

STIGMATIZACE U PACIENTŮ S OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHOU

souborný článek

Marie Ocisková^{1,2}
Zuzana Sedláčková¹
Ján Praško²
Monika Černá²
Daniela Jelenová²
Dana Kamarádová²
Barbora Mainerová²
Klára Látalová²

¹Katedra psychologie,
Filozofická fakulta, Universita
Palackého v Olomouci

²Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta,
Universita Palackého v Olomouci,
Fakultní nemocnice Olomouc

Kontaktní adresa:

PhDr. Marie Ocisková
Klinika psychiatrie
I. P. Pavlova 6
772 50 Olomouc
e-mail: marie.ociskova@atlas.cz

SOUHRN

Ocisková M, Sedláčková Z, Praško J, Černá M, Jelenová D, Kamarádová D, Mainerová B, Látalová K. Stigmatizace u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou

Úvod: Pacienti trpící psychickými poruchami se denně potýkají s příznaky své poruchy, ale také s diskriminací, která souvisí se stigmatizujícími postoji a chováním společnosti. Další zátěž představuje internalizované stigma, které se podílí na horším psychickém stavu a nižší terapeutické odpovědi. Pacienti trpící obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) a jejich rodinní příslušníci mohou být vystaveni stigmatizaci obzvláště v situacích, kdy jsou kompulze a rituály realizovány na veřejnosti.

Metoda: V databázích PUBMED, Web of Science a Scopus byly identifikovány pomocí klíčových slov výzkumné a přehledové články, které se týkají termínů „obsedantně-kompulzivní porucha“, „stigma“, „sebestigmatizace“, „psychoedukace“, „psychoterapie“ a „psychosociální léčba“.

Výsledky: Z literární rešerše vyplývá, že pacienti trpící OCD a jejich příbuzní se potýkají s předsudky a odsuzujícím jednáním plynoucím ze stigmatizace psychické poruchy, proto se snaží držet existenci diagnózy v tajnosti. Rodinní příslušníci často přebírají odpovědnost za pacientovy povinnosti a pomáhají s realizací rituálů, což vede k frustraci a častým rodinným konfliktům.

SUMMARY

Ocisková M, Sedláčková Z, Praško J, Černá M, Jelenová D, Kamarádová D, Mainerová B, Látalová K. Stigmatization in patients with obsessive-compulsive disorder

Introduction: Patients, who suffer from mental disorders, daily struggle not only with symptoms of their disorder but also with the discrimination which is connected to stigmatizing attitudes and behavior in the society. Another burden presents internalized stigma which contributes to a worse mental state and treatment response. Patients with OCD and their relatives might be prone to stigmatization, especially when compulsions are done in public.

Method: Researches and reviews were identified through a search in the PUBMED, Web of Science, and Scopus databases. Key words used for the extraction were “obsessive compulsive disorder”, “stigma”, “self-stigma”, “psychoeducation”, “psychotherapy”, and “psychosocial treatment”.

Results: Patients suffering from OCD and their family members deal with rejection due to the stigma of mental illness. This is why they try to keep the existence of the psychiatric diagnosis as a secret. Relatives often take over some of the patients' shores and responsibilities and help them with performing rituals. This leads to frustration and family conflicts.

Conclusions: Stigmatization and self-stigma contributes to suffering and bur-

Závěr: Stigmatizace a sebestigmatizace se podílí na utrpení pacientů s OCD i jejich rodin.

Klíčová slova: obsedantně-kompulzivní porucha, stigmatizace, sebestigmatizace, důsledky pro rodinu.

den of individuals suffering from OCD and their families.

Key words: obsessive compulsive disorder, stigmatization, self-stigma, consequences on family life.

ÚVOD

Osoby, které jsou společností označeny jako duševně nemocné, denně vstupují do kontaktu s různými formami diskriminujícího jednání, které vyplývá z předsudků a emocí souvisejících se stigmatizací psychických poruch. Ke stigmatizovanému jedinci se přistupuje jako k méněcennému a dostává méně příležitostí, ať v oblasti bydlení, či práce.^{1,2} Stigmatizace ovlivňuje nejen psychiatrické pacienty, ale i jejich příbuzné a partnery. Ti mohou být, stejně jako pacienti, zklamaní nebo vyděšení psychiatrickou diagnózou, což se následně projevuje v jejich postojích a adherenci pacienta k léčbě. Stigma se přidává k příznakům psychické poruchy jako další zdroj pacientova utrpení a jeho dopad je natolik významný, že je označováno jako „druhá nemoc“.³ Se zážitkem stigmatizace se pojí dobrovolná i nedobrovolná sociální izolace. Stigmatizace vytváří bariéry v přístupu k životním příležitostem mnohem více v případě, kdy jedinec trpí psychickou poruchou internalizuje předsudky společnosti a začne věřit, že jsou opodstatněné.⁴

