

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PROBLEMATIKA TERAPIE DĚTÍ
S OCD SE ZAMĚŘENÍM NA
KLIENTA

THE ISSUE OF THE THERAPY IN CHILDREN WITH OCD
FOCUSED ON THE CLIENT



Magisterská diplomová práce

Autor: **Ing. Bc. Helena Rybková**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

2023

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, PhD. za laskavé a profesionální vedení diplomové práce.

Manželovi a synovi patří velké díky za to, že jsou! Mým rodičům za veškerou podporu. Babičce za korekturu. Všem mým nejbližším za možnost skloubení rodinného, pracovního a studijního života. A Elišce a Anežce za to, jaký ten studijní život byl!

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Problematika terapie dětí s OCD se zaměřením na klienta“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 30. 3. 2023

Podpis

OBSAH

OBSAH	4
ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Obsedantně kompulzivní porucha u dětí	8
1.1 Vývojový aspekt	8
1.1.1 Úzkost u dětí z vývojového hlediska	11
1.2 Vymezení OCD se zaměřením na specifika u dětí	12
1.2.1 Obsese a kompulze.....	14
1.2.2 Komorbidita a diferenciální diagnóza	16
1.3 Etiopatogenetické faktory.....	17
1.3.1 Biologické teorie	17
1.3.2 Psychologické teorie	19
1.3.3 Biopsychosociální teorie	21
1.3.4 Vzájemný vliv rodiny a OCD u dětí	22
2 Specifika psychoterapie dětí	24
2.1 Obecné zásady dětské psychoterapie	25
2.1.1 Úvodní setkání a navázání vztahu.....	27
2.2 Zapojení rodiny do terapie.....	29
2.2.1 Rodinná a systemická terapie	30
2.3 Metody a techniky v psychoterapii dětí	31
3 Léčba OCD u dětí	34
3.1 KBT u dětí s OCD.....	35
3.1.1 Mapování obtíží a edukace	35
3.1.2 Metody a techniky KBT u dětí s OCD	38
3.1.3 KBT se zapojením rodiny.....	41
3.2 Farmakoterapie	43
3.3 Relaxace, všímavost a ACT.....	44
3.4 Online terapie.....	46
VÝZKUMNÁ ČÁST	50
4 Výzkumný problém	51
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	51
5 Typ výzkumu a použité metody	53
5.1 Metoda získávání dat.....	53

6	Výzkumný soubor	55
7	Realizace výzkumu a sběr dat.....	58
	7.1 Popis sběru dat	58
	7.2 Metody zpracování a analýzy dat	59
	7.3 Etické problémy a jejich řešení.....	60
8	Výsledky výzkumu a jejich interpretace	62
	8.1 Jak děti s OCD a jejich rodiče vnímají onemocnění?	64
	8.1.1 Využití zdrojů informací o OCD	64
	8.1.2 Pohled na OCD	66
	8.2 Jak se dítě s OCD dostává do psychologické péče?.....	67
	8.3 Jak děti s OCD a jejich rodiče vnímají proces terapie?.....	71
	8.3.1 Farmakoterapie	72
	8.3.2 Psychoterapie	73
	8.4 Co dětem s OCD a jejich rodičům pomáhá?	76
	8.5 Co dětem s OCD a jejich rodičům v péči chybí?.....	80
	8.6 Shrnutí výsledků výzkumu	83
9	Diskuze.....	86
10	Závěr.....	93
11	Souhrn	94
	LITERATURA	98
	PŘÍLOHY	110

ÚVOD

„Každé vítězství nad OCD se počítá, bez ohledu na to, jak malé se může zdát“

Problematicke obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí jsem se věnovala již v rámci bakalářské diplomové práce. S dětmi, které touto poruchou trpí, a jejich rodinami jsem se setkávala v rámci praxe pro psychoterapeutický výcvik. V předchozím výzkumu jsem se s terapeuty, kteří využívají kognitivně-behaviorální přístup, bavila o tom, jaké techniky považují za úspěšné, co jim v rámci psychoterapie s dětmi s OCD pomáhá a jaká vnímají omezení. Těmi, kteří jsou však této poruše nejbliž, jsou především samy děti s OCD a jejich rodiče. Oni mohou díky či kvůli OCD zažívat každodenní malé výhry i prohry.

Psychoterapeuti oslovení v rámci bakalářské diplomové práce přinesli zajímavý vhled do terapie OCD. Představili formy a techniky terapie, které považují za prospěšné. Hovořili však také o tom, co je v terapii dětí s OCD omezuje, ať už se jednalo o někdy komplikovanou spolupráci s rodiči, motivaci spíše na straně rodiče než dítěte, problematiku medikace či nedostupnost příručky či jiných materiálů, které by mohli předat rodičům domů. Pro detailnější pochopení této problematiky a možná i vysvětlení některých vnímaných omezení nám chybí pohled druhé strany, dětí s OCD a jejich rodičů. Jak fungují doma, v době mezi sezeními u psychoterapeuta, co oni považují za efektivní či naopak problematické v rámci terapie OCD.

Cílem této magisterské diplomové práce bude nabídnout detailní pohled na problematiku terapie obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí, a to z pohledu klienta, tedy samotného dítěte a jeho rodičů. V rámci teoretické části práce budou představeny současné poznatky z českých i zahraničních zdrojů, ve výzkumné části pak bude zkoumána zkušenost dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou a jejich rodičů se zaměřením na terapii OCD.

Teoretická část práce je rozdělena do tří kapitol, ve kterých definuji obsedantně-kompulzivní poruchu, specifika psychoterapie dětí a v závěru přehled možností terapie OCD u dětí. Ve výzkumné části je postupně stanoven cíl výzkumu a výzkumné otázky, jsou představeny použité metody a popsán výzkumný vzorek. V závěrečných kapitolách magisterské diplomové práce je ponechán prostor interpretaci výsledků, diskuzi a závěrečnému shrnutí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA U DĚTÍ

Základní znaky obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) jsou společné pro dospělou i dětskou populaci. Pro diagnostiku se používá shodná diagnostická kategorie. Pokud se však zaměříme na dětskou populaci, je vždy třeba brát v úvahu vývojový aspekt. V této kapitole se proto zaměříme nejdříve na vývojové hledisko, následně na vymezení OCD poruchy s poukázáním na specifika u dětí a v závěru se budeme věnovat vlivu poruchy na život dítěte i jeho okolí.

1.1 Vývojový aspekt

Vývoj člověka v období dětství a dospívání je velmi dynamický. Pokud se jakkoli zabýváme dětskou populací, je třeba mít vždy na paměti proměnlivost v rámci vývojových úrovní. Přestože v rámci této kapitoly hovoříme zvláště o vývoji kognitivním, psychosociálním, emočním a vývoji morálky, jsme si vědomi jejich vzájemné propojenosti a neodlučitelnosti. V podkapitole se poté věnujeme vývojovému aspektu úzkosti.

Kognitivnímu vývoji se věnoval především Jean Piaget, (Piaget & Inhelder, 1997) který člení vývoj do 4 velkých stádií a dalších podstádií. Prvním stádiem vývoje myšlení, o kterém hovoří, je senzomotorická úroveň, která zahrnuje období do jednoho a půl až dvou let. Na konci tohoto období se začíná rozvíjet funkce sémiotická (nebo symbolická), díky níž jsme schopni si něco představovat prostřednictvím něčeho jiného, toto období mezi druhým a šestým rokem je nazýváno presymbolické či preoperacionální (Vasta et al., 1992). Teprve v sedmi až osmi letech dítě začíná užívat konkrétní myšlenkové operace. Období dětství pomyslně ukončuje poslední základní decentralizace myšlení – v období mezi jedenáctým až dvanáctým a čtrnáctým až patnáctým rokem se člověk vymaňuje od konkrétního myšlení. Období pubescence je pak typické formálním myšlením, od konkrétního se obrací k nereálnému a k budoucnosti (Piaget & Inhelder, 1997).

Jiní psychologové se zabývali kognitivním vývojem s ohledem na procesy zpracování informací. Známější je však spíše psychometrický přístup, z něhož vycházejí autoři inteligenčních testů, jako jsou Alfred Binet a Theodor Simon či David Wechsler (Vasta et al., 1992).

Na kognitivním vývoji dítěte závisí osvojení si sociálních pravidel, vývoj morálního vědomí a jednání, které ve vývoji dítěte sehrává důležitou roli. **Morálnímu vývoji** se věnovali především Jean Piaget a Lawrence Kohlberg (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vasta et al., 1992; Wolman, 1982;).

Dle **Piageta** hovoříme u předškolních dětí (a většinou i v počátcích školní docházky) o heteronomní morálce, která je určována vnější autoritou rodiče, či později učitele. V rámci hry se dítě v prvním stádiu neřídí žádnými pravidly. Teprve mezi 7-8 rokem se stává morálka autonomní a dítě uznává určitá pravidla bez ohledu na autoritu. Od 11-12 let lze u některých dětí pozorovat schopnost přihlídnout také k motivům jednání a širšímu kontextu v rámci morálního usuzování. Piaget zmiňuje také poslední stádium, ve kterém děti dokáží samy pravidla vytvářet, věnuje se mu však pouze v krátkosti (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vasta et al., 1992; Wolman, 1982).

Kohlberg rozlišuje také 3 základní stadia vývoje morálky, která dále rozděluje na dva typy: prekonvenční (stádium heteronomní a stádium naivního a instrumentálního hédonismu), konvenční (morálka „hodného dítěte“ a morálka svědomí a autority) a postkonvenční (společenská smlouva a univerzální etické principy). V rámci morálního usuzování se však liší nejenom děti na odlišných vývojových úrovních, ale také děti stejného věku a dokonce sám jedinec v odlišných situacích. V neposlední řadě je třeba zmínit, že ne všichni mohou dosáhnout posledního zmiňovaného stadia morálního vývoje (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vasta et al., 1992; Wolman, 1982).

Psychosociálnímu vývoji se věnoval Erik H. Erikson (2015), jež hovoří o tzv. psychosociálních krizích či rozporech, s nimiž se potýkáme během základních stádií života. Díky vyřešení rozporů syntonních a dysyntonních tendencí však vychází člověk s určitou ctností. Během kojeneckého věku pozorujeme krizi základní důvěry a základní nedůvěry, z jejíhož rozřešení vznikají základy ctnosti důvěry. Přibližně od věku dvou let se dítě vypořádává s rozporem studu či pochybností a autonomie, z vyřešení by měla vzejít ctnost vůle. V předškolním období, které Erikson pojímá jako období hry, se dítě musí vypořádat s rozporem viny a iniciativy. Pokud zdárně vyřešíme tento konflikt, odnášíme si ctnost cíle. Konfliktem školního období je rozpor mezi zručností a méněcenností a je spojováno se ctností schopnosti. Z vyřešení konfliktu zmatení identity proti identitě typického pro adolescenci vycházíme se ctností věrnosti. V období mladé dospělosti se člověk vypořádává s konfliktem izolace a intimity a ctností je láska. Ze zápasu generativity a stagnace v dospělosti vyrůstá ctnost péče. Původně posledním stádiem bylo stáří

s konfliktem integrity a zoufalství a ctností moudrosti. V přepracovaném pojetí je však toto poslední stádium dále rozlišováno (Erikson, 2015).

S psychosociálním vývojem je úzce spjat také **vývoj emoční**. V prvních fázích vývoje je dítě silně závislé na matce či jiné pečující osobě. Mezi prvním a třetím rokem začíná diferencovat vztahy k jednotlivým blízkým osobám. Při narození druhého dítěte se může u dětí projevit žárlivost. Toto období bývá také označováno jako období vzdoru či negativismu. Pro emoční vývoj je velmi důležité sebepojetí, jehož základy jsou tvořeny již ve věku dvou let a postupný vývoj seberegulace. Od 4 let můžeme u dítěte pozorovat postupnou schopnost porozumět nejenom vlastním emocím, ale také pocitům ostatních. „Pro emoční vývoj dítěte je zvlášť důležitá schopnost emočního vyladění rodičů s dítětem, která je základem empatie a také pomáhá dítěti porozumět tomu, co je a co není sdělitelnou emoční zkušeností.“ (Langmeier & Krejčířová, 2006, s. 96-97) O významu interakce rodičů či hlavních pečovatелů s dítětem pro emoční vývoj hovoří také Greenspan a Greenspanová (2007), kteří poukazují na její klinický dopad. Pokud pečující osoba afekt dítěte zintenzivní namísto uklidnění, můžeme pozorovat tendenci k úzkosti a strachu. K depresivním sklonům naopak vede přílišné rozladění, zamrazení nebo zpomalení.

Dítě se postupně učí také tlumit a oddalovat okamžitou emoční odezvu a reagovat po vyhodnocení situace (Langmeier & Krejčířová, 2006). Schopnost dítěte však vztahujeme k věku přiměřeným zkušenostem. Déle například trvá, než dítě dokáže reflektovat více důvodů, pocitů či nepřímých vlivů u intenzivních emocí (Greenspan & Greenspan, 2007).

Emoční zralost je také jedním z předpokladů pro vstup dítěte do školy, kdy se jí rozumí přiměřená kontrola citů a impulzů. V mladším školním věku dále pokračuje vývoj sociálního emočního porozumění. Již v tomto věku se dítě naučí, že lze své pocity skrývat. Nevědomé aspekty osobnosti, tedy skutečnost, že nejsme schopni zcela znát ani sami sebe, si však uvědomí teprve v období dospívání. Emoční vývoj je však v každé vývojové etapě závislý na individuální sociální zkušenosti jedince (Langmeier & Krejčířová, 2006).

1.1.1 Úzkost u dětí z vývojového hlediska

Pro každé vývojové stádium lze identifikovat specifické náročné situace, obavy a strachy. Pocity úzkosti a strachu jsou známé každému z nás, doprovázejí člověka po celý život a primárně mají signalizující a obrannou funkci. Pokud má dítě harmonické zázemí, může být zátěž faktorem posilujícím. Patologická úzkost naopak fungování dítěte narušuje a brzdí jeho vývoj (Krejčířová, 2006; Vymětal, 2004).

U novorozenců a kojenců lze pozorovat úlekovou reakci. Dle Vymětala (2004) nelze v prvních měsících života mluvit o úzkosti či strachu. Dle Krejčířové (2006) nelze v tomto období odlišit tyto emoce od pocitů bolesti či celkové nepohody. Úzkost je v prvním roce celková a nediferencovaná (Greenspan & Greenspan, 2007). Mezníkem je však označována druhá polovina prvního roku dítěte, kdy lze pozorovat známky anticipační úzkosti.

Pro věk kojenecký a batolecí je specifická separační úzkost, strach ze ztráty pečující osoby a strach z cizích lidí (Greenspan & Greenspan, 2007; Krejčířová, 2006). Ve třech letech dítěte již může být úzkost spojena také se ztrátou přijetí a souhlasu. Úzkost může v tomto období působit dezorganizačně, je však postupně lépe tolerována (Greenspan & Greenspan, 2007). Do tří let se u dětí setkáváme především se strachy reálnými, vycházejícími z vlastní zkušenosti dítěte (Vymětal, 2004).

V předškolním období se u dětí setkáváme s magickým myšlením, bohatou fantazií. Pro tento věk jsou specifické především přechodné strachy a fobie, jejichž obsahem je často hmyz, zvířata, únos, okradení, tělesné poškození či zranění rodičů. (Greenspan & Greenspan, 2007; Krejčířová, 2006). Přestože tyto strachy jsou pouze přechodné, mohou být základem některých celoživotních strachů. Pokud nabude tato úzkost vyšší intenzity, je třeba terapeutické intervence, aby nenarušila další vývoj dítěte (Krejčířová, 2006). V tomto věku se již můžeme u dětí setkat s pocitem viny, který přes svůj výchovný a socializační charakter může v neadekvátní míře taktéž narušit vývoj dítěte (Vymětal, 2004). Greenspan a Greenspan (2007) hovoří o objevujícím se pocitu viny v období 5. a 6. roku dítěte, pro které specifikují úzkost z tělesného zranění, ztráty uznání, lásky a utvářející se sebeúcty. Projevem nadměrné úzkosti v tomto období mohou být také poruchy jídla, spánku či tzv. „neurotické návyky“ (Krejčířová, 2006).

Pro osmý a sedmý rok věku dítěte jsou typické strategie vyrovnání se s úzkostí, kdy ji dítě přesouvá do fantazie, odreagovává skrze symboly a hry, jež mohou mít ritualizovanou podobu (Greenspan & Greenspan, 2007; Vymětal, 2004). Greenspan a Greenspan (2007) upozorňují na signalizační funkci úzkosti. Za dominantní považují pro toto období strach z ponížení, hanby, ztráty úcty a souhlasu. V období školní docházky se u dětí setkáváme se separační úzkostnou poruchou, sociální úzkostnou poruchou, školní fobií a obsedantně-kompulzivní poruchou (Vymětal, 2004).

Období zvýšené úzkostnosti lze u dětí pozorovat ve věku od 8 do 10 let. Krejčířová (2006) toto období spojuje s pochopením pojmu smrti a uvědoměním si její univerzality a nezvratnosti. Dle Greenspana a Greenspanové (2007) je pro toto období typický strach ze ztráty sebeúcty, ponížení a zahanbení a sílící pocit viny.

Každé z těchto období s výzvami, které předkládá, je důležité pro vývoj dítěte. Zátěžové situace a úzkost specifickou pro dané období lze považovat za vývojový úkol, jež musíme splnit. Pro zdárné překonání těchto situací a úkolů je důležité harmonické prostředí dítěte. Pokud je však úzkost nadměrná, či je podezření na rozvoj patologie, je vhodná terapeutická intervence (Krejčířová, 2006; Vymětal, 2004).

1.2 Vymezení OCD se zaměřením na specifika u dětí

Obsedantně-kompulzivní porucha se dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (1992) řadí pod neurotické poruchy. Hlavním projevem těchto onemocnění je úzkost. Úzkost zažívá většina z nás téměř každý den. Jedná se o běžnou emoci, jíž reagujeme na nějaké objektivní či subjektivně pociťované ohrožení a má pro nás tedy ochrannou funkci. Kromě běžné emoce však může být úzkost také projevem duševní poruchy (Szymanská, 2015). Pro odlišení nás zajímá její intenzita, frekvence, vliv na fungování v běžném životě, případně trvání nepřiměřené situaci, která úzkost vyvolala (Praško et al., 2019). Patologická úzkost ztrácí pro člověka ochrannou funkci a je zdrojem subjektivně prožívané nepohody (Szymanská, 2015). Praško et al. (2019) považují užívání pojmu „pocit nepohody“ za vhodnější, neboť kromě úzkosti zahrnuje také pocity celkového znepokojení, napětí, hnusu či viny, jež někteří pacienti s OCD popisují.

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) jsou hlavními rysy obsedantně-nutkové poruchy (F 42) vtíravé myšlenky a nutkové činy. Vtíravými myšlenkami jsou nápady, představy a 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 odporové. Nutkové 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-10, 1992). U dětí může být úzkostný obsah zabarven specifickými strachy pro dané vývojové období. Je třeba brát také v úvahu, že ritualizované a kompulzivní projevy (například v rámci hry) jsou pro některá vývojová období typická a nelze je tak považovat za patologii (Kocourková, 2006).

Dle MKN 10 (1992) hovoříme o obsedantně kompulzivní poruše jako o poruše s náhledem. Část pacientů s OCD však má nedostatečný náhled či zcela chybějící, nejsou si vědomi zdravotního problému. Pozdní vyhledání péče je pak způsobeno spíše nedostatečným náhledem, než obavou ze stigmatizace (Chromý, 2010). 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch již kritérium náhledu zohledňuje. Rozlišujeme pak obsedantně kompulzivní poruchu s dobrým nebo nedostatečným náhledem, slabým náhledem či scházejícím náhledem/bludným přesvědčením (Raboch et al., 2015). Na rozdíl od dospělých se u dětí nevyžaduje, aby měly vhled do svých obsesí a kompulzí. Jinými slovy, od dětí se neočekává, že rozpoznají, že jejich obsese a kompulze jsou nepřiměřené a způsobené duševní poruchou (Söchting & March, 2002).

„Děti s obsedantně-kompulzivní symptomatikou jsou charakterizovány jako nejisté, úzkostné, perfekcionistické, bez humoru, pseudodospělé. Bývají nadprůměrně inteligentní, projevují rigidní morální normy a s tím související pocity viny a zdá se, že mají bohaté vnitřní fantazijní prožívání.“ (Kocourková, 2006, s. 231-232)

Prevalence onemocnění se v populaci udává kolem 3 %. U dětí se však udává spíše kolem 1-2 % a u adolescentů dokonce vyšší, a to až 4 %. Výskyt je mírně častější u žen než u mužů, a to v poměru 60:40 (Malá, 2000). U dětské formy je však onemocnění častější u chlapců (Theiner, 2014). Obsedantně-kompulzivní porucha nejčastěji propukne v období mezi 20–26 lety, dva vrcholy objevení se příznaků jsou však udávány mezi 12–14 lety

a 20– 22 lety. K vyšetření se však lidé dostávají až po 7–16 letech od objevení příznaků (Malá, 2000). Ve výjimečných případech bylo popsáno OCD u dětí ve věku 2 let. Symptomy obsedantně-kompulzivní poruchy se objevují dříve u chlapců než u dívek. „Tak raný začátek onemocnění může být určitým „podtypem“ OCD, případně může mít bližší vztah k Tourettovu syndromu.“ (Paclt et al., 1998, s. 181). Dětská forma obsedantně-kompulzivní poruchy typicky nastupuje mezi 7-11 rokem (Theiner, 2014). Projevy se však mohou zmírnit a přecházet do podoby egosyntonních (Kocourková, 2006).

1.2.1 Obsese a kompulze

Vtíravé, nechtěné, neodbytné a opakující se myšlenky nazýváme obsesemi. Obsese jsou mimovolní, vtírají se do vědomí automaticky. Pacient se cítí těmito myšlenkami ovládan, snaží se jim bránit, zbavit se jich nebo je nevnímat. Nechtěné, vtíravé myšlenky vyvolávají u pacienta silné napětí, úzkost, pociťuje výraznou nepohodu. Pacient nechápe smysl, význam těchto myšlenek, které jsou nechtěné, přesto je nedokáže potlačit. K nejčastějším obsesím patří dle Praška et al. (2008) obsese kontrolovací, obsese vyžadující pořádek a symetrii či týkající se nákazy, špíny a škodlivin (podrobněji viz Tabulka 1). Obsese se však mohou projevit také v podobě extrémní nerozhodnosti, kdy mluvíme o tzv. obsedantní zpomalenosti (Theiner, 2014).

