

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2017**

**Martina Francová**



**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

**Martina Francová**

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**VYUŽITÍ ERGOTERAPEUTICKÝCH POSTUPŮ U KLIENTŮ S  
OBSEDANTNĚ – KOMPULZIVNÍ PORUCHOU  
Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Petra Poková

PLZEŇ 2017





Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2017

---

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Pokové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Děkuji také PhDr. Michaele Šrytové za poskytování informací k použitým ergoterapeutickým postupům. Dále děkuji klientům s Obsedantně – kompulzivní poruchou za vstřícnost a spolupráci při terapiích.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Francová Martina

Katedra: Fyzioterapie a Ergoterapie

Název práce: Využití ergoterapeutických postupů u klientů s Obsedantně - kompulzivní poruchou

Vedoucí práce: Mgr. Petra Poková

Počet stran: 89

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: psychické poruchy, Obsedantně - kompulzivní porucha, ergoterapie

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce pojednává o využití ergoterapeutických postupů u klientů s Obsedantně - kompulzivní poruchou. Dělí se na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část obsahuje kapitoly a subkapitoly, kde je více specifikována tato diagnóza a s ní přidružená problematika. Ta bývá často u nemocného spojena s různými typy dalších příznaků emočního prožívání.

Praktická část obsahuje 3 případové studie klientů s Obsedantně – kompulzivní poruchou, průběh od začátku jejich nemoci, vyšetření, následně využití ergoterapeutických postupů při jednotlivých sezeních a jejich zhodnocení. V bakalářské práci byly 2 zvolené hypotézy potvrzeny, 1 hypotéza se nepotvrdila. Výsledky sledování ukazují, že vlivem zvolených terapií je možno klientům s touto diagnózou pomoci k postupnému odstranění nepříjemných myšlenek, pokud je klient schopen s Vámi spolupracovat a začít na sobě sám pracovat.



## **Annotation**

Surname and name: Francová Martina

Department: Physiotherapy and Ergotherapy

Title of thesis: Use of the Occupational Therapy Practice in clients with  
Obsessive - Compulsive Disorder

Consultant: Mgr. Petra Poková

Number of pages: 89

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 22

Key words: psychical disorders, Obsessive – compulsive disorder, occupational therapy

### Summary:

This thesis discusses the use of occupational therapy practice with clients with obsessive - compulsive disorder. They are divided into theoretical and practical part.

The theoretical part contains chapters and subchapters, which is more specified by this diagnosis and the associated problems. This is often a patient associated with various other symptoms of emotional experiences.

The practical part contains three case studies of clients with obsessive - compulsive disorder progression from the beginning of their illness, examination, then the use of occupational therapy practice during individual sessions and their evaluation. In the thesis were chosen two hypotheses confirmed, one hypothesis was not confirmed. Monitoring results show that the influence of selected therapies is possible to clients with this diagnosis to help the gradual elimination of unpleasant thoughts, if the client is able to cooperate with you and begin to work to himself.

# Obsah

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
1 LEGISLATIVA .....	14
2 PSYCHIATRIE.....	15
2.1 Psychiatrická péče.....	15
2.2 Právní aspekty psychiatrie.....	16
3 OBSEDANTNĚ – KOMPULZIVNÍ PORUCHA.....	17
3.1 Obsese a kompulze.....	18
3.1.1 Typy obsesí a kompulzí .....	20
3.2 Příčiny, průběh a prognóza.....	21
3.3 Přidružené psychické poruchy .....	22
3.3.1 Deprese .....	22
3.3.2 Fobie .....	22
3.3.3 Schizofrenie .....	22
3.4 Udržovací faktory a důsledky .....	23
3.5 Léčba.....	23
3.6 Ergoterapie u lidí s Obsedantně – kompulzivní poruchou .....	27
3.6.1 Využití humanistického přístupu v terapiích .....	28
3.6.2 Využití kognitivně – behaviorálního přístupu v terapii .....	31
PRAKTICKÁ ČÁST .....	33
4 CÍL.....	33
5 HYPOTÉZY .....	34
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	35
7 METOLOGIE SBĚRU DAT .....	36
8 PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	37
8.1 Případová studie 1 .....	37
8.1.1 Seznámení s klientem .....	37
8.1.2 Vyšetření ergoterapeutem.....	37

8.1.3	Využití humanistického přístupu v terapiích .....	40
8.1.4	Zhodnocení terapií .....	43
8.2	Případová studie 2 .....	45
8.2.1	Seznámení s klientem .....	45
8.2.2	Vyšetření ergoterapeutem.....	45
8.2.3	Využití humanistického přístupu v terapiích .....	48
8.2.4	Zhodnocení terapií .....	51
8.3	Případová studie 3 .....	53
8.3.1	Seznámení s klientem .....	53
8.3.2	Vyšetření ergoterapeutem.....	53
8.3.3	Využití humanistického přístupu v terapiích .....	56
8.3.4	Zhodnocení terapií .....	59
9	VÝSLEDKY .....	61
9.1	Výsledky dotazníku zvolených ergoterapeutických technik .....	61
9.2	Výsledky dotazníku zhodnocení účelnosti využitých metod .....	63
10	DISKUSE .....	65
	ZÁVĚR.....	69
	SEZNAM LITERATURY .....	71
	SEZNAM ZKRATEK .....	74
	SEZNAM TABULEK .....	75
	SEZNAM GRAFŮ .....	76
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	77
	SEZNAM PŘÍLOH .....	78

## ÚVOD

Psychické poruchy se stávají v dnešní době již velmi častým onemocněním. Přibývá lidí v okruhu pozdějšího, ale i produktivního věku, kteří se potýkají s různými psychickými problémy. Dnešní život nutí téměř každého člověka do lepších a vyšších výkonů, jak v práci, tak ve společnosti, a na mnohé dopadají důsledky v podobě psychických obtíží. Ne však každý je schopen si je uvědomit a řešit je. Současná doba nabízí již různé způsoby pomoci, které může kdokoliv využít. Nejvíce se lidé spoléhají na účinky antidepresiv či léků na zklidnění, které ale daný problém nevyřeší, spíše jej svými účinky přehluší. Uživatel má poté pocit uvolnění a uklidnění. Lepší a stále více využívanou metodou začínají být pravidelná sezení u terapeutů, psychologů či psychiatrů, kde se může daný problém do detailu probrat a postupně jej odstraňovat. Jak psychiatrů, tak dalších terapeutů je stále v dnešní době nedostatek. Nemocní musí často čekat i týdny, než se k nějaké pomoci dostanou. Každá psychická potíž má jeden problém, že není vidět. Člověk může uvnitř velmi trpět, ale navenek se chovat zcela bez jakýchkoliv viditelných příznaků.

Tato bakalářská práce se věnuje ergoterapeutickým postupům u osob s Obsedantně – kompulzivní poruchou. Tento druh poruchy je specifický a v dnešní době narůstá počet osob, které se s tímto problémem potýkají, a je tedy důležité se mu věnovat. Obsedantně – kompulzivní porucha se většinou neobjevuje jako prvotní psychický problém u postiženého. Je to spíše až následek dlouhodobějšího stresu či psychické nepohody, kterou člověk prožívá a následkem toho se může tato problematika objevit. Jako samostatná porucha bývá ojediněle. Většinou se k ní přidružují různé typy dalších psychických poruch, např. depresí, fobií a úzkostí. Lidé trpící tímto stavem se odpoutávají od společnosti, trápí se, prožívají samotu a bolest. Z počátku si nikdo jiný nemusí problému u daného jedince všimnout, jelikož první náznaky poruchy nemusí být navenek viditelné. V pozdějších fázích většinou již každý pozná, že postižený není v pořádku. Tento stav bývá již často v akutním stádiu a měl by se začít hned profesionálně řešit s odborníky.

Součástí každé léčby nemocného by měla být zahrnuta i ergoterapeutická intervence v rámci multidisciplinárního týmu, která zde nabízí širokou škálu uplatnění.

Cílem práce je zhodnocení využití vybraných ergoterapeutických postupů u osob s Obsedantně – kompulzivní poruchou a prostudování odborné literatury vztahující se k danému tématu. Práce je orientována především na ergoterapeutický přínos postiženým klientům při jejich postupném procesu odstraňování obsesivních myšlenek k pocitu lepšího prožití každého okamžiku a dalšího stráveného dne.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 LEGISLATIVA

Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN) a přidružených zdravotních problémů kapitoly pět v oddíle F40 – F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy je vedena Obsedantně – kompulzivní porucha (OCD) pod kódem F42 Obsedantně - nutkavá porucha. (MKN, 2013)

„Hlavním rysem jsou opakované vtíravé myšlenky a nutkavé činy. Vtíravými myšlenkami jsou nápady, představy nebo popudy, které znovu a znovu vstupují do mysli pacienta ve stále stejné formě. Pro pacienta jsou téměř vždy obtížné. Snaží se jim často klást odpor, ale bez úspěchu. Považuje je za své vlastní, ačkoliv jsou mimovolní a často odporné. Nutkavé činy nebo rituály jsou stereotypní a stále opakované. Nemusí být ani příjemné ani vést k realizaci užitečných úkolů. Jejich účelem je zabránit nějaké objektivně nepravděpodobné události, často znamenající škodu pro postiženého, nebo jím vyvolané, o níž se postižený domnívá, že by jinak nastala. Jedinec obvykle považuje toto chování za bezúčelné nebo nesmyslné a opakovaně se pokouší mu odolat. Úzkost je přítomna téměř vždy a zhoršuje se, pokud postižený nutkání odolá.“ (MKN, 2013, s. 216)

Dle mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je porucha problém tělesných funkcí nebo struktur, jako je signifikantní odchylka nebo ztráta. Obsedantně – kompulzivní porucha je v tomto systému pod kódem b 11420 orientace směrem k sobě – mentální funkce, která zajišťuje uvědomění si vlastní identity. Dále lze zařadit poruchu pod kódem b 1603 kontrola myšlení, kde se vyskytuje forma poruch nutkavých. (MKF, 2008)

## 2 PSYCHIATRIE

„Psychiatrie je obor medicíny, jehož cílem je diagnostikovat a léčit duševní onemocnění.“ (Pirero, 2010, s. 3)

Je specializovaným lékařským oborem, který je zaměřen na teoretické i praktické aspekty diagnostiky, klasifikace, léčby, prevence, rehabilitace a výzkumu psychických (duševních) onemocnění a stavů. (Orel, 2012)

Není možné zcela určit, u jak velkého procenta naší populace je každoročně diagnostikována duševní choroba, avšak podle některých odhadů postihne jednu ze čtyř osob v průběhu života nějaký duševní problém. Většina odborníků tvrdí, že mnoho duševních poruch není vůbec diagnostikováno či léčeno, protože postižení nevyhledají odbornou pomoc. Nechtějí se zahanbit před ostatními příbuznými a sousedy s nálepkou psychiatrický pacient. V minulosti představovala duševní porucha posedlost d'áblem či zlým duchem a lidé byli zatracováni, vyřazeni z kolektivu či odsouzeni k vyhladovění. V dnešní době je pro člověka nemocného duševně nutná hospitalizace a přístup zaměřený přímo na jeho problém. (Pirero, 2010)

K tomu je většinou zapotřebí individuální psychoterapie. Té se mohou věnovat jak psycholog, psychiatr, zdravotní sestra, sociální pracovník, tak i další za předpokladu následného splnění psychoterapeutického vzdělávání či supervize. (Orel, 2012)

Komplexní léčba psychiatricky nemocných vyžaduje vždy týmovou spolupráci. (Klusoňová, 2011)

### 2.1 Psychiatrická péče

„Psychiatrická péče je v naší republice realizována prostřednictvím sítě psychiatrických zařízení lůžkových, ambulantních a komplementárních. Pro zajištění efektivity v péči o potřebné je neodmyslitelná nejen spolupráce mezi jednotlivými složkami, ale také propojenost a návaznost na síť služeb psychologických, psychoterapeutických a sociálních.“ (Orel, 2012, s. 18)

Na hospitalizaci či ambulantní péči navazuje většinou komplementární – intermediární péče, která nemocnému umožňuje zachování větší soběstačnosti, sociálních kontaktů,

zaměstnání a programu ve volném čase. Jedná se o denní stacionáře, chráněné dílny či pracoviště, tréninková centra, domy na půl cesty, chráněná bydlení, terapeutické kluby, popřípadě svépomocné skupiny. Celosvětovým trendem je posilovat ambulantní a komplementární péči o pacienta s omezováním počtu psychiatrických lůžek a vytváření sítě všestranné péče. Cílem je vždy návrat pacienta do běžného života, zvládnání běžných denních aktivit a zamezení návratu problému do jeho původní síly. (Orel, 2012)

Důležitá je poté také spolupráce s rodinnými příslušníky a blízkými pacienta. Z personálu je kladen nárok na schopnost empatie a umění motivovat. (Válková, 2015)

## **2.2 Právní aspekty psychiatrie**

Psychická porucha v některých případech narušuje kontakt s realitou, schopnost rozhodování nebo posouzení stavu, situace a důsledků. Z toho důvodu se právní postavení nemocných duševními poruchami v některých aspektech liší od pacientů s problémy jen tělesnými, v jiných je naopak shoda. Práva duševně nemocných jsou speciálně řešena a zakotvena v Deklaraci lidských práv duševně nemocných z roku 1989, Deklaraci lidských práv a duševního zdraví z roku 1989 a v Zásadách práv osob trpících duševní poruchou z roku 1993. (Orel, 2012)

Kromě těchto uvedených mezinárodně platných dokumentů jsou práva nemocných zakotvena také v Ústavě České republiky a dalších právních normách našeho státu. V roce 1992 byl schválen Kodex práv pacientů, ve kterém jsou ustanovena základní práva jako např. právo na citlivou a diskrétní odbornou péči, znát jméno ošetřujícího lékaře i dalších zapojených pracovníků, právo na ochranu soukromí a další. (Orel, 2012)

„Lékaři a další zdravotničtí pracovníci všech úrovní jsou u pacientů povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se o dotyčném dozvěděli v souvislosti s výkonem svého povolání. Porušení povinné mlčenlivosti je posuzováno jako trestní čin.“  
(Orel, 2012, s. 235)



### 3 OBSEDANTNĚ – KOMPULZIVNÍ PORUCHA

Obsedantně – kompulzivní porucha (OCD) je nemoc, kdy postiženého trápí nepříjemné myšlenky, kvůli kterým trpí silnou úzkostí, napětím či nepohodou. K základním projevům poruchy patří obsese, kompulze, ujišťování se, vyhýbavé a zabezpečovací chování a viditelné tělesné příznaky nemocného. Postižení trpí často obavami, že se přihodí neštěstí poté, když něco zanedbá a důsledky budou pro něho katastrofického rázu. Většina z nich se proto těmito situacím, které u nich vzbuzují tyto nepříjemné myšlenky, vyhýbá. Avšak úzkost, kterou v sobě dotyční mají, se snaží kompenzovat opakováním činností, které mohou být i nesmyslné, ale přinášejí postiženým chvilkovou úlevu. Tomuto chování se říká kompulze. Později však přichází nová úzkost a potřeba ji opět snížit. S nárůstem stále většího množství vtíravých myšlenek u dotyčného roste i potřeba stále vyšší a častější kontroly. Většina postižených si je vědoma svého nesmyslného chování, stydí se za ně, avšak touha po snížení úzkosti v sobě je mnohem silnější, a tak i nesmyslné činnosti opakují. Své příznaky a problémy většina z nich velmi dobře a dlouho tají, neléčí se, protože se řada z nich bojí reakcí ostatních lidí. Většina postižených se domnívá, že vše nakonec zvládnou sami bez pomoci ostatních lidí i odborníků. OCD je často chronické, omezující a mnohdy invalidizující onemocnění. Jen malá část postižených prožije pouze jednu několikaměsíční epizodu této poruchy bez trvalých následků. (Praško, 2016)

„Obsese i kompulze se mohou měnit v obsahu i formě. Často se postupně rozrůstají a rozšiřují, až nakonec zabírají většinu času a výrazně omezují běžné činnosti. Podle převažující symptomatiky MKN – 10 rozlišuje:

- Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace (F42.0)
- Převážně nutkavé činy/nutkavé – kompulzivní rituály (F42.1)
- Smíšené obsedantní myšlenky a činy (F42.2)
- Jiné obsedantně kompulzivní poruchy (F42.8)
- Obsedantně - kompulzivní porucha nespecifikovaná (F42.9)

Zajímavé jsou i teorie a výstupy výzkumů, které se zaměřují na objasnění příčin vzniku a rozvoje OCD. Kromě mechanismů a faktorů psychologických a behaviorálních se

uplatňují také faktory biologické – vliv genetických činitelů.“ (Orel, 2012, s. 145)

Diagnostickými kritérii OCD jsou:

- Obsese nebo kompulze přítomny celé dny nejméně po 2 týdny
- Obsese a kompulze považovány pacientem za jeho vlastní myšlenky a jednání
- Musí být přítomna alespoň jedna obsese nebo kompulze, které se pacient brání a považuje ji za nepřiměřenou a nesmyslnou
- Myšlenka nebo provedený čin nesmí být pro pacienta příjemné
- Obsese nebo kompulze se musí nepříjemně opakovat

(Dušek et al., 2010)

Nutkání a nucení je naprosto normální a v pořádku. Ovšem, když se k tomu připojí vtíravé myšlenky, nápady, představy nebo náhlé nutkání něco udělat, veškerá legrace končí. A to hlavně v případě, že vám neustálé opakování rituálů dělá problémy nejen v osobním životě, ale také v práci a ve společnosti. Odbornou pomoc potřebujete v případě, kdy onen rituál neuděláte, a místo něj nastupuje úzkost, v horším případě panická ataka. Pokud souhlasně kývete hlavou, tak s největší pravděpodobností trpíte obsedantně kompulzivní poruchou. (Vitavera, 2017)

### **3.1 Obsese a kompulze**

„Obsesemi můžeme nazvat neustále se opakující myšlenky, představy či nutkání, které jsou prožívány jako nepříjemné, nežádoucí, nesmyslné, vzbuzující úzkost.“

(Praško, 2016, s. 12)

Jsou vtíravé, obtěžující a pro postiženého ve své intenzitě nepolevující.