METODA

V databázích PubMed, Web of Science a Scopus jsme identifikovali výzkumné a přehledové články. Klíčová slova představovaly termíny „obsedantně-kompulzivní porucha“, „stigma“, „sebestigmatizace“, „psychoedukace“, „psychoterapie“ a „psychosociální léčba“. Vyhledávání studií bylo realizováno opakovaným zadáváním slov v různých kombinacích, a to bez časového nebo jazykového omezení. Publikace byly seřazeny podle relevance, a dále byly označeny klíčové články uvedené v referencích. Takto shromážděné seznamy publikací byly prostudovány pro identifikaci dalších klíčových citací. Výsledná přehledová studie také obsahuje informace z monografií, k nimž se odkazovaly přehledové studie.

STIGMATIZACE U OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHY

Skutečnost, že jedinec podstupuje psychiatrickou léčbu, často vede k tomu, že je označen jako „duševně nemoc-

ný“. Jakmile společnost přidělí jedinci nálepkou duševně nemocného, změní svůj postoj a jednání vůči němu. Laická populace zaměřuje svou pozornost především na vnější charakteristiky a projevy pacienta – na jeho výrazy, pohyby, fyziognomii, držení těla a řeč – a soustředí se na známky něčeho neobvyklého. Mnoho kompulzivních rituálů může vypadat pro člověka, který OCD nikdy netrpěl, přinejmenším podivně. Jakmile si okolí všimne, že se daný jedinec „chová divně“, proces značkování začíná a může vést k trvalé stigmatizaci.⁵ Strach ze stigmatizace je důvodem, proč jedinci trpící OCD mnohdy aktivně odmítají navštívit psychiatra a snaží se své duševní potíže vyřešit alternativními cestami.⁶

Stigmatizovaní jedinci jsou primárně posuzováni podle domnělého původu jejich duševní poruchy. Intenzita zavržení osoby, která dostala nálepkou, závisí na laické interpretaci etiologie poruchy.⁷ Postoje laické veřejnosti k příčinám psychické poruchy mohou být rozděleny do několika kategorií – *příčiny v osobnostních vlastnostech* (duševní méněcennost, slabost charakteru, perverznost, amorálnost), *organické příčiny* (genetické poruchy a nemoci centrálního nervového systému) a *situační příčiny* (zhroucení po prožití traumatu, nešťastné životní události, šok, důsledky špatné finanční situace, truchlení a žal). Příznivější je tzv. peristatická interpretace, která nalézá příčinu ve stresu nebo nepříznivých událostech, které osoba zažila. Na druhé straně se nacházejí organické příčiny, podle nichž se usuzuje na „nemocný mozek“. Příčiny, které nacházejí původ v osobnosti, vedou k negativnímu hodnocení jedince. Je-li na vině osobnost, jedinec by se „měl snažit a dostat se z toho“.

STIGMA A RODINA

Rodinní příslušníci nezřídky přebírají odpovědnost za pacientovy povinnosti a úkoly.^{8,9} Rodiny pacientů s OCD jsou v tomto směru vystaveny značné zátěži, proto se v poslední době objevuje rostoucí počet výzkumů, které se zaměřují na kvalitu života, strategie zvládnání stresu a další psychologické charakteristiky nejen pacientů s OCD, ale také jejich příbuzných.^{6,10} Kromě přebírání každodenních povinností lze u mnoha příbuzných vysledovat postupně narůstající spoluúčast při realizaci rituálů. Z tohoto úhlu pohledu lze jednoznačně odlišit rodiny pacientů s OCD

od rodin pacientů s jinými duševními poruchami. Příbuzní obvykle pomáhají s rituály nebo přizpůsobují rodinný režim tak, aby snížili míru pacientovy úzkosti.^{11,12} Narůstající pohlčení členů rodiny rituály pacienta, dalším doprovodným chováním a nároky, které s poruchou souvisí, vede k nárůstu napětí a neshod v tom, jak dále postupovat. Deprese, zármutek, vzájemné obviňování, užívání návykových látek, stigma a další sekundární a komorbidní symptomy jsou také nedílnou součástí celkového obrazu rodinného života s OCD. Všechny tyto faktory působí na interakci mezi pacientem a jeho rodinou a vytváří významnou tenzi a stres.⁵ Pokud bychom vycházeli z klinických zkušeností, příbuzní často trpí pocity studu a viny a vnímají stigmatizující reakce ze strany společnosti. Výzkumných studií zaměřených na dopad obsedantně-kompulzivní poruchy na rodiny a další interpersonální vztahy je však dosud nedostatek.^{13,14,15}