Vzhledem k velmi nepříjemným pocitům má pacient nutkání k určitému jednání, které by tento pocit nepohody potlačilo. Jednání, které je reakcí na obsese, nazýváme kompulze. Kompulze je opakovanou aktivitou, která snižuje napětí vyvolané nutkavými myšlenkami. Nemusí se však jednat pouze o činnost, ale také myšlení či chování. Pacient si uvědomuje, že kompulzivní chování není užitečné, že je nesmyslné a nepřiměřené situaci. Krátkodobě však vede kompulze ke snížení napětí vyvolaného obsesí (Praško et al., 2014).

Tabulka 1: Nejčastější obsese a kompulze (Praško et al., 2008)

OBSESE	KOMPULZE
Kontaminace	Umývání, čištění, ujišťování
Katastrofy, zavinění	Kontrolování, modlení se, ujišťování se
Exaktnost, preciznost, symetrie	Opakování činností, upravování, vyrovnávání
Religiózní	Počítání, modlení se, zpovídání se
S agresivním či sexuálním obsahem	Zařikávání se, modlení se
Somatické	Kontrola těla dotekem, kontrola moči, stolice, teploty
Zabývání se dobrem a zlem	Filosofování, pro a proti
Strach z nevědomosti	Doptávání se, ujišťování, sbírání informací, nakupování knížek, telefonování na informace, do televize apod.
Obavy ze ztráty či vyhození důležité informace	Hromadění/sbírání
Smíšené	Smíšené

Kompulze mohou být skryté (tzv. mentální kompulze), mohou mít však podobu aktivních činů či potřeby ujištění od druhých. U pacientů se můžeme setkat také s detailně propracovanými rituály, kdy musí být činnost (ale také mentální kompulze) provedena v přesném sledu kroků. Pokud se v jakémkoli kroku rituál naruší, musí pacient začít znovu (Praško et al., 2014). U dětí se můžeme setkat s kompulzemi bez přítomnosti obsesí, případně se somatizací (např.: „Musím na čáru šlápnout oběma nohama, aby mě nebolelo břicho.“) (Paclt et al., 1998). Především pokud se setkáváme s obsedantně-kompulzivní symptomatikou u dětí mladších šesti let, jedná se často právě především o kompulzivní jednání bez obsedantních myšlenek (Kocourková, 2006).

Obsese mohou být vyvolány celou řadou spouštěčů v různých situacích. Pacient má proto tendenci se těmito situacím vyhýbat. Úzkost tak sice krátkodobě poklesne, dlouhodobě však vede toto vyhýbavé chování k udržování problémů (Praško et al., 2008). Přestože není vyhýbavé chování uvedeno v diagnostických kritériích, jedná se o významnou část obsedantně-kompulzivní poruchy (Theiner, 2014).

Frekvence obsesí a kompulzí narůstá a jejich neustálý sled je pro pacienta značně vysilující. Obsedantně-kompulzivní porucha je tak pro pacienta omezující, zaplňuje z velké části jeho psychický život, omezena často bývá také sociální oblast. Obsese a kompulze zdržují člověka od každodenních aktivit a vyčerpávají jej jak psychicky, tak fyzicky (Szymanská, 2015).

1.2.2 Komorbidita a diferenciální diagnóza

„Obsedantně kompulzivní porucha se jako komorbidní porucha vyskytuje u 30 % depresivních poruch, u 12 % mánií a dystymií, u 35 % alkoholových a 25 % drogových závislostí, u 12 % schizofrenií a u 40 % fobicko-úzkostných poruch.“ (Malá, 2000, s 233). OCD se v nadpoloviční většině vyskytuje také u Tourettova syndromu (Malá, 2000). Paclt et al. (1998) udává také komorbidní výskyt u poruch chování, ADHD a poruch příjmu potravy. Zvýšení výskyt obsedantně-kompulzivní poruchy u anorexie se však nepotvrdil (Malá, 2000). Až u 50 % dětí se vyskytuje obsedantně-kompulzivní porucha současně s tiky, úzkostnými poruchami a ADHD (Theiner, 2014).

V rámci MKN-10 (1992) nalezneme pojmy obsese a kompulze také u anankastické poruchy osobnosti, u níž mohou být přítomny vtíravé myšlenky. Jejich vážnost však nedosahuje obsedantně-kompulzivní poruchy. Přestože se můžeme setkat s označením obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti, je třeba si uvědomit, že OCD je poruchou úzkostnou a spadá tak do odlišné diagnostické kategorie, než anankastická porucha osobnosti.

Dle Malé (2000) není v případě plného vyjádření obsedantně-kompulzivní poruchy její diagnóza složitá. V případě komorbidních onemocnění je pak potřeba zohlednit, zda se jedná o dvě poruchy, či pouze o obsedantní syndrom, který je součástí jediné poruchy. Taktéž Paclt et al. (1998) uvádějí, že přestože se setkáváme s mnoha komorbiditami obsedantně-kompulzivní poruchy, je její diagnóza v praxi snadná. Uvádí praktické poznámky k stanovení diagnózy a odlišení od komorbidních onemocnění.

V rámci stanovení diagnózy se potýkáme také s vývojovou úrovní dítěte a projevy typickými pro daný věk. Kromě zvažování diferenciálních diagnóz je třeba porovnat projevy s normou pro danou věkovou kategorii. Pro určité vývojové období je například typické magické myšlení, běžné dětské rituály.

Garcia a Freeman (2009) uvádějí kritéria, která by měla pomoci při rozhodování, zda se jedná o symptom obsedantně-kompulzivní poruchy či běžný projev vývojové fáze:

1. výskyt OCD v rodině
2. jak dlouho se projev vyskytuje? – pokud se jedná o dobu kratší než 3 měsíce, je vhodné vyčkat dalšího vývoje
3. co se děje, když dítě nemůže rituál vykonat?
4. co se děje, když proběhne část rituálu jinak či v jiném pořadí?
5. jak se toto chování v průběhu času mění? – zabírá více času apod.

1.3 Etiopatogenetické faktory

Obsedantně-kompulzivní porucha je multifaktoriálním onemocněním s mnoha etiologickými faktory. „Podle rodinných studií až 35 % příbuzných prvního stupně trpí rovněž OCD. Pro významný genetický přenos však svědčí významně vyšší konkordance u monozygotních dvojčat než u dizygotních.“ (Praško et al., 2008, s. 33). U příbuzných pacientů s OCD je čtyřikrát vyšší pravděpodobnost rozvoje tohoto onemocnění, než u běžné populace (Bloch & Pittinger, 2010). Faktory jsou dále rozděleny dle oblasti – biologické teorie a psychologické teorie. Závěrem představíme také biopsychosociální přístup.

1.3.1 Biologické teorie

Obsedantně-kompulzivní porucha má dědičnou složku. Biologická příčina vzniku obsedantně-kompulzivní poruchy je vysoce pravděpodobná. Na vzniku se však nepodílí pouze jediný faktor, tudíž se i dnešní výzkumy zabývají různými oblastmi (Theiner, 2014). U pacientů s OCD lze pozorovat bilaterální redukci objemu amygdaly a orbitální frontální oblasti (Szymanská, 2015). V rámci patofyziologie se nejčastěji u OCD setkáváme s dysfunkcí orbitofrontální kůry, přední cingulární kůry, okruhu prefrontální kůra – bazální ganglia – thalamus – kůra, specificky v nukleus caudatus. Nadměrná aktivita, která je u OCD opakovaně sledována v orbitofrontální kůře, přední cingulární kůře a ncl. Caudatus, po úspěšné léčbě klesá (Szymanská, 2015; Theiner, 2014).

Abychom dostatečně porozuměli obsedantně-kompulzivní poruše, je třeba identifikovat genetické faktory specifické pro dané onemocnění. Není však pravděpodobné, že bychom našli jediný gen, který by byl za dané onemocnění zodpovědný. Dosud nebyly identifikovány v genomu lokality, které by přímo souvisely s OCD (Praško et al., 2019). Výzkumy se nejčastěji věnují genům souvisejícím s neurotransmitery, předpokládá se porucha serotoninergní a dopaminergní transmise (Szymanská, 2015; Theiner, 2014). „Nízká hladina serotoninu je silným prediktorem těžké poruchy. Čím je hladina nižší, tím je porucha větší, bez rozdílu věku a pohlaví.“ (Malá, 2000, s. 229). S dopaminergní hyperaktivitou se setkáváme především u obsedantně-kompulzivní poruchy s přítomností komorbidní tikové poruchy (Malá, 2000).

Taylor (2015) vychází ze studií, které OCD spojují s polymorfismy souvisejícími se serotoninem a u mužů s polymorfismy zapojenými do katecholaminové modulace a v rámci výzkumu se snažil zjistit, zda jsou tyto faktory specifické pro obsedantně-kompulzivní poruchu. Na základě metaanalýzy zjistil, že některé z polymorfismů se nevyskytovaly téměř u žádné jiné psychopatologie. Lze tedy předpokládat, že se jedná o genetické faktory specifické pro obsedantně-kompulzivní poruchu.

Opakované studie věnující se roli serotoninergní a dopaminergní transmise však selhávají (Bloch & Pittinger, 2010). Dle studie Rajendrama et al. (2017) lze předpokládat, že k etiologii OCD přispívá také dysfunkční neurotransmise glutamátu v klíčových oblastech mozku. Jediná dosud potvrzená genetická asociace byla s transportním genem glutamátu (SLC1A1) (Bloch & Pittinger, 2010).

Jedna z teorií předpokládá souvislost s imunitním systémem (Theiner, 2014). Dle výzkumu je vysoce pravděpodobné, že s etiopatogenezí obsedantně-kompulzivní poruchy s raným počátkem onemocnění souvisí zvýšená vrozená protizánětlivá imunitní odpověď (Rodriguez et al., 2017). Obdobnému problému se věnovala také studie Ekinci a Ekinci (2017). U pacientů byla sledována hladina CRP¹ v souvislosti s výskytem OCD v rodinné anamnéze, věkem, kdy onemocnění propuklo a výsledkem Y-BOCS². Pacienti s vyššími hladinami CRP měli pozitivní anamnézu OCD v rodině a časnější propuknutí nemoci. Výsledky studie tak naznačují souvislost mezi zánětlivou reakcí a některými klinickými rysy obsedantně-kompulzivní poruchy.

¹ C-reaktivní protein CRP – hladina narůstá v případě zánětlivé reakce

² Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – škála obsesí a kompulzí

U některých dětí s autoimunitní neuropsychiatrickou poruchou spojenou se streptokokovou infekcí (PANDAS), se objevily příznaky obdobné obsedantně-kompulzivní poruše. Nejedná se však nejspíš o velký počet dětí, které by spadaly do tohoto subtypu obsedantně-kompulzivní poruchy s raným začátkem (Malá, 2000; Theiner, 2014).

Vzhledem k dědičné složce OCD byly zkoumány neurokognitivní markery onemocnění. U dospělých pacientů s OCD se ve výzkumech prokázala souvislost mezi zvýšeným deficitem exekutivních funkcí a závažností obsedantně-kompulzivní poruchy. Zároveň bývá porucha exekutivních funkcí spojována s horší odpovědí na psychotherapeutickou i farmakologickou léčbu, a to i u dětí (McNamar et al., 2014).

V oblasti exekutivních funkcí vyžadují pacienti s OCD více času na plánování. V rámci testování ve virtuální realitě měli pacienti tendenci přistupovat k plnění úloh s větší pečlivostí, sebekontrolou a důrazem na dodržování pravidel (La Paglia et al., 2012). U dětských pacientů s OCD jsou zkoumány neurokognitivní markery v rámci rodiny (sourozenci a rodiče). Abramovitch et al. (2021) identifikoval jako neurokognitivní endofenotyp OCD nedostatky ve specifických subdoménách kognitivní flexibility a inhibiční kontroly. U jiných funkcí nebyl v rámci tohoto výzkumu zjištěn významný rodinný vliv. Negreiros et al. (2020) však identifikoval výkonnostní rozdíly pouze v rámci plánování, jež považuje za predisponující marker dětské OCD. Plánování a kognitivní flexibilitu, jako nejvýraznější oblasti, ve kterých v rámci exekutivních funkcí dětští a dospívající pacienti s OCD selhávají, identifikoval taktéž López-Hernández et al. (2022) v rámci metaanalytické studie.

Neurokognitivní profil pacientů s OCD byl zkoumán taktéž v souvislosti s náhledem na onemocnění, u kterého se předpokládá vliv na odpověď na léčbu. Významné rozdíly ve výsledcích testů exekutivních funkcí u pacientů s dobrým a špatným náhledem, poukazují na roli exekutivních funkcí v rámci náhledu, a tudíž potřebě jejich výzkumu a léčby (Manarte et al., 2021).

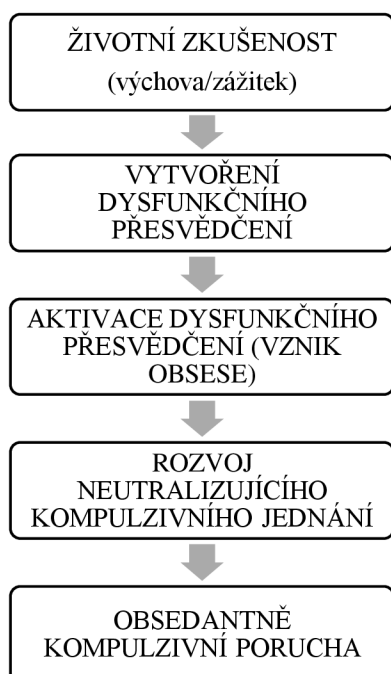
1.3.2 Psychologické teorie

Nejstarším výkladem obsedantně-kompulzivní poruchy je výklad psychoanalytický. Dle psychoanalytiků se jedná o příznak hlubšího konfliktu v nevědomí. Potlačené vzpomínky, přání a konflikty se později projevují jako neurotické příznaky, v tomto případě obsese a kompulze. Psychoanalytická teorie spojuje obsedantně-kompulzivní poruchu s análně-sadistickým stádiem (Praško et al., 2007). Obsese a kompulze jsou v rámci tohoto pojetí považovány za obranné reakce, které potlačují opravdové skryté úzkosti (Szymanská, 2015).

Behaviorální model obsedantně-kompulzivní poruchy představili Rachman a Hodgson (1980). Behaviorální teorie předpokládá, že obsese a kompulze mají funkční význam a představují určitý navyklý způsob snižování úzkosti. Jedná se tedy o naučené maladaptivní reakce. Behavioristé se věnují vyhýbavému chování a jeho vlivu na udržování onemocnění (Rachman & Hodgson, 1980). Teorie učení pak předpokládá, že se jedná buďto o získané či naučené reakce, kdy jedinec úzkostně reaguje na neškodné podněty. Pokud však určité chování úzkost odstraní, je toto chování zpevněno (Praško et al., 2008). Obsese je v rámci teorie učení považována za podmíněný reflex. Kompulze se pak pacient naučí používat, aby předešel nepříjemným pocitům, neboť mu krátkodobě snižují úzkost (Praško et al., 2007).

Kognitivní teorie předpokládá, že „člověk má ve svém vědomí prvky, narušující jeho myšlení a způsobující mu emoční potíže“ (Beck, 2005, s. 12). Záleží tedy spíše na tom, jak o naší situaci přemýšlíme než na situaci samé. Jinými slovy nezáleží na tom, že máme automatické myšlenky, ale jak je hodnotíme (Szymanská, 2015). Jedinec se při hodnocení

Obrázek 1: Kognitivně-behaviorální model OCD (Praško et al., 2007)



dopouští omylů, které pramení z dysfunkčních kognitivních schémat. Mezi nejčastější kognitivní omyly patří nepodložené závěry, zkreslený výběr faktů, nadměrná generalizace, přehánění a bagatelizace, vztahovačnost, černobílé myšlení, čtení myšlenek, negativní věštby, diskvalifikace pozitivního, argumentace emocemi a značkování (Praško et al., 2007).

V praxi je dnes nejčastěji využíván kognitivně-behaviorální model obsedantně-kompulzivní poruchy, který vznikl spojením dvou naposledy jmenovaných teorií (kognitivní a behaviorální).

Kognitivně-behaviorální model (viz Obrázek 1), který představuje Praško et al. (2007) předpokládá, že obsedantně-kompulzivní porucha vychází z životní zkušenosti jedince, který si z výchovy či životní situace

odnáší například zážitky, že pokud něco zanedbá nebo poruší pravidla, stane se katastrofa. Na základě tohoto si vytvoří dysfunkční přesvědčení. Toto dysfunkční schéma se poté v rámci určité kritické události aktivuje (např. selhání v práci, odmítnutí ve vztahu). Do té

doby neutrální myšlenky začínají u pacienta vyvolávat silnou úzkost a vzniká obsese. Aby pacient redukoval úzkost, snaží se tyto nutkavé myšlenky neutralizovat a rozvíjí se „neutralizující“ kompulzivní jednání.

V rámci KB modelu pak u obsedantně-kompulzivní pozorujeme příznaky na úrovni behaviorální (vyhýbavé chování, rituály, ujišťování se), kognitivní (obsese, kognitivní rituály, ruminace), emocí (deprese, úzkost, tíseň, zlost) a fyziologické (aktivace vegetativního nervstva, změny tělesných funkcí aj.) (Praško et al., 2007).

1.3.3 Biopsychosociální teorie

Ponešický (2004), který integruje pojetí psychoanalytické, daseinsanalytické, humanistické a behaviorální s důrazem na celostní přístup, hovoří o nutkavé (obsedantní) neuróze. Pacient s nutkavou neurózou má umocněnou jáskou strukturu včetně obranných mechanismů. Nutkavý neurotik má sníženo pudové a emoční uspokojení. Jako nutkavé tendence se někdy projeví obrana proti zakázaným impulzům. „Například nutkavé mytí rukou, jakoby se tím mohly smýt špinavé myšlenky, či nutkavá pořádkumilovnost proti impulzům směřujícím k asociálnosti či chaosu.“ (Ponešický, 2004, s. 51). Myšlenky mohou mít i podobu trestu za zakázaná přání.

Greenspan a Greenspanová (2007) představují vývoj dítěte pohledem biopsychosociálního přístupu. V rámci diagnostiky na základě vývojového přístupu nalezneme symptomy obsedantně-kompulzivní poruchy v kategorii věku adekvátního fungování, ale s opouzdřenou poruchou. V rámci neurotické symptomové formace odpovídá obsedantně-kompulzivním vzorcům (dle DSM-IV) omezení a alternace v prožívání afektů a citů (obsedantní izolace – depresivní obracení emocí proti sobě. Mírné obsedantně-kompulzivní poruchy osobnosti (dle DSM-IV) odpovídají v rámci diagnostiky vycházející z vývojového přístupu věku přiměřené úrovni fungování, ale s neurotickou opouzdřenou charakterovou formací, a to opouzdřenému omezení v prožívání citů a myšlenek ve velkých oblastech (láska, práce, hra).

Kenyonová a Warren (2015) se v rámci studie věnovali věku pacienta v souvislosti s etiologií obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí. Vycházeli ze studií, které postulovaly závěry o souvislosti nízkého věku, kdy onemocnění propuklo se závažnějšími příznaky. Výsledky nepotvrdily souvislost věku či pohlaví dítěte se závažností příznaků. Objevili však souvislost fungování rodiny a závažnosti příznaků OCD.

1.3.4 Vzájemný vliv rodiny a OCD u dětí

Rodinné prostředí sehrává významnou roli u mnoha onemocnění, kdy je zároveň ovlivňováno onemocněním některého z členů. U dětských pacientů je tento vliv o to podstatnější, především hovoříme-li o primární pečující osobě. Nejinak je tomu u dětských pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou. Psychická porucha může mít přímý dopad na fungování rodiny a naopak dysfunkce rodiny je nepřímým faktorem vedoucím k recidivě. (Koujalgi et al., 2015). U rodin se členem trpícím OCD lze pozorovat narušení ve více doménách rodinné dynamiky (Koujalgi et al., 2015).

Nejistá vztahová vazba se může stát rizikovým faktorem pro rozvoj OCD v dětství (Myhr et al., 2004; Sunderland & Armstrong, 2020). Snaha o kontrolu okolního dění, které je na základě nejisté vztahové vazby vnímáno jako nebezpečné a snaha o stabilizaci může vést k rozvoji perfekcionismu a nutkavého chování. Na výsledky výzkumu zkoumajícího vztah OCD a attachmentu však může mít vliv častá komorbidita s depresí (Hodný et al., 2020).

Častým fenoménem, se kterým se setkáváme u pečujících osob OCD pacientů je tzv. rodinná akomodace. Jedná se o reakce rodiny, které se specificky vztahují k obsedantně-kompulzivním symptomům, jako například: přímá účast na kompulzi, pomoc příbuznému s obsedantně-kompulzivní poruchou při provádění rituálu nebo pomoc při vyhýbání se spouštěčům (Albert et al., 2017). Rodinná akomodace se častěji vyskytuje u pacientů se závažnějšími symptomy OCD (Storch et al., 2007, Wu et al., 2019). Pro optimální výsledek léčby je proto důležité, aby především v pozdějších fázích terapie docházelo ke snižování rodinné akomodace (O'Connor et al., 2021).

U rodin se členem trpícím OCD lze pozorovat narušení ve více doménách rodinné dynamiky (Koujalgi et al., 2015). Fungování rodiny je zatíženo samotnou péčí o člena trpícího OCD, rodiče mohou být zapojeni do rituálů, snaží se dítě ochraňovat a přebírat na sebe odpovědnost za povinnosti kladené na dítě. Navíc se děti a jejich rodiny setkávají se stigmatizací (Ocisková et al., 2014). Vědomí zvýšené zátěže a případné horší kvality života příbuzných pacienta s OCD je důležité pro identifikaci rizikových rodin (Wu et al., 2018). Pozornost je poté potřebné věnovat copingovým strategiím pečujících osob (Stengler-Wenzke et al., 2004).