(Tompkins, 2012)

Nemocnému se tyto myšlenky opakovaně připomínají, musí na ně myslet, i když se je snaží potlačit a ignorovat. Síla vzdoru je ze začátku velmi silná, avšak s nárůstem dalších podnětů přibývá i napětí a neklid. Tento stav již každého nutí udělat svůj rituál či činnost, která mu zaručeně alespoň na chvíli uleví. Radost z odstranění nepohody je pro dotyčného vždy velmi příjemná a uklidňující, ale pouze na nějakou dobu, než se opět začnou objevovat další vtíravé nápady. Obsese mají také často sklon ke generalizaci a objevují se v dalších oblastech prožívání života. Napadený je nechce a ani nevíta, spíše se jich snaží zbavit.

Objevují se proti jeho vlastní vůli, vnucují se do mysli automaticky. Často se objevují v závislosti na vyvolávajícím podnětu, který spustí celý proces nutkavého chování a v člověku vzbudí silnou úzkost, tíseň a napětí. Úsilí ke zdoání obsesí může být pro dotyčného zcela vyčerpávající, avšak navenek nepatrné. Obsahem obsedantních myšlenek mohou být i velmi běžná témata např. špína, nakažení, nebezpečí, smrt, agrese, nemoc či náboženské a morální podněty, i obsese zcela nesmyslné. Obavy, kterými postižený trpí, jsou mu nepříjemné, avšak nemůže se jich zbavit. (Praško, 2016)

„Kompulzemi můžeme nazvat opakované, úmyslné a účelné jednání prováděné podle určitých pravidel nebo určitým stereotypním způsobem.“ (Praško, 2016, s. 12)

Jsou záměrné a promyšlené. (Tompkins, 2012)

Postižený si tímto chováním uleví, sníží napětí, předejde úzkosti vyvolané neustále se opakujícími obsedantními myšlenkami. Vyvolaná činnost je většinou nesmyslná jak pro ostatní přihlížející, tak pro samotného vykonavatele, který si velmi dobře uvědomuje přehnanost a neúměrnost své zbytečné aktivity. Proti nepříjemným myšlenkám se snaží bránit a nevykonávat kompulzivní chování, které vede i k pocitům studu a psychického napětí ve společnosti. Nemocný cítí velmi silné nutkání provést konkrétní čin i přes svůj odpor a pocit nesmyslnosti celého svého projevu. Kompulze může probíhat skrytě, pouze v myšlenkách postiženého, v chování nebo pomocí ujišťování od ostatních lidí. Nejčastěji je známá forma kontrolování, čištění či mytí, které po čase již přesahuje únosné hranice a nemocný provádí činnost neustále dokola, pro jistotu. Stává se to pro něj dennodenním rituálem, vyhýbá se okolí a tím si jen prohlubuje a udržuje problém, avšak nechtěně. Nepřináší mu žádné potěšení, jen úlevu od úzkosti, která v něm postupně narůstá. Z opakujících se kontrol se časem stávají pro jedince rituály. (Praško, 2016)

„Tím se rozumí kompulzivní chování buď zjevné, nebo mentální. To znamená, že chování má pevně stanovený postup a pořadí kroků s jasně určeným začátkem a koncem.“ (Praško, 2016, s. 19)

### 3.1.1 Typy obsesí a kompulzí

**Obsese týkající se strachu z nákazy, špíny a škodlivin** jsou charakteristické chorobným strachem z konkrétně definované látky nebo pouze z nejasných konkrétních špinavých či jinak pro zdraví škodlivých objektů. Typickými nutkavými myšlenkami jsou strach z onemocnění nakažlivou nemocí, jedů či štitivost vůči tělesným tekutinám. Kompulzivním chováním je časté mytí sebe nebo okolí, vyhýbání se nebezpečným místům, zabezpečování se léky, alkoholem nebo dezinfekčními látkami.

**Obsesí týkající se magického obsahu** jsou charakteristické pro osoby, které věří ve staré pověry známé z běžného života. Dotyčný se chová velmi podivně, a když něco neudělá podle předem určené představy, tak se stane něco hrozného.

**Obsese způsobující nadměrné hromadění** věcí jsou charakteristické obavami z potřeby vyhozené či darované věci. Rituálním chováním zde bývá nadměrné hromadění, potřeba zásob prostředků denní potřeby i náhradních dílů.

**Obsese kontrolovací** patří k nejčastějším. Nemocný nedůvěřuje sám sobě, kontroluje po sobě již zkontrolované, má strach z pohromy, kterou může způsobit. Opakovaně se ujišťuje o uzamčení dveří, vypnutí spotřebičů, kontroly peněženky, dokladů i popelníků.

**Podstatou obsesí ruminantních** je přehnaný důraz na zapamatování si všech uvědomělých informací a obava, že občas může neznalost přinést jedinci problém. Pro dotyčného je potřeba sbírat, shromažďovat a vybavovat si informace tou nejdůležitější. Často si nemocný píše podrobné záznamy či si přeřikává naučené.

**Obsese agresivní** mají původ v tzv. náhlých nápadech, které zcela popírají mravní či jiné lidské zásady. Typickými obsesemi jsou v tomto případě úmyslné fyzické či psychické napadení jedince, poškození, podpálení či zničení majetku. Nemocný se snaží bránit vybavováním ochranných představ, odřikáváním neutralizujících zaklínadel, myšlenek, vět či slov.

**Obsese vyžadující pořádek a symetrii** jsou typické pro lidi, kteří chtějí mít ve svém životě neustálou potřebu mít ve všem pořádek. Nejvíce se jejich myšlenky týkají každodenního režimu a provádění běžných denních úkonů. Rituálním chováním se stává i několikahodinové vyčerpávající uklízení, zarovnávaní, přerovnávaní či třídění již

přetříděných věcí. (Praško, 2016)

To může trvat i několik hodin a osoba trpící Obsedantně – kompulzivní poruchou není schopna začít s vykonáváním jiné činnosti do té doby, než budou věci na správném místě. (Tompkins, 2012)

Nutkavé představy přesně dané úpravy jsou pro postiženého každodenním rituálem. (Praško, 2016)

Není možné určit, zda nějaká forma obsesí způsobuje pro nemocného větší bolest než jiná. Dle zkušeností léčby OCD jedinci s nutkavým mytím rukou nejsou v menší bolesti, úzkosti a stresu od jedinců trpících strachem, aby se sami nestali psychopaty. (OCDLA, 2012)

### **3.2 Příčiny, průběh a prognóza**

Příčiny vzniku OCD nejsou zcela známe, avšak jistý vliv má jak dědičnost, tak způsob výchovy. V rodině, kde se klade zejména přehnaný důraz na čistotnost, pořádnost a kontrolu, je možný vznik vždy vyšší. (Praško, 2016)

„Podle studií zkoumajících účinky léků se však zdá, že u OCD dochází k nerovnováze některých působků v mozku (serotoninu), což souvisí jak s celkovým nadměrným napětím a úzkostí, tak s velkou pohotovostí k náhlým záchvatům silného strachu.“ (Praško, 2016, s. 49)

Spouštěč choroby může být externího i interního rázu. Vnějšími vlivy mohou být předměty či situace objevující se v každodenním životě postiženého. Často si lidé tyto vlivy tolik neuvědomují a spíše dávají přednost vnitřním, mentálním událostem, které prožívají. Často to bývají vzpomínky na neblahé situace, které v životě prožili. (Tompkins, 2012)

Průběh vzniku OCD se až v polovině případů začíná rozvíjet postupně. K případům s lehčím začátkem poruchy patří klienti s převahou mytí, čištění nad klienty s ověřováním. Porucha probíhá s různými výkyvy s obdobím většího projevu a obdobím většího klidu. Avšak ani v těchto chvílích nejsou klienti zcela bez příznaků. Potíže se většinou zhoršují s další přidruženou problematikou. V tomto období se vždy mohou obsese a kompulze zhoršit. (Praško, 2016)

### **3.3 Přidružené psychické poruchy**

#### **3.3.1 Deprese**

Deprese nemocný prožívá pocitem významné ztráty něčeho nezbytného pro jeho štěstí nebo pohodu. (Beck, 2005)

Mezi hlavní příznaky depresí patří přetrvávající smutná, úzkostná nálada, pokles energie, únava, slabost, nervozita, ztráta zájmu a radosti, pocity bezmoci a beznaděje či ztráta smyslu života. K příznakům duševním se přidávají i tělesné, jako je bolest hlavy, poruchy trávení, dlouhodobé bolesti, tíha na hrudi, ochablost a ztuhlost svalstva. (Praško, 2016)

Myšlenkové téma deprese lze formulovat jako triádu příznaků – negativní pojetí sebe sama, beznadějný pocit z budoucna, negativní vyjadřování životních zážitků a příhod. Nemocný je svými negativními procesy doveden až k apatii, hledá únik, který často končí ve formě sebevraždy, kdy si nemocný již neumí pomoci. (Beck, 2005)

Jasný vztah existuje i mezi depresí a OCD. Nemocní mívají většinou obsedantní myšlenky, když se nacházejí momentálně v depresivním stavu. Příznaky poruchy mají v tuto chvíli často tendenci se prudce zhoršovat. Mnoho obsesí vzniklých v rámci depresivního onemocnění mívá vražedný, agresivní či sebevražedný obsah. (Praško, 2016)

#### **3.3.2 Fobie**

Fobie jsou přehnané či iracionální strachy charakteristické svou úzkostí z daného podnětu. Většina klientů s OCD prožívá fobie v rámci vyhýbavého chování před místy či věcmi, které pro ně mají úzkostný charakter. Typickým příkladem je strach ze znečištění či obav ze špíny a nákazy. Rozdílem mezi fobickou poruchou od poruchy Obsedantně - kompulzivní je však v jejím prožívání. Poté, co se dotyčný s fobií obávanému objektu či situaci vyhýbá, cítí se v bezpečí a ve svém životě není jinak limitován, je nemocný s poruchou OCD stále v pocitu nebezpečí a prožívá vnitřní neklid a nepohodu. (Praško, 2016)

#### **3.3.3 Schizofrenie**

Vztah OCD se schizofrenií je více omezený. Některým klientům trpícím obsesemi je často stanovena chybně diagnóza schizofrenie v důsledku povrchní podobnosti mezi bludy a obsesemi. U schizofrenního bludu si nemocný neuvědomuje, že jde o omyl a skutečně v něj

věří, zatímco obsedantní myšlenka je pro postiženého vnímána jako nechtěná. (Praško, 2016)

### **3.4 Udržovací faktory a důsledky**

Při rozvinutí obsedantních myšlenek a narůstajících tendencí jedince se svého nutkavého myšlení zbavit v každém narůstá tvorba typických problémů s tím spojených. Nemocný se začíná chovat vyhýbavě vůči ostatním, činnostem i situacím, které v něm vzbuzují pocit úzkosti a napětí. Tím však sám sebe limituje, vyhýbá se danému problému a nezjistí, zda se jeho katastrofický scénář opravdu při výkonu vyplní. Kompulze postupně narůstají s dalšími obsedantními myšlenkami. Nemocnému zabírají stále více času, však vyrovnání se s prožitím nepříjemných prožitků je pro postiženého téměř nemožné. Kompulzivním chováním dotyčný uniká z úzkosti, která v něm při pomýšlení na překonání obsedantních myšlenek, intenzivně narůstá. Jedinec začíná mít postupem času pocit, že se ocitá v bludném kruhu, ze kterého není úniku. Stává se stále více přecitlivějším, opakovaně a s větší intenzitou v něm narůstá pocit ujišťování se. Reakce okolí na postiženého nesmyslné chování mohou být pro něj spíše překážkou. Rodina, kamarádi či partneři mají zpravidla tendence pomoci, začínají nemocnému pomáhat, vykonávat činnosti, kterým se postižený vyhýbá, doprovázet ho a více o něj jevit zájem. Mohou mu tímto ulevit však krátkodobě, protože v důsledku mu spíše nechtěně škodí. Provádění rituálu nemocný odloží na chvíli, kdy ho ostatní nevidí a nebude je tedy svým problémem zatěžovat. I negativní chování vůči jedinci vede k posilování rituálům, které se stávají více intenzivní a nemocnému trvají stále delší časový horizont. (Praško, 2016)

### **3.5 Léčba**

V dnešní době je více možností, jak se může OCD léčit. Účinné jsou ale i terapie stejné jako u ostatních neurotických poruch – psychoterapie spojená s antidepresivy, či antifobiky, antipsychotiky a s tím v návaznosti následná rehabilitace. (Praško, 2016; Dušek, Večeřová – Procházková, 2010)

Nejúčinnějšími přístupy se však staly vhodně zvolená farmakoterapie dohromady s kognitivně – behaviorální terapií. (Praško, 2016)

OCD je nemocí léčitelnou a u každého nemocného můžeme dosáhnout toho, že se jeho

příznaky zmírní, zastaví jejich zhoršování nebo se částečně upraví. S úplným vyléčením a vymizením příznaků se počítá přibližně u jedné poloviny pacientů. U čtvrtiny lze očekávat výrazné omezení obtíží a u zbylých nemocných se předpokládá omezení jak pracovní, tak sociální, spíše v invalidním důchodu. I však u nich je vliv terapie viditelný a dotyční se budou cítit a chovat jistě lépe než bez ní. (Pidrman, 1999)

### **Farmakoterapie**

V poslední době na základě studií bylo zjištěno, že lidé trpící poruchou Obsedantně – kompulzivní mají na některých nervových zakončeních v mozku změněnou rovnováhu serotoninu. To způsobuje, že nejsou dostatečně regulovány hladiny napětí, energie a sytosti. Serotonin jako samotný působí jako přenašeč vzruchu na další buněčná zakončení. Tato nerovnováha se podle zjištění dá upravovat léky, které blokují zpětné vychytávání serotoninu a tím umožňují dosáhnouti zpětné rovnováhy v organismu. (Praško, 2016)