Goffman¹⁶ pojmenoval proces, během něhož jedinec obdrží „nálepku“ kvůli svému kontaktu se stigmatizovanou osobou, jako *přidružené stigma*. Psychiatři pacienti i jejich příbuzní bojují proti stigmatu a jeho následkům i v dnešní době.¹⁷ Není proto divu, že skutečnost, že byl jeden ze členů rodiny diagnostikován s duševní poruchou, přináší do rodiny mnohem více změn než pouze lékařské pojmenování potíží příbuzného a počátek léčby. Rodina se začíná vyrovnávat se stigmatem,¹⁸ čehož se nezřídkla snaží dosáhnout zatajováním diagnózy OCD před „lidmi zvenku“.¹⁹ Duševní porucha je tajemstvím, tabu, které představuje další zátěž, jež leží na ramenou příbuzných pacientů s OCD.¹⁰ Rodiny pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou mohou reagovat na symptomy poruchy různě. Zatímco v některých rodinách je běžnou praxí asistence při realizaci rituálů, v jiných rodinách příbuzní kategoricky odmítají se na nich podílet a spíše mají sklony pacientovi kompulze zakazovat. Specifickou oblast OCD představuje abnormální strach ze špíny nebo kontaminace. Když se člověk setká s patogenem, obvykle začne cítit znechucení a odpor, které vedou k vyhýbavému chování.²⁰ Odpor je v tomto směru evoluční výhodou a zvyšuje adaptabilitu jedince. Ukazuje se, že pacienti s OCD jsou obzvláště náchylní k prožívání znechucení,²¹ ale protože jsou tyto pocity na počátku poruchy pouze mírné, mohou být považovány za obvyklé, a proto tolerovatelné. OCD se rozvíjí postupně a počátek poruchy je často přehlédnut. Tato často se vyskytující situace nemůže být vysvětlena pouze pacientovými tendencemi ke skrývání příznaků pro pocity studu a strachu z odmítnutí. Partneři mohou přehlédnout symptomy poruchy jednoduše z toho důvodu, že jejich vztah začal v době, kdy druh již poruchou trpěl. Navíc může být průběh OCD natolik pomalý, že příbuzní jednoduše nezaznamenají patologické změny v pacientově chování. Rodina se postupně přizpůsobuje rituálům, které se stávají stále větší a složitější. V takových případech příbuzní často interpretují rituály jako tiky nebo osobnostní zvláštnosti.¹⁰ Na kompulze se pohlíží jako na izolované incidenty a integrující pohled je s prohlubující se symptomatologií stále obtížnější. Pouze otevřené připuštění vlastního zápasu s obsesemi a kompulzemi nebo nemožnost držet je nadále v tajnosti může zastavit připsování jednání mylným příčinám. Katalyzátorem tohoto přechodu mohou být také suicidální sklony postiženého.⁵

Když příbuzní zjistí, že je neobvyklé jednání projevem psychické poruchy, mohou mít pouze neurčitou představu o tom, co konkrétní porucha, nebo duševní nemoci obecně, obnáší. Zároveň mívají obavy ze stigmatizace. Společně s tenzí, která provází nutkání ulevit blízkému v utrpení, se k celkové míře napětí často přidávají další faktory narušující rovnováhu v rodině, jako jsou nejistota, pocity bezmoci a beznaděje. Rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc a počátek psychiatrické léčby představuje pro rodinu významnou zátěž.²² Příznaky OCD, a zejména pak rituály, se mohou zdát zvláštní nebo bizarní. Pokud je pacient realizuje na veřejnosti, příbuzní se mohou cítit zahanbené a obávat se nálepkujících reakcí. Rodiny často skrývají psychické problémy svého člena před okolním světem. Proces, v němž rodinní příslušníci začínají přijímat a rozumět příznakům poruchy a důsledkům, které se s ní pojí, bývá velkou výzvou a představuje spíše dlouhodobý úkol než záležitost rychlého přizpůsobení. Není výjimkou, když proces smířování se s přítomností psychiatrické diagnózy probíhá po celou dobu trvání poruchy.¹⁰