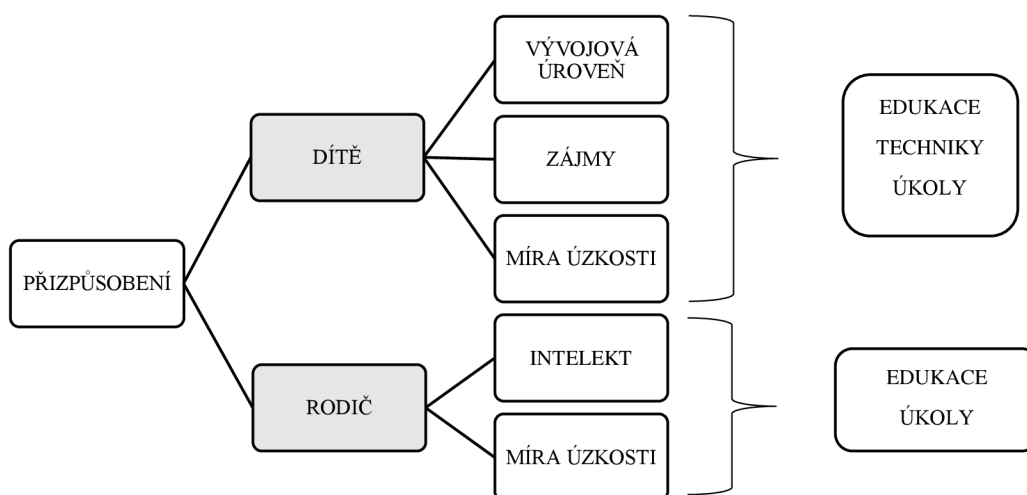
U dětské OCD hraje rodina důležitou roli při rozvoji a udržování onemocnění. V tomto vztahu jsou významné jak genetické, tak behaviorální faktory, jako je rodičovský model a přizpůsobení rodiny. Rodičovské modelování se týká každodenního uplatňování dysfunkčních vzorců chování rodičem s OCD, které mohou ovlivňovat děti. Rodinná akomodace naproti tomu popisuje přímou účast rodičů na kompulzivních rituálech jejich dítěte, a to úpravou denních rutin nebo usnadněním vyhýbání se spouštěčům OCD, aby se snížilo utrpení dítěte a čas strávený prováděním kompulzí. Přibližně 80-90 % příbuzných pacientů s OCD se aktivně podílí na pacientových rituálech. Literatura dokládá, že vysoká míra přizpůsobení rodiny souvisí se závažností symptomů OCD, sníženou odpovědí na kognitivně-behaviorální léčbu a vyšším rizikem ukončení léčby (Demaria et al., 2021).

2 SPECIFIKA PSYCHOTERAPIE DĚTÍ

V následujících částech práce budeme užívat pojmy „psychoterapie“ a „psychoterapeut“. Již několik let jsou tyto pojmy předmětem diskuzí. Přestože Česká asociace pro psychoterapii (2022) iniciuje návrh zákona o psychologických a psychoterapeutických službách, není psychoterapie zcela právně ukotvena. Telec (2017, str. 3) však upozorňuje, že „*pojem psychoterapeut je právně použit v kap. 4 bod 42.2 příl. vyhl. č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Děje se tak ve spojení s vykazováním zdravotních výkonů psychoterapeutických, což mohou činit pouze „psychoterapeuti se specializací v systematické psychoterapii (lékaři včetně psychiatrů a kliničtí psychologové).*“

Tato kapitola je věnována specifickým okolnostem psychoterapie dětí. V rámci výzkumu (Rybková, 2019), jehož se zúčastnili psychoterapeuti pracující s dětmi s OCD, bylo hovořeno o faktorech, které je nutné v rámci terapie zohlednit. Schéma přizpůsobení KBT u OCD (viz obr. 2) mapuje faktory, které mají vliv na efekt edukace i psychoterapeutických technik na straně dítěte i rodiče.

Obrázek 2: Schéma přizpůsobení KBT OCD (Rybková, 2019 – upraveno autorem)



Psychoterapie dětí v nás evokuje představu tvůrčí práce využívající různých her. Tvořivost, využití uměleckých schopností, herních prvků či pohybových cvičení je opravdu důležitou součástí terapie dětí. Avšak pokud se terapeut neopírá o pevný základ vědomostí z oblasti psychopatologie, vývojové psychologie a evidence based přístupu, užitím zajímavých technik problém dítěte nevyřeší. Považujeme proto za důležité zdůraznit vnímání problematiky v kontextu všech kapitol.

2.1 Obecné zásady dětské psychoterapie

Dětský pacient je pro psychoterapeuta výzvou i příležitostí. Na rozdíl od dospělých klientů se děti nacházejí ve zcela jiné vývojové fázi než terapeut. Mají odlišné priority, odlišný přístup k problémům a životu celkově (Brems, 2018). S každým novým zvládnutým vývojovým úkolem je třeba zvážit přístup k dítěti, abychom s ním udrželi reálný a respektující vztah (Balcar, 2010; Brems 2018). V rámci vývoje je potřeba zohlednit psychologické, biologické i sociální vlivy, společně s individuálními charakteristikami. To nás vede k biopsychosociálnímu přístupu k dětské psychoterapii. Principy stanovení diagnózy a terapie na základě **vývojového bio-psycho-sociálního modelu** přináší Greenspan a Greenspanová (2007):

1. princip: možnost využít přirozené inklinace a zájmu pacienta k rozvinutí hlavních procesů vývoje v daném časovém období
2. princip: jedněte s dítětem na jeho aktuální úrovni projevů
3. princip: pracujte s pacientem v kontextu jeho individuálních odlišností ve zpracování a regulaci
4. princip: pomozte dítěti dosáhnout funkčně-emocionálního stupně vývoje, který ještě nezvládlo a pomozte mu posílit jeho vulnerabilní nebo omezenou schopnost zpracovávat podněty
5. princip: vždy podporujte soběstačnost a asertivitu dítěte
6. princip: pochopte, že systém reprezentace, včetně nevědomých symbolů, je jenom jednou z funkčně-emocionálních úrovní vývoje
7. princip: afekt a interakce je základem pro vývoj ega a inteligence.

Děti mohou působit komplikovaně. Pokud se nám však podaří pochopit jedinečný způsob jejich **komunikace**, získáme přístup do dětského světa plného zážitků a zjistíme, že jsou zároveň přímé. (Greenspan & Greenspan, 2007). Schopnost komunikovat na úrovni

dítěte je tak pro psychoterapii klíčová. Nemusí se však jednat o jazykové schopnosti, dětem je často přirozenější vyjadřování neverbální (Brems, 2018). Je důležité komunikovat ve stejné úrovni očí, umět vhodně užívat gestiku, mimiku, práci s tělem, nehovořit pouze o problému a nepokládat jenom otázky. Naopak děti potřebují prostor samy otázky pokládat a ty mohou být občas nezvyklé, překvapivé (Zatloukal & Žákovský, 2019). Caby a Cabyová (2019) dokonce hovoří o umění nerozumění, kdy bychom se neměli snažit porozumět problému příliš rychle. Také Greenspan a Greenspanová (2007) předpokládají, že pokud dáme dětem prostor a budeme respektovat jejich tempo, budou se o své myšlenky a pocity dělit pomocí různých komunikačních kanálů. Úkolem terapeuta je být pozorný a na tyto kanály se naladit.

Tato specifika dětské psychoterapie kladou určité nároky na **osobnost terapeuta**. Při práci s dětmi je důležitá citlivost, sebeúcta a hrdost, ochota sebeexplorace, tolerance a otevřenost, snaha nevnucovat vlastní názory a hodnoty, uvědomění si dopadu předsudků, dodržování soukromí (Brems, 2018). Někdy je potřeba tolerovat nejednoznačnost, nesmělost, umět si zasloužit důvěru a vidět očima dítěte. (Caby & Caby, 2019). Terapeut by měl být schopen pozorovat dítě, aktivně mu naslouchat, pracovat i s odporem a přenosem. Je vhodné počítat s intenzivnějším a odlišným projevem emocí než u dospělých pacientů (Kocourková, 2000). Odborné pojmy je třeba podat tak, aby jim porozuměli rodiče i děti (Zatloukal & Žákovský, 2019).

Přestože hovoříme celkově o dětských pacientech, je třeba alespoň rámcově odlišit **věk**. Vymětal (2004) uvádí, že psychologickými prostředky lze uskutečňovat léčby již od 3 let. Ronenová (2000) však nepovažuje děti do 5 let za přímé účastníky terapie. Je třeba zhodnotit individuální kognitivní i emocionální úroveň daného dítěte (Brems, 2018). Je vhodné, aby děti ve věku mezi 4 a 7 lety byly v terapii přítomné, zaměřujeme se však především na získání spolupráce, pozitivní zážitky, pomoc v rámci vývoje. Terapie je v tomto věku spíše „zážitková“. Později je již více zastoupena individuální terapie a užití „verbálních“ technik. Složitost terapie by měla odpovídat vývojovému stádiu dítěte (blíže viz kap. 2.3) (Ronen, 2000).

Děti jsou přirozeně zvědavé. Ať už vedeme terapii individuálně, ve skupině či v rámci rodinných setkání, užitá techniky by měly dítě především zaujmout, aby se jich aktivně účastnilo (Ollier & Hobday, 2000). Je vhodné zapojit naši i jeho tvořivost a fantazii a vést terapii podnětným a věku přiměřeným způsobem (Caby & Caby, 2019). Zároveň však dětská psychoterapie vyžaduje větší míru vedení. Zohlednit musíme také pozornost, kterou dítě

udrží po kratší čas než dospělý pacient a může se rychleji unavit (Zatloukal & Žákovský, 2019).

Jednou z nejvýznamnějších odlišností dětské psychoterapie je fakt, že dítě zpravidla nepřichází do terapie samo. Je přivedeno rodičem, přichází na základě doporučení učitele či školního poradce. Taková situace je výzvou v rámci úvodního sezení a navázání vztahu a otevírá také problematiku práce s rodinou.

2.1.1 Úvodní setkání a navázání vztahu

Dítě do terapie přichází, protože jej rodiče přivedli. Zůstane však na základě toho, že jej terapie/terapeut zaujal, získal si jeho důvěru (Geldard & Geldard, 2008). Úvodní setkání tak mívá často pouze jeden, za to ale významný cíl: aby dítě přišlo do terapie i příště.

Vliv na průběh terapie může mít již prvotní dojem, který působí **zařízení ambulance**. Již v čekárně by mělo mít dítě možnost se aklimatizovat. Pokud si začne všimnout okolí a hrát si s nějakou hračkou, můžeme ji zapojit do sezení (Caby & Caby, 2019). Příjemné prostředí ocení děti všech věkových kategorií. Menší děti využijí plyšáky, stavebnice, auta či jiné hračky. Dospívající pak často sáhnou alespoň po polštáři (Ollier & Hobday, 2000). Vždy bychom však měli mít možnost hračky schovat, aby případně neodváděly pozornost, nepůsobily příliš rušivě, či pokud chceme využít již konkrétní hračky jako podnětový materiál (viz kap. 2.3). Výhodou je možnost sezení na zemi, polštářích, variabilita rozestavení křesel/židlí (Zatloukal & Žákovský, 2019). Židle a stůl, u kterých zadáváme kreslení nebo vyplňování pracovních listů, by měly být přizpůsobeny velikosti dítěte (Ollier & Hobday, 2000).

Rodiče i dítě přicházejí do terapie s určitým **očekáváním**. S pochybnostmi můžeme rodičům pomoci telefonickým kontaktem ještě před první schůzkou. Máme tak možnost objasnit a rozptýlit případné chybné předsudky, nejasnosti či nejistotu. Rodiče mohou sebe i dítě na terapii lépe připravit a cítit se klidnější. Dítě, které dosud zažilo návštěvu ambulance především v rámci preventivních prohlídek, může mít obavu z fyzické prohlídky či očkování. I na toto je třeba brát ohled a zbytečné obavy rozptýlit (Brems, 2018).

V rámci první osobní schůzky je snahou terapeuta navázat smysluplný terapeutický vztah a získat i předat informace. Dítě by mělo cítit důvěru, podporu a možnost svobodně prožívat a projevovat emoce (Brems, 2018). Důvěru dítěte si však terapeut musí často zasloužit (Caby & Caby, 2019). Terapeutický může vzniknout díky zaměřením na dítě,

ujištění, vytvoření pohodové atmosféry, projevení respektu, empatie, porozumění, případně vhodným užitím fyzického doteku (Geldard & Geldard, 2008). Využít můžeme tvůrčí činnosti, proložit sezení emočně neutrálními záležitostmi, zapojit dítě i do běžných činností (kopírování apod.) (Ollier & Hobday, 2000). Dobrý terapeutický vztah dává příležitosti k propojení světa dítěte a terapeuta. Měl by být exkluzivní, bezpečný, autentický, důvěrný, nevtíravý, cílevědomý (Geldard & Geldard, 2008).

Nedílnou součástí úvodního setkání je edukace rodičů i dítěte. Psychoedukace je snahou terapeuta zprostředkovat dítěti a rodičům vědomosti o daném onemocnění. Dítě i rodič by měli porozumět obrazu nemoci i terapeutickým opatřením. Vhodně vedená edukace podpoří proces zvládnání nemoci, přináší dítěti možnost naučit se, jak s onemocněním zacházet (Caby & Caby, 2019). Vhodné je užívat příklady, které jsou dítěti známé z běžného dosavadního života. Již v této fázi můžeme pomoci dítěti nalézt vlastní zdroje a podpořit dosavadní copingové strategie, které dokázalo v podobných situacích využít. (Zatloukal & Žákovský, 2019). Podnětný a věku přiměřený rozhovor objasňující poruchu či nemoc je významným činitelem v rámci terapie (Caby & Caby, 2019). Dostatečně informování musí být také rodiče. Opět máme možnost věnovat dostatečný prostor rozpakům či obavám z onemocnění či léčby (Brems, 2018).

Po navázání dobrého terapeutického vztahu by měly následovat zásahy poskytující bezprostřední ulehčení v těžkostech, vlastní psychoterapeutická práce, integrace dosažených terapeutických změn, odpoutání dítěte od terapeuta a jeho pomoci, jeho osamostatnění k dalšímu životu jen v běžných podmínkách jeho prostředí (Balcar, 2010). Poslední zmíněný krok je velmi důležitý. Terapeut by měl být obeznámen se sociálním prostředím, ve kterém dítě žije a terapii tomuto přizpůsobit. Věci naučené v rámci terapie bude muset dítě aplikovat do běžného života. Dítěti v důsledku pomůže až jeho vlastní řešení, které bude v souladu s kontextem a životní realitou (Brems, 2018).

V rámci každé oblasti dětské psychoterapie hovoříme také o rodičích dítěte. Vzhledem k významu hlavních pečujících osob pro terapii dítěte věnujeme problematice zapojení rodiny do terapie samostatnou kapitolu.

2.2 Zapojení rodiny do terapie

Specifickou problematikou dětské psychoterapie je spolupráce s rodiči dítěte. Již v rámci prvního sezení bychom měli narušit možnou představu, že je pouze jeden klient. Dítě je klientem identifikovaným (Brems, 2018). Pracujeme či alespoň zohledňujeme rodiče nebo jiné vychovatele, kteří bývají účastníky patologických okolností a vazeb, jimž dítě podlehlo (Balcar, 2010). Jedním z prvních kroků terapie proto je spolupráce s rodiči a společná dohoda na problémové oblasti a cíli terapie (Greenspan & Greenspan, 2007).

V předchozí kapitole jsme hovořili o významu budování vztahu s dítětem. S rodiči tomu není jinak. Je důležité rodiče respektovat, akceptovat. V rámci všech vztahů, které do terapie zasahují (terapeut-dítě, rodič-terapeut) zohledňujeme také odpor, přenos a protipřenos (Brems, 2018). Tak jako podporujeme schopnosti a soběstačnost dítěte, zdůrazňujeme také kompetence rodičů. Je vhodné dát všem aktérům co největší prostor se na terapii podílet (Zatloukal & Žákovský, 2019). Je potřebné budovat atmosféru důvěry, není však vhodné ji bezvýhradně slibovat. Již na začátku terapie je proto vhodné probrat s dítětem či dospívajícím, v jakých situacích je nutné rodiče informovat (Kocourková, 2000).

Zároveň jsou rodiče pro terapii důležitým zdrojem informací o dítěti. Jsou to právě oni, kteří nám mohou pomoci pochopit a vyjádřit pocity jejich dítěte a budou pokračovat v postupech z terapie v rámci domácího prostředí. Psychoterapeutický vztah je proto důležité postavit na základě skutečných a detailních informací (Greenspan & Greenspan, 2007). Vhodné je však počítat s určitým zkreslením či bagatelizací informací ze strany rodičů i dítěte a být schopen pozorováním či doptáváním určité objektivizace (Kocourková, 2000).

V začátcích terapie i v pozdější fázi se můžeme setkat s komplikovanějšími postupy rodičů, kteří přivádějí dítě s požadavkem na „předělání/spravení“ nebo názorem, že dítě je zcela zvláštním případem. Neobvyklý není ani obranný postoj rodičů či hledání viníka onemocnění (Matějček & Klégrová, 2011). Terapeut by se však tímto postojem neměl nechat zaskočit či odradit, naopak je vhodné pozorovat rodiče, vnímat jejich pochyby, tématům se nevyhýbat, ale naopak nechat prostor na otázky a svobodné vyjádření obav (Greenspan & Greenspan, 2007).

Rodinné dynamice v rámci sezení i mimo něj je důležité se věnovat, neboť má významný vliv na dítě, které žije téměř výhradně v daném sociální prostředí. Až 50 % rodičů se kvůli rodinné dynamice neřídí doporučením terapeuta (Greenspan & Greenspan, 2007). Pokud je navíc u některého z rodičů přítomna psychopatologie či vzájemný konflikt, jsou

intervence zaměřené na rodinu velmi významné (Wei & Kendall, 2014). V rámci běžné rodinné dynamiky nemusí mít intervence zaměřené na rodinu výraznou přidanou hodnotu (Manassis et al., 2014; Wei & Kendall, 2014), avšak vždy hrají významnou roli v rámci dlouhodobého udržení zisků z terapie a prevenci relapsu (Aydin, 2014; Manassis et al., 2014; Wei & Kendall, 2014;). Běžnými technikami terapie se zapojením rodičů jsou psychoedukace, kontingenční management, kognitivní restrukturalizace, snižování úzkosti rodičů, zlepšování vztahu mezi rodiči a dětmi a prevence relapsu (Aydin, 2014).

2.2.1 Rodinná a systemická terapie

Zatímco jsme dosud hovořili o dětské psychoterapii se zapojením či nezapojením rodičů, rodinná a systemická terapie nahlíží na problematiku čistě z pohledu rodinné dynamiky. Do středu pozornosti se místo dítěte jako jedince dostává celá rodina. Z pohledu rodinné psychologie předpokládáme, že porucha dítěte úzce souvisí se skupinovou dynamikou rodiny (Langmeier et al., 2010).

Rodinu často na terapii přivádí příznaky jednoho z jejích členů, v našem případě dítěte. Daný člen je označen za nemocného a stává se identifikovaným klientem. V rámci rodinné terapie však předpokládáme, že symptom může být buď projevem dysfunkce rodinné dynamiky či vyústěním situace, která je rodinným prostředím ovlivněna (Minuchin, 2013). Cílem terapeuta by pak nemělo být potlačení symptomu, ale náprava zdraví (Satir & Baldwin, 2012).

Systemická terapie je považována za samostatný psychoterapeutický přístup, který je další vývojovou fází rodinné terapie. Rodinu z tohoto pohledu vnímáme jako celek včetně vztahů, do kterých ona i její jednotliví členové vstupují. Projevený symptom pak může hrát roli v udržení fungování rodiny, v nastolení nové rovnováhy (Gjuričová & Kubička, 2009). Pokud je na strnulou rodinnou strukturu vyvinut tlak na změnu, může reagovat vytvořením symptomu u jednoho z členů, jež je označen za nositele problému a zachová se tak zdánlivá rovnováha systému. Symptom tak nejenom udržuje systém rodiny, ale taktéž je systémem udržován (Minuchin, 2013).

V rámci rodinné či systemické terapie se pak snažíme iniciovat změny potřebné k žádoucí přestavbě či nápravě rodinného systému (Langmeier et al., 2010). Terapeut se zaměřuje více na změnu v přítomnosti, než na minulost (Minuchin, 2013). Cílem rodinné psychoterapie dle Satirové a Baldwinové (2012) je integrace potřeby nezávislosti u každého člena rodiny s potřebou integrity celého systému, rozvoj copingových strategií a pomoci

lidem činit vlastní rozhodnutí. Problém vnímá jako výzvu a příležitost změny pro všechny členy rodiny.

Rodinné terapii bývá vytýkáno, že neposkytuje dítěti dostatečnou příležitost se intenzivně zabývat svými osobními a citovými problémy, které by mohlo na individuální terapii odhalit. Jakmile se však dítě svěří s danou informací na individuálním sezení, nemívá problém ji otevřít také před rodinou. Jako nejlepší východisko se tak jeví integrace individuálních sezení s dítětem s rodinnou terapií (Geldard & Geldard, 2008).

Specifickým případem zapojení rodičů do terapie je rodičovská diskuzní skupina či svépomocné skupiny pro rodiče pacientů s duševním onemocněním.

2.3 Metody a techniky v psychoterapii dětí

Terapeut by měl disponovat přehledem více psychoterapeutických metod a technik, které může v psychoterapii dítěte využít. Měli bychom však mít na paměti, že různé „formy stimulace, hry, úkolové činnosti, rozhovoru, zvláštních cvičení nejsou samy o sobě psychoterapií. Tou se stává až jejich zvláště zaměřené uplatnění, které vyvolává psychoterapeuticky účinné duševní děje“ (Balcar, 2010, s. 55).

Zvolený terapeutický postup by měl odpovídat symptomům, kontextu a především vývojovému stádiu dítěte. Piaget a Inhelderová (1997) rozlišují čtyři stadia kognitivního vývoje, kdy Ronenová (2000) k nim uvádí specifika v rámci psychoterapie::

- senzomotorické stádium: 0-2 roky – terapie zaměřena spíše na okolní prostředí dítěte
- preoperační stádium: 2-7 roků – „zážitková“ terapie využívající malování, umění, hudbu, tanec – nejlépe tak využijeme schopnost dítěte učit se
- stádium konkrétních operací: 7-12 let – lze již snadno uplatnit verbální terapii, pokud je založena na každodenních zážitcích dítěte
- stádium abstraktního myšlení (formálních operací): od 12 let výše – verbální terapii může dítě považovat za zajímavou výzvu, často si již přeje, aby s ním bylo jednáno jako s dospělým

Díky znalosti různých metod verbálních i neverbálních může terapeut vzbudit u dítěte zájem, zvědavost a ochotu spolupracovat (Ronen, 2000). Terapie by měla být hravá, avšak psychoterapeuticky klíčovým je prožitek, který navozuje (Balcar, 2010). Níže si

v krátkosti představíme vybrané konkrétní metody a techniky užívané v dětské psychoterapii, a to: terapii hrou, činnostní terapii, relaxaci a tvůrčí prostředky.