„Mezi tyto léky patří antidepresiva: klomipramin, sertralin, fluoxetin, citalopram, paroxetin a fluvoxamin.“ (Praško, 2016, s. 59)

Výhodou je jejich specifické působení na příznaky poruchy a odstraňování depresivní nálady nemocného. Nevýhodou jsou vedlejší účinky léků, které na každého postiženého působí jinak, a proto i výběr vhodných léčiv je ze začátku důležitý. Účinky léků se neprojeví ihned. Nejdříve musí dojít k úpravě hodnot serotoninu na jednotlivých nervových zakončeních, ke které dochází v průměru za 3 – 8 týdnů pravidelného užívání, avšak ke zmírnění obsesí a kompulzí může postižený zaznamenat až za 2 – 3 měsíce. Příležitostně se mohou nemocnému předepsat i antipsychotika a posílit tak účinek daného léku. (Praško, 2016)

### **Kognitivně – behaviorální terapie**

„Kognitivně – behaviorální terapie (KBT) vznikla integrací kognitivní terapie a behaviorální terapie v sedmdesátých letech 20. století.“ (Pešek et al., 2013, s. 15)

Slovo kognitivní znamená zaměření na myšlení a behaviorální souvisí s pozorovatelným chováním jedince. (Pešek et al., 2013)

Tento způsob léčby se dnes využívá jako jeden z prvních volených postupů. Nemocný



se vystavuje situacím, které v něm vyvolávají úzkost a spouští jeho kompulzivní chování. Následně je zabráněno tomu, aby dotyčný své rituální chování provedl a tím v sobě snížil své nepříjemné pocity. (Praško, 2016)

„Kognitivně – behaviorální terapie OCD je založena na strukturovaném programu ušitém na míru klientovi tak, aby mu pomohla odstranit jeho obsese a rituály.“  
(Praško, 2016, s. 62)

„Je to účinný a rychle se rozvíjející psychoterapeutický směr, u nějž se stále zdokonalují specifické postupy pro terapeutickou práci s lidmi s různorodými psychickými, emočními či psychosomatickými problémy.“ (Pešek et al., 2013, s. 13)

Kroky ke zvládnutí problému jsou systematicky řazeny od lehčího ke složitějšímu. Tímto si dotyčný dodává postupem času více odvahy a je schopen se postavit i složitějším úkolům. Klient sám na sobě pozoruje, že po provedení dané pro něj nepříjemné situace opakovaně úzkost a nejistota postupně klesají. Tím se snižuje jeho potřeba konání tohoto chování. Jedinec spolu s terapeutem sestavují seznam zvládnutých a nezvládnutých úkolů. Těmto podnětům se dotyčný postupně vystavuje, samozřejmě od nejlehčích k nejtěžším. Svou pílí překonává potíže, které ho trápí a obtěžují. Pro nemocného je velmi důležité, aby nakonec expozice zahrnula i podnět s nejintenzivnějším účinkem na klienta. Během své nejtěžší expozice si může klient zaznamenávat své pocity, které následně zkonzultuje s terapeutem a stanoví se plán provedení další intervence v dané problematice. Nakonec většina postižených zjistí, že úzkost, která se projeví před výkonem daného cíle, se nakonec sama sníží a toto chování již není potřeba. Čím častěji se nemocný situacím vystavuje, tím se pocity úzkosti a nejistoty snižují a nemocnému narůstá pocit úlevy. Cílem však není úzkost zcela odstranit, ale naučit se ji tolerovat. Zároveň je klient veden k tomu, že jeho obavy jsou zcela nesmyslné a zřejmě ve skutečnosti ani nenastanou. V nejlepším případě trvá terapie několik týdnů, téměř denní sezení a konzultování problémů je pro jedince velkým přínosem a pomocí do dalšího dne. Terapeut by měl na klienta působit vždy klidně, s rozvahou nabízet možnosti a dané problémové činnosti sám prožívat či je nemocnému sám na sobě ukazovat a předvádět. Důležitým prvkem je na každém sezení stanovení cíle pro další intervenci, ke které se v léčbě dále směřuje. Dotyčný si sám vede deník, kam si zaznamenává své úspěchy i neúspěchy a četnost svých obsesí a kompulzí. Domácími úkoly se posunuje stále k lepším výkonům a tím

zvládnutí své poruchy. Stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů motivuje klienta v terapii ke splnění dalších stanovených překážek, které dotyčnému dělají problém. Podpora terapeuta je v daném postupu nezbytná. (Praško, 2016)

U lidí s OCD je tato terapie považována jako vysvobození z jejich bludného kruhu, ve kterém se nacházejí díky svým přesvědčením a zodpovědnému chování. Pro KBT je charakteristické, že se s klientem v rámci sezení terapeut zaměřuje na řešení konkrétních problémů ve vztahu k přítomnosti i budoucnosti klienta. Z počátku působí terapeut velmi aktivní a direktivní formou, která během léčby postupně klesá. Každý klient je na začátku této terapie seznámen s programem terapeutických sezení a upozorněn na její podstatu, která je pro ni specifická. Konečným cílem je, aby jedinec v budoucnu terapeuta nepotřeboval a stal se pomocníkem sám sobě. (Pešek et al., 2013)

KBT je založena na jasném programu jednotlivých kroků a milníků, který je do jisté míry přizpůsoben individualitě každého nemocného a vzniká v průběhu intervence terapeuta. Nemocný je podle předem sestaveného plánu vystaven zátěžovým situacím podle jeho problémů, prožívanou úzkost si pacient zaznamenává. (Pidrman, 1999)

### 3.6 Ergoterapie u lidí s Obsedantně – kompulzivní poruchou

Terapeutická intervence ergoterapeuta v psychiatrii je prováděna formou jak individuální, tak skupinovou. Terapie napomáhá nemocným znovu získat a nabýt funkční schopnost v době, kdy je jejich emoční a psychická úroveň pod hranicí normy. Hodnota ergoterapeutického přístupu je poté ve výběru správného zaměření intervence k daným klientovým problémům. Výsledkem působení na klienta s OCD je pomoc při uvědomování si svých obsedantních myšlenek, organizace, plánování a následné udržení rovnováhy v provádění činností a aktivit v běžném životě. Pomocí vlastních vyšetření je schopen ergoterapeut specifikovat problémové oblasti jedince a poskytovat metody k jejich možné změně. Důležité je v terapii postupovat individuálním přístupem zaměřeným na danou klientovu problematiku. (Krivošíková, 2011)

U pacientů trpících obsedantními myšlenkami jsou indikované vhodně zvolené metody pro práci hlavně s myšlením. (Klusoňová, 2011)

Při volbě intervenční strategie je třeba vždy postupovat individuálně, brát v úvahu momentální potřeby klienta a k tomu všechny souvislosti limitace zvolené aktivity. Nelze opomíjet ani aktuální psychické ladění klienta, jeho osobní přístup a motivaci k terapii. (Jelínková et al., 2009)

Pro správné vykonání daného úkolu je u lidí s obsesemi nutná klientova pozornost, která je důležitá v soustředění na výkon při terapii. Zajišťuje hlavně přenos nabitě informace do našeho mozku, její uvědomění a následně možnost využití v praxi. (Válková, 2015)

S nemocnými OCD je vhodné zařadit do terapií umělecko – kreativní léčbu pomocí arteterapie a muzikoterapie, kdy se posiluje projev pacienta a jeho schopnost uvědomovat a sdělovat své emoční prožitky současné i minulé. V časných stádiích klientovy léčby se zařazuje i nácvik dechových cvičení, která slouží k prohloubení pocitu reality a uvědomění prožitku vlastního těla. Následně je nezbytné vést pacienta k návratu do rodinného a společenského života pomocí psychologické intervence a vhodně zvolenými metodami k dané diagnóze. (Dušek et al., 2010)

### 3.6.1 Využití humanistického přístupu v terapiích

#### Arteterapie

Arteterapie je v dnešní době poměrně mladým oborem, avšak její terapeutická hodnota umění se uznává již několik let. Hlavním cílem této metody je zmapování obsahu vnitřního myšlení člověka a hledání vztahu mezi nevědomím a reálným chováním. Klienti se prostřednictvím kresby snaží porozumět svým vnitřním problémům, pocitům a vyjádřit je na papír. Spontánní výtvarná tvorba podporuje nemocné v zamyšlení nad svými vlastními problémy, které beze slov mohou přenést ze svého nitra pryč a podpořit tím v sobě sebeuzdravující procesy. (Campbell, 1998)

„Vnější atmosféru i vnitřní pocity a zkušenosti přetvářejí pomocí celé své osobnosti do určitého sdělení. A právě charakter čáry, rytmus, tón, nálada a barva toto sdělení zprostředkovávají.“ (Campbell, 1998, s. 20)

Svému nevědomí tím dají prostor, aby se zhmotnilo a získalo formu, se kterou se dá poté dále pracovat a diskutovat o ní. Výtvarné pojetí či dovednost jedince jsou v tomto směru méně důležité, spíše se zaměřuje na spontánní vyjádření klienta. Použití různých druhů materiálu může inspirovat jedince k dokonalejšímu výtvarnému výtvoru svých myšlenek a emocí, a tím obohatit následnou diskuzi o svých vnitřních nesnázích. Prostředí hraje pro tvorbu taktéž významnou roli. I terapeutem zvolené téma nemusí být pro jedince příjemné k vyjadřování, avšak následná diskuze s ním o vyjádřeném výtvarném výtvoru může jedinci pomoci k rychlejšímu procesu uzdravení a uvědomění si vlastního problému. (Campbell, 1998)

Arteterapie bývá vnímána jako součást tzv. kreativních terapií spolu s muzikoterapií a taneční terapií. Arteterapie je tedy léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako prostředku k poznání a ovlivnění lidské psychiky, mezilidských vztahů. Jde o tvořivou činnost. Teoreticky se opírá o psychologické teorie tvořivosti a vyznačuje se jednak důrazem na originalitu a spontaneitu, tak i snahou co nejvíce motivovat a vtáhnout do prožitku.

V současné době se arteterapie prosazuje stále více v sociální sféře, při práci s klienty s duševním onemocněním, dále se závislostmi či jiným dlouhodobým problémem. Často bývá zahrnuta do programů péče individuální, skupinové a rodinné. Klientelou jsou jak děti, tak dospělí. (ČAA, 2017)

## **Muzikoterapie**

„Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti tzv. expresivních terapií.“

(Kantor et al., 2009, s. 21)

Označujeme tím terapeutické a výchovné metody, ve kterých dominuje hudba. Muzikoterapie používá verbální i neverbální prostředky. Verbalizovat můžeme zpěvem, rytmiací slov, výkřiky i šeptem. Neverbálně pracujeme s hudbou, rytmem či zvuky. Různé části těla rezonují s jinými zvuky a tóny, u každého jedince individuálně. Pomocí těchto tónů můžeme muzikoterapeuticky pracovat při uvolňování napětí v různých částech lidského těla či naopak je využít na jejich stimulaci. V nejširším smyslu slova se užívá názvu muzikoterapie i u takových hudebních činností, které již nejsou léčbou, spíše psychohygienickým procesem využívajícím s určitým záměrem vlivu hudby na psychiku člověka. (Gerlichová, 2017)

Přímo tento směr se označuje jako léčení či pomoc člověku hudbou. Samotný obor se nejčastěji využívá ve spojení s obory hudebními, psychologickými, psychoterapeutickými, expresivními, pedagogickými či dalšími. Překladem pojmu není pouhé léčení hudbou, ale pomoc člověku se zdravotními problémy. Základem muzikoterapeutického procesu je klient, hudba a terapeut. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální či interpersonální integrace a následně i vyšší kvality života. Vzájemný vztah terapeuta a klienta je při tomto procesu nezbytný.

(Kantor et al., 2009, s. 21)

Muzikoterapie je ve zdravotnictví řazena po boku ergoterapie a fyzioterapie a forem umělecké terapie. Na základě používání hudby je jejím cílem oslovit fyzickou, psychickou, kognitivní nebo sociální stránku pacientů v každém věku a s odlišnými potřebami.

(Gerlichová, 2017)

## **Relaxační techniky**

„Další možností, jak ovlivnit prožívání klienta, jsou relaxační techniky, včetně zklidňujícího dýchání.“ (Kuklová, 2016, s. 50)

„Nácvik relaxace je mezi pacienty velmi oblíbený a nalézá široké uplatnění zejména v terapii úzkostných stavů.“ (Vymětal, 2004, s. 82)

Při prvním setkání s klientem je dobré jej naučit hned zklidňujícího dýchání. Přímou při sezení si oba, terapeut i klient, položí ruku na břicho, aby měli jistotu, že nedýchají do hrudníku. Následně je důležité, aby byl výdech dvojnásobně delší než nádech, optimální je nádech na 3 doby a výdech na 6. Důležité je při tomto procesu dodržovat mezi nádechem a výdechem krátkou pauzu. Návčik se provádí s klientem do té doby, než si je klient jist, že techniku ovládá správně. Poté je dobré dodržovat návčik dýchání alespoň dvakrát denně. Později, když již klient celý proces s technikou zvládá, začíná jej aplikovat v situacích při pocitu úzkosti. Při výdechu si může ve své mysli říkat heslo k uvolnění. (Kuklová, 2016)

Ke zklidnění a ovlivnění klientovi úzkosti se dále využívají relaxační techniky, nejvíce Schultzův autogenní trénink a Ostova aplikovaná progresivní svalová relaxace. Obě vycházejí z podobných principů založených na uvolnění psychického i svalového napětí zároveň. Primárně jde hlavně o navození svalového zklidnění, které se poté projeví i po psychické stránce. (Kuklová, 2016)

„Progresivní svalovou relaxaci opět nacvičujeme s klientem nejdříve při sezení, eventuálně ve skupině. Ostova aplikovaná relaxace se používá zejména proto, že po adekvátním tréninku je schopna velmi rychle snížit napětí v jakékoliv situaci.“  
(Kuklová, 2016, s. 52)

Pro lepší využití se tato metoda nacvičuje v pozici sedu, nikoliv lehu. Důležité je také instruovat klienta, aby sám na sobě vypořádal, kde se mu při prožívání stresové situace na těle projevuje pocit úzkosti a napětí. V běžném životě si poté dokáže pomocí relaxace zmíněné místo rychleji uvolnit a zastavit tím nepříjemný problém. Při návčiku terapeut opět relaxuje s klientem. Postupně dává instrukce k napínání a následnému uvolňování svalových skupin. Napětí se obvykle udržuje asi 5 sekund a následné uvolnění po dobu 10 – 15 sekund. Při prvním sezení se nacvičuje relaxace rukou, paží, krku a ramen. Ve druhém sezení se zaměřuje již na celé tělo. Klient by měl sám relaxaci nacvičovat nejlépe 15 – 20 minut denně. Pokud ji již bude dobře zvládat, postupně vynechává fázi napětí a nacvičuje pouze fázi uvolnění při zachování pravidelného břišního dýchání. Následně tuto metodu klient přenáší a učí se využívat v zátěžových situacích. (Kuklová, 2016)

„Další možnou relaxační technikou je autogenní trénink podle Schultze. Nevýhodou

této metody je, že není použitelná přímo ve stresové situaci, proto se v těchto případech využívá méně. Slouží spíše jako metoda k celkovému snížení psychického napětí například u úzkostných stavů.“ (Kuklová, 2016, s. 54)

Při nácviku autogenního tréninku se využívají standartní formulované povely a nejčastější poloha je volena v pozici vleže na rovné zemi. Pozornost se v tomto stylu techniky zaměřuje především na uvolnění pacienta jak po psychické stránce, tak i fyzické. Prostřednictvím 6-ti pocitů se terapeut snaží u nemocného navodit relaxovaný stav, po jehož dosáhnutí lze použitím jednoduchých formulovaných slovních spojení navázat na pacientův konkrétní problém. Pro vyvolání relaxovaného stavu pacienta je důležité se zaměřovat na pocit tíhy, tepla, tepu, dechu, prohřívání břišní části a chladného čela. Těchto několik základních instrukcí je důležitých pro navození klidnějšího stavu pacientova těla. Uvolnění svalstva pocitem tíhy, vasodilatace cév pomocí pocitu tepla, zklidnění se zaměřením na tep a dech, pocit tepla či chladného čela, je u nemocného důležitý pro otevření prostoru k další terapeutické práci. (Vymětal, 2004)

