obsedantně-kompulzivní poruchy více informací, zároveň by bylo vhodné, aby docházelo u pracovníků

i pracovníc k navyšování jejich informovanosti ohledně možností podpory pro jedince s úzkostnou poruchou.

Cílem průzkumu této diplomové práce bylo zjistit, zda mají sociální pracovníci a pracovnice povědomí o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy. Vzhledem ke strukturovanému postupu průzkumu a postupnému zodpovídání průzkumných otázek, jež se nachází v rámci interpretační části i pomocí následného shrnutí výsledků průzkumu, byl tento cíl naplněn. Počet respondentů a respondentek nebyl, z důvodů časového omezení natolik vysoký, aby se dalo výsledky průzkumu vztáhnout na celou širokou oblast sociální práce, nicméně byl adekvátní a zacílen přesně tak, aby dokázal zodpovědět průzkumné otázky, taktéž přiblížit dané téma a poukázat na problematiku obsedantně-kompulzivní poruchy v praxi sociální práce.

S klientem popřípadě klientkou se zmíněnou poruchou se mohou osoby z praxe sociální práce setkat bez ohledu na cílovou skupinu, se kterou pracují, či na jejich profesní zaměření. Je tedy podstatné, aby informovanost profesionálů – sociálních pracovníků a pracovníc nebyla podceňena stejně jako důležitost, kterou představuje jejich povědomí o odbornících, organizacích či sociálních službách, kde se jejich klientům i klientkám trpících úzkostnou poruchou dostane patřičné pomoci.

Úzkostná porucha i konkrétně obsedantně-kompulzivní porucha může být v praxi sociální práce značným ztížením samotného procesu práce sociálních pracovníků a pracovníc. Je mnohdy časově i psychicky náročnější a vyžaduje leckdy vysokou míru trpělivosti, informovanosti a odolnosti daných osob proti zátěži. Stejně tak je podstatné, aby osoby pracující v oboru sociální práce, které se setkají s klientem nebo klientkou se zmíněnou poruchou, ovládaly základní metody, kupříkladu byly znalé v metodě aktivního naslouchání, zvládly reflexi, byly empatické a postupovaly při interakci danou osobou s profesionálním klidem, díky čemuž mohou zamezit případnému navyšování úzkosti či nepříjemných pocitů i stavů klienta popřípadě klientky s obsedantně-kompulzivní poruchou.

I přesto, že sociální práce s osobami s úzkostnými poruchami nemusí být snadná, pokud je dobře prováděna, může jedinci pomoci v mnoha ohledech - kupříkladu v jeho směřování k vlastnímu uvědomění, nadhledu a směřování k chtěnému řešení vlastní situace. V neposlední řadě je podstatné, že sociální pracovníci i pracovnice mohou

klientovi/klientce předat nejrůznější informace a kontakty, které mohou být v jeho životní situaci zásadní.

Sociální práce s klienty a klientkami s úzkostnými poruchami či konkrétně s obsedantně-kompulzivní poruchou by měla získat větší pozornost ze strany odborníků. Toto téma by nemělo být podceňováno, stejně jako vzdělávání v dané oblasti i z toho důvodu, že si tyto osoby zaslouhují podporu profesionálů, protože jsou i přes své těžkosti a aktuální problematickou situaci rovnocenné bytosti v rámci naší společnosti, na což by se nemělo zapomínat.

Seznam použité literatury

- COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.
- ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmir, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.
- HARTLEY, Mary. *Řeč těla v praxi: teorie, cvičení a modelové situace*. Vyd. 2. Přeložil Dana MAKOVÍČKOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0033-8.
- HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0221-9.
- HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 4. Přeložil Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-283-6.
- HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. *Supervision in the Helping Professions*. 3. Vyd. Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press, 2006. ISBN 9780335218172.
- HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-367-2.
- JANÍČEK, Jeroným. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 2008. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-366-6.
- KAST, Verena. *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál, 2012. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0160-1.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej - naslouchám*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. Malý duchovní život. ISBN 978-80-7195-405-7.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

- MORSCHITZKY, Hans a Sigríd SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0.
- PAYNE, Malcolm. *Teamwork in multiprofessional care*. Chicago: Lyceum Books, 2000. ISBN 0-925065-36-6.
- POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-524-2.
- PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.
- PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-986-6.
- PRAŠKO, Ján. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti: [výuková pomůcka pro studenty středních a vyšších zdravotnických škol]*. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0185-5.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, c2008. ISBN isbn978-80-7262-531-4.
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- PROCHÁZKA, Roman. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3.
- RÖHR, Heinz-Peter. *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Praha: Portál, 2013. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0354-4.
- ŘEZANKOVÁ, Hana a Tomáš LÖSTER. *Úvod do statistiky*. Praha: Oeconomica, 2009. ISBN 978-80-245-1514-4.
- ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-001.
- TREVITHICK, Pamela. *Social Work Skills And Knowledge: A Practice Handbook*. 3. Vyd. England: Open University Press, Maidenhead : McGraw-Hill Education, 2012. ISBN 978-0-33-523807-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.