Základním prostředkem přístupu k dítěti během předškolního a mladšího školního věku je **hra**, která v tomto období převládá v dětské činnosti (Balcar, 2010). Hra je pro děti přirozeným prostředkem komunikace, sebevyjádření. Nabízí možnost učit se sociálním dovednostem, testovat realitu, vyzkoušet si různé role i emoce (Rezková & Kleinová, 2012). Využití hry v rámci terapie můžeme zaměřit jak na psychodynamické změny osobnosti, tak přípravu na praktické zvládání vnějších problémů (Balcar, 2010). Hru můžeme využít také k relaxaci a uklidnění. Pro terapii hrou je vhodné mít ambulanci vybavenou hračkami představujícími prvky z běžného života i abstraktním podnětovým materiálem (Rezková & Kleinová, 2012).

Terapie činností či cílená činnost má s ohledem na věk širší využití. U dětí se využívá především ve věku od 8 do 14 let. Aktivita má zde již předem stanovený cíl a probíhá většinou v menších skupinkách (Balcar, 2010). Terapeut může pozorovat zapojení do činnosti, reakci na úspěch či neúspěch, komunikaci a přístup k získaným zkušenostem a informacím. Také cílená činnost může poskytnout příležitost k odreagování a uvolnění (Krivošíková, 2011).

V rámci dětské psychoterapie je široce využíván nácvik **relaxace**, ať už se jedná o Schultzův autogenní trénink, progresivní svalovou relaxaci, nácvik klidného dýchání či jiné alternativní relaxační techniky. Autogenní trénink byl původně vypracován pro dospělé pacienty. U dětí se využívají spíše jeho modifikace, které kladou menší nároky na kognitivní sebeřízení. Dítěti jsou sugerovány představy, které zná z běžného života. V rámci tréninku se s dětmi nacvičuje uvolnění kosterního svalstva, periferních cév, harmonizace činnosti srdce, uvolněné dýchání, vnitřní orgány a cévní dynamiky v hlavě. Dítěti jsou však předkládány názorné představy, které zná z běžného života (např. pocit chladu na čele, tepla na povrchu těla apod.) (Balcar, 2010).

Progresivní svalová relaxace je pro děti uchopitelnější a názornější. Abychom pomohli dítěti dosáhnout uvolnění, učíme jej střídavě napínat a uvolňovat svalstvo. Tímto postupem se dětský pacient naučí rozlišit stav napětí od stavu uvolnění a postupně si za relativně krátký čas navodit uvolnění celého těla či jedné vybrané partie (Olschewski & Knörzer, 2019). K relaxačním cvičením existuje velké množství příruček jak pro terapeuty, tak pro děti a rodiče samotné.

Terapii využívající **tvůrčí prostředky** můžeme dále dělit podle užitého média na arteterapii či muzikoterapii, psychogymnastiku a práci s texty (Balcar, 2010). Práce s různými médii má potenciál podnítit vyjadřování emocí, rozvinout sociální i komunikační dovednosti. Mnohý materiál vybízí k užití silných fyzických projevů, poskytuje možnost získat kontrolu nad současnými i minulými problémy (Geldard & Geldard, 2008). Novou výzvou pro terapeuty je využití také moderních technologií, jako mobil či tablet, v rámci terapie (Zatloukal & Žákovský, 2019). Práce s textem může představovat tvůrčí činnost jako psaní dopisů, příběhů či deníků. (Rezková & Kleinová, 2012). Opomenout bychom však neměli v dnešní době již celkem široké spektrum dětské literatury, která se věnuje konkrétním duševním onemocněním či běžným problémům a je určena dětem nejrůznějších věkových kategorií.

Specifikem dětské psychoterapie je užívání různých symbolů, metafor a s tím spojených figurek. Pomocí metafory obrazně popisujeme pocit, emocionální rozpoložení či způsob chování. Poskytuje nám možnost externalizovat problém, ukotvit jej a změnit perspektivu (Caby & Caby, 2019). Dítě si vybírá symbol či figurku, která bude symbolizovat to, s čím bojuje či naopak nějakého pomocníka, zdroj, který může využít. Užití hraček, figurek či maňásků vnáší do terapie prvek hravosti, pomáhá však také dítěti lépe danou problematiku uchopit (Zatloukal & Žákovský, 2019).

3 LÉČBA OCD U DĚTÍ

Obsedantně-kompulzivní porucha je zátěží pro dítě i jeho rodinu. V počátcích onemocnění, kdy se již symptomy projevují, nemusí být chápány v souvislosti s onemocněním. Dítě, které samo netuší, co se s ním děje se tak setkává s nepochopením okolí, někdy dokonce s trestáním či nepřijímáním projevů (Straková Jirků, 2018). Včasné zachycení nemoci a následná terapie včetně edukace dítěte a rodičů je pro další vývoj klíčová.

V současné době se za metodu první volby považuje psychoterapie konkrétně kognitivně-behaviorální terapie a farmakoterapie (Szymanská, 2015). Monoterapie farmaky či KBT mají samy o sobě účinnost kolem 70 % a jejich efekt se významně neliší (Praško et al., 2019). Větší efekt však pozorujeme u jejich kombinace. V rámci studie POTS (The Pediatric OCD Treatment Study Team, 2004) byla sledována míra remise po monoterapii sertralinem, KBT a kombinované léčbě. V rámci kombinované léčby byla sledována klinická remise až u dvojnásobného počtu pacientů než u monoterapie. Výsledek kombinované léčby KBT a sertralinem byla navíc méně náchylná na odlišnosti symptomatiky u jednotlivých pacientů.

Další možností léčby užívané především u rezistentních pacientů je transkraniální magnetická stimulace (rTMS) a transkraniální stimulace přímým proudem (tDCS) či hormonální a neurochirurgická léčba (Stopková, 2017). U dětí a adolescentů se však tyto postupy nevyužívají (Malá, 2000).

Z novějších přístupů, které lze využít i v rámci léčby OCD u dětí, zmiňme některé proudy třetí vlny KBT jako acceptance and commitment terapii (ACT) a mindfulness, práci s rodinou a rodinnou akomodací či využití online terapie. Těmto novým přístupům a především kognitivně-behaviorální terapii a farmakoterapii u dětí s OCD se budeme věnovat v následujících podkapitolách.

3.1 KBT u dětí s OCD

Kognitivně behaviorální terapie je pro obsedantně kompulzivní poruchu léčbou první volby (Praško et al., 2019). Jedná se o terapeutický směr vycházející z terapie kognitivní a terapie behaviorální. Terapie je většinou krátká, strukturovaná, zaměřena na problém a na faktory, které jej udržují (Beck, 2018). V rámci klasické KBT můžeme spatřovat prolínání vědecké perspektivy, kdy se jedná o terapii založenou na faktech, měření, vytváření a testování hypotéz (Praško et al., 2007). Dle některých terapeutů je kognitivně-behaviorální přístup a jeho techniky užitečné v rámci OCD pro rodiče a děti snáze pochopitelné, což může mít pozitivní vliv na terapeutický vztah a motivaci klientů (Rybková, 2019). U dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou pozorujeme výrazně nižší kvalitu života. Po KBT intervenci se však dle výzkumu kvalita života pacientů zvýšila téměř až na úroveň srovnatelnou s běžnou populací (Weidle et al., 2015).

V současné době hovoříme o třetí vlně KBT, která v rámci nových přístupů zdůrazňuje práci s emocemi, sny a hlubokými postoji vzniklými na základě raných zážitků. Otevírá se zde prostor také pro meditaci, fantazii a zohlednění životního smyslu. Mezi hlavní přístupy třetí vlny KBT patří dialecko-behaviorální terapie, využití všímavosti v KBT, terapie pomocí přijetí a závazku (ACT – acceptance and commitment therapy) a terapie zaměřená na schémata (Šlepecký et al., 2018). U dětí lze využít především všímavost a některé prvky ACT, čemuž se budeme věnovat v kapitole 3.3.

3.1.1 Mapování obtíží a edukace

V úvodní fázi terapie je vhodné představit dítěti i rodičům, o jakou léčbu jde. Co si pod kognitivně behaviorální terapií představit. Rámcově je vysvětlena také obsedantně kompulzivní porucha. Rodiče i dítě pak mohou lépe pochopit význam otázek, které jsou jim kladeny. Zároveň tak můžeme rozptýlit obavy či snížit počáteční úzkost (March & Benton, 2007). Pokud je dítě již nyní schopno **externalizace a pojmenování** OCD, je vhodné toho využít. Dítě si může představit, jak jeho OCD vypadá, případně si jej i namalovat, vybrat si pro něj figurku. Vnášíme tak do terapie možnost hravosti (Straková Jirků, 2018). Dále již nebudeme tedy mluvit o Jirkovi, který má OCD, ale například o drakovi, Dodovi apod. Dítě získá náhled, že OCD není ono samo, ale „něco“ s čím může hovořit, bojovat, co může zkoumat. S rodiči tak může získat společnou perspektivu, kdy se již nedívají rodiče na dítě, ale společně se zaměří na „Doda“ (March & Benton, 2007). K detailnější psychoedukaci je vhodné přistoupit až po mapování obtíží klienta (Praško et al., 2019).

Zmapování obtíží a faktorů, které obsedantně kompulzivní poruchu dítěte ovlivňují, je velmi důležitým krokem terapie. Vycházíme z něj pro plánování dalších kroků léčby, edukaci dítěte i rodičů a vracíme se k němu v průběhu celé terapie. U dětí je vhodné využít symbolu či figurky, které si vymyslelo v prvním kroku edukace a dotazovat se ne na OCD, ale na „Doda“. Zajímají nás **aktuální potíže**, ideálně konkrétní příklady ze současného života dítěte a poté vývoj těchto obtíží v čase. Pokud si rodiče či dítě vzpomenu na projevení prvních příznaků, můžeme zkusit zmapovat tehdejší situaci a události života dítěte i rodiny (Praško et al., 2019; Straková Jirků, 2018).

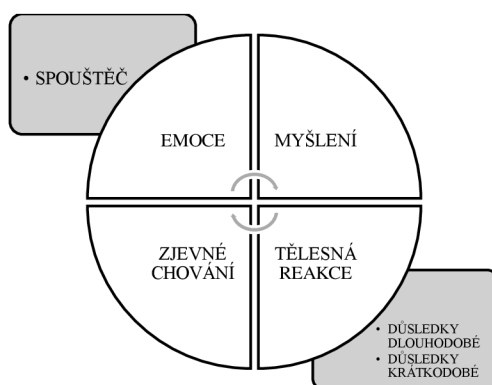
Otázky týkající se obvyklých či nejméně obvyklých situací, v nichž se obsese vyskytují, nám mohou pomoci nalézt možné **spouštěče** (Praško et al., 2019). U dětí je vhodné pokládat otázky konkrétnější, neptat se obecně na situace, ale také na přítomné lidi, vůně, co vidělo, slyšelo, co se mu v tu chvíli honilo hlavou (Straková Jirků, 2018). Spouštěče mohou být vnější povahy (situace, zvuk, vůně, osoba a další věci okolo nás), ale také vnitřní (například vzpomínka, určitý fyziologický stav aj.) (Praško et al., 2019; Straková Jirků, 2018). Následně se věnujeme **obsesím** dítěte. Může se jednat o několik výraznějších, či dlouhý seznam obsesí pro různé spouštěče (March & Benton, 2007). Pro dítě může být těžké si myšlenku zpětně vybavit, menší děti ji nemusí být schopné ani zachytit. Neměli bychom na dítě tlačit, naopak je vhodná empatická podpora, poskytnout dítěti prostor a čas a především jej ujistit, že může vyjádřit všechny myšlenky, jakkoli mu mohou připadat nevhodné (Straková Jirků, 2018).

Kromě emocí a tělesných příznaků, které mohou být spouštěči, se věnujeme také **emocím a tělesným pocitům**, které daný stav doprovázejí. Tedy co dítě cítí ve chvíli nepohody, v souvislosti s obsesemi. Zde se otevírá velký prostor pro práci s emocemi, jejich tělesným doprovodem, mimikou. Děti nemusí mít dostatečné kognitivní či verbální dovednosti, aby emoci popsaly. Můžeme proto využít emoční mapy či obrázek těla a začít dítě učit rozlišovat například strach a úzkost (Straková Jirků, 2018). Tělesné příznaky jako třes rukou, stažení žaludku, bolest hlavy, pocení či pocit chladu mohou být pro děti snáze rozpoznatelné (March & Benton, 2007).

V behaviorální oblasti nás opět kromě spouštěčů zajímá především zjevné vyhybavé chování, rituální chování, žádosti o ujištění. Vyhybání, neutralizování či rituály se snažíme zmapovat také na úrovni kognitivní (Praško et al., 2019). Snažíme se tak získat přehled o možných **kompulzích**. Je důležité ptát se na přesné postupy, počty opakování. U dětí může být nápomocné předvedení dané kompulze, pokud si je jí vědomo (Straková Jirků, 2018).

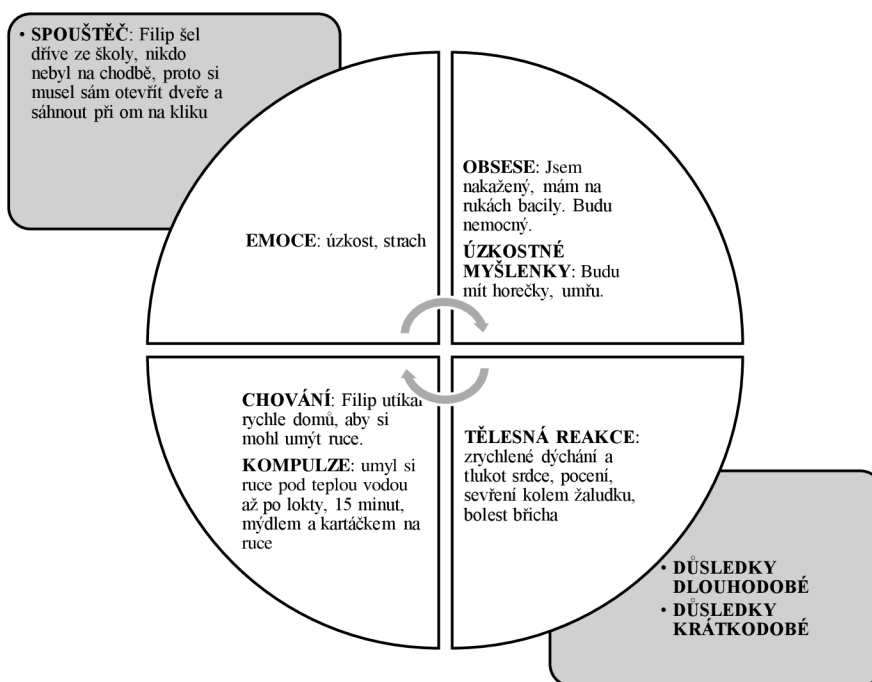
Již během mapování či nyní, když máme informace o spouštěcích, doprovodných tělesných pocitech můžeme spouštěče, obsese a kompulze zakreslit do tzv. bludného kruhu (viz obr. 3). Ten je běžnou součástí **behaviorální analýzy** v rámci KBT a zahrnuje tzv. A-B-C model. Zakresluje do něj spouštěče (A), problémové chování (B – tělesné reakce, myšlení, emoce, zjevné chování) a následky (C), viz obrázek 3 (Praško et al., 2007).

Obrázek 3: Bludný kruh (Praško et al., 2007 – upraveno autorem)



V souvislosti s OCD však o některé z „B“ oblastí hovoříme jako o obsesi a kompulzi. Zatímco obsese je většinou vtíravou zatěžující intenzivní myšlenkou, kompulze může mít formu behaviorální i kognitivní. Jako příklad uvádíme bludný kruh onemocnění (viz obr. 4) pro chlapce s obsedantně-kompulzivní poruchou (Straková Jirků, 2018, s. 23):

Obrázek 4: Bludný kruh chlapec s OCD (Straková Jirků, 2018 – upraveno autorem)



V rámci mapování obtíží nás dále zajímá přítomnost **vyhýbavého či zabezpečujícího chování**. Zda se dítě vyhýbá určitým situacím, podnětům, prostředím či zda vyžaduje i nějakou asistenci či pomoc rodiny. V životě i rodiny mohly kvůli nemoci nastat pozitivní i negativní změny. Zajímá nás omezení, které onemocnění dítěti i rodině způsobují (Straková Jirků, 2018). Obsedantně kompulzivní porucha se však může projevat v některých situacích také jako výhoda. Dítě může být například ve škole chváleno za pečlivost, za snahu dělat věci perfektně (Praško et al., 2019). I to je třeba zhodnotit v kontextu onemocnění. Tyto pozitivní i negativní dopady obsedantně kompulzivní poruchy bychom v konkrétnější formě doplnili do posledního pole bludného kruhu (viz obr. 3) jako **důsledky**. Jednou z posledních oblastí mapování obtíží jsou modifikující faktory, které pomáhají zmírnit prožívanou situaci či ji naopak zhoršují.

Na základě získaných informací můžeme rodičům detailněji představit problematiku obsedantně kompulzivní poruchy, s využitím konkrétních obtíží dítěte, se kterými se setkává v běžném životě. Je vhodné zjistit vlastní představy o cíli a výsledku terapie dítěte i rodičů. Sám terapeut pak představí možnosti léčby. Na konci by mělo dojít ke společné definici problému a stanovení společného cíle terapie (Straková Jirků, 2018).

3.1.2 Metody a techniky KBT u dětí s OCD

Nejvyužívanější KBT technikou u obsedantně kompulzivní poruchou je **expoze se zábranou rituálu/odpovědi**. Jedná se o techniku, kdy dítě záměrně vystavíme situaci vyvolávající úzkost a zamezíme provedení kompulze (Straková Jirků, 2018). Při prvotním setkání se můžeme u dětí i jejich rodičů setkat s obavami z podobné techniky. Je proto potřeba postup velmi dobře vysvětlit a odstupňovat (Grant et al., 2014).

Je vhodné vytvořit seznam situací a seřadit je podle subjektivní náročnosti pro dítě. Po společné domluvě pak vytvořit hierarchii a plán expoziční léčby (Praško et al., 2019). Následně máme možnost využít expoze in vivo (situační) nebo v rámci imaginace. Imaginativní expoze může být mezikrokem k expozici in vivo, případně alternativním řešením, pokud je situační expoze nepraktická či náročná na absolvování (Foa & Kozak, 2004). U některých pacientů však nemusí v rámci imaginace dojít k potřebnému nárůstu úzkosti, či jej mohou blokovat (Straková Jirků, 2018). Pokud jsou však obsese méně konkrétní, nehmotné, bude expoze v imaginaci první volbou (Praško et al., 2019). Kombinace imaginativní expoze a expoze in vivo se jeví jako účinná prevence relapsu onemocnění (Foa & Kozak, 2004). Během plánování expozičních bychom neměli zapomenout

také na odměny, které mohou být především pro děti velmi motivující (Straková Jirků, 2018).

Mezi další techniky expoziční léčby můžeme zařadit názorné předvedení terapeutem, vystavení se v rámci sepsání scénáře či zaplavení (Praško et al., 2019). Zaplavení má sice vysokou účinnost, u dětí se však téměř nevyužívá. Pokud je expozice se zábranou rituálu pro dítě náročná, lze rituály nejdříve pouze zkracovat či oddalovat (Straková Jirků, 2018). Technikou postupných kroků bychom se však měli dostat k úplné zábraně rituálu. Expoziční léčba jednak dítě učí, že úzkost poklesne, i když nevykoná kompulzi. Zároveň díky ní přerušujeme vyhýbavé chování, které může udržovat onemocnění v chodu (Piacentini & Langley, 2004). V rámci práce s obsesemi lze dále využít stop technika či odvedení pozornosti (Straková Jirků, 2018).

U dospělých pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou je běžně využívána také kognitivní terapie. U dětí je kladen důraz především na behaviorální techniky. Jedním z důvodů je fakt, že ani starší děti nemusí být na dostatečné kognitivní úrovni, aby měly jiné techniky dostatečný efekt (Ronen, 2000). Praktickým důvodem je však také viditelnější účinek, jednoduchost a pochopitelnost pro dítě a atraktivita behaviorálních postupů (Rybková, 2019). Avšak zdá se, že za určitých podmínek mohou děti z kognitivních intervencí profitovat také (Söchting & March, 2002). Abychom mohli v rámci terapie efektivně využít také techniky zaměřené na kognice, mělo by dítě umět nacházet alternativy, rozeznat rozdíl ve svých emocích a v neposlední řadě pochopit vztah emocí a myšlenek (Praško et al., 2007).

Technikou zaměřenou na kognice je především **kognitivní restrukturalizace**, u které předpokládáme, že problémy jsou způsobené magickým myšlením a iracionálními představami (Ronen, 2000). Díky této technice má pacient možnost pochopit souvislost mezi symptomy, náhledem na obsese a nutností vykonávat rituály. V rámci kognitivně behaviorální terapie hovoříme o tzv. automatických negativních myšlenkách, které jsou u obsedantně kompulzivní poruchy okamžitě potlačeny kompulzí a nedojde tak k jejich logickému zpracování. Pro pacienta je pak těžké identifikovat myšlenky, které se pojí s jejich úzkostí (Praško et al., 2019).

Pro kognitivní restrukturalizaci je vhodné nejdříve podrobně zaznamenávat obsese a kompulze a snažit se u nich identifikovat myšlenky. Nalezené myšlenky dále testujeme, hledáme důkazy pro a proti a následně hledáme emočně neutrálnější alternativní myšlenku (Straková Jirků, 2018). Pokud dítě tuto metodu zvládne, má možnost se naučit novému pohledu na skutečnosti a odstranit dosavadní předsudky, které ovlivňují posuzování dané situace (Ronen, 2000).

Práce s kognicemi a zkoumání jejich vlivu na onemocnění je v rámci KBT u dospělých pacientů zcela běžné. Kognitivní model obsedantně-kompulzivní poruchy dokonce předpokládá, že dysfunkční kognitivní přesvědčení jsou klíčová pro vznik a udržování OCD. Cervin et al. (2022) zkoumali, jakou roli hrají dysfunkční přesvědčení u dětí s OCD s ohledem na jejich symptomatiku. Zatímco u dětí s OCD, jejichž příznaky se projevovaly v oblasti poškození, odpovědnosti a kontroly, hrála kognitivní přesvědčení významnou roli, u dětí s obsesemi týkajícími se kontaminace či symetrie tomu tak nebylo.