Co se týče obsahu starostí a obav a užívaných způsobů zvládání napětí, blíží se rodiny pacientů s OCD k rodinám pacientů trpících schizofrenií.¹ Protektivní chování příbuzných může vyústit do potřeby opakovaného ujišťování a uklidňování, přebírání pacientových povinností nebo osobní asistence při provádění rituálů. Podle Calvocoressiho et al.¹² mohou být tyto vzorce jednání nalezeny až u třetiny všech rodin s pacienty trpícími OCD. Cooper¹³ se také pokusil identifikovat příznaky, které příbuzné nejvíce rozrušují. Jde zejména o agresivní obsese a obsese se sexuálním obsahem, a rouhání se Bohu.

Masová média hrají klíčovou roli v tvorbě obrazu psychiatrie a pacientů s duševními poruchami, a tak nepřímo formují strategie zvládání stresu rodin s příbuznými s OCD.^{23,24} Obraz psychiatrického pacienta tak, jak jej prezentují média, však bývá matoucí a zavádějící.²⁵ Je tomu tak částečně kvůli převládajícímu stereotypu, podle něhož jsou lidé s duševní poruchou nebezpeční, nepředvídatelní a agresivní.^{26,27,28}

Stengler-Wenzke et al.⁵ realizovali rozhovory s příbuznými pacientů s různými duševními poruchami, včetně 22 rodinných příslušníků osob s OCD. Zaměřili se přitom na oblast zátěže a stresu a identifikovali čtyři oblasti stigmatizace, které jsou typické pro rodiny pacientů s OCD – charakteristiky počátku poruchy, skrývání diagnózy, stigmatizace ze strany zdravotníků a retrospektivní stigmatizace.

Cesta k diagnóze obsedantně-kompulzivní poruchy je často dlouhá a obtížná. Odborníci mohou nesprávně posoudit symptomy a stanovit chybnou diagnózu. Laická populace může pacienta stigmatizovat, protože ve společnosti existuje množství předsudků týkajících se lidí, kteří „se chovají divně“. V momentě, kdy je pacient správně diagnostikován, bývá on i jeho blízcí v šoku a vyděšený z nálepky psychiatrického pacienta. Šok a obavy mohou být natolik výrazné, že pacient i jeho rodina mohou zcela popřít, že je neobvyklé jednání projevem duševní poruchy. Stigmatizace může přijít i z rodinného kruhu, zejména, když příbuzní pátrají po příčině OCD a vzájemně se obviňují.¹⁰ Lidé trpící OCD a jejich rodinní příslušníci zřídkakdy předstoupí před neinformované okolí s tím, že se on sám nebo příbuzný léčí na psychiatrii. Raději vše skrývají,

aby se vyhnuli stigmatizujícím reakcím. Sociální izolace a vnímání diagnózy OCD jako tabu vytváří území nikoho, na němž příbuzní a pacienti nemohou otevřeně hovořit o svých starostech a tlaku, kterému čelí. Obvykle existuje pouze několik málo lidí, kteří jsou obeznámeni s celou situací, a pacient je tím, kdo rozhoduje, kdo do situace může být zasvěcen a kdo nikoliv.

Příbuzní a pacienti také mohou zažívat stigmatizaci ze strany samotných zdravotníků. Pacienti často navštíví několik různých odborníků na duševní zdraví, kteří je neléčí vždy optimálně. Zdravotníci mohou být málo empatičtí a postrádat potřebné znalosti o poruše. Navíc v případech, kdy pacient podstupuje individuální terapii, příbuzní často nabývají dojmu, že byli vyloučeni z procesu léčby a již se s nimi nepočítá.¹⁰ Příbuzní také připustili, že v minulosti, zejména na počátku rozvoje poruchy, sami svého blízkého stigmatizovali. Tito rodinní příslušníci přičítali své chování a přístup nedostatku povědomí o poruše, pocitům nejistoty a bezmoci. Pro tyto rodinné příslušníky je obtížné být podpůrní a empatičtí, když jejich blízký ztrácí naději, protože zároveň bojují sami se sebou.