Přílohy

Dotazník užitý k průzkumu

Dotazníkové šetření s tématem Obsedantně-kompulzivní porucha v praxi sociální práce

Dobrý den, jmenuji se Josefina Hudcová a jsem studentkou druhého ročníku magisterského studia, oboru sociální a charitativní práce na HTF UK. Chtěla jsem Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku, jež je součástí mé diplomové práce s názvem Obsedantně-kompulzivní porucha v praxi sociální práce.

Dotazník je určen pro osoby, které pracují na pozici sociální pracovník/ sociální pracovnice s patřičným vzděláním dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Výsledky dotazníku budou použity pouze pro účely průzkumu v rámci diplomové práce a bude zachována anonymita všech respondentů/respondentek. Vyplnění dotazníků Vám zabere přibližně 10 minut. Budu velice vděčná za Vaši účast na tomto průzkumu.

Děkuji Vám za ochotu a spolupráci!

Bc. Josefina Hudcová

1. Pracujete na pozici sociální pracovník/sociální pracovnice?

Ano Ne

2. Máte vzdělání dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách?

Ano Ne

3. Slyšel/slyšela jste někdy pojem obsedantně-kompulzivní porucha?

Ano Ne

4. Setkal/setkala jste se s klientem/klientkou s obsedantně-kompulzivní poruchou?

Ano Ne Nevím

5. Víte, jakým způsobem pracovat s klientem/klientkou s OCD ?

Ano Ne

6. Víte, na které sociální služby či neziskové organizace se klient/klientka s obsedantně-kompulzivní poruchou může obrátit?

Ano Ne

7. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a **ano**, vypište prosím na které sociální služby nebo neziskové organizace by se dle Vašeho názoru mohl/a klient/klientka s obsedantně-kompulzivní poruchou obrátit:

8. Zúčastnil/a jste se někdy semináře/ školení, které se zabývalo obsedantně-úzkostnými poruchami?

Ano Ne

9. Zúčastnil/a jste se někdy semináře/ školení, které se zabývalo obsedantně-kompulzivní poruchou?

Ano Ne

10. Uvítal/a byste více informací o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy?

Ano Ne

11. Jestliže jste se v praxi setkal/a s klientem/klientkou s OCD, jaké metody práce jste použil/a a jaká úskalí jste při práci vnímal/a ?

12. Váš věk: -----

13. Pohlaví: Muž Žena

14. Souhlasíte, že vaše odpovědi budou použity pro účely průzkumu v rámci diplomové práce Obsedantně-kompulzivní porucha v praxi sociální práce, jehož výsledky budou veřejně přístupné?

Ano Ne

Mnohokrát Vám děkuji za účast na dotazníkovém šetření

Abstrakt

Tato práce se zabývá problematikou obsedantně-kompulzivní poruchy v souvislosti s praxí sociální práce. Upozorňuje na četné problémy úzkostných poruch ve společnosti, rizikové faktory pro rozvoj úzkostných poruch a rizika v sociální oblasti. Dále podrobně analyzuje obsese, kompulze, projevy a diagnostiku OCD a v neposlední řadě i praxi sociální práce a obsedantně-kompulzivní poruchy. Sociální práce s lidmi trpícími obsedantně-kompulzivní poruchou může být celkově náročnější, vyžaduje zvýšenou trpělivost, znalosti sociálních pracovníků/ pracovníc a schopnost používat při práci některé důležité metody. Stejně podstatné je vhodně delegovat klienty či klientky na další odbornou pomoc. Osoby s obsedantně-kompulzivní poruchou si zaslouhují podporu ze strany odborníků a přijetí ze strany široké veřejnosti i z toho důvodu je podstatné, aby povědomí o problematice obsedantně-kompulzivní poruchy bylo co největší a aby toto téma nebylo zlehčováno.

Summary

This thesis deals with obsessive-compulsive disorder in connection with the practice of social work. It draws attention to numerous problems of anxiety disorders in society, risk factors for the development of anxiety disorders and risks in the social sphere. It also analyzes in detail obsessions, compulsions, manifestations and diagnosing of OCD and, last but not least, the practice of social work with the obsessive-compulsive disorder. Social work with people suffering from obsessive-compulsive disorder may be more challenging overall, requiring increased patience, knowledge of social workers, and the ability to use some important methods. The same importance is dedicated to managing clients to refer to follow-up professional help. People with OCD deserve support from experts and acceptance by the public, which is also a reason why it is so important to have knowledge of obsessive-compulsive disorder and do not underestimate this issue..