O významu užití kognitivních intervencí u dětí hovoří také Söchting & March (2002), kteří předpokládají, že dospělí pacienti s OCD profitují z čistě behaviorálních technik více než děti. U dospělých totiž samotný zážitek z expozice vyvolá kognitivní restrukturalizaci předchozích chybných přesvědčení. Děti však většinou nejsou schopny aktuální zážitky zasadit do takového kontextu a mohlo by tak pro ně být prospěšné zařazení kognitivních technik zaměřených na chybná přesvědčení a hodnocení. Kognitivní techniky mohou mít také efekt na získání dostatečného náhledu na onemocnění u dětí s OCD. Fitzgerald et al. (2021) dále doporučují také zařazení intervencí, které by u dětí zlepšily kognitivní kontrolu, tedy schopnost přizpůsobovat myšlenky a chování, jež považují za klíčový mechanismus pro narušení vyvíjivého chování.

Také při kognitivně-behaviorální terapii dětí v průběhu sezení i mezi nimi škálujeme. Dítě se tak naučí ohodnotit samo sebe, pomůže mu to vnímat pokrok, který v rámci terapie udělalo. Na začátku jej tímto odvádíme od myšlení „všechno nebo nic“. Naučí se posuzovat situace a problémy na určité škále, a ne v extrémních bodech (Praško et al., 2007). Někteří psychoterapeuti se škálování u dětí vyhýbají, buď z obavy z přílišného přitahování pozornosti k úzkosti, soustavnému neplnění úkolu škálování a následného pocitu selhání dítěte, nebo z podobnosti aktivity školním úkolům (Rybková, 2019). Přestože se tato část může jevit pro dítě nezáživná, při zapojení kreativity se z ní může stát i pro dítě zábava. Škálu můžeme doplnit smajlíky, místo škály použít kopečky zmrzliny nebo si pohrát s velikostí „doda“, kterého jsme si vytvořili v rámci externalizace.

Z dalších technik užívaných v rámci kognitivně behaviorální terapie dětí s OCD zmiňme behaviorální experimenty, řešení problémů v životě dítěte, plánování času a prevence relapsu.

Na konci sezení v rámci kognitivně-behaviorální terapie je zvykem vybavit dospělého klienta **příručkou**, která shrnuje jak specifika KBT a daného onemocnění, tak konkrétní kroky terapie. Pro děti s obsedantně-kompulzivní poruchou je však výběr omezen. První a dosud jedinou příručkou na českém trhu je kniha Mgr. Lucie Strakové Jirků Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících (2018). Jedná se o první shrnutí problematiky obsedantně kompulzivní poruchy u dětí a možnosti její léčby určené nejenom terapeutům, ale také rodičům. Inspiraci však můžeme čerpat ze zahraničních zdrojů, kde lze nalézt příručky, pracovní sešity i ucelené programy pro rodiče a děti. Zmiňme například útlou knížku *Up and Down the Worry Hill* (Wagner, 2013), která pomocí příběhu a dětských ilustrací přibližuje OCD dětem, vybízí rodiče k otevřené komunikaci o onemocnění, pomůže jim připravit se na zapojení do terapie. Využívá metafory z běžného života. Taktéž dětskou příběhovou knihu *Blink, Blink, Clap, Clap: An OCD Storybook* (Moritz, 2011). Příručky pro děti *What to Do When Your Brain Gets Stuck* (Huebner, 2007) a *Practice Being Brave Owning My OCD* (Gambrel, 2019) nebo *Pracovní sešit pro děti s OCD*, kde autoři ke každému kroku terapie přináší krátké vysvětlení a pracovní list (Puliafico, & Robin, 2017). Pro dospívající pak může být zajímavá kniha *Touch and Go Joe* (Wells, 2006), kterou napsal 16 letý chlapec s OCD.

3.1.3 KBT se zapojením rodiny

Pokud pracujeme s dětskou a dospívající klientelou je nezbytné do léčby zapojit také rodinu. Nejinak je tomu v kognitivně behaviorální terapii u dětí s obsedantně kompulzivní poruchou. Rodiče jsou velmi často zapojení do kompulzivních symptomů a ve většině případů se museli příznakům dítěte přizpůsobit (Thomsen, 1999).

Demaira et al. (2021) navrhli **psychoedukační intervenci** zaměřenou na kognitivně behaviorální strategie, která by rodinám pomohla zvládat chování jejich dítěte s OCD, aniž by uplatňovali dysfunkční rodinné akomodační chování a podpořila tak úspěšnou terapii jejich dítěte. Vytvořili tak praktický „manuál“ pro psychoterapeuty, jak podpořit rodiče ve snižování rodinné akomodace. 12 terapeutických sezení je rozděleno do 4 oblastí. V rámci prvního a druhého sezení je kladen důraz na vytvoření terapeutického vztahu mezi rodiči a psychoterapeutem. Psychoterapeut by měl vybudovat uvolněnou atmosféru, vyzdvihnout

silné stránky dítěte a zaměřit se na jeho dovednosti a zdroje a zprostředkovat tak rodičům pozitivní pohled na dítě. V rámci třetího až pátého sezení je vhodné věnovat prostor edukaci. Je možné zjistit a případně vyvrátit chybné představy rodičů o OCD, poskytnou jim informace o daném onemocnění, předat naději, optimismus, vstřícnost a restrukturalizovat očekávání o snížení příznaků. Psychoterapeut by měl rodičům pomoci neobviňovat dítě za symptomatologii OCD, případně může poskytnout zpětnou vazbu stran komunikace v rámci rodiny, věnovat se některým nevhodným pojmům a nabídnout novou perspektivu.

V dalších pěti sezeních je pozornost terapeuta zaměřena na management **rodinné akomodace**. Psychoterapeut by měl rodičům pomoci přiznat si, nakolik jsou do symptomatologie dítěte zapojeni a vést je k lepšímu zvládnutí příznaků OCD u jejich dítěte (Demaira et al., 2021). Pokud je již rodina do různých rituálů či jiných kompulzi svého dítěte zapojena není většinou možné ji pouze zakázat. Je potřeba se na jednotlivých sezeních s rodiči i dítětem domluvit, kde si v danou chvíli dokážou změnu představit. Nemusí se jednat pouze o napomáhání s kompulzemi, ale také například práci na pozitivním přístupu, nekritizovat dítě za provedenou kompulzi apod. (Freeman & Garcia, 2008). Změny rodinného přizpůsobení symptomům OCD hrají významnou roli v rámci léčby onemocnění a je třeba jim věnovat pozornost (O'Connor et al., 2021). Čím větší je počet rodinných faktorů, na které se v rámci léčby OCD zaměřujeme, tím větší je snížení rodinné akomodace po ukončení léčby (McGrath & Abbott, 2019).

Posledním krokem psychoedukačního programu pro rodiče dětí s OCD (Demaira et al., 2021) je edukace stran expoziční léčby se zábranou rituálu. Pokud rodiče dostatečně informujeme o postupech dané léčby a konkrétní naplánované expozice, zvyšujeme pravděpodobnost, že se budou řídit doporučením psychoterapeuta.

Zapojení rodiny do terapie však má význam nejenom kvůli edukaci rodičů. Z pohledu rodinné terapie příznaky vznikají a zanikají v závislosti na kvalitě rodinných vztahů. Dle Trapkové (2018) bývají symptomy OCD udržovány systémovými silami v organizmu rodiny, ve kterém je dítě tím nejslabším článkem. Bez práce s celým rodinným organizmem je často uzdravování dítěte nad jeho síly a možnosti. Dle studií má vliv na snížení příznaků klasická KBT i KBT se zapojením rodiny. Grunes et al. (2001) hovoří o výraznějším snížení symptomů OCD u pacientů se zapojením rodiny do terapie, dokonce o významném snížení úzkostných a depresivních příznaků. Větší efekt na snížení úzkostných příznaků se projevila i v jiných studiích (Reynolds et al., 2013) a v rámci longitudinální studie se projevila větší míra remise než u dětí s omezeným zapojením rodičů do terapie (Walczak et al., 2017). Vliv

však může být oboustranný, neboť i díky léčbě OCD zaměřené na děti dochází k úpravě rodinné akomodace a rodinného prostředí (Gorenstein et al., 2015). Výše popisovaný efekt na léčbu OCD u dětí může mít zapojení rodiny i díky tomu, že dítě poté lépe dodržuje domácí úkoly, rodiče jej více podporují v expozicích a celkově se v rámci terapie stávají partnery dítěti i terapeutovi (Walther et al., 2022).

Odlišnou formou zapojení rodiny do terapie dětí s obsedantně kompulzivní poruchou může být KBT se zapojením více rodin. Jedná se především o edukační skupiny, kde mohou být rodičům předány informace o onemocnění či postupech léčby (Praško et al., 2019). Onemocnění je však zátěží pro celý rodinný systém. Z edukace a podpory tak mohou profitovat i sourozenci dítěte s OCD (Thomson, 1999). KBT se zapojením rodiny bude mít největší efekt pro členy rodiny, jimž není jasná podstata OCD, kteří podporují pacientovy příznaky či jsou na pacienta negativně zaměřeni a kritičtí (Steketee & van Noppen, 2003).

3.2 Farmakoterapie

Od 80. let 20. století je pro léčbu obsedantně-kompulzivní poruchy používána kromě psychoterapie také farmakoterapie. Konkrétně jsou užívána antidepresiva SSRI, tedy léky, které blokují zpětné vychytávání serotoninu. „Užívání léků je většinou dlouhodobé. Po jejich vysazení často pozorujeme návrat příznaků.“ (Theiner, 2014, s. 26).

V léčbě OCD jsou účinné fluvoxamin, fluoxetin, citalopram, paroxetin, sertralin a klomipramin, a to v dávkách středních až vysokých. Augmentační léčbou u rezistentních pacientů je risperidon. S podáváním antidepresiv a antipsychotik dětem jsou však spojena určitá varování. Varování se vztahuje především na zvýšené riziko suicidálních myšlenek a jednání u dětí a mladistvých léčených antidepresivy. Toto varování však neřadí antidepresiva k off-label medikaci u dětí. Je však třeba zvýšené opatrnosti, úpravy dávky dle věku a hmotnosti dítěte a důsledné monitorování pro nežádoucí účinky (Mohr, 2017). Při neúspěchu monoterapie je u dospělých pacientů indikována jeho augmentace antipsychotikem (haloperidol, risperidon, aripiprazol) (Praško et al., 2019). Kombinační léčba fluvoxaminem a klomipraminem umožňuje použití nižších dávek klomipraminu, než se obvykle používá v monoterapii klomipraminem, a zdá se být bezpečnou alternativou pro dětské pacienty s OCD, u nichž selhávají studie se sekvenčními selektivními inhibitory zpětného vychytávání serotoninu v monoterapii (Fung et al., 2021).

Při léčbě OCD se můžeme setkat s řadou komorbidit (viz kap. 1. 2. 2), z nichž vyplývá užití dalších léků. Jedná se například o podávání klasických či atypických antipsychotik u dětí s tikovými projevy. Vždy je však důležité nasazovat léky postupně a sledovat nežádoucí příznaky (Paclt et al., 1998).

Právě farmakoterapie je častým tématem, jemuž se rodiče v rámci terapie věnují. V rámci studie (Lewin et al., 2014) preferovalo 99 % rodičů terapii zahrnující KBT intervenci a 70 % rodičů bylo vyloženě proti farmakoterapii kvůli nežádoucím účinkům medikace. Rodiče dětí, které měly kromě OCD další komorbidity, byli farmakoterapii přístupnější. Postoj k psychoterapii i k psychofarmakům je nutné prodiskutovat a uvést na pravou míru eventuální pověry. Vysvětlit vlastnosti medikace, za jak dlouho lze očekávat účinek, jak dlouho pravděpodobně bude nutné lék užívat, a upozornit na nejdůležitější vedlejší účinky (Brems, 2018). Rozhovor o medikaci by měl být přiměřeně věku veden také s dítětem. Lze říci, že mu medikace pomůže, aby bylo OCD méně hlasité, aby jej nerušilo při nácviu různých technik, aby se jej úplně zbavil. Medikaci si dítě může představit jako pomocná kolečka na cyklistickém kole. Až se naučí jezdit (zvládat lépe své OCD), může je dát pryč (March & Benton, 2007).

3.3 Relaxace, všímavost a ACT

V rámci dětské psychoterapie je vhodné vždy zapojit nácvik relaxace, případně všímavosti. Stále více se také využívá přístup z třetí vlny KBT, a to terapie přijetí a závazku ACT. Tyto tři přístupy si v krátkosti představíme.

Nácvik **relaxace** se u OCD neliší od běžných postupů. Pokud se dítě naučí pracovat se svou úzkostí, naučí se uvolnit tělo a tím i mysl, může to pro něj mít pozitivní účinek nejenom v rámci expozic ale i běžného života. Relaxace je také příležitostí k edukaci, jak funguje naše tělo během subjektivně prožívané úzkosti, co ji může způsobovat, jak ji rozpoznat a jak s ní naložit. Pro edukaci stran úzkosti se u dětí často využívá příběh o pračlověku a mamutovi (Straková Jirků, 2018).

U dětí nejčastěji využíváme nácvik klidného dýchání či Jacobsonovu progresivní svalovou relaxaci. Do nácviku je vhodné zapojit například nějakou hračku, kterou svým dechem dítě na bříšku pohoupe či jiné názorné pomůcky (Straková Jirků, 2018). Progresivní svalová relaxace je pro dítě dobře pochopitelná a můžeme na ni vysvětlit i stažení a uvolnění těla. Jsou různé varianty cviků, avšak princip zůstává vždy stejný, kdy se střídá napětí

a uvolnění konkrétní skupiny svalů. S trochou kreativity se z nácviku může stát zábavné cvičení (March & Benton, 2007). Autogenní trénink je pro děti náročný, ale můžeme využít jeho variace. Například v knize Příběhy z měsíční houpačky (Müller, 2010) jsou do pohádkových příběhů nenásilnou formou zakomponovány formulky pro nácvik pocitů tepla, klidu, tíhy a klidného dýchání. Díky krátkým pohádkovým příběhům se dítě naučí zklidnit, odpočinout si. Dítě se identifikuje s hlavní postavou a může se tak cítit klidně a uvolněně jako víla, mít tělo teplé jako hvězdička Stříbrnička nebo cítit tíhu jako slon Bimbo.

I u dětí lze využít v rámci kognitivně behaviorální terapie **všímavost**. Všímavost bývá popisována jako způsob života v bdělém stavu se široce otevřenými očima. Předpokládáme, že terapeutický efekt může mít vnímání myšlenky pouze jako myšlenky, a ne jako odraz skutečnosti či fakt. Jedná se o schopnost zaměřit se na to, co je, bez snahy změnit to, přijmout a nehodnotit (Šlepecký et al., 2018). Zatímco Praško et al. (2007) se ještě o technice mindfulness nezmiňují, Becková (2018) ji již uvádí jako integrovanou součást KBT. V rámci obsedantně kompulzivní poruchy se může pacient učit pozorovat a přijmout přítomnost OCD a následně ji nechat jít. Děti pozorují své obsedantní myšlenky jako mraky na obloze, které mohou nechat odejít (March & Benton, 2007). Díky všímavosti se pacient může naučit nebojovat s myšlenkami a emocemi a přerušit tak vyhyčivé chování či kompulze (Šlepecký et al., 2018).

Všímavost je schopnost, kterou ve větší či menší míře disponuje každý (Šlepecký et al., 2018). Je však potřeba ji trénovat. Od dětí nemůžeme očekávat, že budou cvičit každý den 30 minut všímavost. V rámci terapie jim však můžeme pomoci, aby se naučily vnímat všemi smysly. Potřebují návodné otázky: Jak se cítíš po těle? Co cítíš nosem? Jakou máš chuť v puse? Co vše slyšíš? Co vidíš (se zavřenými a otevřenými očima)? Jak se cítí? Díky zpřítomnění okamžiku může dojít ke zklidnění dítěte, daří se mu lépe ovládat myšlenky, tlumí se intenzita emocí (Straková Jirků, 2018). Podle Kùltze et al. (2019) má všímavost v rámci léčby obsedantně kompulzivní poruchy srovnatelnou účinnost s psychoedukačním programem a mělo by se jednat spíše o doplňkovou techniku. Key et al. (2017) vidí využitelnost všímavosti jako augmentační léčby OCD u pacientů, u kterých po kognitivně-behaviorální terapii přetrvávají příznaky onemocnění.

Schopnost všímavosti a přijetí využívá také ACT. Propojuje je se strategiemi odhodlaného jednání a změny chování za účelem zvýšení psychické flexibility. V rámci **terapie přijetí a závazku** užíváme šest klíčových terapeutických procesů: kontakt s přítomností, akceptace, odstup od vlastních myšlenek, pozorující já, hodnoty a angažované

jednání. Tato terapie nám říká „přijměte to, co nemůžete kontrolovat a zavažte se k takovému jednání, které váš život obohatí“ (Šlepecký et al., 2018). ACT se vyznačuje názorem, že výrazný distres je normální součástí lidské zkušenosti, což je podpořeno studiemi, které naznačují, že výrazný distres na úrovni psychické poruchy ve skutečnosti zažívá v průběhu svého života mnoho lidí (van Niekerk, 2018).

Na zkreslené myšlení se zaměřuje jak KBT tak ACT. Zatímco KBT nabádá děti ke změně obsahu negativních kognicí uplatňováním kognitivní restrukturalizace, ACT motivuje, aby k těmto myšlenkám zaujaly přijatelnější postoj. Obě intervence mají vysokou účinnost při terapii úzkosti. V rámci studie vedla k poněkud příznivějším výsledkům KBT (Simon et al., 2018). Terapie přijetí a závazku měla o něco lepší výsledky z hlediska hodnocení kvality života dítěte (QoL dotazník), ale neměla takový vliv na vyhýbavé či zabezpečující chování (Hancock et al., 2016). Ve srovnání ACT a léčby s využitím progresivního relaxačního tréninku má větší účinnost ACT (Twohig et al., 2010).

3.4 Online terapie

Kognitivně-behaviorální terapie získala silnou empirickou podporu pro léčbu dětské OCD, a navíc je považována za léčbu první volby. Mnoho pacientů se však z důvodů dlouhých termínů objednání či jiných překážek k adekvátní péči nedostane. V současné době se proto nyní začínají využívat internetové programy pro léčbu OCD.

Virtuální/online či internetová kognitivně behaviorální terapie (iCBT) řeší překážky v přístupu k léčbě prostřednictvím svépomoci, videokonferencí a internetových metod kognitivně-behaviorální terapie. iCBT je účinnou a efektivní metodou pro poskytování léčby úzkostných poruch a obsedantně-kompulzivní poruchy. Zapojení pacienta je důležitým faktorem ovlivňujícím odpověď na léčbu. Léčebné modalitě iCBT zahrnují principy tradiční osobní kognitivně-behaviorální terapie; jsou však poskytovány pomocí různých metod včetně videokonferencí, svépomocných aplikací a zasílání mailů mezi pacienty a psychoterapeuty (Townsend et al., 2022).

iCBT s minimálním zapojením terapeuta má v rámci studie ve srovnání s pacienty bez terapie prokázané výsledky (Hoppen et al., 2021). Pokud se jedná o zcela neřízenou iCBT, tedy bez kontaktu s psychoterapeutem, jsou výsledky taktéž pozitivní, avšak problémem je nedodržování dílčích kroků a úkolů terapie (Schröder et al., 2020). Srovnatelné výsledky má u obsedantně kompulzivní poruchy u dětí iCBT s intenzivní

formou KBT, která zahrnuje jedno psychoedukační sezení a dvě sezení zaměřené na nácvik expozičních se zábranou rituálu a následnou udržovací online terapii (Farrell et al., 2016).

Tým kolem Conzelmana (2022) vytvořil vlastní program iCBT neboť největší mezeru spatřovali v nedostupnosti péče v rámci domácího prostředí, kde se projevuje většina symptomů. Jejich program internetové kognitivně behaviorální terapie pro děti zahrnoval 14 telekonferenčních sezení s dítětem a rodiči. Sezení byla podpořena aplikací hodnotící denní a týdenní symptomy a průběh léčby, kterou vyplňovaly děti a rodiče. Kromě toho byl od dětí získáván skóre srdeční frekvence a aktivity prostřednictvím náramků během několika dnů a expozičních sezení. Vybudování přístupu iCBT, který se podobá tradiční terapii tváří v tvář v ordinaci, by podle nich mohl zajistit dosažení známých faktorů účinku terapie, přijetí u pacientů i lékařů a široké rozšíření v rámci zdravotnického systému (Conzelmann et al., 2022).

Vzhledem k technologickým i jiným nárokům je vhodné zaměřit se nejenom na účinnost, ale také přijatelnost a proveditelnost iCBT. Během výzkumu (Babiano-Espinosa et al., 2021) se vyskytlo několik technologických problémů, a to především z důvodu špatného internetového připojení. Nejčastějším problémem byla neochota pacienta plnit domácí úkoly, což je častá překážka při expoziční terapii, avšak zde fungovala aplikace jako motivační faktor. Hladké implementaci programu iCBT napomohla výborná znalost technik KBT ze strany terapeutů. Terapeutům byla navíc poskytnuta supervize na týdenní bázi a technická podpora. Účastníci výzkumu byli s programem obecně spokojeni. Nižší hodnocení v rámci uživatelské zkušenosti ze strany dětí může být dle autorů ovlivněno náročností expoziční terapie. Děti hodnotili aplikaci jako méně atraktivní, neboť ji srovnávaly například s hrami, které jsou určeny primárně pro zábavu. Osobní sezení a online sezení byla rodiči i dětmi hodnocena pozitivně, lépe hodnocena však byla sezení osobní. Některé děti pracovaly lépe při osobním sezení a bylo snazší je motivovat. Děti využívaly především ty části aplikace, které procházely společně s terapeutem (inventář OCD symptomů, zaznamenávání expoziční terapie), a méně či vůbec se věnovaly oblastem, které by mohly prozkoumat samy. U 19 pacientů se po terapii snížil projev OCD symptomů pod klinickou hranici a 15 z nich splnilo kritéria pro remisi. Studie přináší zhodnocení zajímavé inovace v rámci terapie OCD s využitím aplikace pro mobilní telefon. Aplikace může pomoci překonat určité bariéry terapie a některé dětské pacienty motivovat k léčbě. Zároveň se však projevuje nevyhnutelný význam osobních setkání a vedení terapeutem a potřeba

výrazné technické podpory nejenom pro rodiče a děti využívající aplikaci, ale také pro terapeuta (Babiano-Espinosa et al., 2021).

Online terapie může být příležitostí pro překonání mnohých překážek, se kterými se pacienti s OCD hledající léčbu setkávají. Zároveň je však potřeba zohlednit také určité bariéry či nevýhody této nové možnosti. Vybrané výhody a nevýhody shrnujeme v tabulce 2.