Specifický případ představují rodiny, v nichž OCD trpí jeden z rodičů. Jejich zdravé děti obvykle posuzují poruchu v intencích normality a náhled u nich roste pouze pozvolna. Není výjimkou, že se časem samy začínají obávat, že by mohly rozvinout symptomy poruchy. Z tohoto úhlu pohledu se zdá být často realizovaná strategie zvládnání, která spočívá v izolaci od příbuzného s OCD, projevem snahy udržet si vlastní duševní zdraví.¹⁰

SEBESTIGMATIZACE U OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHY

Internalizované stigma (jinými slovy sebestigmatizace) je termín označující proces, během něhož jedinec přijímá za své negativní stereotypy, které vůči němu chová společnost. Jedinec, který předsudky internalizuje, souhlasí s jejich obsahem, věří, že je méněcenný, protože disponuje znevažovanými vlastnostmi, a očekává, že jej druzí zavrhnou, pokud by to vyšlo najevo.^{4,29–31} Stigma výrazně negativně ovlivňuje rozličné psychosociální charakteristiky (jmenovitě naději, pocit kontroly nad situací a sebeúcty) a psychiatrické proměnné (např. závažnost symptomů a spolupráci při léčbě).³²

Sebestigmatizace a s tím spojený strach ze stigmatizace druhými odrazuje mnoho osob trpících OCD od hledání adekvátní psychiatrické léčby. Namísto připuštění, že mají psychické problémy, mohou popírat nebo potlačovat psychické aspekty svých potíží a zoufale hledat vysvětlení na poli somatické medicíny, typicky v oblasti dermatologie, kam přicházejí pro kožní změny vzniklé nadměrným mytím a desinfekcí kůže.³³ Pacienti často očekávají negativní reakce ze strany druhých. Z toho, co víme o současném stavu předsudků o lidech trpících duševní poruchou, se toto jednání zdá být zcela pochopitelné. Pacienti s OCD navíc často usilují o utajení behaviorálních projevů úzkosti, aby nikdo nepoznal, že „jsou šílení“. V určitém bodě však pravidla ztrácejí kontrolu, nervozita je ovládne a úz-

kost začne být jasně zřetelná. Z téhož důvodu se pacienti vyhýbají návštěvě psychiatra – obávají se, že pozná, že s nimi „není něco v pořádku“, někdy také raději nesdělí plný rozsah svých příznaků a disimulují.^{7,33} Mnozí pacienti s OCD se raději stahují ze společnosti. Slouží to jako prevence, aby druzí nerozpoznali, že trpí duševními problémy, a zároveň jako ochrana před možností, že by sami zranili někoho ve svém okolí pod vlivem případných agresivních obsesivních myšlenek.

V některých ohledech posuzuje společnost odlišně muže a ženy. U žen jsou více než u mužů tolerovány nedostatky odvahy, nesmělost a projevy slabosti, proto mohou muži vykazovat větší tendence ke skrývání svých duševních problémů. Další potenciálně patogenetický prvek představují některé postoje pacientových blízkých. Ti mohou být přesvědčeni, že pacientovi žádná pomoc neuleví, protože jeho duševní problémy jsou způsobeny vadami charakteru, které jsou neodstranitelné.³³ Takto problematické přesvědčení bývá posilováno výčitkami rodiny a poznámkami, aby jejich blízký „začal konečně něco dělat“. Pacienti se také pokoušejí zatajit existenci duševních potíží, protože se obávají možných negativních reakcí plynoucích z nedostatku informací o obsedantně-kompulzivní poruše. Všechny tyto faktory přispívají k rozšířené praxi utajování symptomů.¹⁹

Stigma se netýká pouze symptomů duševních poruch, ale vztahuje se také na specifické léčebné postupy. Pacienti a blízcí mohou být přesvědčeni, že léky jsou jedy a psychoterapie je jednou z metod „vymývání mozku“, a proto je odmítají.³³

VLIV STIGMATU NA FUNGOVÁNÍ V ŽIVOTĚ

Stengler-Wenzke et al.⁵ zjistili, že s délkou trvání OCD se zvyšuje i pravděpodobnost sociální izolace pacienta a jeho nejbližších. Neinformovaní svědci kompulzí mohou reagovat nedostatečně empaticky a stigmatizovat jedince s OCD, stejně jako jeho rodinu. To vytváří značnou tenzi a stres v rodinách pacientů trpících OCD. Přítomnost poruchy zvyšuje pravděpodobnost deficitů v sociálních rolích a celkovém fungování v životě u pacientů i jejich blízkých. Kalra et al.³⁴ zjistili, že zátěž, která leží na bedrech příbuzných a partnerů osob s OCD, je přibližně stejně velká jako ta, jíž čelí lidé, kteří pečují o osoby trpící schizofrenií a afektivními poruchami. Prožívání chronického stresu, které se ustavuje v důsledku nároků každodenní péče o pacienta s OCD, může dále zvyšovat citlivost vůči negativním poznámkám a stigmatizujícímu chování ze strany druhých.