### **3.6.2 Využití kognitivně – behaviorálního přístupu v terapii**

Metod z KBT, které se využívají k ovlivnění jednotlivých složek lidské psychiky, je mnoho. S jejich pomocí se dokážou pozměnit lidské myšlenky, chování, emoce i forma tělesných reakcí. Ve srovnání s jinými psychoterapeutickými přístupy mají tyto metody v rámci provedení různá specifika. Terapie je oproti ostatním zaměřena více ke klientově problematice. Bývá kratší a časově omezenější. Klade se zde důraz k vyřešení jasně definovaných problémů jak v přítomnosti, tak do budoucna. Důležité je v počátku terapie definování reálných a pro klienta splnitelných cílů, konkrétních situací a shrnutí do jasných snadno pochopitelných bodů. (Pešek et al., 2013)

Ke klientovi s OCD je také možno přistupovat a využívat tyto přístupy. Zde se jako terapeutický postup nevolí expozice, tedy přímé vystavení se obávané situaci, ale spíše zábrana rituálu v situaci navozující silné napětí. Klient je instruován, aby v dané své problémové situaci provedl kompulzivní chování jiným než obvyklým způsobem a odešel pryč. Snaží se tímto zvládat silné napětí z neprovedení zaběhlého rituálního chování. Takto je schopen postupně přetnout jeho bludný kruh stálého provádění rituálu. Současně se s klientem

pracuje na zpracování obávaných obsesivních myšlenek v rámci kognitivní restrukturalizace. Cílem je hlavně snížit hladinu úzkosti a naučit čelit klienta obtěžujícím vtíravým myšlenkám. K tomu je také v rámci navození relaxačního schématu těla provádět zklidňující dýchání a zaměřit svou pozornost na určitou činnost. (Kuklová, 2016)



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 CÍL

Cílem bakalářské práce je zhodnotit, jak zvolené ergoterapeutické postupy dokázaly nasměrovat vybraný vzorek klientů s Obsedantně – kompulzivní poruchou k následnému pocitu jejich zlepšení v progresi léčby, a tím zlepšit jejich dosavadní prožívání každého následného okamžiku i dne. Dílčími cíly této práce je dále odpovědět na hypotetické otázky, které jsou uvedeny v kapitole hypotéz.

Úkolem práce je provedení vybraných technik po předem zkonzultované supervizi s psychologickým personálem a následné vyhodnocení přínosu pro klienty, uvedení diskuze k výsledkům a závěr.

## 5 HYPOTÉZY

**H1:** Předpokládám, že ergoterapeutická intervence při použití prvků z humanistického přístupu arteterapie a muzikoterapie pomůže klientům s OCD v orientaci dosavadního průběhu života s poruchou.

**H2:** Předpokládám, že provedené relaxační techniky zklidňujícího dýchání a progresivní svalové relaxace dokáží pomoci klientům ke zklidnění v prožívání nepříjemného okamžiku.

**H3:** Předpokládám, že zvolená technika kognitivní restrukturalizace dokáže klientům pomoci v rozpoznání několika svých obsedantních myšlenek.

## **6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Sledovaným souborem pro účely výzkumného šetření byli 3 klienti s Obsedantně – kompulzivní poruchou. Klienti byli informováni o účelech výzkumného šetření. Na základě souhlasu klientů byly vypracovány případové studie. Sběr dat probíhal převážně v léčebném zařízení Dobřany, u posledního případu v prostředí domácím. Výzkumná sezení probíhala celkově v období od listopadu 2016 do února 2017 v různém časovém období. U každého z nich trvala ergoterapeutická intervence 2 měsíce 1 krát za 14 dní po dobu 30 - 45 minut. Případové studie jsou zaměřeny na nynější fázi onemocnění a její postup, vyšetření a zhodnocení zvolených technik při terapiích.

Po dokončení všech terapeutických sezení byl vyplněn dotazník, který obsahoval otázky ke zhodnocení účelnosti vybraných technik pro klienta. (Příloha 1)

## 7 METOLOGIE SBĚRU DAT

Všechny případové studie jsou prováděny formou kvalitativního výzkumu. Metodologie sběru dat byla individuálně přizpůsobována každému klientovi.

Hlavní metodou sběru dat pro zpracování praktické části bakalářské práce byl použit rozhovor s klientem a jeho pozorování při terapii i mimo ni. Tímto byly hodnoceny především oblasti momentálního prožívání, nálady, emocí a reakce na zvolenou techniku při sezení.

Na začátku všech terapií probíhalo hodnocení nynější problematiky formou rozhovoru, sebehodnotícího testu na OCD a dotazníku vlivu nemoci na život pacienta. Vše uvedeno v přílohách. (Příloha 2, 3) Sebehodnotící test OCD je běžně používaný test v zahraničí. Obsahuje hlavně otázky týkající se klientovy problematiky, jeho prožívání emocí. U všech klientů zhodnotil jejich vtíravé myšlenky, nadměrné obavy, nutkavé chování a celkový dopad na život. Jednotlivé otázky vždy směřovaly k období před jedním měsícem. Dotazník vlivu nemoci na život klienta byl vypracován s podkladem publikace o OCD a následně upraven k použití v bakalářské práci pro vybraný vzorek nemocných. Obsahoval 14 otázek, které měli klienti hodnotit pomocí číselné stupnice, která byla v testu použita, pod textem vysvětlena k jejímu snadnému pochopení.

Následné využití terapeutické intervence expresivních technik, relaxační metod a kognitivní restrukturalizace byly vždy klientem zhodnoceny po absolvování všech sezení pomocí 2 dotazníků, které byly zaměřeny na účelnost vybraných metod vzhledem ke klientovým potížím, pomoc v jejich odstraňování a ovlivnění myšlení. Samotné dotazníky nejsou standardizovány. Byly vytvořeny pro účely výzkumného šetření vlivu metod na problematiku všech klientů. Dotazníky obsahovaly otázky s jednoduchým typem zhodnocení. (Příloha 1, 4)

Po provedení expresivní techniky arteterapie a kognitivní restrukturalizace byla u všech klientů zvolena fotodokumentace jejich výtvoru. Všichni vybraní klienti souhlasili s uvedením jejich záznamů z terapií do bakalářské práce kromě záznamu ze sezení muzikoterapeutického.

## **8 PŘÍPADOVÉ STUDIE**

### **8.1 Případová studie 1**

#### **8.1.1 Seznámení s klientem**

Klientkou pro případovou studii je 23 - letá pacientka, která trpí Obsedantně – kompulzivní poruchou 2 roky. V rodině se vyskytuje depresivní porucha, se kterou se léčí i zvolená klientka již 5 let. V nynějším stavu převažuje nad depresivní epizodou porucha Obsedantně – kompulzivní, se kterou je nyní hospitalizována.

#### **8.1.2 Vyšetření ergoterapeutem**

##### **Aspekce**

Klientka vypadala smutně, byla neupravena, neučesána, nenamalována. Je vidět patrná převládající úzkost, strach a nechuť do života.

##### **Rozhovor**

Klientka mluvila tiše, vstřícně. Její první projevy Obsedantně – kompulzivní poruchy se objevily, když se před 2 lety rozešla s přítelem, alkoholikem. Přes veškerou její snahu pomoci mu abstinovat se postupně méně starala sama o sebe, nechodila do školy. Po rozchodu se musela vrátit zpět ke své matce a bratrovi. V té době se začaly projevovat první náznaky obsesí a následně vyvolaných kompulzí. Začaly ji napadat divné myšlenky ve smyslu úmrtí v rodině, strachu o bývalého přítele, pocitu samoty a beznaděje. Převládající, všudypřítomné myšlenky se staly každodenním problémem a klientka měla potřebu se ujišťovat, uvolnit se z neustálého napětí vtíravých myšlenek vytvořených kompulzivním chováním. Po každém vystupňování tělesné i psychické nervozity si začala sahat na své zuby pravým ukazováčkem pro potřeby jejího ujištění, následně se doteky změnily již v určitý počet, začala počítat věci v místnosti či v prostředí, kde se zrovna nacházela. Dále se zaměřila na libovolný předmět, který dokázala dlouhé minuty až hodiny zkoumat do detailu. Po vykonávání kompulzivního chování vždy následovalo uvolnění, pocit jistoty ze zvládnutí svého úkolu. Tyto nepříjemné potřeby ji začaly pronásledovat každodenně, kdy v podstatě nic jiného nedokázala dělat.

Všechn svůj čas musela soustředit na kompulzivní chování k prožití následného pocitu uvolnění z úzkosti. Postupně by chtěla poruchu odstranit, dostudovat střední školu a složit zkoušky na vyšší odbornou školu zdravotní. Jejím cílem a motivací je i redukce hmotnosti a začít jezdit na kole.

### **Testování**

Klientka vyplnila při prvním společném sezení sebehodnotící test o Obsedantně – kompulzivní poruše, dále dotazník vlivu nemoci ke svému životu. Poté zhodnotila. V odstavci dotěrných myšlenek uvedla hlavně případy zahrnující katastrofy a hrozné události, duševní znečištění. U nadměrných obav vyplnila situace požáru, autonehody, zranění milující osoby, ztráty důležité věci či osoby, ublížení. U nutkavého chování označila nutkání udržovat čistotu, počítání, ověřování předmětů, opakování určitého chování, potřeby ujišťování se, zkoumání svého těla, vyhýbání se. Klientka uvedla obavu ze ztráty kontroly nad svými obsesivními myšlenkami, pocit nepohody, velký vliv poruchy na život v domácnosti i pracovní život.

## Obrázek 1 Dotazník vlivu nemoci na život pacienta klienta 1

Klient 1

### Vliv nemoci na život pacienta

Zhoršené sebeocení	1	2	3	4	5
Nižší odvaha k postupu v práci	1	2	3	4	5
Zhoršení vztahu s partnerem	1	2	3	4	5
Méně přátel	1	2	3	4	5
Pokles tvůrčího výkonu	1	2	3	4	5
Zhoršení vztahu k rodičům	1	2	3	4	5
Občasné myšlenky na sebevraždu	1	2	3	4	5
Zhoršení na vztahu k dítěti	1	2	3	4	5
Změna zaměstnání v důsledku obtíží	1	2	3	4	5
Narušení intimního vztahu	1	2	3	4	5
Omezování i ostatních členů rodiny	1	2	3	4	5
Nadužívání alkoholu	1	2	3	4	5
Nadužívání léků (nejde o léky předepsané lékařem)	1	2	3	4	5
Sebevražedný pokus	1	2	3	4	5

1 = velmi málo ovlivňuje život

2 = lehce mi ovlivňuje život

3 = ovlivnění mého života v normě

4 = nevidím velký důraz na ovlivnění svého života

5 = vůbec nevidím vliv na můj život

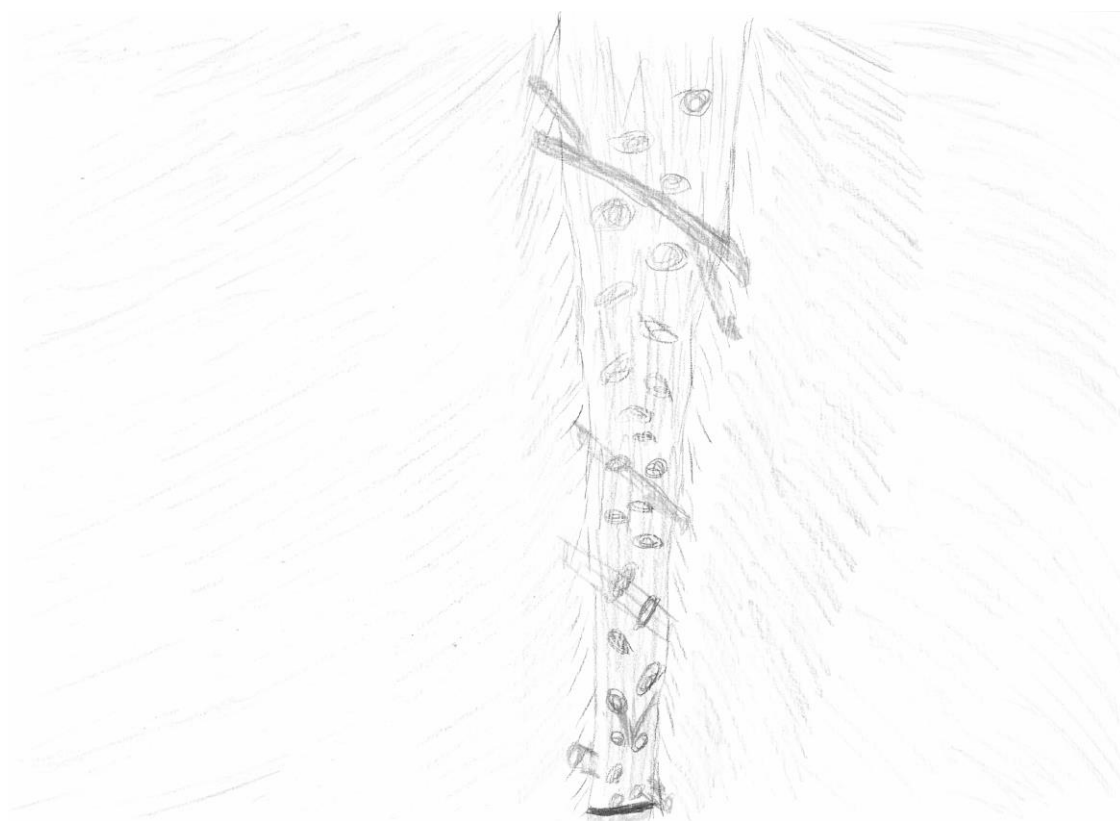
Zdroj: Vlastní

### 8.1.3 Využití humanistického přístupu v terapiích

#### Arteterapie

Tématem pro využití arteterapeutických prvků bylo zachytit pomocí barevných pastelových tužek na papír velikosti A4 svoji životní cestu. Sama měla velmi brzy nápad, jak tento úkol pojmout. Využívala celou paletu barev a velmi rychle malovala. Při práci u ní nebyly viditelné patrné stopy nutkavého chování, které by musela během terapie vykonávat. Po ukončení práce se provedl rozbor namalované životní cesty, kde klientka popisovala, jakým přínosem pro ni byla tato terapie. Problémy klientka znázornila pomocí kamenů a větví přes naznačenou cestu. Do budoucna by chtěla tyto překážky odstranit, mít vše špatné za sebou. V cíli své cesty by chtěla žít bez poruchy a dosavadních problémů. Po tomto sezení a rozboru namalované kresby působila spokojeně, bez náznaku úzkosti.

#### Obrázek 2 Kresba cesty klienta 1



Zdroj: Vlastní



## **Muzikoterapie**

Tématem pro využití prvků muzikoterapie bylo pomocí bubínku zachytit emoce klientky. Po vstupním rozehrání bubnování různou intenzitou se klientka pokusila vyjádřit své momentální emoce, jak se v tuto chvíli cítí po stránce psychické. Poté se pokusila zachytit pomocí bubnu pocit úzkosti a beznaděje, následně pocit radosti, pocit její depresivní nálady a nakonec pocit uspojení sama v sobě. Největší intenzitu projevila při zachycování úzkosti a beznaděje, nejhezčí zvuky vybubnovala při pocitu radosti. Dále se klientka snažila pomocí bubnu zachytit její vlastní pocit ve svém těle, jak se cítí po stránce tělesné. Toto téma bylo pro klientku velmi těžké, avšak velmi intenzivním bubnováním vyjádřila nakonec svoji nespokojenost s tím, jak vypadá. Na konci terapie si mohla s bubnem ještě sama chvíli zabubnovat podle své potřeby. Na klientce byla v závěru terapie vidět radosti a naděje.