Tabulka 2: Výhody a nevýhody online terapie (Townsend et al., 2022 – upraveno autorem)

VÝHODY	NEVÝHODY
Eliminace překážek (cestování, náklady, pracovní volno)	Slabé dodržování léčby
Lepší přístup k evidence based léčbě	Může být méně účinná u mírnějších příznaků
Možnost přístupu k léčbě v průběhu celého dne	Méně individualizovaná
Menší časová náročnost pro terapeuta	Nedostatek vyškolených klinických poskytovatelů
Lepší než čekací seznam	Negativní postoje k internetovým intervencím
Lepší než čekací seznam a farmakoterapie	

Online terapie nás přivádí také k jednomu z důležitých zdrojů informací pro klienta, a to internetu. Klienti si vyhledávají informace o onemocnění s pomocí internetových vyhledávačů. Jednou z platforem, která sdružuje online i off-line informace o OCD pro laickou veřejnost je web ocd.net. Zdrojem se však může stát také Instagram, YouTube či jiná sociální síť, kde lidé sdílejí svou vlastní zkušenost s OCD. Přestože se nejedná o relevantní zdroje pro výzkumnou práci, je vhodné i tuto oblast zohlednit, neboť klientům se relevantní jevit mohou.

Ve chvíli, kdy se u klienta objeví první symptomy, je internet nejjednodušším a nejrychlejším zdrojem informací. Většinou jsou využívány vyhledávače (např. Google), ale také sociální média (Facebook, Twitter, Instagram aj.), užívané jsou také tzv. symptom

checker website (např. Mayo Clinic), které však nemají český ekvivalent. Pokud se jedná o věrohodnost informací, je stále na prvním místě ošetřující lékař (Hannon, 2022).

Zajímavým zahraničním počinem je UNSTUCK: OCD dětský film (UNSTUCK: an OCD kids movie). Jedná se o krátký film, který se snaží přiblížit obsedantně-kompulzivní poruchu doslova očima těchto dětí. Autoři filmu, jež se potkali v rámci podpůrné skupiny pro rodiče dětí s OCD, nabízejí komplexní pohled na OCD a jeho vliv na prožívání a chování dětí. Cílem je mimo jiné přinést dětem s OCD naději a možnost, jak s nemocí bojovat.

Web tohoto filmu nabízí přehled informací a aktuálních zdrojů o obsedantně-kompulzivní poruše, seznam terapeutů věnující se OCD a také část věnovanou sourozencům dětí s OCD. Jsou činní také na Instagramu, kde pravidelně sdílí krátká videa dětí s OCD či jejich sourozenců, popisujících vlastní zkušenost s nemocí či krátké tipy a informace.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Problematika terapie obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí byla v rámci bakalářské diplomové práce (Rybková, 2019) zmapována z pohledu terapeutů. Pro komplexní pohled na dané téma je však zapotřebí zabývat se také druhou stranou terapeutického vztahu, a to klienty, konkrétně dětmi, které mají obsedantně-kompulzivní poruchu a jejich rodiči. Právě jejich pohled na onemocnění a přístup k terapii mohou mít zásadní vliv na výsledný efekt terapeutických postupů. Terapii je třeba přizpůsobit vývojové úrovni, ale také dalším individuálním charakteristikám dítěte. Z pohledu terapeuta se právě tato problematika může jevit náročná, proto se výzkum zaměřuje na zkušenost samotných dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou. Rodiče pak mohou být významně zapojeni do symptomů OCD svého dítěte. Taktéž terapeuti oslovení v rámci předchozího výzkumu (Rybková, 2019) považovali spolupráci s rodinou za významnou, proto se nám jeví zapojení rodičů do současného výzkumu jako opodstatněné.

Hlavním záměrem tohoto výzkumu je proto zmapování zkušenosti dětí a mladistvých s OCD a jejich rodičů s daným onemocněním a jeho terapií. Na základě výše uvedeného výzkumného problému byl zvolen kvalitativní přístup.

V následujících kapitolách bude detailně popsán výzkumný proces. Postupně stanovíme cíl výzkumu a výzkumné otázky. Představen bude zvolený typ výzkumu a použité metody, výzkumný soubor a na závěr zpracování a analýza dat. Diskutovány budou také etické aspekty výzkumu. Po interpretaci výsledků bude praktická část uzavřena diskuzí.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je zmapování zkušenosti dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou a jejich rodičů s daným onemocněním a jeho terapií. Jedná se o názor respondentů, co si o dané problematice myslí, jak ji prožívají. Cíle výzkumu jsou orientovány jak k rozšíření poznání, tak prakticky k využitelnosti zkoumané problematiky (Mišovič, 2019). Abychom mohli dané problematice porozumět, musíme poznat její charakteristické elementy. Výzkumná práce tak bude postavena na deskripci a kategorizaci (Ferjenčík, 2000). Vzhledem k užití principů tzv. zakotvené teorie v rámci analýzy dat, bude cílem také

vytvoření určitého pracovního modelu, jehož ústředním konceptem bude terapie dětí s OCD (Řiháček et al., 2013)

K dosažení hlavního cíle výzkumu bude zapotřebí dosažení **cílů dílčích** vycházejících z hlavního výzkumného problému, kterými jsou:

1. cíl: stanovení teoretických východisek výzkumu
2. cíl: popis motivačních faktorů klienta k terapii
3. cíl: popis procesu terapie z pohledu klienta
4. cíl: popis terapeutických prostředků z pohledu klienta
5. cíl: popis vnímání OCD klientem
6. cíl: popis podpůrných a omezujících faktorů terapie z pohledu klienta.

V rámci výzkumu se budeme snažit zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: *Jaká je zkušenost dětí s OCD a jejich rodičů s onemocněním a terapií?* Nelze však postihnout problematiku v její celistvosti. Pro výzkum jsme si proto na základě dílčích cílů vytvořili specifické výzkumné otázky:

1. Jak děti s OCD a jejich rodiče vnímají onemocnění?
2. Jak se dítě s OCD dostává do psychologické péče?
3. Jak děti a rodiče vnímají proces terapie?
4. Co dětem s OCD a jejich rodičům pomáhá?
5. Co dětem s OCD a jejich rodičům v péči chybí?

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Vzhledem k výzkumnému cíli byl zvolen **kvalitativní přístup** a deskriptivní design výzkumu. Podstatou zkoumaného problému je zkušenost dětí s OCD a jejich rodičů s onemocněním a jeho terapií. Chceme získat detailní informace od respondentů, jejich názor a jedinečné vnímání dané problematiky. Z toho důvodu se nám tento přístup k výzkumu jeví vhodný (Strauss & Corbin, 1999). Kvalitativní přístup nám poskytuje možnost zachytit jedinečnost a neopakovatelnost zkušenosti jedince, problematiku v jejím kontextu, procesu a dynamice (Miovský, 2006).

Dle stanovených cílů je naší snahou deskripce a klasifikace zkoumané problematiky. Výzkum lze tedy dle Ferjenčíka (2000) označit za vzorkový přehled. Vzhledem k deskriptivnímu zaměření se jedná o výzkum orientační, který nám umožňuje získat vhled do problematiky, která nás zajímá, tedy obsedantně-kompulzivní poruchy a její terapie z pohledu klienta.

5.1 Metoda získávání dat

Pro získání dat byla využita metoda **polostrukturovaného rozhovoru**. Tento typ rozhovoru nám umožňuje měnit pořadí otázek dle aktuálního průběhu rozhovoru, motivovat respondenta k větší sdílnosti, využít doplňující otázky či dovysvětlení (Miovský, 2006). Úskalím jazykové komunikace je určitá deformace přenášené informace či neschopnost přesného vyjádření myšlenky v řeči. Doptáváním a ujištěním se o zamýšleném významu odpovědi respondenta (inquiry) se nám může podařit vliv těchto překážek zmírnit (Ferjenčík, 2000).

V interview nás zajímala zkušenost respondentů a případně názory, které z ní mohou vycházet. Sami respondenti vybírají ze své zkušenosti určité detaily, naší snahou je pak získat jich co nejširší spektrum. Také my jako výzkumník vstupujeme do procesu získávání dat, ať už tvorbou či způsobem kladení otázek. Součástí výzkumu, který využívá pro získávání dat interview, by proto měla být i reflexe přístupu výzkumníka (Seidman, 2006). Autorka práce má ukončený výcvik v kognitivně-behaviorální terapii, v rámci něhož měla praxi v psychiatrické a psychoterapeutické ambulanci. Zde se v rámci terapií pod supervizí setkávala také s dětmi s obsedantně-kompulzivní poruchou a jejich rodiči. Na supervizích

pak měla možnost rozebrat tuto problematiku s ostatními kolegy věnujícími se dětským klientům.

Pro polostrukturované rozhovory byla předem vytvořena samostatná schémata pro děti/mladistvé (viz Příloha 1) a zákonné zástupce (viz Příloha 2). Otázky pro děti a mladistvé byly následně kladeny dle vývojové úrovně a schopnosti porozumění dítěte. U dětí, ale i rodičů, bylo ověřeno, zda otázkám správně rozumí, měli sami možnost se doptat. Zhodnocena byla také volba termínu, denní doby a prostoru pro realizaci rozhovorů. Tyto aspekty jsou blíže popsány v kapitole 7.1, věnované popisu sběru dat.

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Zkoumanou cílovou populací jsou děti s OCD, které již započaly terapii a jejich rodiče. Dětská forma OCD typicky nastupuje mezi 7 – 11 rokem (Theiner, 2014). V rámci výzkumu jsme se proto zaměřili na děti, které byly v terapii ve školním věku 7 – 14 let. Dospívající starší 15 let jsou většinou již na takové vývojové úrovni, která umožňuje použití technik shodných pro dospělé klienty a práce s nimi vyžaduje zohlednění jiných specifik než s dětmi školního věku.

Prevalence onemocnění se v dětské populaci udává 1-2 % (Malá, 2000). Dle Českého statistického úřadu (2020) bylo ke dni 1. 1. 2020 v České republice 919 422 dětí ve věku od 7 do 14 let. Dle těchto údajů se můžeme pokusit o odhad počtu cílové populace dětí s OCD, který by nás dovedl k číslu 9 194 – 18 388 jedinců. Je třeba však brát ohled na zpoždění, se kterým se pacienti dostanou k adekvátní léčbě nebo se do terapie nikdy nedostanou. Reálný počet dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou, které jsou aktuálně vedeny terapeutem, je proto nejspíš mnohem nižší.

Pro výběr jedinců do výzkumného souboru dětí byla stanovena následující **kritéria**:

- jedinci byla diagnostikována obsedantně-kompulzivní porucha
- jedinec navštěvuje či navštěvoval v 7 – 14 letech života psychiatra či klinického psychologa
- jedinec podstupuje či podstupoval v 7 – 14 letech života psychoterapii zaměřenou na OCD
- jedinec není aktuálně starší 18 let.

V původním záměru výzkumu měli být zahrnuti pouze respondenti ve věku 7 – 14 let. Dle předběžných rozhovorů bylo změněno kritérium na výše uvedené, tedy terapii probíhající v 7 – 14 letech dítěte a aktuální věk respondenta do 18 let, pro lepší saturaci dat. Druhým jedincem ve dvojici byl vždy zákonný zástupce dítěte. Pro výběr jedinců do výzkumného souboru byla použita kombinace nepravděpodobnostních metod výběru, a to **prostý záměrný výběr, záměrný výběr přes instituci (psychoterapeuty) a samovýběr**. Na základě stanovených kritérií nám tato metoda umožňuje vybrat do výzkumu účastníky, kteří těmito kritériím odpovídají, a kteří zároveň souhlasí s účastí (Miovský, 2006).

Pro oslovení potenciálních respondentů byli nejdříve osloveni psychoterapeuté pracující s dětskou klientelou. Ti následně zveřejnili oslovení (viz Příloha č. 3) ve svých ambulancích, případně oslovili konkrétní klienty s danou problematikou. V rámci oslovení byli potenciální respondenti upozorněni na dobrovolnost účasti, aby byla snížena potřeba klienta vyhovět terapeutovi. Využito bylo také přímé oslovení výzkumníkem.

Plánovaný počet respondentů ve **výběrovém souboru** byl 5 dvojic rodič a dítě. Výše popsaným způsobem bylo získáno 6 dvojic respondentů. 2 dvojice byly získány díky osobním kontaktům výzkumníka, 2 reagovaly na leták s oslovením umístěným v ambulanci terapeuta a 2 byly přímo osloveny a doporučeny jedním z oslovených terapeutů. Zájem projevily ještě další dvě dvojice respondentů, jejich terapeut však vzhledem k okolnostem terapie nedoporučil účast na výzkumu. V rámci textu pak budeme hovořit celkem o 7 dětech/mladistvých, kdy sedmým je syn respondentky, jejíž dcera se aktuálně léčí s OCD. Jejím synovi je 22 let, nebyl s ním proveden rozhovor, matka však hovoří také o zkušenosti spojené s ním, neboť dlouhodobě (od dětství) podstupoval terapii zaměřenou na jeho OCD. V tabulce respondentů (viz Tabulka 3 a Tabulka 4) je uveden v závorce.

S ostatními respondenty se podařilo absolvovat naplánovaný rozhovor. Rodiče, kteří se zúčastnili se svými dětmi výzkumu, udávali, že oceňují zájem o onemocnění jejich dítěte a projevíli zájem o výsledné zpracování magisterské diplomové práce. Děti a mladiství většinou udávali, že se na účasti s rodiči domluvili, ptali se, kolik takových dětí je, že jsou rádi, že v tom nejsou sami. Účastníkům nebyla přislíbena peněžitá či jiná odměna.

Respondenti splňovali všechna předem určená kritéria. Výzkumu se zúčastnily 4 dívky a 2 chlapci. Zákonným zástupcem byly většinou matky, výzkumu se zúčastnil pouze jeden otec. Charakteristiky výzkumného souboru jsou rozděleny do dvou tabulek. Každé dítě/mladistvý bylo označeno fiktivním jménem pro anonymizaci a lepší orientaci v následném textu. O dítěti či mladistvém bude dále hovořeno pod přiděleným fiktivním jménem a o zákonném zástupci jako např. o matce Petra.

V první z tabulek věnujících se charakteristikám participantů (viz Tabulka 3) je ke každému respondentovi uveden zákonný zástupce, který se zúčastnil výzkumu a aktuální věk dítěte/mladistvého. Dále je uvedena komorbidita, která se u dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou vyskytuje, neboť v některých případech měla vliv na námi zkoumanou problematiku. V posledním sloupci je uvedena případná medikace jedince.

Tabulka 3: Vybrané charakteristiky výzkumného souboru

RESPONDENT (DÍTĚ)	ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE	VĚK	KOMORBIDITA	MEDIKACE
Matěj	matka	12 let	tiky, úzkostně depresivní porucha	ano
Jonáš	otec	16 let	tiky	ano
Pavla	matka	11 let	-	ano
Jana	matka	17 let	-	ano
Eliška	matka	16 let	-	ano
Monika	matka	11 let	-	ne
(Vašek)	matka	22 let	-	ano

V druhé tabulce (viz Tabulka 4) shrnujeme informace k psychoterapii respondentů. Za podstatný považujeme věk zahájení terapie, a zda terapie aktuálně probíhá. S terapeuty respondentů neprobíhaly rozhovory, avšak u aktuálně probíhajících terapií nám po domluvě s respondenty terapeuti poskytli informace o zaměření jejich psychoterapeutického výcviku. Další údaje pro zachování anonymity respondentů neuvádíme.

Tabulka 4: Charakteristiky psychoterapie respondentů

RESPONDENT (DÍTĚ)	Věk zahájení PST	Aktuálně PST	Směr terapeuta
Matěj	8 let	Ano	KBT
Jonáš	9 let	Ne	KBT
Pavla	10 let	Ano	KBT
Jana	9 let	Ne	SFBT ³
Eliška	10 let	Ano	TST ⁴
Monika	Ano	Ne	TST
(Vašek)	11 let	Ne	KBT

³ Solution Focused brief Therapy – Terapie zaměřená na řešení

⁴ Transformační systemická terapie

7 REALIZACE VÝZKUMU A SBĚR DAT

Realizace výzkumu, konkrétně fáze sběru dat proběhla během listopadu 2022 až ledna 2023. Během listopadu byla oslovena většina kontaktů na potenciální respondenty a následně dle kapacity respondentů i výzkumníka domluveny termíny rozhovorů.

V následujících podkapitolách bude představen proces realizace výzkumu. Jednotlivé kroky zahrnovaly oslovení potenciálních respondentů, domluvení rozhovorů, průběh rozhovoru s rodiči a dětmi a mladistvými a užití metody pro zpracování a analýzu dat. Nedílnou součástí výzkumu, především s ohledem na zapojení dětí a mladistvých, je etický aspekt, který je blíže diskutován v poslední podkapitole této části diplomové práce.

7.1 Popis sběru dat

Potenciální respondenti byli osloveni dle využitého zdroje. Osobní kontakty výzkumníka byly osloveny osobně, telefonicky či mailem a následně domluven termín setkání. Zájemci reagující na leták s oslovením umístěným v ambulanci terapeutů oslovili výzkumníka e-mailem, uvedli telefonický kontakt a na něj poté byli osloveni a byl domluven termín setkání. Kontakty z doporučení terapeutů byly osloveny telefonicky. Již během telefonického kontaktu byly respondentům předány stručné informace o účelu výzkumu a byla zdůrazněna dobrovolnost jejich účasti.

Většina rozhovorů proběhla v prostorách ambulance, které má výzkumník k dispozici. Jeden rozhovor proběhl v pracovních prostorech nabídnutých respondentem, vzhledem k lepší dostupnosti pro respondenta. Jeden rozhovor vzhledem k delší nemoci respondenta proběhl online formou videohovoru. Termín a denní doba interview byla vybrána po domluvě s respondenty tak, aby jim vyhovovala, aby dítě nebylo unaveno, aby rozhovor příliš nenarušil běžný program dítěte (například oblíbený zájmový kroužek). Většina rozhovorů proběhla v odpoledních hodinách, v rozmezí 14 – 17 hodin. Jeden rozhovor proběhl v době od 17:30, kdy vyhovoval matce vzhledem k pracovním záležitostem. Dcera (16 let) byla v ten den doma a nebyla proto unavena po škole, tato denní doba jí vyhovovala. Všichni respondenti souhlasili s místem, časem i formou rozhovoru.

Před započítím samotného výzkumného rozhovoru, proběhl nejdříve krátký nezávazný rozhovor pro navození atmosféry a seznámení s dítětem/mladistvým a jeho zákonným zástupcem. Byly představeny veškeré informace týkající se výzkumu a daného rozhovoru a respondenti měli dostatečný prostor na kladení otázek. Následně dle domluvy proběhly rozhovory odděleně s dítětem/mladistvým a zákonným zástupcem.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon. Respondenti byli ústně i v rámci písemného informovaného souhlasu (viz Příloha 4) seznámeni s pořízením audionahrávky rozhovoru a následným zpracováním dat a měli možnost se k této skutečnosti vyjádřit. Všichni respondenti s nahráváním souhlasili. Před zapnutím diktafonu byli respondenti upozorněni, že od dané chvíle je rozhovor nahráván.

Podkladem pro polostrukturovaný rozhovor bylo schéma otázek vypracovaných zvlášť pro rodiče (viz Příloha 1) a zvlášť pro děti/mladistvé (viz Příloha 2). Všem respondentům byly položeny všechny tyto otázky. Zároveň však byla možnost otázky doplnit o téma, které respondent zmínil, a bylo potřeba jej rozvést a doptat se, pokud bylo potřeba informace doplnit, dovysvětlit či rozvinout odpověď respondenta. Všem respondentům bylo na závěr poděkováno za účast na výzkumu. V průběhu i na závěr rozhovoru měli respondenti možnost pokládat otázky týkající se výzkumu.

Nejkratší rozhovor s dítětem trval 20 minut, většina rozhovorů s dětmi/mladistvými trvala 30-35 minut. Nejkratší rozhovor s rodičem trval 30 minut, většina rozhovorů s rodiči trvala 40-45 minut.

7.2 Metody zpracování a analýzy dat

V rámci zpracování a analýzy dat jsme se řídili přístupem **zakotvené teorie**, která má největší potenciál zachytit zákonitosti procesu, v našem případě terapie dětí s OCD. Tento přístup však nebyl dodržen se všemi aspekty v rámci celého procesu výzkumu (Řiháček et al., 2013). Audionahrávky všech rozhovorů byly doslovně přepsány. Po opakovaném poslechu byla provedena kontrola transkripce. Vzhledem k zaměření na obsah, více než na jiné kvality sdělovaného, bylo možné provést tzv. **redukcí prvního řádu**. Jedná se o operaci, při které jsou z textu odstraněny pauzy, odmlky, zachycené zvuky a případně výstelková či opakující se slova. Výsledkem tohoto postupu byl plynulejší text, vhodnější k následné analýze (Miovský, 2006).

První fází analýzy dat bylo tzv. **otevřené kódování**, v rámci něhož byly vytvořeny základní koncepty (Řiháček et al., 2013). V textu byly nacházeny významové jednotky, kterým byl následně přiřazen kód (Miovský, 2006). Případné početnější kódy byly spojeny do obecnějších konceptů. V další fázi byly vzniklé koncepty popsány na základě jejich vlastností a dimenzí (Řiháček et al., 2013). Nezbytnou součástí analýzy dat bylo porovnávání vzniklých konceptů a jejich vzájemné vztahování. Strauss a Corbinová (1999) tuto část analýzy nazývají **axiálním kódováním**. Následně byl vytvořen pracovní model kolem ústředního konceptu, a to procesu terapie dítěte s obsedantně-kompulzivní poruchou.

V rámci analýzy dat byly využity některé pomocné postupy. Rozhovory byly vytištěny a následně byly zvýrazňovány důležité části textu a doplňovány poznámkami. Výzkumník vytvářel myšlenkové mapy k jednotlivým konceptům, částečně metodou tužka papír a částečně s využitím softwarového programu Atlas. ti 8. Myšlenkové mapy se pak staly podkladem pro grafické zpracování výsledků v podobě schémat. Výsledky analýzy dat a jejich interpretaci uvádíme v kapitole 8.