VLIV STIGMATIZACE NA LÉČBU OCD

Stigmatizace ovlivňuje proces léčby od samého počátku a projevuje se několika možnými způsoby.³⁵ Obavy ze stigmatizace a vyloučení ze společnosti ovlivní rozhodnutí vyhledat adekvátní odbornou pomoc. Pacienti nezdědka zkoušejí alternativní způsoby, jak vyřešit své potíže. Mo-

hou doufat, že pomůže dovolená nebo kvalitní odpočinek, a vyhledání psychiatrické péče odkládají i tehdy, když se alternativní způsoby léčby neosvědčí.³³ Pacienti proto obvykle přicházejí pozdě, když jsou již jejich duševní problémy chronifikované a pravděpodobnost úspěšné léčby se snižuje. Zdá se, že právě tento odklad léčby představuje nejzávažnější následek stigmatizace osob s OCD.¹⁰

Příbuzní si mnohdy odmítají připustit, že jejich blízký trpí duševní poruchou. Jedním z důsledků tohoto obranného mechanismu je bránění v adekvátní léčbě, snaha přesvědčit pacienta, aby nevyhledával psychiatrickou péči, a plnění pacientových povinností, aby měl jejich blízký prostor vyřešit si své potíže vlastními silami. I v případech, kdy příbuzní rozpoznají, že se již jedná o příznaky psychické poruchy, snaží se přimět pacienta „chovat se slušně a jako vždycky“ a *reintegravit* jej zpět do rodinného kruhu.³³ Mohou se snažit zakazovat rituály. Jakmile tento přístup selže, příbuzní často podlehnou negativním emocím, zejména hněvu, a začínají jednat restriktivně. Tento přístup lze označit za *eliminační*. Podnět k vyhledání psychiatrické léčby může vzejít z reintegrativního i eliminačního přístupu. Pokud začne rodina zvažovat návštěvu psychiatra v průběhu eliminační fáze, hospitalizace může být vnímána jako trest a pacient jako deviant. Proces opětovného začlenění do rodinného systému pak bývá problematický.³³

VYJADŘOVÁNÍ EMOCÍ A POSTOJE PŘÍBUZNÝCH K PACIENTOVI

Příznaky poruchy představují zátěž pro celé rodiny jedinců s OCD a vykazují dopad na kvalitu života pacientů.³⁶ Jedinci s OCD zpravidla mívají náhled na své onemocnění a často vnímají repetitivní myšlenky a činy jako nesmyslné a nechutné. Stávají se závislými na péči svých příbuzných a jejich porucha chronifikuje.²² Dlouhodobé napětí, které ústí do mezilidských konfliktů a finančních obtíží, není v rodinách pacientů s OCD ničím neobvyklým.^{13,37}

Teorie vyjadřovaných emocí v rámci rodinného systému je multidimenzionální. Nejvýznamnějším prediktorem efektu léčby u OCD je míra kritiky. Podle Chamblesse a Steketee³⁸ vede vyšší míra kritiky a hostility v rodině k nižší úspěšnosti léčby. Dalším faktorem, který se podílí na nižší úspěšnosti léčby, je odmítnutí a zavržení otcem. Pokud je pacient dlouhodobě kritizován některým členem rodiny, snižuje se jeho sebeúcta a začíná trpět sebevýchýtkami, které odrážejí vyšší stupeň sebestigmatizace. V případech, kdy jsou v rodině přítomny hostilní emoce, zvyšuje se tenze, na což pacient trpící OCD reaguje zvýšením kompulzí ve snaze redukovat míru stresu.³⁹ Takové vzorce rodinného chování vytváří bludný kruh – pacient je kritizován a vnímá, že v rodině převládají hostilní emoce. Následuje vztup kompulzí, což opět vede k výčitkám, kritice a napětí. Výsledný nárůst rituálů snižuje efektivitu léčby. Věnování pozornosti rodinným interakcím a jejich korekci může například v rámci kognitivně-behaviorální terapie napomoci zvýšit úspěšnost léčby pacientů, kteří se potýkají s hostilními a nadměrně kritickými reakcemi příbuzných.