## **Relaxační techniky**

Tématem dalšího setkání s klientkou byla edukace a následná intervence v rámci navození relaxovaného stavu jejího těla i mysli. S klientkou jsem nejdříve zvolila nácvik zklidňujícího dýchání, abych snížila její napětí a dosáhla u ní pocitu uvolnění. Klientka velmi dobře spolupracovala a za intervenci byla velmi ráda. Po této metodě byla zvolena metoda progresivní svalové relaxace před autogenním tréninkem z důvodu potřeby navození většího tělesného uvolnění, následně promítnutého i do jejího psychického stavu. Terapie začala edukací o svalových partiích, se kterými se v této metodě pracuje. Následně si je na sobě klientka vyzkoušela. Začala od ramen po ruce a skončila u obličejového mimického svalstva. Klientka prováděla relaxaci podle pokynů velmi zodpovědně, s patřičným viditelným úsilím o navození co nejvíce zrelaxovaného stavu. Po terapii se cítila uvolněně a spokojeně.

## **Využití kognitivně – behaviorálního přístupu v terapii**

Tématem sezení s klientkou bylo jasné definování jejích problémů pomocí prvků z kognitivně – behaviorální terapie za supervize zdejšího psychologa. Terapeutické sezení začalo zhodnocením potíží, definováním dosavadních nejobtížnějších problémů, stanovením cílů terapie. Klientka se pokusila zaznamenat situace, při kterých ji nejvíce obtěžují obsedantní myšlenky. Následně se snažila zhodnotit svou emotivní stránku a vše sepsat do

připravené tabulky pomocí tzv. kognitivní restrukturalizace. Rozhovorem se dále provedl rozbor klientčinych možností trávení volného času, následoval výběr pro klientku přijatelných činností, které by ji bavily a pomohly ji odvést od připomínajících se nutkavých myšlenek. Tímto způsobem by se podařilo zkvalitnit prožívání dne. Klientka byla s terapií velmi spokojena a i sama překvapena z množství vybraných volnočasových aktivit. Po terapii se cítila dobře, bez patrné úzkosti, s nadějí v postupné odstranění své OCD, života v napětí a neustálé úzkosti.

**Obrázek 3 Kognitivní restrukturalizace u klienta 1**

SITUACE	NEGATIVNÍ MYŠLENKA	EMOCE	ALTERNATIVNÍ MYŠLENKA	EMOCE NOVÉ	AKCE
MYŠLENKY NA OX PRÍTELE	VENAŠDV CI UŽ PRÍTELE NEPŘEČTANV NA NĚV MYSLET	STRACH 10 ÚZKOST 7 DEPRESE 8	PŘEČTAT HLEPAT MŮŽE TO PŘIJÍT SAMO MYSLET NA SEBE	STRACH 9 ÚZKOST 7 DEPRESE 8	PŮJDU NA KERAMIKU ZADAV SI NA KÁVU S KAVAROV
STUDIUM	ZAMEJKÁM DÍKY HOSPITÁLI ZAVI NEBOŽENU VÍVO NEPROJDU JÁL	STRACH 10 VZTEK NA SEBE 10 PANIKA 10	POHLUVIT SE S VTVČUŠCÍMY VČIT SE TADY PŘEDYEVODAT AKTIVITU V KONTAKTU SE SKOLOV	STRACH 8 VZTEK 7 PANIKA 10	NAVČIM SE SKRIPTA ZAVOLÁM TRÍDM VČITELKU A PODOVÍŽÁME SI O SITUACI

Zdroj: Vlastní

#### 8.1.4 Zhodnocení terapií

**Tabulka 1** Dotazník zhodnocení zvolených ergoterapeutických technik (ano – ne) klienta 1

Byly pro mne terapie zajímavé?
Ano
Cítím se po terapiích lépe po psychické stránce než před nimi?
Ano
Byly pro mne terapie přínosné vzhledem k mým dosavadním problémům?
Ano
Cítím po terapiích větší naději, že se dokážu postupně poruchy zbavit?
Ano
Byly pro mne terapie smysluplné a snadno pochopitelné?
Ano
Cítil/a jsem při terapiích pocit nutkavých myšlenek?
Ano
Přiučil/a jsem se během terapií, jak poruchu lépe zvládat?
Ano
Mám pocit, že byly terapie zvoleny vhodně k mým problémům?
Ano
Měl/a jsem při terapiích pocit úzkosti a beznaděje?
Ano
Cítil/a jsem vždy po každé terapii lépe než před ní?
Ano

Zdroj: Vlastní

#### Obrázek 4 Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod u klienta 1

Klient 1

Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod

Arteterapie	1	2	3	4	5
Muzikoterapie	1	2	3	4	5
Relaxace	1	2	3	4	5
Kognitivní restrukturalizace	1	2	3	4	5

Vysvětlení:

1 – 100 % účelná

2 - účelná ze 75 %

3 – účelná z 50 %

4 – účelná z 25 %

5 - neúčelná

Zdroj: Vlastní

## **8.2 Případová studie 2**

### **8.2.1 Seznámení s klientem**

Klientce je 39 let. Primární diagnózu OCD má již 5 měsíců. S vývojem poruchy začala trpět i přidruženými problémy, nejvíce úzkostmi a depresemi. V její rodině se psychiatrické onemocnění nikde nevyskytuje.

### **8.2.2 Vyšetření ergoterapeutem**

#### **Aspekce**

Klientka působila nešťastně, byla neupravena a neučesána. Kůži svých dlaní měla poškozenou z dezinfekčních prostředků, a proto byla nucena nosit rukavice.

#### **Rozhovor**

Klientka mluvila pomalu a tiše. Jako počátek svých problémů označila dobu po porodu svého prvního dítěte, kdy začala pociťovat strach ze špíny, špinavých věcí, nákazy, všudypřítomných nečistot. Největším problémem představovalo přebalování miminka. Strachovala se z jeho možného nakažení. Následně se obavy přenášely do vykonávání každodenních činností, při kterých začala cítit velmi silnou úzkost, přehnaně si začala umývat ruce dezinfekcí a několikrát denně se převlékat. Svě dítě přebalovala i když to nebylo zapotřebí. Umývala ho několikrát denně, dezinfikovala věci kolem něj a na samotné dítě měla stále méně času. Problémy se začaly stupňovat a byly většinou příčinou každodenních neshod s partnerem i celou rodinou. Přestala sama zvládat starost o dítě kvůli neustálým obsesivním myšlenkám znečištění, nespokojenosti z úklidu, dezinfikace věcí, špíny.

Ostatní členové rodiny nechápali důvody jejího zmateného chování. Považovali ji za pomatence a při výkonu rituálních činností slýchávala nadávky častěji než slova podpory, která očekávala. Po několikátýdenním trápení se po konzultaci s partnerem nechala poprvé v životě hospitalizovat na psychiatrii, kde je nyní již druhý týden.

## **Testování**

Klientka vyplnila při prvním společném sezení sebehodnotící test o Obsedantně – kompulzivní poruše, dále dotazník vlivu nemoci ke svému životu. Poté ohodnotila. V odstavci dotěrných myšlenek uvedla hlavně případy zahrnující kontaminaci, špínu, znečištění. Dále uvedla i myšlenky ohledně závažné nemoci, potřebě mít vše v naprostém pořádku, snímčích katastrof a hrozných událostí. Nadměrně se obávala šíření nemoci, nechtěného ublížení člověku blízkému či sama sobě. U nutkavého chování označila nutkání k nadměrnému udržování čistoty, ověřování, přerovnávaní věcí, opakování určitého chování. Cítila potřebu se o svých myšlenkách sama ujišťovat a zkoumat své tělo. Dále uvedla obavu ze ztráty kontroly nad svými obsesivními myšlenkami, pocit nepohody a vliv chování na život v domácnosti.

## Obrázek 5 Dotazník vlivu nemoci na život pacienta klienta 2

Klient 2

### Vliv nemoci na život pacienta

Zhoršené sebeocnění	1	2	3	4	5
Nižší odvaha k postupu v práci	1	2	3	4	5
Zhoršení vztahu s partnerem	1	2	3	4	5
Méně přátel	1	2	3	4	5
Pokles tvůrčího výkonu	1	2	3	4	5
Zhoršení vztahu k rodičům	1	2	3	4	5
Občasné myšlenky na sebevraždu	1	2	3	4	5
Zhoršení na vztahu k dítěti	1	2	3	4	5
Změna zaměstnání v důsledku obtíží	1	2	3	4	5
Narušení intimního vztahu	1	2	3	4	5
Omezování i ostatních členů rodiny	1	2	3	4	5
Nadužívání alkoholu	1	2	3	4	5
Nadužívání léků (nejde o léky předepsané lékařem)	1	2	3	4	5
Sebevražedný pokus	1	2	3	4	5

1 = velmi málo ovlivňuje život

2 = lehce má ovlivňuje život

3 = ovlivnění mého života v normě

4 = nevidím velký důraz na ovlivnění svého života

5 = vůbec nevidím vliv na můj život

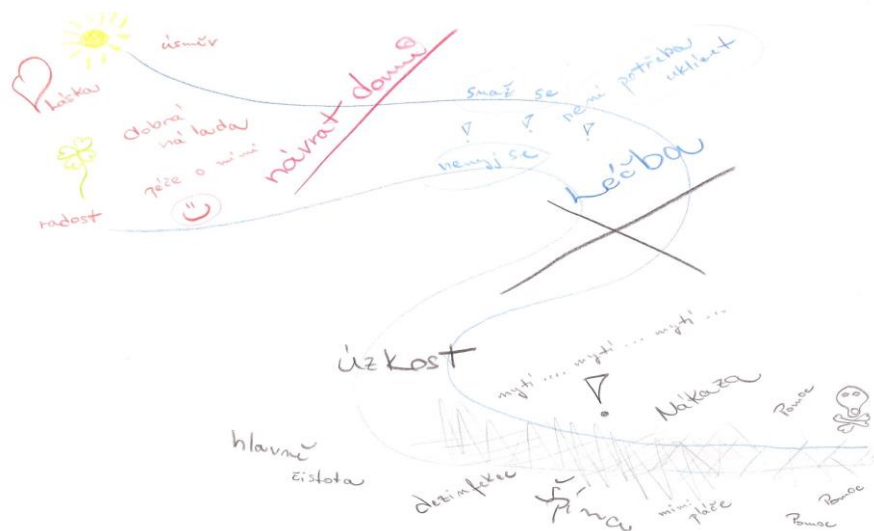
Zdroj: Vlastní

### 8.2.3 Využití humanistického přístupu v terapiích

#### Arteterapie

Tématem pro využití arteterapeutických prvků bylo opět zachytit pomocí barevných pastelových tužek na papír velikosti A4 svoji životní cestu. Klientka chvíli váhala, jak dané téma uchopit. Po několikaminutovém přemýšlení se pustila do úkolu. Problémem se však pro ni stala manipulace s tužkami. Nedokázala je vzít do ruky před jejich očištěním mokřým ručníkem. Bála se nákazy, nečistot na nich usazených. Po umytí si ještě vyměnila své nynější používané rukavice a usadila se ke stolu tak, aby se ho co nejméně dotýkala. Bylo vidět, jak ji rituální chování velmi omezuje a stydí se za něj. Následně se pustila do kreslení, které ji trvalo přibližně 15 minut. Během terapie působila klientka úzkostně, při výkonu ji neustále odváděly nutkavé myšlenky. Klientka si neustále poposedávala, šla si 2 krát vyměnit rukavice. Po ukončení její práce se provedl rozbor namalované kresby, komentář k cestě. Zachytila vše od počátku potíží až po své cíle do budoucna. Obrázek byl plný slovních citací, které tvořily výčet jejích myšlenek. Po léčbě by se chtěla klientka vrátit zpět domů bez nutkavých myšlenek, začít se lépe starat o své dítě a být pro něho dobrou milující mámou. Po tomto sezení a rozboru namalované kresby působila klientka spokojeněji než při začátku, s nadějí v uzdravení a nastíněnými cíly.

**Obrázek 6 Kresba cesty klienta 2**



Zdroj: Vlastní



## **Muzikoterapie**

Tématem pro využití prvků z muzikoterapie bylo také pomocí bubínku zachytit emotivní stránku. Z počátku nebylo jasné, zda klientka daný úkol vykoná. Bála se nákazy od bubínku z jeho doteku, velmi ji provázela úzkost a strach. Po chvilkovém zaváhání si bubínek otřela mokrým ručníkem, vzala si nové čisté rukavice a usadila se k bubínku tak, aby se ho tělem nedotýkala. Po vstupním rozehrání lehkého bubnování s různou intenzitou se pokusila vyjádřit své momentální emoce, psychické pocity. Dále se snažila vybubnovat svou úzkost a beznaděj, pocit radosti, depresivní náladu a na konci spokojenost sama v sobě. Největší intenzitu projevila při zachycení úzkosti před výkonem svého kompulzivního chování. Nejmilejší zvuky zachytila při vyjádření radosti. Dále se klientka snažila vybubnovat její vlastní pocit v těle, stránku tělesnou, kdy bubnováním vyjádřila nespokojenost a touhu po změně. Na konci terapie vybubnovala svou představu o překonání poruchy a návratu domů. Po ukončení terapie byl na ní patrný výraz úzkosti, pochybnost, zda se neměla této intervence vzdát a nemuset se bubnu dotýkat. Po následném výčtu pochval a ujištění správnosti rozhodnutí se klientka cítila lépe. Zjistila, že tímto způsobem se dá porucha postupně překonávat, je toho schopna, má naději. Pohledem byla rozrušená.

## **Relaxační techniky**

Tématem setkání byla edukace a následná intervence v rámci navození relaxovaného stavu těla i mysli. S klientkou byla nejdříve zvolena technika nácviku zklidňujícího dýchání ke snížení momentálního prožitku úzkosti. Klientka se snažila spolupracovat a vykonávat dané povely. Po tomto dýchání uváděla zlepšení v intenzitě úzkostného prožívání. Dále následovala metoda progresivní svalové relaxace, která měla pomoci k dosažení většího tělesného uvolnění. Nejdříve si pacientka vyslechla edukaci o svalových partiích, na které se v této relaxaci dává důraz. Během sezení prožívala silnou úzkost a relaxace ji po následném vyzkoušení spíše nešla. Důvodem bylo špatné soustředění způsobené nynějším psychickým stavem. I přesto se po této metodě cítila lépe a terapii zhodnotila jako přínosnou.

## Využití kognitivně – behaviorálního přístupu v terapii

Tématem sezení bylo přesné definování problémů pomocí prvků z kognitivně – behaviorální terapie za supervize psychologa. Klientka začala zhodnocením svých nynějších obsesí, definováním nejobtížnějších problémů, následovalo stanovení cílů intervence. Dále se pomocí kognitivní restrukturalizace pokusila pacientka zaznamenat své nejvíce obtěžující obsedantní myšlenky a měla zhodnotit svou emotivní stránku. Vše sepisovala do přichystané tabulky. Po skončení terapie proběhlo jednotlivé okomentování problémových situací, následoval pokus o nalezení jiné činnosti než potřeby mytí a dezinfikování. Sama klientka navrhla několik způsobů, jak své chování zkusit nevykonávat a zároveň se nepoddávat svým obsesím. Vše během hovoru vepisovala do tabulky. Na konci sezení byla mile překvapena, jak lze v léčbě postupovat. Metoda jí byla přínosem.