7.3 Etické problémy a jejich řešení

Realizace výzkumu probíhala s vědomím etických zásad výzkumu. Všichni respondenti se zúčastnili výzkumu dobrovolně. Vzhledem k účasti také nezletilých respondentů, byl vypracován informovaný souhlas pro zákonné zástupce (viz Příloha 4). V případě účasti mladistvých byl informovaný souhlas předložen i danému respondentovi. Před předložením souhlasu byli rodiče i děti/mladiství informováni o účelu výzkumu, průběhu rozhovoru a dobrovolnosti účasti. Respondenti byli informováni o pořízení zvukové nahrávky rozhovoru a následném zpracování takto získaných dat. Podrobně byl představen způsob následné anonymizace dat. Respondenti byli upozorněni na možnost kdykoli z výzkumu odstoupit a také svou účast zpětně zrušit, a to nejpozději do 30. 3. 2023, kdy budou data již vložena do studijního systému. Zákonný zástupce měl dostatečný prostor pro kladení doplňujících dotazů.

Náležitosti a průběh výzkumu a rozhovoru byl představen také dítěti, a to takovým způsobem, aby mu mohlo porozumět. Také děti měly možnost klást otázky a byly upozorněny na všechny důležité aspekty uvedené výše. Od dětí byl vyžádán ústní souhlas, rodiče pak potvrdili podpisem písemný informovaný souhlas.

Rozhovory proběhly dle souhlasu zákonného zástupce a dítěte či mladistvého odděleně. Byla diskutována důvěrnost sdělených informací, kdy bude po zveřejnění magisterské diplomové práce možná identifikace v rámci dvojice. Dle sdělených informací o užitých technikách od terapeutů je případně možná také identifikace terapeutem. Této problematiky si byli všichni respondenti vědomi a nebyla pro ně překážkou účasti na výzkumu.

Výzkum se týkal citlivé problematiky klientů – onemocnění dítěte. Byl proto ponechán dostatečný prostor k otázkám, vytvoření atmosféry, na respondenty nebyl vyvíjen žádný nátlak k zodpovězení otázek. Byl zajištěn dostatečný prostor k vyjádření všech názorů i emocí s nimi spojených. Předem byla dohodnuta možnost telefonicky kontaktovat současného terapeuta dítěte po skončení výzkumu, pokud by bylo potřeba ošetřit některá témata. Této možnosti žádný z respondentů nevyužil. Dle sdělení dětí a mladistvých po skončení rozhovoru, nebyla pro ně účast na výzkumu zátěží. Dvě zúčastněné matky projevíly během rozhovoru výraznější emoce, kdy při vzpomínce na počátky onemocnění jim vhrkly slzy do očí. Maminkám byla poskytnuta aktuální emoční podpora, dostatečný prostor emoci vyjádřit, byly opakovaně dotázány, zda si přejí pokračovat ve výzkumu. Obě maminky s účastí i nadále souhlasily.

Během rozhovoru, především části ohledně vnímaných omezujících faktorů a nedostatků dosavadní péče, se někteří respondenti dotazovali na možnosti využití některých technik či zapojení rodičů do terapie. Respondentům bylo doporučeno se obrátit na svého terapeuta a danou problematiku s ním projít. Z dotazování po ukončení výzkumu vyplynulo, že proběhla setkání dvou respondentů se svými terapeuty, kdy terapeuté vnímali tyto požadavky či postřehy klientů pozitivně a do terapie byla zahrnuta nová forma spolupráce či konkrétní techniky.

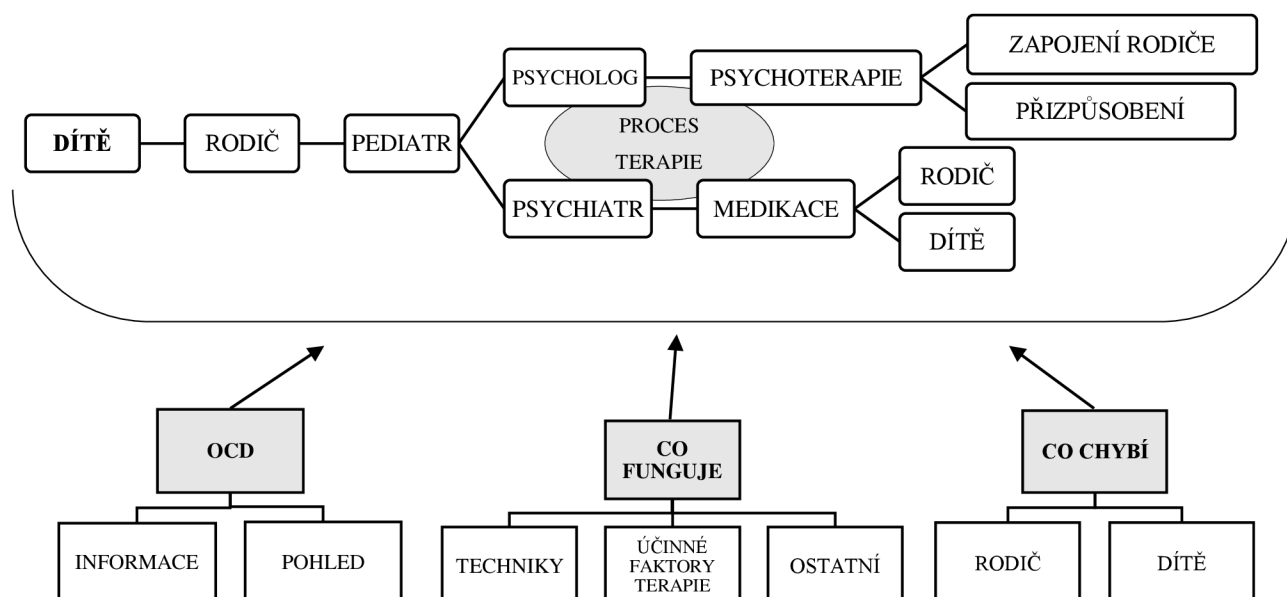
Po proběhnutí rozhovorů byla zajištěna ochrana získaných dat – uložení pod heslem a přiřazením fiktivním jménem. Po transkripci rozhovorů byly nahrávky smazány.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

Tato kapitola je věnována výsledkům analýzy rozhovorů a jejich interpretaci. Text je průběžně doplňován schémata, v nichž jsou zachyceny nejdůležitější kódy a kategorie, které vzešly z analýzy získaných dat, a vztahy mezi nimi. Jednotlivá témata, která jsou na souhrnném schématu (viz Obrázek 5) zvýrazněna, budou blíže prezentována v podkapitolách, které odpovídají stanoveným výzkumným otázkám.

V rámci schématu je patrné, že u některé problematiky jsou významnější jednotlivá témata, kterým se pak v rámci rozhovorů věnovaly děti/mladiství i jejich rodiče (například vnímání OCD nebo co jim v rámci onemocnění pomáhá) a u jiných se projevily spíše odlišný pohled dětí/mladistvých a jejich rodičů (například přístup k medikaci nebo co v péči chybí), kdy konkrétní témata jsou předmětem až detailního zpracování dané problematiky v podkapitolách.

Obrázek 5: Souhrnné schéma



Souhrnné schéma výsledků analýzy dat z polostrukturovaných rozhovorů zahrnuje hlavní kategorie a vztahy mezi nimi. Ústřední téma terapie dítěte s OCD začíná samotným dítětem, které se dostává do péče psychologa či psychiatra. Vzhledem k tomu, že se jedná o nezletilého, musí jej do péče tzv. přivést rodič. V některých případech upozorní na potřebu vyšetření či psychologické péče škola nebo mateřská škola (dále jen školka), kterou dítě navštěvovalo. Následně rodiče zpravidla kontaktovali pediatra dítěte a teprve poté došlo k návštěvě psychologa nebo psychiatra. Podrobněji se cestě, kterou se dítě s OCD dostane do psychologické péče, věnujeme v kapitole 8.2. Od dané chvíle pak začíná proces terapie, který jsme také dle rozhovorů rozdělili do dvou oblastí, a to psychoterapie a medikace. Zatímco u psychoterapie se děti i rodiče věnovali dvěma základním kategoriím, a to zapojení rodičů do terapie a přizpůsobení další terapie, u medikace byl výraznější rozdíl přístupu dětí a jejich rodičů k farmakoterapii. Této problematice je věnována kapitola 8.3.

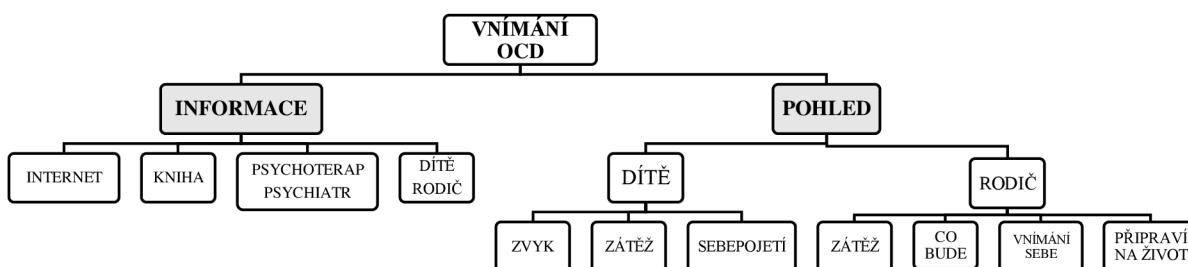
Na to, jak a kdy se dítě do terapie dostane a jak poté terapie probíhá, má dle rozhovorů vliv jednak vnímání obsedantně-kompulzivní poruchy dítětem i rodičem, v rámci něhož jsme identifikovali dvě oddělené kategorie zdrojů a vyhledávání informací o onemocnění a možnostech léčby a samotný pohled či náhled na onemocnění (viz kapitola 8.1). Následně rodiče i děti hovořili o tom, co jim s onemocněním pomáhá, kdy se obě skupiny věnovaly konkrétním technikám, účinným faktorům terapie a ostatním faktorům, které považují za prospěšné (viz kapitola 8.4). Na závěr bylo hovořeno také o překážkách terapie či tomu, co v rámci péče chybí (viz kapitola 8.5), kde převážil spíše rozdíl v názorech rodičů a jejich dětí.

V poslední podkapitole jsou shrnuta základní zjištění z analýzy dat získaných z rozhovorů s dětmi s obsedantně-kompulzivní poruchou a jejich rodičů. Přímá sdělení respondentů budou označena uvozovkami a kurzívou.

8.1 Jak děti s OCD a jejich rodiče vnímají onemocnění?

Při otázkách na vnímání vlastního onemocnění či onemocnění svého dítěte, jsme se nejprve dostali k problematice, kde rodiče i děti informace o OCD získávají. Rodiče i děti/mladiství hovořili o podobných zdrojích, jen s nepatrně jiným stylem využití. Druhou kategorií je pak samotný náhled či pohled na OCD, který se výrazněji lišil z pohledu dítěte/mladistvého s OCD a jeho rodiče. Jednotlivé kategorie a kódy, které zahrnují, jsou pro přehlednost znázorněny ve schématu (viz obrázek 6).

Obrázek 6: Vnímání OCD dětmi a rodiči



8.1.1 Využití zdrojů informací o OCD

Všichni respondenti, a to děti i rodiče, uvedli, že jako zdroj informací používali **internet** a zmínili ho hned na prvním místě. **Rodiče** nejčastěji zmiňovali běžné vyhledávače, kde se snažili především na začátku najít informace, o co se jedná a co s tím mají dělat. Maminka Jany se například snažila na internetu najít, co to může být, když u dcery „vygradovala potřeba pořádku, potřebovala mít všechno na svém místě, nedokázala odejít bez přesně uspořádané aktovky“. Vnímá i větší povědomí o onemocnění „poslední dva roky už je to jiné, než před těmi deseti lety. Informací je na internetu hodně, ale zase nedokážu zhodnotit důvěryhodnost“. Také matka Elišky „když to propuklo, zkoumala přes internet, co to může být“, nedokázala však najít shodné projevy, jako měla dcera. Většina rodičů však polemizovala o důvěryhodnosti těchto zdrojů a raději se pak obrátila na psychologa či psychiatra a tyto informace s ním následně prošla.

Děti/mladiství si také „*googlili*“ svoje problémy, jak to funguje nebo možnosti, co s tím mohou dělat. Častěji než rodiče využívali ale jiné zdroje, než běžné vyhledávače. Jonáš si našel „*youtubera, který teď přiznal, že to má taky*“. Jana našla na internetu „*spoustu známých lidí, co to má, dívala jsem se na hodně dokumentů o nich*“, také na YouTube. Také Elišku zaujala na Instagramu zpěvačka, která trpí OCD. Monika se snažila najít, jestli nemá podobné myšlenky i někdo jiný a našla „*blog, na kterém se nějaká holka svěřuje se svými myšlenkami*“. Tyto osobní zkušenosti konkrétních lidí pak považovali za důvěryhodné, snažili se s nimi ztotožnit. Zmíněná byla také aplikace Nepanikař. Na internetu hledali také způsob, jak si pomoci. Eliška „*hodně hledala na internetu, ale sama si to úplně nezvládla udělat*“. Matějovi přišlo, že všechno má na internetu „*jednoduchý návod, ale ve skutečnosti to vůbec nefunguje*“.

Rodiče i děti/mladiství pak srovnávali informace, které už měli s těmi, které jim poskytl **psycholog nebo psychiatr**. Většina hovořila o možnosti získat tak konkrétní informace o problému svého či svého dítěte. Vysvětlení informací na vlastním příkladu.

Otec od Jonáše a matka od Vaška a Pavly zmínili **knihu o OCD**, kterou jim poskytl psychiatr nebo psycholog. „*Nejdřív jsme dostali nějakou příručku, ale ta byla pro dospělé, pak paní doktorka přinesla nějakou novou knížku pro děti*“ vzpomíná otec Matyáše, „*snažili jsme se to číst, ale přišlo mi, že Matyáš je nějaký vyšší level*“. Matka od Vaška a Pavly však knihu chválí „*bylo fajn mít něco v ruce, něco jsme tam našli nebo nás pak napadlo se na to zeptat paní psycholožky nebo doktorky*“.

Přestože sami rodiče ani děti nezmínili **sebe navzájem** jako zdroj informací přímo v rámci odpovědí, během dalšího rozhovoru vyplynulo, že děti představovaly pro rodiče postupem času významný zdroj informací. „*Eli o tom dokáže krásně mluvit, vysvětlit to. Když si to v terapii urovnala, hodně mi pomohla ji potom pochopit*“, vysvětluje její matka. Matka od Vaška a Pavly se jednak „*dodnes dozvídá od syna nové informace, co se s ním tehdy dělo*“ a zároveň jí syn pomáhá pochopit, co se děje nyní s dcerou „*na začátku nás Vašek upozornil právě na některé projevy u Pavlinky*“. Pro Pavlu je pak bratr hlavním zdrojem informací „*všechno řeším nejdřív s ním, často si voláme a ptám se ho*“. Děti/mladiství měli k rodičům jako „*zdroji informací*“ ambivalentní přístup. Někteří společně s rodiči vyhledávali informace nebo se jich ptali, co s tím mají dělat. Eliška a Jana ale vzpomínají, že už se pak ani raději rodičů neptaly, „*bylo to vlastně tak poprvé, kdy mi přišlo, že mě mamka nechápe*“, vzpomíná Pavla.

8.1.2 Pohled na OCD

Když jsme se s respondenty bavili, jak vlastně vnímají obsedantně-kompulzivní poruchu, a co to pro ně znamená, že ji mají oni nebo jejich dítě, lišil se pohled samotných dětí a jejich rodičů. Společnou kategorií, o které hovořili děti/mladiství i rodiče, byla zátěž, kterou OCD představuje pro dítě/mladistvého a jeho okolí.

POHLED DĚTÍ

Děti/mladiství většinou začínali hovořit o tom, že „*to tak prostě je*“, že je to takový jejich „**zvyk**“ (Jana, Eliška, Matěj). Eliška hovořila o „*tradici, kterou dodržuji, i když třeba nechci*“. Matěj OCD považuje „*za svojí součást, se kterou jsem se naučil nějak žít*“. Výrazně odlišně vnímala OCD Monika, která dochází do terapie nejkratší doby z oslovených respondentů. V jejím popisu se spíše objevovala cizost „*jakoby mi ty myšlenky tam někdo dal, najednou se to objeví a musím nad tím přemýšlet a ptát se*“.

To že se jedná o zvyk však v dalším rozhovoru nevyplývalo v nic pozitivního. Děti/mladiství hovořili o **zátěži**, kterou pro ně OCD představuje. Matěj, Eliška i Jonáš hovořili o velkém vyčerpání, kdy musí spát zpravidla alespoň 12 hodin. Pavla to vysvětluje jako „*neustálou honbu za dokonalostí, kterou i když víte, že je nedosažitelná, snažíte se jí dosáhnout za každou cenu*“.

Z popisu OCD dětmi/mladistvými vyplynulo, že některé jeho projevy či projevy s onemocněním spojené začaly ovlivňovat jejich **sebepojetí**. „*Někdy se mi objevila taková agrese, pocity vůči lidem, vůči zvířatům, nikdy jsem to tak neměla, hrozně mě to polekalo, že taková teď budu*“, vysvětluje Pavla. „*Nabalují se mi na to takové myšlenky, jestli třeba nejsem lesba, ale vůbec mi to tak nepříjde, ale jsem z toho zmatená*“, říká Monika.

POHLED RODIČŮ

Hlavním tématem rodičů a prvním, o kterém začali mluvit, byla **zátěž**, kterou OCD představuje pro jejich dítě i pro ně samotné. Stejně jako jejich děti mluvili o vyčerpání, které OCD a jeho projevy přináší. Zároveň však hovořili o zátěži jich jako rodičů, kdy si hlavně nebyli jisti, nakolik dítěti pomáhat. „*Když si Matěj zapomněl doma tvaroh, normálnímu dítěti bych řekla, ať si to nějak vyřeší, takhle jsem se omluvila z práce a jela pro jeho konkrétní tvaroh domů*“, vzpomíná matka Matěje. „*Pavlinka začala odmítat kontakt s námi, najednou nechtěla obejmout, dotknout jsem se jí nemohla, až jsem si říkala, jestli se mě neštítí*“, popisuje zase matka Pavly a Vaška. Všichni rodiče popisují určité zapojení do symptomatiky svých dětí, kdy se jim snažili co nejvíce „pomoci“.

Při úvahách o OCD dítěte rodiče naráželi na představu o jejich **budoucnosti**. „*Nevím, co to pro něj znamená do budoucna, nebudu mu moct pomáhat pořádk*“ říká otec Jonáše, dále dodává, že „*Jony je inteligentní kluk, ale vysoká by jej zabila*“. Obavy o budoucnost svých dětí měli všichni rodiče. Některým (matce Vaška a matce Matěje) se tento náhled změnil díky terapii, kdy oběma bylo v rámci terapie řečeno, že jejich syny vidí terapeut na vysoké škole, v kolektivu jiných dětí, spokojené. Matce Vaška se to nyní potvrdilo.

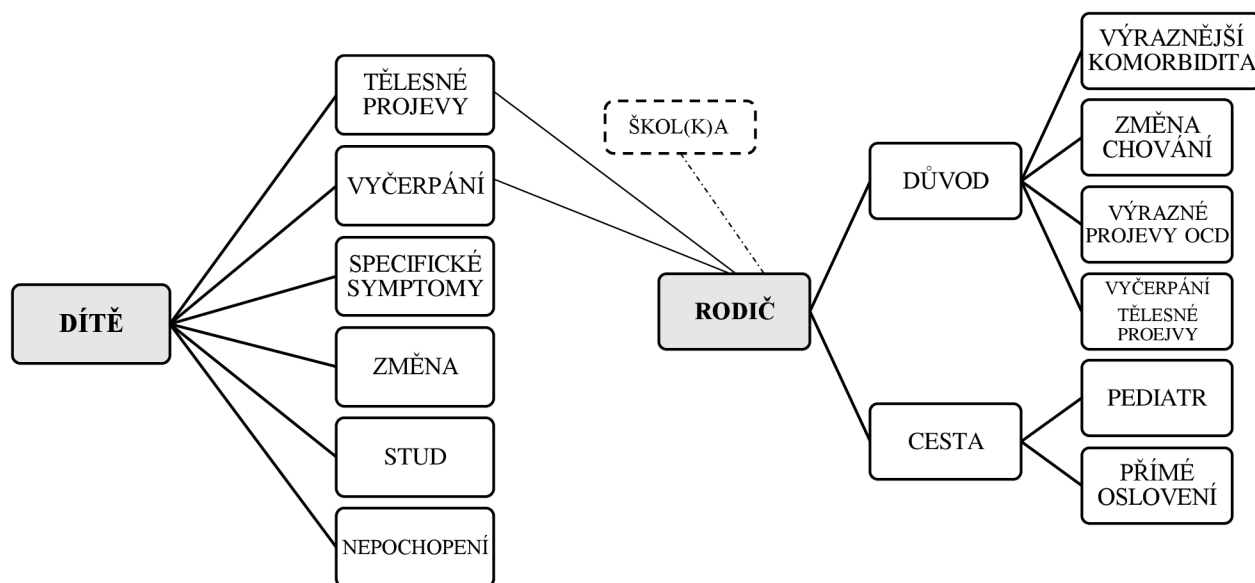
S budoucností se pojí také určitá **přípravenost pro další život**, kterou rodiče díky OCD u dětí spatřovali. Díky terapii vnímali, že budou umět lépe zvládat úzkost nebo stresové situace, se kterými se v dalším životě setkají. Matka Vaška doufá, že „*bude zocelený tady tím životem*“. Matka Elišky vidí svou dceru „*dospělejší, musí řešit jiné věci než její vrstevníci, třeba jí to do budoucna pomůže*“.

Do tématu vnímání OCD u svého dítěte, vstupovalo také **vnímání určitých aspektů u samotných rodičů**. Někteří rodiče si to nespojovali s příznakem OCD, jako například otec Jonáše, který „*má rád vše seřazené, uklizené, ale v normální míře*“. Jiní považovali svoje projevy za určitý základ onemocnění dítěte. „*Tu štítivost má po mě*“, sdělovala matka Vaška, „*naučila jsem se s tím nějak žít, ale vnímám to u sebe*“. „*Já jsem ten typ, co všechno kontroluje, jestli je vypnuto, zhasnuto*“, přiznává matka Jany, „*nějakou obavnost jsem jí asi v genech dala já*“. Také matka Matěje hledala podobné projevy u sebe a manžela, „*vždycky jsem měla větší strach, obavy o rodinu, manžel je zase hrozný puntičkář, tak se to Matějovi tak smíchalo asi*“.

8.2 Jak se dítě s OCD dostává do psychologické péče?

Když se budeme věnovat problematice, jak se dítě s OCD dostane do péče psychologa či psychiatra, začneme samozřejmě u dítěte samotného. Děti popisovaly situaci, která probíhala ještě před tím, než si okolí něčeho všimlo. Mluvily o tom, čeho si všímaly ony, co prožívaly, jak se chovaly. Rodiče pak popisovali již okamžik, kdy začali hledat informace či odbornou pomoc. Jak je naznačeno ve schématu (viz Obrázek 7), tyto dva pohledy působily spíše odděleně, přesto mají některé kódy společné (tělesné projevy, vyčerpání, změna/chování). Pohledy dětí/mladistvých a rodičů na situaci vyhledání psychologické péče si níže představíme.