Nejsou to však pouze konflikty a výčitky, které zhoršují prognózu pacientů s OCD. Vysoká emoční expresivita ma-

tek negativně ovlivňuje výsledek léčby dětí s OCD. Podle Perise et al.⁴⁰ nevede vysoká expresivita emocí u matek ke zhoršení symptomů, ale je spojena s poruchami chování u dětí a depresivitou u rodičů. Pokud je matka zvýšeně kritická, vede toto jednání ke vzájemnému obviňování rodičů a pocitům nadměrné osobní zodpovědnosti za stav dítěte, kterou si předávají jako černého Petra. Zahlcování emocemi ovlivňuje míru obsedantně-kompulzivních příznaků u dětí a stupeň deprese a úzkosti u rodičů. Pokud člen rodiny připisuje negativní události tomu, že jeho blízký má OCD, pacient profituje z léčby méně než pacienti, jejichž rodiny po obětním beránkovi nepátrají.¹⁴ Přidáme-li k zavedené technice expozice a prevence rituálů několik rodinných sezení, mohou být sníženy negativní vlivy rodinných příslušníků pacientů s OCD. Výzkum Grunese et al.⁴¹ ukázal, že pacienti, jejichž příbuzní se zúčastnili podobné intervenční skupiny, zaznamenali větší redukci symptomů ve srovnání s pacienty, jejichž rodiny se sezení neúčastnily. Pacienti také vykázali významně nižší míru příznaků deprese. Účast na intervenčních sezeních vedla v rodinách k většímu poklesu emoční expresivity ve srovnání s rodinami, které na sezení neparticipovaly.

ZÁVĚR

Vnímané stigma představuje pro jedince trpící obsedantně-kompulzivní poruchou a jeho rodinné příslušníky zásadní problém. Celospolečenské stereotypy ovlivňují postoje, které příbuzní a pacienti zastávají vůči poruše, jejich ochotu vyhledat adekvátní péči a dopad poruchy na každodenní fungování. Stigma duševní poruchy zvyšuje míru anticipační úzkosti u pacientů s OCD i jejich příbuzných, která souvisí s předpokládaným nepřijetím či zavržením ze strany společnosti. Osoby trpící OCD a jejich rodiny se navíc mohou obávat negativních reakcí, pokud by se někdo neinformovaný doslechl, čeho se týkají pacientovy obsese, nebo spatřil kompulzivní rituály. Zdá se, že je pro rodiny i samotné pacienty s OCD prospěšné, jestliže se příbuzným daří nebýt příliš ponořeni do duševních problémů svého blízkého a zastávají i další sociální role a činnosti.

Doba přítomnosti poruchy je přímo úměrná míře sociální izolace pacienta a rodinných příslušníků. Strach ze stigmatizace a jejích následků představuje významný motiv, který vede příbuzné ke skrývání pacientových symptomů a asistování s kompulzemi a rituály. Úzkost z možného sociálního vyloučení může posilovat vyhybavé chování po celá léta. Pokud se s léčbou OCD nezačne v jejích začátcích, její efektivita se kontinuálně snižuje. Proto patří rodinní příslušníci, jejich postoje a přesvědčení ke klíčovým faktorům přispívajícím k úspěšné léčbě OCD.

Mohlo by být prospěšné ustanovit intervenční skupiny pro partnery a další pečující osoby pacientů s OCD. Největší užitek z podpůrných skupin by mohli mít jedinci s vysokou mírou sebestigmatizace a nedostatečnou sociální sítí. Skupiny mohou být zaměřeny na destigmatizaci (a tedy nepřímou na zvyšování sebeúcty), adaptivní strategie zvládání stresu a mezilidských konfliktů a osvojování si zásad podpůrného chování.⁶