**Obrázek 7 Kognitivní restrukturalizace u klienta 2**

SITUACE	NEGATIVNÍ MYŠLENKA	EMOCE (1-10)	ALTERNATIVNÍ MYŠLENKA	EMOCE, MIN	AKCE
PŘEBALOVÁNÍ	ŠPINA OD PLEN NA KAZA, INFEKCE	ÚZKOST 9 STRACH 10	ZKUSÍM SI TO NACVÍČIT S ĚISTOU PLENOU A RUKAVICEMI	ÚZKOST 6 STRACH 8	PŘEBALENÍ S RUKAVICEMI NA ČISTÉ PODLOŽCE
PRANÍ PŘADLA	KDYŽ TO PŘADLO ZNOVA NEVYPORU NEŽNĚM VŠECHM BAKTERIE	ÚZKOST 9 STRACH 9 NAPĚTÍ 9	ZNÁM TO, JDE TO VYDRŽET, DOCHÁZÍ MI PŘÁDEK A SE DRŽÍM	ÚZKOST 8 STRACH 8 NAPĚTÍ 6	JDU SE VĚNOVAT DÍTĚTI
MYTÍ NÁDOBI	ROZŠÍŘÍ SE BAKTERIE NA ŠPINAVEM NÁDOBI	STRACH 10 ÚZKOST 8	DAM NÁDOBI DO MYČKY A POČKÁM AŽ SE NAPLMÍ, PAK JI PUSTIM K UMÍTÍ	STRACH 8 ÚZKOST 7	DAM NÁDOBI DO MYČKY A ZAVŘU →

Zdroj: Vlastní

## 8.2.4 Zhodnocení terapií

**Tabulka 2** Dotazník zhodnocení zvolených ergoterapeutických technik (ano – ne)

**klienta 2**

Byly pro mne terapie zajímavé?
Ano
Cítím se po terapiích lépe po psychické stránce než před nimi?
Ano
Byly pro mne terapie přínosné vzhledem k mým dosavadním problémům?
Ano
Cítím po terapiích větší naději, že se dokážu postupně poruchy zbavit?
Ano
Byly pro mne terapie smysluplné a snadno pochopitelné?
Ano
Cítil/a jsem při terapiích pocit nutkavých myšlenek?
Ne
Přiučil/a jsem se během terapií, jak poruchu lépe zvládat?
Ano
Mám pocit, že byly terapie zvoleny vhodně k mým problémům?
Ano
Měl/a jsem při terapiích pocit úzkosti a beznaděje?
Ne
Cítil/a jsem vždy po každé terapii lépe než před ní?
Ano

Zdroj: Vlastní

## Obrázek 8 Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod u klienta 2

Klient 2

Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod

Arteterapie	1	2	3	4	5
Muzikoterapie	1	2	3	4	5
Relaxace	1	2	3	4	5
Kognitivní restrukturalizace	1	2	3	4	5

Vysvětlení:

1 – 100 % účelná

2 - účelná ze 75 %

3 – účelná z 50 %

4 – účelná z 25 %

5 - neúčelná

Zdroj: Vlastní

## **8.3 Případová studie 3**

### **8.3.1 Seznámení s klientem**

Klientovi je 49 let. Diagnózou OCD trpí již přes 20 let, sám si své počátky již nepamatuje. V rodině se psychiatrické onemocnění objevilo u jeho dcery před 10 lety, kdy prožívala těžké úzkostné stavy a depresivní nálady. Po roce jí byla diagnostikována periodická depresivní porucha a v této době nemocný uvádí také zhoršování svých potíží s obsesivním chováním.

### **8.3.2 Vyšetření ergoterapeutem**

#### **Aspekce**

Pohledem byla viditelná velká únava, bledost v obličeji, viditelné zanedbání péče o svůj zevnějšek.

#### **Rozhovor**

Klient zpočátku nevěděl, jak má při sezení začít komunikovat, vyjadřoval se stroze, tiše, evidentně se styděl za své problémy. Jako počátek všech jeho obtíží udal dobu před dvaceti lety, kdy začal pociťovat strach z katastrofy vyhoření či vytopení svého domu, vykradení zloději, odcizení i jiných věcí. V té době začala chodit jeho dcera do školy. Manželka nastoupila do nové práce, musela brzy ráno odjíždět, a proto většina povinností jak o dceru, tak i domácnost, byla na něm samotném. Měl více času, pracoval ve směnném provozu, spíše noční práci. Na počátku obtíží uvedl, že začal vykonávat obsese ujišťovací formou kontroly zamknutých dveří, vypnutí spotřebičů v domácnosti při odchodu z domu a zavřených vodovodních kohoutků. Tyto obsese ho trápily 10 let, kdy jím sám nepřikládal významnou hodnotu v omezování provádění běžných denních činností. Kontrolu vždy provedl maximálně 2 krát či 3 krát. V době počátku problémů své dcery před 10 lety ovšem začal kontroly vykonávat stále s větší intenzitou, vícekrát za sebou a jeho problémy se náhle staly viditelnějšími pro ostatní členy domácnosti i okolí. Každým dnem se i nově objevovaly rodinné neshody, do práce chodil z důvodu kontroly domácnosti před odchodem později, choval se agresivně vůči okolí, pokud mu bránilo ve výkonu svého rituálu. V té době poprvé

začal uvažovat o nutné psychiatrické pomoci a nechal se hospitalizovat na psychiatrii po dobu 1 měsíce. Po ukončení léčby se navrátil do běžného života, avšak všech obsesí se zbavit nedokázal, jen docílil zmírnění v počtu kontrolování. Nadále se nic u klienta chování výrazně nezhoršovalo ani nelepšilo, a proto se postižený sám rozhodl nastoupit na další léčbu již s cílem kompletního zbavení poruchy.

### **Testování**

Klient vyplnil při prvním společném sezení sebehodnotící test o Obsedantně – kompulzivní poruše a také dotazník na vliv nemoci na jeho život, nakonec sám ohodnotil.

V oblasti dotěrných myšlenek uvedl hlavně případy zahrnující kontaminaci, špínu, znečištění. Dále uvedl i myšlenky potřeby mít vše v naprostém pořádku, o možných katastrofách a hrozivých událostech. Nadměrně se obával požáru, vloupání, možné autonehody, ztráty něčeho důležitého, nechtěného ublížení člověku blízkému či sám sobě. U nutkavého chování označil nutkání k nadměrnému udržování čistoty, ověřování, přerovnávání věcí, opakování určitého chování. Cítil potřebu se o svých myšlenkách sám ujišťovat. Dále uvedl obavu ze ztráty kontroly nad svými obsesivními myšlenkami, pocit nepohody, vliv chování na život v domácnosti i v práci. Měl dojem, že mu určité činnosti trvaly o mnoho déle než ostatním.

## Obrázek 9 Dotazník vlivu nemoci na život pacienta klienta 3

Klient 3

### Vliv nemoci na život pacienta

Zhoršené sebeocení	1	2	3	4	5
Nižší odvaha k postupu v práci	1	2	3	4	5
Zhoršení vztahu s partnerem	1	2	3	4	5
Méně přátel	1	2	3	4	5
Pokles tvůrčího výkonu	1	2	3	4	5
Zhoršení vztahu k rodičům	1	2	3	4	5
Občasné myšlenky na sebevraždu	1	2	3	4	5
Zhoršení na vztahu k dítěti	1	2	3	4	5
Změna zaměstnání v důsledku obtíží	1	2	3	4	5
Narušení intimního vztahu	1	2	3	4	5
Omezování i ostatních členů rodiny	1	2	3	4	5
Nadužívání alkoholu	1	2	3	4	5
Nadužívání léků (nejde o léky předepsané lékařem)	1	2	3	4	5
Sebevražedný pokus	1	2	3	4	5

1 = velmi málo ovlivňuje život

2 = lehce mi ovlivňuje život

3 = ovlivnění mého života v normě

4 = nevidím velký důraz na ovlivnění svého života

5 = vůbec nevidím vliv na můj život

Zdroj: Vlastní

### 8.3.3 Využití humanistického přístupu v terapiích

#### Arteterapie

Tématem pro využití arteterapeutických prvků bylo zachytit pomocí barevných pastelových tužek na papír velikosti A4 svou životní cestu. Klient se nejdříve lehce vyděsil. Později vysvětlil jeho obavu z kresby. Tvrdil, že malovat neumí. Po chvilkovém vysvětlování principu této terapie zaměřené více na stránku obsahovou, než uměleckou, se pustil do kresby. Z počátku si nebyl jistý, jak úkol vypracovat. Byl na něm vidět narůstající stres a patrná nervozita. Malba mu trvala asi 15 minut. Po ukončení sdělil, že se cítí psychicky vyčerpán. Následně byl proveden rozbor a zhodnocení jednotlivých vykreslených bodů. Na obrázku převažovaly spíše tmavé barvy, které po vysvětlení zaujímaly pacientovy pocity beznaděje, neradosti a velkého trápení. Počátek svých problémů připodobnil mraku a dešti, který by chtěl postupem času změnit ve slunce a radost ze života bez nutkavých myšlenek. Po sezení vypadal klient motivovaně, s pocitem menšího tělesného i psychického napětí než v průběhu terapie.

#### Obrázek 10 Kresba cesty klienta 3



Zdroj: Vlastní



## **Muzikoterapie**

Tématem muzikoterapeutického sezení bylo pomocí bubnu zachycení emocí. Po vstupním bubnování smyslu zahřátí se klient pokusil vyjádřit svou nynější náladu, kterou zvýraznil velmi intenzivním tempem a hlasitým dojmem. Dále se snažil zachytit svůj pocit úzkosti a beznaděje, následně radost a depresi. Nakonec terapie vyjádřil svou spokojenost. Nejvíce se mu dařilo vyjádřit radost, kterou pojal velmi veselým stylem, bubnoval různou intenzitou a využil i strany bubnu ke zpestření svého projevu. Dále se také vydařilo zobrazení pocitu beznaděje a úzkosti ponurými, intenzivními hmaty a doteky bubnu. Vyubnoval z něj smutné, nehezké tóny. Pocit spokojenosti se nepodařilo zachytit dle jeho představ. Bylo vidět, že si daný projev nedokáže sám představit. Přiznal stejný důvod. Tato intervence byla pro klienta zajímavá a poučná. Zalíbila se. Ze sezení odcházel v dobré psychické náladě, uvolněnosti, s úsměvem a poděkováním za strávený čas.

## **Relaxační techniky**

Tématem setkání byla edukace a následná intervence v rámci navození relaxovaného stavu těla a mysli. Nemocný se zprvu terapie obával a spolupráci odmítal. Tato technika mu přišla jako ztráta jeho času s tvrzením, že se stejně zklidnit nedokáže. Relaxaci již sám před několika lety zkoušel a neviděl při ní žádný výrazný efekt. Vyzkoušel si tedy jenom nácvik zklidňujícího dýchání, který po pár minutách ukončil a dále nechtěl pokračovat. Klient nebyl nucen dále spolupracovat, jen byl edukován o možném pokračování průběhu sezení. I při tom působil velmi podrážděně, terapii se snažil rychle ukončovat.

## **Využití kognitivně – behaviorálního přístupu v terapii**

Tématem setkání bylo jasné definování problémů pomocí prvků z kognitivně – behaviorální terapie za supervize psychologického vedení, se kterým proběhla předem domluva. Terapie začala rozhovorem s vyjádřením nejvíce obtěžujících obsesí, definováním problematických situací, dále proběhlo stanovení cílů. Pomocí kognitivní restrukturalizace se zaznamenaly situace, při kterých nejvíce docházelo k obtěžování obsedantními myšlenkami a následným doprovodem kompulzivního chování. Vše nemocný zapisoval během hovoru do připravené tabulky. Dále proběhlo zhodnocení a rozebrání daných vypsanych položek s

pokusem najít ke všemu alternativní řešení a tím předejít naučeným kompulzím. Tento případ byl zaměřen hlavně na odstranění pocitu nevykonání dané činnosti nácvikem povelu stop, který by mohl upevnit vyjádření svého nesouhlasu k nutkání vykonávat kontrolu a ubezpečovat se. Jednalo se o situace v rámci odemykání a zamykání, kontrolu spotřebičů v bytě při odchodu. Metodou stop si postižený měl uvědomit, že svůj rituál již jednou vykonal a není tedy potřeba ho ještě opakovat. Sám dotyčný nakonec uznal, že metoda má pro něj smysl a sám bude formu povelu stop zkoušet. Ke konci sezení se celkově zhodnotil přínos zvolené možnosti zastavení kompulzí v již nastíněných problémových situacích a rozhovorem byly navrženy možnosti aplikace povelu. Terapie byla pro klienta velkým přínosem, odcházel s pozitivním naladěním a vypadal spokojeněji.

**Obrázek 11 Kognitivní restrukturalizace u klienta 3**

Situace	negativní myšlenka	Emoce	Alternativní myšlenka	Emoce mysl	Akce
Zamykání dveří	bez kontroly, ukraden máš	úzkost 10 strach 10 napětí 10	popel stop zaukl jsem	úzkost 9 strach 9 napětí 8	jde pryč
Upravit sporáček	vyhořel	strach 10 úzkost 10 napětí 10	stop vypnu jsem	strach 8 úzkost 9 napětí 8	jde pryč
Zamykání auta	ukradnou mi ho	strach 10 napětí 10	stop zaukl jsem	strach 8 napětí 8	jde pryč

Zdroj: Vlastní

### 8.3.4 Zhodnocení terapií

**Tabulka 3** Dotazník zhodnocení zvolených ergoterapeutických technik (ano – ne)  
klienta 3

Byly pro mne terapie zajímavé?
Ano
Cítím se po terapiích lépe po psychické stránce než před nimi?
Ne
Byly pro mne terapie přínosné vzhledem k mým dosavadním problémům?
Ano
Cítím po terapiích větší naději, že se dokážu postupně poruchy zbavit?
Ano
Byly pro mne terapie smysluplné a snadno pochopitelné?
Ano
Cítil/a jsem při terapiích pocit nutkavých myšlenek?
Ne
Přiučil/a jsem se během terapií, jak poruchu lépe zvládat?
Ano
Mám pocit, že byly terapie zvoleny vhodně k mým problémům?
Ano
Měl/a jsem při terapiích pocit úzkosti a beznaděje?
Ne
Cítil/a jsem vždy po každé terapii lépe než před ní?
Ano

Zdroj: Vlastní

## Obrázek 12 Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod u klienta 3

Klient 3

Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod

Arteterapie	1	2	3	4	5
Muzikoterapie	1	2	3	4	5
Relaxace	1	2	3	4	5
Kognitivní restrukturalizace	1	2	3	4	5

Vysvětlení:

1 – 100 % účelná

2 - účelná ze 75 %

3 – účelná z 50 %

4 – účelná z 25 %

5 - neúčelná

Zdroj: Vlastní

## 9 VÝSLEDKY

Ve výsledcích jsou zhodnoceny pomocí dotazníku využití ergoterapeutické techniky a účelnost zvolených metod vzhledem k diagnóze OCD, nakonec je pomocí grafu vyjádřeno jednotlivé účelné zvolení technik u každého klienta zvlášť.

### 9.1 Výsledky dotazníku zvolených ergoterapeutických technik

**Tabulka 4** Dotazník zhodnocení zvolených ergoterapeutických technik pomocí ano – ne

Otázky	Klient 1	Klient 2	Klient 3
Byly pro mne terapie zajímavé?	Ano	Ano	Ano
Cítím se po terapiích lépe po psychické stránce než před nimi?	Ano	Ano	Ne
Byly pro mne terapie přínosné vzhledem k mým dosavadním problémům?	Ano	Ano	Ano
Cítím po terapiích větší naději, že se dokážu postupně poruchy zbavit?	Ano	Ano	Ano
Byly pro mne terapie smysluplné a snadno pochopitelné?	Ano	Ano	Ano
Cítil/a jsem při terapiích pocit nutkavých myšlenek?	Ano	Ne	Ne
Přiučil/a jsem se během terapií, jak poruchu lépe zvládat?	Ano	Ano	Ano
Mám pocit, že byly terapie zvoleny vhodně k mým problémům?	Ano	Ano	Ano
Měl/a jsem při terapiích pocit úzkosti a beznaděje?	Ano	Ne	Ne
Cítil/a jsem vždy po každé terapii lépe než před ní?	Ano	Ano	Ano

Zdroj: Vlastní

Tabulka 4 hodnotí výsledky dotazníku ohodnocení zvolených technik. Rozdílnost v odpovědích můžeme sledovat ve 3 otázkách, ve všech ostatních se všichni 3 klienti shodli ve stejnosti svého názoru. Podle odpovědí se potvrdilo vhodné zvolení vybraných technik, kdy se daní klienti cítili vždy lépe než před ní. Terapie byly pro všechny přínosné vzhledem k možnosti jejich progresu uzdravování z OCD, které je velmi těžké a dlouhotrvající.