LITERATURA

1. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives, and mental health professionals. *Social Science and Medicine* 2003; 56: 299–312.
2. Finzen A. Stigma, Stigmabewältigung, Entstigmatisierung. *Psychiatrische Praxis* 2000; 27: 316–320.
3. Finzen A. Der Verwaltungsrat ist schizophoren: Die Krankheit und das Stigma. Bonn, Psychiatrie-Verlag 1996.
4. Corrigan PW, Rowan D, Green A, Lundin R, River P, Uphoff-Wasowski K, White K, Kubiak MA. Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin* 2002; 28: 293–309.
5. Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of Psychiatric Nursing* 2004; 18: 88–96.
6. Geffken GR, Storch EA, Duke DC, Monaco L, Lewin AB, Goodman WK. Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 2006; 20: 614–629.
7. Praško J. Stigmatizace u „psychogenních poruch“. *Psychiatrie* 2001; 5: 32–37.
8. Steketee G. Disability and family burden in obsessive compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 1997; 42: 919–928.
9. Laidlaw TM, Fallon IRH, Barnfather D, Coverdale JH. The stress of caring for people with obsessive compulsive disorders. *Community Mental Health Journal* 1999; 35: 443–449.
10. Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48: 35–42.
11. Marks IM. Fears, phobias, and rituals. New York: Oxford University Press; 1995.
12. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 441–443.
13. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry* 1996; 66: 296–304.
14. Renshaw KD, Steketee G, Chambless D. Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy* 2005; 34: 164–176.
15. Ramos-Cerqueira ATA, Torres AR, Torresan RC, Negreiros APM, Vitorino CN. Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 2008; 25: 1020–1027.
16. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. New York: Touchstone; 1986.
17. Kadri N, Sartorius N. The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLOS Medicine* 2005; 2(7): e136.
18. Trosbach J, Angermeyer MC, Stengler-Wenzke K. Zwischen einbezogenheit und widerstand: Angehörige im umgang mit zwangserkrankten. *Psychiatrische Praxis* 2003; 30: 8–13.
19. Newth S, Rachman S. The concealment of obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39: 457–464.
20. Curtis V, de Barra M, Aunger R. Disgust as an adaptive system for disease avoidance behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B* 2001; 366: 389–401.
21. Olatunji BO, Lohr JM, Sawchuk CN, Tolin DF. Multimodal assessment of disgust in contamination-related obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2007; 45: 263–276.
22. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2006; 47: 523–527.
23. Wolff G. Attitudes of the media and the public. In: Leff J. (ed.). *Care in the community: Illusion or reality?* London, John Wiley and Sons 1997; 145–163.
24. Wahl OF. Obsessive-compulsive disorder in popular magazines. *Community Mental Health Journal* 2000; 36: 307–312.
25. Hoffmann-Richter U. Psychiatrie in der Zeitung-Erfahrungen beim Zeitung lesen. *Psychiatrische Praxis* 2000; 27: 354–356.
26. Gray AJ. Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2002; 95: 72–76.
27. Nawka A, Rukavina TV, Nawková L, Jovanović N, Brborović O, Raboch J. Psychiatric disorders and aggression in the printed media: Is there a link? A central European perspective. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 19.
28. Nawková L, Nawka A, Adámková T, Rukavina TV, Holcnerová P, Kuzman MR, Jovanović N, Brborović O, Bednářová B, Žuchová S, Miovský M, Raboch J. The picture of mental health/illness in the printed media in three central European countries. *Journal of health communication* 2012; 17: 22–40.
29. Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology* 2005; 11: 179–190.
30. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. Understanding the self-stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2006; 25: 875–884.
31. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research* 2004; 129: 257–265.
32. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine* 2010; 71: 2150–2161.
33. Praško J, Mainerová B, Divéky T, Kamarádová D, Jelenová D, Grambal A, Látalová K, Sigmundová Z, Šilhán P. Panic disorder and stigmatization. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2011; 53: 194–201.
34. Kalra H, Kamath P, Trivedi JK, Janca A. Caregiver burden in anxiety disorders. *Current opinion in psychiatry* 2008; 21: 70–73.
35. Eisenberg D, Downs MF, Golberstein E, Zivin K. Stigma and help seeking for mental health among college students. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 114: 303–318.
36. Gurujaj GP, Bada Marth S, Reddy JYC, Chandrashekar CR. Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: An Indian perspective. *Journal of Postgraduate Medicine* 2008; 54: 91–97.
37. Tynes L, Salins C, Winstead D. Obsessive compulsive patients: Familial frustration and criticism. *Journal of the Louisiana State Medical Society* 1980; 142 (10): 24–29.
38. Chambless DL, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67: 658–665.
39. Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 118–130.
40. Peris TS, Yadegar M, Asarnow JR, Piacentini J. Pediatric obsessive compulsive disorder: Family climate as a predictor of treatment outcome. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2012; 1: 267–273.
41. Grunes MS, Neziroglu F, McKay D. Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Behavior Therapy* 2001; 32: 803–820.