## 9.2 Výsledky dotazníku zhodnocení účelnosti využitých metod

**Tabulka 5** Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod

Metody	Klient 1	Klient 2	Klient 3
Arteterapie	1	3	4
Muzikoterapie	4	2	2
Relaxace	1	2	5
Kognitivní restrukturalizace	2	2	1

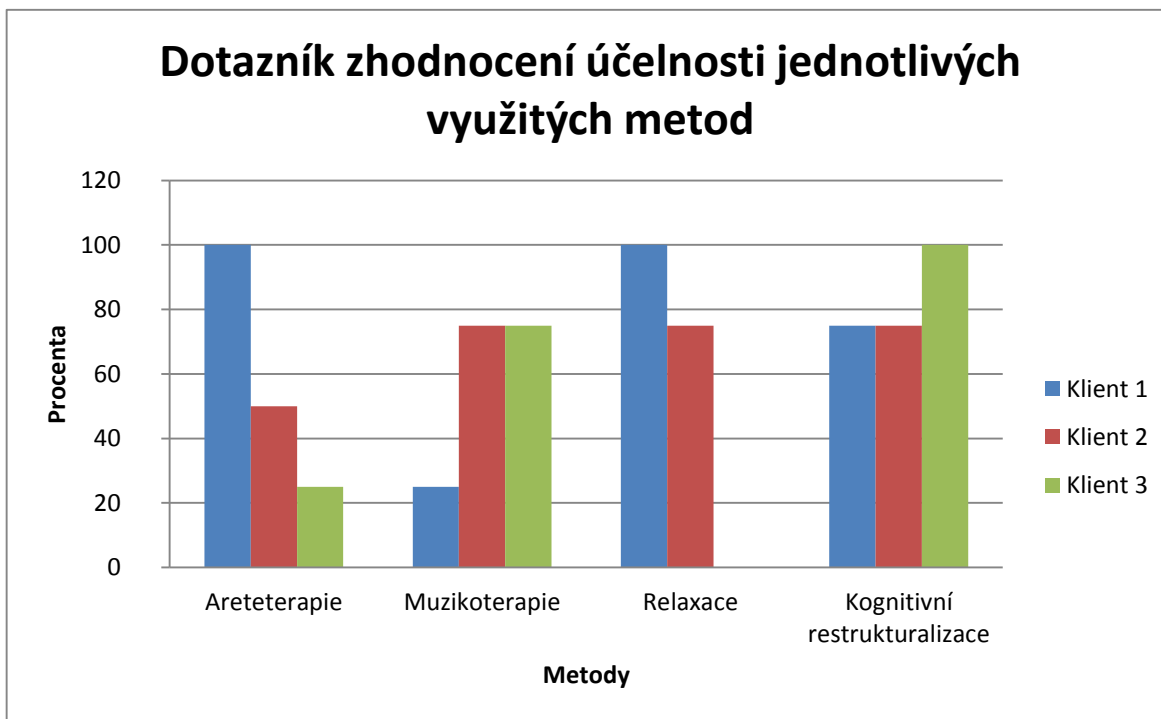
Zdroj: Vlastní

Vysvětlení:

- 1 – 100 % účelná
- 2 - účelná ze 75 %
- 3 – účelná z 50 %
- 4 – účelná z 25 %
- 5 – neúčelná

Z tabulky 5 vyplývá, že až na odpověď klienta 3 a jeho zhodnocení účelnosti terapie relaxace jako zcela pro něj neúčelné, byly všechny vybrané metody pro všechny klienty alespoň z části přínosné. Nejlépe byla zhodnocena metoda kognitivní restrukturalizace, která byla zvolena v rámci kognitivně – behaviorální terapie. Pro klienta 1 byla nejvíce účelná metoda arteterapie a relaxace, pro klienta 2 byly nejvíce účelné metody muzikoterapie, relaxace a kognitivní restrukturalizace, pro klienta 3 byla nejúčelnější metoda kognitivní restrukturalizace. Vše je ještě vyobrazeno v následném grafickém znázornění Graf 1.

Graf 1 Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod



Zdroj: Vlastní



## 10 DISKUSE

Cílem této práce bylo zhodnotit ergoterapeutický přínos pomocí vybraných technik a získat zpětnou vazbu klientů ohledně zvoleného přístupu, který jim mohl pomoci s nasměrováním v progresi postupného zlepšování jejich problematiky. Do šetření bylo zapotřebí získat klienty s primární diagnózou Obsedantně – kompulzivní poruchy. Pro případové studie byly zvoleny techniky humanistického přístupu ve formě expresivních technik arteterapie, muzikoterapie a relaxace, dále technika kognitivně - behaviorálního přístupu prvkem z terapie kognitivně – behaviorální formou kognitivní restrukturalizace.

Orel (2012) ve své knize zmiňuje, že cílem péče o psychiatrické pacienty je vždy návrat do běžného života, zvládnání běžných denních aktivit a zamezování návratu problému do jeho původní síly.

Jelínková et al. (2009) vyzdvihuje důležitost výběru intervenčních strategií u každého klienta individuální formou. V úvahu je vždy nutno posoudit i momentální stav klienta, jeho potřeby, limitace, aktuální psychické ladění, osobní přístup či motivaci k danému tématu.

Pro práci byly zvoleny a následně rozebrány 3 hypotézy.

**H1:** Předpokládám, že ergoterapeutická intervence při použití prvků z humanistického přístupu arteterapie a muzikoterapie pomůže klientům s OCD v orientaci dosavadního průběhu života s poruchou.

Hypotéza byla potvrzena ve všech zvolených případech. Celkové shrnutí nasvědčuje tomu, že zvolené techniky byly pro klienty s diagnózou OCD připraveny a formulovány správným způsobem, zaujaly je a pomohly k vyjádření emocí a snížení hladiny prožívaného stresového okamžiku. Lze tedy předpokládat, že se podařilo splnit očekávaný přínos zvoleného tématu a tím pomoci s orientací průběhu života nemocných OCD.

Campbell (2000) ve své knize uvádí, že zvolené téma při terapeutické intervenci arteterapie nemusí být vždy pro nemocného příjemné navenek vyjádřit, avšak následná diskuze a rozbor tématu může jedinci pomoci k rychlejšímu procesu léčby a uvědomění si svého problému.

Kantor et al. (2009) uvádí ve své knize cíl muzikoterapie, kterým je rozvinout

potenciál a obnovit funkce jedince tak, aby nemocný mohl dosáhnout lepší orientace v sobě i prostředí a následně prožít kvalitnější život.

Na základě přímého pozorování, rozhovorů a následného celkového ohodnocení terapií všemi klienty je zřejmé, že výběr intervence z humanistického přístupu byl vhodně zařazen do terapeutických sezení a pomohl v orientaci klientů při dosavadních životních problémech. Nelze zde hodnotit úplnost vyjádření svých problémů, avšak důležitá je pro každého nemocného alespoň částečná orientace a uvědomění si svých potíží a následnost možné změny chování v dalším průběhu života, určení si svého cíle, priorit a alternativních činností.

Techniky arteterapie a muzikoterapie jsou běžně využívané metody pomáhající vyjádřit klientovy obtížné myšlenky, které nedokáží vyjádřit slovně. Je tedy vhodné je zařazovat do komplementární péče o psychiatrické pacienty, kteří potřebují pomoci zformulovat a rozebrat více své problémy duševní, které převažují nad přidanými příznaky tělesnými.

**H2:** Předpokládám, že provedené relaxační techniky zklidňujícího dýchání a progresivní svalové relaxace dokáží pomoci klientům ke zklidnění v prožívání nepříjemného okamžiku.

Hypotéza 2 se nepotvrdila. Následné zhodnocení účelnosti jednotlivých metod ukázalo, že u dvou klientů byla technika ohodnocena s vysokou pravděpodobností účelu vlivu ke zklidnění prožívání nepříjemného okamžiku. U případové studie 3 se hypotéza nepotvrdila jako účelná. Důvodem mohla být nevhodnost doby při pokusu o terapii, kdy klient mohl prožívat velmi stresový okamžik, a proto následně terapii odmítl. Dále je zřejmé, že i pohlaví zde hrálo roli. Mužům se obecně zdá být potřeba relaxace těla a mysli zbytečná a neúčelná než ženám, které celkově více dbají o svou tělesnou schránku, která je spojena s duševní. Důvodem pro odmítnutí byl i klientovo nevýrazný zážitek z již dřívějšího pokusu o relaxační metodu, která avšak mohla být provedena špatným způsobem či nevhodně ke klientově problematice.

Vymětal (2004) ve své knize uvádí relaxaci jako velmi oblíbený způsob terapie u pacientů trpících úzkostmi.

Kuklová (2016) píše o těchto technikách jako o možnostech, jak ovlivnit prožívání

klientů.

Dle výsledků zhodnocení účelnosti je zřejmé, že se tato hypotéza u všech zvolených klientů nepotvrdila. Na základě pozorování bylo později zhodnoceno, že techniky relaxačního charakteru jsou u psychiatricky nemocných vhodně zvolenou intervencí, avšak k účelnosti metody je nutná i spolupráce a osobní přístup k terapii samotným klientem. Většina lidí s OCD neprožívá pouze obsedantní myšlenky, ale i velkou úzkost, neklid, napětí celého těla, třes a nervozitu. Důležitost těchto metod v progresi svého uzdravování je zde tedy na místě.

Relaxačních technik existuje mnoho. Pro nemocné OCD se velmi hodí vybraná metoda progresivní svalové relaxace, která dává důraz hlavně na uvolnění svalů, uvědomění si jejich napětí a ovlivnění schématu celého těla. Velký důraz se zde klade i na práci s dechovým ústrojím, proto je vhodná kombinace s nácvikem zklidňujícího dýchání, které napomáhá k celkovému uvolnění.

Obecně lze zhodnotit, že u psychicky nemocných jsou relaxační techniky správně zvolenou intervencí, která by se v celkové léčbě neměla vynechávat.

**H3:** Předpokládám, že zvolená technika kognitivní restrukturalizace dokáže klientům pomoci v rozpoznání několika svých obsedantních myšlenek.

Hypotéza 3 se potvrdila. U všech klientů byl vidět pozitivní a viditelný efekt. Nadšení a naděje po každé intervenci byla velmi příjemná jak pro klienta, tak pro terapeuta

Pešek et al. (2013) uvádí výhodu této metody oproti jiným. Zaměřuje se zde viditelně více ke klientově problematice, terapie je kratší a časově omezenější. Důraz je hlavně veden k řešení jasných problémů. V počátku se definují reálné splnitelné cíle, konkrétní situace. Vše se sepisuje do snadno pochopitelných bodů.

Na základě proběhlých terapií je zřejmé, že kognitivní restrukturalizace čili rozbor myšlenek, chování i emocí, byl metodou pro klienty s OCD velmi přínosnou. Při jednotlivých intervencích bylo vidět, jak těžké je pro nemocné si uvědomit a přiznat své problémy. Sami si nebyli schopni definovat bezúčelnost a nesmyslnost svého chování. Často již nedokázali rozpoznat myšlenku obsedantní od jiné.

Metoda společného definování a nalezení problémových oblastí může nemocnému odlehčit pocit neustálého vnitřního tlaku a napětí, které v problémové situaci rapidně stoupá.

Terapeutická sezení s motivem využití prvků kognitivní restrukturalizace se ukázala jako metodou pro klienty neúčelnější. Zajímavým poznatkem byla u všech klientů jejich nejasnost v definování určeného nestandardního chování. Často své projevy nepovažovaly za vyvolané obsesemi.

## ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na využití ergoterapeutických postupů u osob s Obsedantně – kompulzivní poruchou.

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit, jak zvolené ergoterapeutické techniky dokázaly nasměrovat vybraný vzorek klientů s Obsedantně – kompulzivní poruchou v progresi jejich léčby a zlepšit jejich dosavadní průběh života.

Na základě zvolených vyšetřovacích metod, vypracování případových studií a zhodnocení terapií se podařilo splnit stanovený cíl práce.

Díličními cíli této práce bylo následně odpovědět na hypotetické otázky, které se týkaly vlivu terapeutických přístupů na klienty s OCD.

V rámci praktické části bakalářské práce byly zvoleny tři hypotézy, z nichž byly 2 potvrzeny. Jedna hypotéza se nepotvrdila. Daný klient se nechtěl při technice relaxace ponížít ve smyslu své nemožnosti navození klidového stavu při technice.

Z bakalářské práce vyplývá, že využití zvolených ergoterapeutických postupů bylo pro klienty smysluplné a pro jejich problémy přínosné. Každý klient potřeboval jiný nastavený terapeutický přístup.

Faktem je, že využití těchto metod mohlo nemocným naznačit a ovlivnit jejich dosavadní myšlení a způsob života. Uvědomění si svých problémů a obsedantních myšlenek je pro nemocného klienta vždy zásadní. Po zvládnutí přijetí poruchy dokáže každý pacient spolu s terapeutem nastavit léčebný program, domluvit se na tréninku problémových situací. Důležitá je i snaha klienta a odvaha se dané terapii zúčastnit a nebránit se pomoci. Často se stává, že daný postižený by chtěl danou problematiku odstranit, ale pochyby a nedůvěra jej často uvrhnou zpět do začarovaného kruhu obsesí a výkonu kompulzí. Někteří nemocní si již ani neumí život bez vykonávání svých rituálů představit. I když vlastně prosí o pomoc, nechtějí se své poruchy zbavit. Cítí to jako svou jedinou životní jistotu. Neumí si představit ani čas, který by mohli trávit jinak, neví jak. Často upadají do úzkostí a bez podpory hlavně rodinných příslušníků se vracejí na začátek vykonávání obsedantního chování, přestože je tato činnost velmi limituje.

Záměrem autora práce bylo shrnutí poznatků využití ergoterapeutických přístupů v rámci OCD, pomoc postiženým a ovlivnění jejich dosavadního prožívání každého dne.

Text bakalářské práce může dále sloužit jako materiál pro lidi trpící OCD a studijní podklad pro další studenty oboru ergoterapie, kteří by chtěli pracovat v oboru psychiatrie.

## SEZNAM LITERATURY

BECK, Aaron T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál, 2005. Spektrum (Portál). ISBN 80-7367-032-1.

CAMPBELL, Jean. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi: [skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. 199 s. ISBN 80-7178-428-1.

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE. Arteterapie. [online]. © 2017 [cit. 2017-03-08]. Dostupné z <<http://www.arteterapie.cz/>>.

DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 632 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1620-6.

GERLICOVÁ, Markéta. Muzikoterapie. [online]. © 2017 [cit. 2017-03-09]. Dostupné z <[http://mg-muzikoterapie.cz/wp/?page\\_id=15](http://mg-muzikoterapie.cz/wp/?page_id=15)>.

HAMILTON, Duke. *What is Obsessive Compulsive Disorder*. Printed by Lightning Source, Victoria, 2014. 127 s. ISBN 978-0-9923922-9-1

JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7

KANTOR, Jiří a kol. *Základy muzikoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 295 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2846-9.

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

KUKLOVÁ, Marie. *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislosti*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1101-3.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. 1. české vyd. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

OCD CENTER OF LOS ANGELES. Harm OCD. © 2012 [cit. 2017-03-08]. Dostupné z <<http://ocdla.com/harm-ocd-1-1982>>.

OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 263 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.

PEŠEK, Roman, Ján PRAŠKO a Petr ŠTÍPEK. *Kognitivně behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 229 s. ISBN 9788026205012

PIDRMAN, Vladimír. *Nemocný pacient s Obsedantně – kompulzivní poruchou. Příručka pro pacienty*. [online]. © 1999 [cit. 2017-02-13]. Dostupné z <<http://www.osvor.cz/SharedFiles/Download.aspx?pageid=5&fileid=7&mid=31>>.

PRAŠKO, Ján et al. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit: příručka pro klienta a jeho rodinu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. 115 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-810-4.



TOMPKINS, Michael A. *OCD: a guide for the newly diagnosed*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, c2012. ISBN 1608820181.

VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Vydání první. Praha: Grada Publishing, 2015. 112 stran. Sestra. ISBN 978-80-247-5571-7.

VITAVERA. Psychologická poradna. Nutkání a nucení. [online]. © 2017 [cit. 2017-02-12]. Dostupné z <[http://www.vitavera.cz/psycho-kategorie/nutkani-a-nuceni/?utm\\_source=googleAdWords&utm\\_medium=PPC&utm\\_campaign=googleAdWords\\_100\\_oed](http://www.vitavera.cz/psycho-kategorie/nutkani-a-nuceni/?utm_source=googleAdWords&utm_medium=PPC&utm_campaign=googleAdWords_100_oed)>.

VYMĚTAL, Jan et al. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, ©2004. 339 s. Psyché. ISBN 80-247-0723-3.

## **SEZNAM ZKRATEK**

**OCD** – z anglického obsessive – compulsive disorder, v překladu Obsedantně – kompulzivní porucha

**KBT** – kognitivně – behaviorální terapie, jedna z psychoterapeutických metod

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Dotazník zhodnocení zvolených ergoterapeutických technik (ano – ne) klienta 1 ..	43
Tabulka 2 Dotazník zhodnocení zvolených ergoterapeutických technik (ano – ne) klienta 2 ..	51
Tabulka 3 Dotazník zhodnocení zvolených ergoterapeutických technik (ano – ne) klienta 3 ..	59
Tabulka 4 Dotazník zhodnocení zvolených ergoterapeutických technik pomocí ano – ne ..	61
Tabulka 5 Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod ..	63

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod.....	64
--	----

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Dotazník vlivu nemoci na život pacienta klienta 1 .....	38
Obrázek 2 Kresba cesty klienta 1 .....	40
Obrázek 3 Kognitivní restrukturalizace u klienta 1 .....	42
Obrázek 4 Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod u klienta 1 .....	44
Obrázek 5 Dotazník vlivu nemoci na život pacienta klienta 2 .....	47
Obrázek 6 Kresba cesty klienta 2 .....	48
Obrázek 7 Kognitivní restrukturalizace u klienta 2 .....	50
Obrázek 8 Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod u klienta 2 .....	52
Obrázek 9 Dotazník vlivu nemoci na život pacienta klienta 3 .....	55
Obrázek 10 Kresba cesty klienta 3 .....	56
Obrázek 11 Kognitivní restrukturalizace u klienta 3 .....	58
Obrázek 12 Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod u klienta 3 .....	60

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod

Příloha 2 Sebehodnotící test o Obsedantně – kompulzivní poruše

Příloha 3 Dotazník vlivu nemoci na život pacienta

Příloha 4 Dotazník zhodnocení zvolených ergoterapeutických technik (ano – ne)

Příloha 5 Bludný kruh u Obsedantně – kompulzivní poruchy

Příloha 6 Šest pouček pro nemocné s Obsedantně – kompulzivní poruchou

Příloha 7 Šest rad pro blízké pacientů

Příloha 8 Ukázka bubínku použitým při muzikoterapii

Příloha 9 Záznam myšlenek, jejich vlivu na emoce a stanovení akce (kognitivní restrukturalizace)

### **Příloha 1 Dotazník zhodnocení účelnosti jednotlivých využitých metod**

Arteterapie	1	2	3	4	5
Muzikoterapie	1	2	3	4	5
Relaxace	1	2	3	4	5
Kognitivní restrukturalizace	1	2	3	4	5

Vysvětlení:

1 – 100 % účelná

2 - účelná ze 75 %

3 – účelná z 50 %

4 – účelná z 25 %

5 - neúčelná

Zdroj: Vlastní

## Příloha 2 Sebehodnotící test o Obsedantně – kompulzivní poruše

<b>Dotěrné myšlenky</b>
V uplynulém měsíci jste byl/a obtěžován/a opakujícími se a nechtěnými myšlenkami o:
1. Kontaminaci bakteriemi, špíně, chemickém nebo duševním znečištění a myšlenkami o nějakém přesvědčení či názoru
Ano – ne
2. Závažném onemocnění, jako je rakovina nebo schizofrenie
Ano – ne
3. Potřebě zařízení nebo udržení věcí v naprostém pořádku
Ano – ne
4. Snímcích smrti, nehod, katastrof a jiných hrozných událostí
Ano – ne
5. Náboženství nebo myšlenkami sexuálními
Ano – ne

<b>Nadměrné obavy</b>
V uplynulém měsíci jsem měl/a nadměrné obavy z možné nepříjemné události:
1. Požáru, vloupání, zatopení nebo autonehody
ano – ne
2. Nechtěně zranit někoho, koho milujete, či cizího člověka (př. říci druhému něco nehezkého, zranit chodce autem)
ano – ne
3. Šíření nemoci jako je AIDS nebo mononukleóza
ano – ne
4. Ztráty něčeho pro vás důležitého nebo cenného
ano – ne
5. Ublížit sobě blízkému člověku či ho poškodit, protože jste neudělali to, co jste měli
ano – ne



<b>Nutkavé chování</b>
V uplynulém měsíci jste cítil/a neodolatelné nutkání dělat některé věci znovu a znovu, nebo určitým způsobem:
1. Nadměrné mytí, čištění nebo česání
ano – ne
2. Nadměrné ověřování okna, dveří, zámků, světel, vodovodní baterie, automobilových brzd nebo jiných věcí
ano – ne
3. Počítání, aranžování, přerovnávání věcí
ano – ne
4. Sbírání zbytečných věcí, které se bojíte vyhodit (co kdyby náhodou byly ještě užitečné)
ano – ne
5. Opakování určitého chování, stanovený přesný počet opakování činnosti nebo do doby vašeho dobrého pocitu (př. vstávání ze židle, čištění zubů, vcházení do dveří...)
ano – ne
6. Nadměrně strávit čas znovupročítáním či přepisováním emailů, dopisů, domácích úkolů nebo testů
ano – ne
7. Nutkavý pocit se dotknout předmětů či osob
ano – ne
8. Potřeby se ujistit o některých svých myšlenkách nebo činech, hledat ujištění, že jste udělali něco správně
ano – ne
9. Vyhnout se určité barvě, číslu, písmenu nebo symbolu, protože jsou spojeny s nepříjemnými myšlenkami, vzpomínkami nebo událostmi (př. vyhýbání se číslu 5, protože vaše matka zemřela, když vám bylo 5 let a vy cítíte, že to byla vaše vina)
ano – ne
10. Nutkavý pocit zkoumat své tělo pravidelně, abyste se ujistili, že nejste nemocní
ano – ne

<b>Dopad na každodenní život</b>
1. Máte pocit, že nemáte kontrolu nad svými obsesivními myšlenkami nebo nutkavým chováním
ano – ne
2. Máte pocit, že vám trvá mnohem déle než ostatním lidem splnit určité úkoly, jako je př. sprchování se, zamykání dveří, jízda do obchodu nebo psaní emailu
ano – ne
3. Cítíte se nepohodlně, úzkostně nebo podrážděně, když Vám ostatní lidé naruší vaše rituály či se dotýkají vašich věcí
ano – ne
4. Máte pocit, že vaše dotěrné myšlenky a nutkavé chování mají vliv na váš pracovní život, život v domácnosti nebo i jinde
ano (velký vliv) – ano (malý vliv) – ne (vůbec žádný)
5. Máte někdy obavu ze ztráty kontroly nad vaší myslí či vašeho impulzivního chování (př. někoho bodnout...)
ano – ne

Zdroj: Hamilton, 2014, s. 49

### Příloha 3 Dotazník vlivu nemoci na život pacienta

#### Vliv nemoci na život pacienta

Zhoršené sebeocnění	1	2	3	4	5
Nižší odvaha k postupu v práci	1	2	3	4	5
Zhoršení vztahu s partnerem	1	2	3	4	5
Méně přátel	1	2	3	4	5
Pokles tvůrčího výkonu	1	2	3	4	5
Zhoršení vztahu k rodičům	1	2	3	4	5
Občasné myšlenky na sebevraždu	1	2	3	4	5
Zhoršení na vztahu k dítěti	1	2	3	4	5
Změna zaměstnání v důsledku obtíží	1	2	3	4	5
Narušení intimního vztahu	1	2	3	4	5
Omezování i ostatních členů rodiny	1	2	3	4	5
Nadužívání alkoholu	1	2	3	4	5
Nadužívání léků (nejde o léky předepsané lékařem)	1	2	3	4	5
Sebevražedný pokus	1	2	3	4	5

1 = velmi málo ovlivňuje život

2 = lehce mi ovlivňuje život

3 = ovlivnění mého života v normě

4 = nevidím velký důraz na ovlivnění svého života

5 = vůbec nevidím vliv na můj život

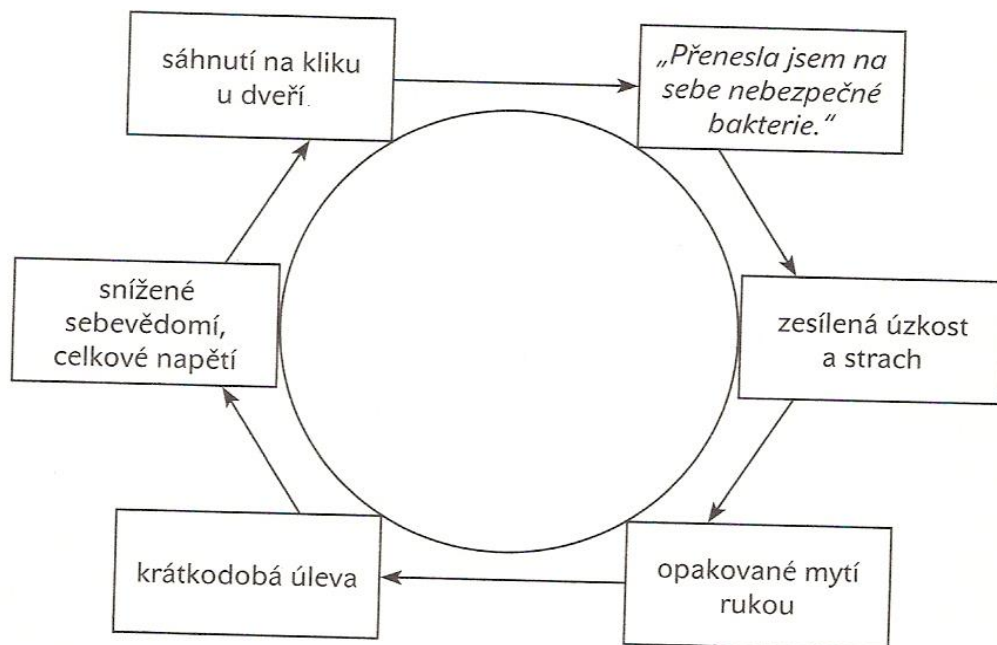
Zdroj: Vlastní

**Příloha 4 Dotazník zhodnocení zvolených ergoterapeutických technik (ano – ne)**

Byly pro mne terapie zajímavé?
Ano – ne
Cítím se po terapiích lépe po psychické stránce než před nimi?
Ano – ne
Byly pro mne terapie přínosné vzhledem k mým dosavadním problémům?
Ano – ne
Cítím po terapiích větší naději, že se dokážu postupně poruchy zbavit?
Ano – ne
Byly pro mne terapie smysluplné a snadno pochopitelné?
Ano – ne
Cítil/a jsem při terapiích pocit nutkavých myšlenek?
Ano – ne
Přiučil/a jsem se během terapií, jak poruchu lépe zvládat?
Ano – ne
Mám pocit, že byly terapie zvoleny vhodně k mým problémům?
Ano – ne
Měl/a jsem při terapiích pocit úzkosti a beznaděje?
Ano – ne
Cítil/a jsem vždy po každé terapii lépe než před ní?
Ano – ne

Zdroj: Vlastní

## Příloha 5 Bludný kruh u Obsedantně – kompulzivní poruchy



Zdroj: Pešek et al., 2013, s. 28

## **Příloha 6 Šest pouček pro nemocné s Obsedantně – kompulzivní poruchou**

### **ŠEST POUČEK PRO NEMOCNÉ S OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHOU**

- 1) OCD je nemoc, nikoliv slabost, neschopnost či trest.
- 2) Nejde o nemoc neznámou, která trápi jenom vás. Nemocí trpí více než dvě procenta populace.
- 3) Projevy nemoci nejsou sice předností, ale chybou je skrývat před blízkými. Ti vám mohou pomoci vyhledat pomoc odborníka.
- 4) OCD je nemocí léčitelnou, léčba však bude dlouhodobá, je velmi dobré, budete-li se řídit přesně radami lékaře.
- 5) První úspěchy při zahájení léčby se nedostaví během dnů, ale až během týdnů, je třeba být trpělivý.
- 6) Máte na vybranou léčbu farmakogenní, nebo psychoterapii, popřípadě i kombinaci obou metod. Záleží na vašem rozhodnutí a domluvě s lékařem.

Zdroj: Pidrman, 1999, s. 27

## **Příloha 7 Šest rad pro blízké pacientů**

### **ŠEST RAD PRO BLÍZKÉ PACIENTŮ**

- 1) Chápejte problémy vašeho blízkého jako nemoc, jestliže trpí rituály, které mu již komplikují běžný život, pomozte mu najít odbornou pomoc.
- 2) Nestáňte se součástí (otrokem) jeho obsesí, kompulzí nebo rituálů, to není cesta k uzdravě.
- 3) Hovořte se svým blízkým nemocným o běžných a smysluplných věcech, téma jeho obtíží musí být probráno, ale nesmí být soustavnou náplní diskusí.
- 4) Oceňte každý pokrok v léčbě, netrestejte neúspěch.
- 5) Podporujte pravidelnou léčbu u psychiatra či psychoterapeuta, kontrolujte docházku.
- 6) Nezrazujte svého blízkého od užívání léků, ani je nezpochybňujte.

Zdroj: Pidrman, 1999, s. 28

**Příloha 8 Ukázka bubínku použitým při muzikoterapii**



Zdroj: Vlastní



**Příloha 9 Záznam myšlenek, jejich vlivu na emoce a stanovení akce (kognitivní restrukturalizace)**

Situace	Negativní myšlenka	Emoce (intenzita: 1-10)	Alternativní myšlenka	Emoce nyní	Akce
Studium	Nedokážu si to zapamatovat! Co když nedostuduji?! Co budu dál dělat?	úzkost (5) zlost na sebe (4) strach (6)	Zkusím si to zapsat. Pokud bych nedostudoval, šel bych do práce.	úzkost (4) zlost na sebe (2) strach (4)	Udělám si stručný výpisek z látky. Zopakuji látku podle výpisku.
Bolest žaludku	Co když mám vážnou nemoc a nikdo na to nepřijde?!	strach (7)	Bolesti žaludku se u mě objevují při stresu už dva roky, byl jsem na několika vyšetřeních a nic mi nenašli.	strach (4)	Budu pokračovat ještě hodinu v učení, pak si dám přestávku a půjdu si zaběhat.
Usínání	Když neusnu, bude to zítra ještě horší, nezvládnou úkoly v práci...	úzkost (6) zlost na sebe (5)	Už to znám, jde to vydržet, i když nejsem úplně vyspalý.	úzkost (4) zlost na sebe (2)	vstanu a půjdu se na hodinu dívat na televizi, pak zkusím znovu usnout.
Předehra při milování	Co když to zase nepůjde? Nesmím na to myslet! To nejde! Blanka si najde jiného!	napětí (6) úzkost (6) strach (7)	No a co, tak to nepůjde, nebude to poprvé. Blanka to už zná. Řeknu jí, ať se se mnou mazlí a já se budu mazlit s ní, může mi to pak vyjít. Myšlenky nezastavím, můžu myslet na to, že to nepůjde, a zkusím odvrátit pozornost k jejím dotekům.	napětí (4) úzkost (5) strach (6)	Přiznání se Blance k obavám. Navržení vzájemného mazlení. Soustředění na dotek. Nakonec to šlo výborně.

Zdroj: Pešek et al., 2013, s. 123