Obrázek 7: Cesta dítěte s OCD do psychologické péče



CO SE DĚJE NA STRANĚ DÍTĚTE

Děti a mladiství většinou na základě otázky na vyhledání psychologa či psychiatra začali hovořit o situaci, kdy byly jejich problémy nejvýraznější. Jana vzpomíná, že když jí bylo 9 let „*porucha se hrozně rozjela, hrozně jsem plakala ráno, zvracela jsem*“. Také Eliška hovořila o „*šiléných stavech, nevíte, co se děje, myslela jsem, že mi bouchne hlava, jak mě z toho bolela*“. Taky Jonáš vzpomíná na „*hrozné bolesti břicha a hlavy*“. U Matěje byla situace, v rámci níž vyhledali psychiatra, když „*si myslel, že už to nevydrží a nechce žít*“. Všechny situace, ve kterých si děti a mladiství uvědomovali, že se začala hledat odborná pomoc, mají společného jmenovatele, a to **tělesné projevy** dítěte (zvracení, bolesti hlavy, břicha). Všechny děti a mladiství vzpomínají na výrazné **vyčerpání**, kdy hned jak přišli ze školy, lehli si a spali.

Děti/mladiství však také potom začali hovořit o **příznacích**, kterých si všimli mnohem dříve. Některé byly spíše neurčité, jiné naopak pro děti zvláštní a nevysvětlitelné. Jana věděla, že „*je něco špatně*“. Eliška si všimla změny **intenzity** „*vždycky jsem měla ráda věci tak nějak urovnané, ale tehdy jakoby se mi ta laťka zvedla o čtyři metry a nic nebylo dost*“. O intenzitě hovořila také Monika, kterou „*občas napadají třeba nějaké srandovní věci, ale tohle bylo tak divné a prostě to z té hlavy nezmizí, dokud se mamky nezeptám a ona mi*

neodpoví. Pavle začal vadit nečekaný dotek „*jakoby na mě zůstala nějaká energie, jako kdyby tam zůstala, dokud si to nesmetu nebo se toho místa aspoň nedotknu*“. Jonáš vzpomíná na **změnu** oproti tikům, které do té doby měl „*tik jsem nějak nevnímal, prostě si to to tělo udělalo, tohle ale působilo jako takový magic*“. Děti/mladiství někdy popisovali podobné chování i mnohem dříve, ale dodnes to považují vlastně za normální, vadit jim začalo především při změně intenzity či určité bizarnosti.

Celkově hovořili o tom, že něco bylo jinak, něco se změnilo. Oni sami se jinak cítili. Většina projevů a pocitů byla doprovázena pocitem **studu**, jinakosti. „*Bála jsem se, že jsem jiná, snažila jsem se na to nějak neupozorňovat*“, vzpomíná Pavla. Taky Jonáš vzpomíná, že „*se bál o tom mluvit, styděl se za to*“. Eliška si připadala „*hrozně divná, nikdo jiný to tak dělat nemusel, nechápala proč ona*“. Jonáš, Matěj, Jana i Monika se zdráhali svěřit rodičům. Jonáš „*se za to styděl, zrovna mu polevily tiky a hned by přišel s něčím dalším*“. Matěj si uvědomoval, že „*mamka občas brečela, měla toho hodně, asi jsem nechtěl, ať brečí ještě kvůli mně*“. Taky Jana tehdy i dnes raději „*něco mamce neříká, ona to hůř zvládá*“. Monika se zase obávala tématu, kterého se týkaly její myšlenky, a bylo „*trapné o tom mluvit s mamkou, když jsem myslela na to, co by se stalo, kdybychom spolu měly sex*“. Téměř všichni respondenti hovořili také o určitém **nepochopení** ze strany rodičů, když už se odvážili o problémech někdy mluvit.

CO SE DĚJE NA STRANĚ RODIČE

Rodiče začínají stejnou situací jako děti, ale předchozích projevů či změn si nejsou příliš vědomi. Matka Vaška a Pavly říká, že se „*dodnes dozvídá od syna nové informace, čím si ještě dříve procházel*“, kdy syn má dnes již 22 let. Některé specifické symptomy rodiče považovali za normální, někdy je hodnotili i pozitivně. Matka Jany byla „*ráda, že se dcera ve škole snaží, má vše připravené, nachystané. Oproti synovi bylo vlastně příjemné, že na ni nemusela dávat takový pozor*“. Matka Matěje vzpomíná na „*seřazené hračky před spaním, boty v botníku přesně na svém místě*“.

Společným kódem, který se vyskytl v rámci rozhovorů s dětmi i s rodiči, bylo **vyčerpání**. Děti hovořily o potřebě spánku až 12 hodin, a tohoto fyzického vyčerpání si všimli i rodiče. Společně s výraznými **tělesnými projevy** (bolesti hlavy, břicha, zvracení, výrazná ztráta hmotnosti) se jednalo o jeden z důvodů vyhledání lékaře.

Dalšími důvody pro vyhledání odborné pomoci, pak byly spíše projevy, které rodiče vnímali jako přehnané, zvláštní, „*nenormální*“. Jednalo se například o výrazné **komorbidní onemocnění**, a to tikovou poruchu u Matěje a Jonáše, u Matěje zároveň určité projevy úzkostně-depresivní poruchy. Rodiče si dále všímali výrazných **změn v chování**, a to především těch, které měly dopad na běžné fungování. Otec Jonáše a matky Vaška, Matěje i Jany hovořili o odchodech z domu, které se výrazně protáhly. Vyjádření „*vše mu, jí trvalo*“. Matky od Moniky a Pavly vzpomínaly, že dcery se začaly vyhýbat dříve pro ně příjemným aktivitám a tělesnému kontaktu i s rodiči. Také matka Vaška vzpomíná, že „*z kluka, který trávil čas s kamarády, chodil plavat, na volejbal, se stal uzavřený cizinec*“. Tyto změny byly dle rodičů doprovázeny výrazným emočním doprovodem. Změny chování zahrnovaly také výrazné zhoršení prospěchu ve škole.

Pokud si rodiče všimli některých **specifických projevů obsedantně-kompulzivní poruchy**, byly to projevy působící zvláště, bizarně nebo bylo pro rodiče zvláštní vysvětlení tohoto chování dítětem. U Vaška si rodiče všimli častého třepání rukama, kdy musel „*odhánět vše zlé a nečisté*“, odmítání si mýt obličej, „*aby se mu vodou nekontaminovaly oči*“. Také u Jany si rodiče všimli, že „*rukama něco odhání, často polykala, že když polkne, nikomu se nic nestane*“. Matku Moniky zarazily myšlenky dcery, že „*se bojí, co by se stalo, kdyby se spolu vyspaly*“ a opakované dotazy, jestli ji má ráda, kdy ji musela přesně pětkrát ujistit, že ano. Matějova matka vzpomněla situaci, kdy „*v krabici s asi 30 autičky jedno chybělo, Martin to poznal, když ještě ani počítat neuměl a muselo se najít*“.

Ve specifické situaci byla matka Pavly a Vaška, kdy na některé projevy dcery upozornil starší syn, který poruchou taktéž trpí. Některým rodičům (Matěje a Jonáše), doporučila návštěvu psychologa či psychiatra pedagogická pracovnice **školky a školy**. U obou však bylo důvodem podezření učitelky na autismus.

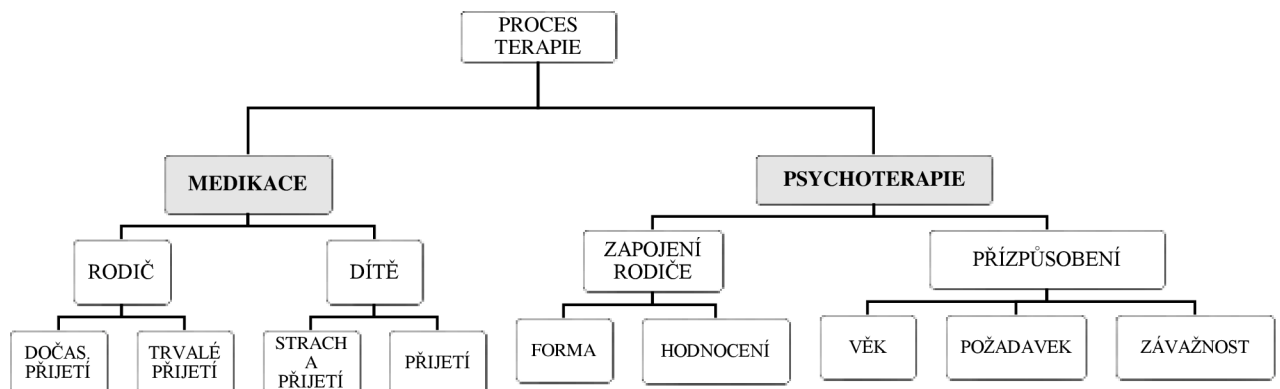
Odborníkem na kterého se rodiče obraceli, byl v první řadě **pediatr**, ke kterému s dítětem docházeli. Matce Elišky však lékařka řekla, že je to normální a přejde to, ať se uklidní. Matce Jany předepsala pro dceru Lexaurin. Pouze obvodní lékařka Vaška řekla matce, že by se mohlo jednat o obsedantně-kompulzivní poruchu a doporučila jim navštívit psychologa. Rodiče, kteří **přímo oslovili psychiatra či psychologa**, měli vždy s onemocněním již nějakou zkušenost (matka Pavly se starším synem Vaškem), někdo z jejich okolí trpěl také OCD (strýc Moniky) nebo bylo již dítě vedeno u psychiatra kvůli jiné problematice (Matěj a Jonáš).

Při pohledu do minulosti rodiče hovořili o první situaci, kdy si s něčím opravdu nevěděli rady. „Vím, co mám dělat, když dítě něco vdechne, píchne ho včela, dokonce i když je v bezvědomí. Ale když dcera nemohla málem dýchat, když jsem jí tužkou udělala čárku navíc do sešitu, to jsem nechápala, co se děje, ale zároveň za tím tehda neviděla nic hrozného“, shrnuje tehdejší situaci matka Pavly.

8.3 Jak děti s OCD a jejich rodiče vnímají proces terapie?

Proces terapie z pohledu rodičů a dětí/mladistvých jsme na základě rozhovorů rozdělili do dvou větších oblastí: farmakoterapie a psychoterapie. Zatímco u farmakoterapie byl výraznější odlišný přístup dětí/mladistvých a jejich rodičů, u psychoterapie jsme identifikovali dvě kategorie (zapojení rodiče a přizpůsobení terapie), o kterých hovořili rodiče i děti/mladiství. Pro větší přehlednost uvádíme dílčí kategorie a kódy také ve schématu (viz Obrázek 8).

Obrázek 8: Proces terapie dítěte s OCD



8.3.1 Farmakoterapie

Všechny děti/mladiství, kteří se zúčastnili výzkumu, byli vedeni také u psychiatra. Všem, kromě Moniky, byla předepsána medikace. V rámci rozhovorů se lišil přístup rodičů a dětí/mladistvých k užívání medikace. Tyto dva pohledy níže představíme.

Z POHLEDU RODIČE

Všichni rodiče hovořili o tom, že stav dítěte byl natolik vážný, že se předepsání medikace nijak nebránili. Vzhledem k vyčerpání a emočnímu napětí jejich dětí se jim to jevilo jako vhodná pomoc. I když měli případně na začátku nějaké pochybnosti, když viděli, jak mohly najednou děti s medikací lépe fungovat, byli spokojeni. Přesto můžeme identifikovat několik odlišných přístupů i mezi rodiči.

Někteří rodiče měli částečně obavu, jestli medikace jejich dítě nezmění. *„Ale viděla jsem, jak je vyčerpaná, nemůže spát, spí pak přes den“*, vysvětluje rozhodnutí matka Míši. *„Vaškovi nastavovali mediakci už v rámci hospitalizace, už mi to bylo jedno, i kdyby jej to utlumilo, hlavně, ať se mu uleví“*, vzpomíná matka Vaška. Matku Matěje znejistěl její manžel, který je lékař a vidá daný lék v nemocnici u starých babiček. Matka však viděla, jak moc to Matějovi pomohlo a nejistota, kterou do ní manžel zasel, zmizela.

Výraznějším rozdílem u rodičů bylo, zda medikaci vnímají jako trvalou záležitost nebo je pro ně důležité její následné **vysazení**. Například pro matku Jany je velmi důležité, aby se léky postupně vysadily. *„Jani již bere léky na astma a nechci, aby toho měla tolik. Navíc brzy bude chodit někam se bavit, bojím se, aby to třeba nezkombinovala s alkoholem. Na druhou stranu jí chci i dopřát, aby se mohla bavit se vším všudy“*. Pro matku Vaška a Pavly a pro matku Elišky představuje vysazení i posledního zbytku medikace znamení, že už jsou děti vyléčené.

Naopak otec od Jonáše a matka od Matěje nijak **na vysazení medikace netrvají**. *„Pokud to bude nápomocné, jako dosud, tak ať mu to pomáhá“*, říká matka Matěje. Otec Jonáše vyjadřuje důvěru ošetřujícímu psychiatrovi *„mi asi nepříšluší určovat, kdy to vysadit. Pokud to někdy půjde, bude to asi fajn, ale hlavně, ať Jonášovi něco pomůže“*.

Poněkud odlišný přístup má matka Moniky, která jediná není dosud medikována. *„Přijde mi, že to ještě není tak hrozné. Moničin strýc má totiž těžké OCD a léky bere a já se tomu asi bráním, aby mi nepřišlo, že už je na tom Monička tak špatně“*.

Z POHLEDU DÍTĚTE

Většina dětí/mladistvých hovořila o současné medikaci jako o něčem normálním, nijak její užívání nepodmiňovali následným vysazením. Výraznější byl však rozdíl v začátcích užívání medikace.

Pavla se hrozně bála jít za psychiatrem, nevěděla o čem má mluvit. Bála se také medikace, že bude odlišná, že „*kdyby to náhodou někdo věděl, ať se na mě lidi nedívají nějak jinak, aby mě nebrali, že jsem nemocná*“. Dnes je ráda, že jí zmizely ty nejhorší stavy. Matěj měl strach, že bude závislý, že bude jenom spát „*hodně o tom se mnou mluvil tatka, začal jsem o tom mít i ty svoje myšlenky, bál jsem se*“. Matka Matějovi domluvila schůzku s terapeutem i s psychiatrem právě ohledně medikace. „*To mi pomohlo, že mi to tak vysvětlili a pak jsem se mohl jakože rozhodnout. Hodně se mi pak ale ulehčilo, když jsem to dostal ty léky*“.

Jana je zvyklá brát léky kvůli astmatu, „*tak to pro mě bylo normální prostě nějaké léky brát. Jen jsem se lekla, že už je to se mnou tak vážné, ale zase jsem věděla, že s tím astmatem mi to taky pomohlo, tak jsem to brala jako další pomoc*“, vysvětluje odlišný přístup oproti její matce. Ani vysazení nevnímá za tak důležité jako její matka. Ví, co si s léky může dovolit a „*je s tím v pohodě*“. Postojem své matky si je vědoma také Eliška, pro kterou je současná medikace vítanou pomocí „*zkoušeli jsme troje prášky, tak jsem ráda, že mi už jedny sedly a nechci to měnit*“. „*Moje mamka se s tím furt úplně nevypořádala. Má takový pohled, že budu v pohodě, až vysadím ty prášky. Ale tak to není*“.

8.3.2 Psychoterapie

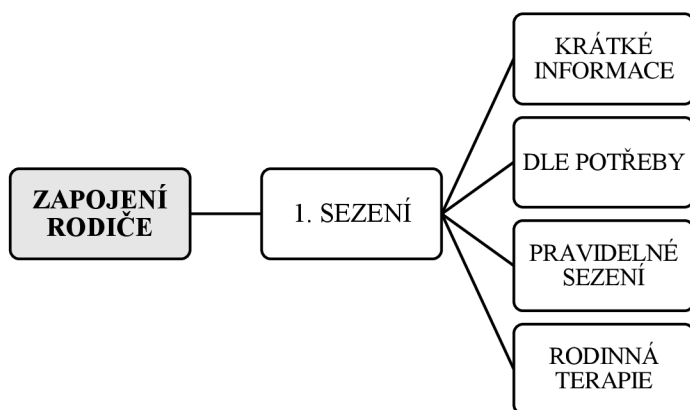
V rámci psychoterapie jsme na základě analýzy rozhovorů identifikovali dvě kategorie, a to problematiku zapojení rodičů do terapie a přizpůsobení terapie různým aspektům. K těmto dvěma oblastem se vyjadřovaly jak děti/mladiství, tak jejich rodiče.

ZAPOJENÍ RODIČE

O zapojení rodiče do terapie bylo oběma skupinami hovořeno jednak z pohledu formy či rozsahu zapojení, a poté z pohledu spokojenosti s tímto zahrnutím rodiče do terapie. S ohledem na **rozsah zapojení** (viz Obrázek 9) byl rodič vždy přítomen na prvním sezení s dítětem. Někteří rodiče pak docházeli na terapii pouze za účelem přivedení a odvedení dítěte, kdy byli jenom krátce informováni (rodiče Jany a Elišky). Matka Matěje byla psychoterapeutem zvána podle toho, jak bylo zrovna potřeba. „*Když jsem třeba já potřebovala něco probrat nebo když jsme se domluvili s Matym, nebo když paní*

psychoterapeutka se dostala s Matým k něčemu, co se nás týká, tak jsme vždy měli sezení spolu my dva a ona.“ Rodiče Matěje jsou rozvedeni, proto byl dvakrát pozván na terapii také otec. Ve stejném režimu probíhala terapie také u Jonáše, kdy byli v tomto případě zvaní oba rodiče, pokud to situace vyžadovala: „Já jsem tam s Joným chodil, takže jsme vždy stihli

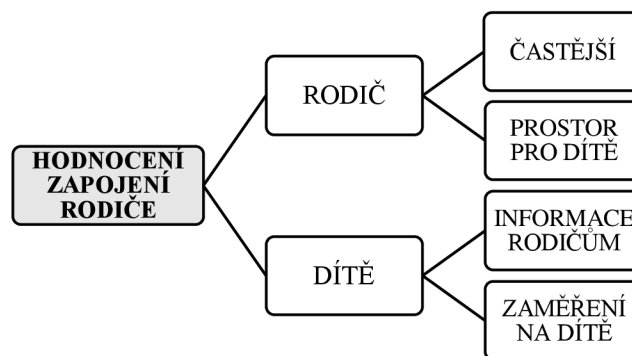
Obrázek 9: Zapojení rodičů do terapie



něco probrat, ale když bylo potřeba, raději jsme šli oba s manželkou a měli ten prostor pro sebe“. Domluvená pravidelná sezení měla pouze matka Vaška a Pavly, a to během nejintenzivnějšího období Vaškova onemocnění. V rámci schématu vidíme méně zvýrazněnou rodinnou terapii, neboť ta neprobíhala u žádného z respondentů. V současné době byla psychoterapeutem nabídnuta matce Moniky.

Druhou oblastí je pak hodnocení dané formy zapojení rodičů, jak dětmi/mladistvými, tak rodiči samotnými. Jak je patrné ze schématu (viz obrázek 10), kódy identifikované z rozhovoru s dětmi a rodiči jsou si podobné. Přesto se hodnocení rodičů a dětí poněkud lišilo, a proto nám přišlo vhodné toto rozdělení. Pokud se jednalo o potřebu častějšího zapojení rodičů do terapie, byly důvody na obou stranách podobné, a to především větší informovanost rodičů. Míša by ocenila, aby se mamka do terapie více zapojila, aby jí

Obrázek 10: Hodnocení zapojení rodičů do terapie



nemusela sama říkat, co se na terapii dělo. „Navíc si pak mamka hledá informace na internetu, ten je plný lží.“ Matka Jany ale naopak vnímá terapii jako prostor pro Janu, kde se může vyjádřit právě proto, že je jí nepříjemné o tom, před ní mluvit, protože ví, že se o ni bojí. „Vím, že času není mnoho a chci, aby jej mohla využít Jani“. Matka Elišky by naopak ocenila větší zapojení do terapie dcery s ohledem na informace i celkově, aby věděla, jak to

Eliška má, aby jí mohla pomoci. Právě Eliška ale vyjadřovala potřebu většího zaměření na ni samotnou, a to především v úvodu terapie. *„Můj tatka měl tehdy problém s alkoholem, tak se řešilo hlavně to, pak dlouho i nějaké vztahy, ale nikdo se nezeptal mě“*, vzpomíná Eliška.

Větší zaměření na sebe by občas uvítala také Pavla, jejíž maminka mívala u jejího bratra pravidelná sezení s terapeutem. Pavla *„ví, že to mamka myslí dobře, ale někdy je té péče a zájmu až moc, raději bych s tím psychologem prostě jenom nějak prakticky vyřešila, co zrovna potřebuji a nezabývala se tím, co myslí mamka“*. Zároveň ale hovoří o otci, kterého by naopak alespoň na jedno sezení chtěla pozvat, protože jí přijde, že mu to *„s bráchou nedokáží sami vysvětlit a asi by to potřeboval slyšet od někoho jiného“*. Větší zapojení otce do terapie by pak uvítal také Matěj i jeho matka, která je s otcem rozvedená. Otec však o spolupráci s psychologem nemá zájem.

Jana, Pavla i Jonáš navíc hovořili o tom, že by *„možná bylo fajn, kdyby mamka měla terapii nějakou pro sebe. Vím, jak moc ji to trápí, třeba by to pomohlo“*, vysvětluje Jana. Jonáš si všiml, že *„mamka pořád ještě brečí skoro pokaždé, co o tom mluví. Možná by spíš měla chodit ona“*.

PŘIZPŮSOBENÍ TERAPIE

Děti/mladiství i rodiče hovořili o určitém dostatečném či nedostatečném přizpůsobení terapie určitým aspektům, které jsme identifikovali jako věk, požadavky a závažnost. Všichni respondenti začali docházet do terapie ve **věku 8-11** let. Rodiče nejmladších dětí v počátku terapie (Matěj, Jonáš, Jana a Vašek) ocenili přizpůsobení terapie dětem. *„Na začátek spolu dělali nějaké barvičky, kreslili si, to se mi líbilo“*, vzpomíná matka Jany. *„Vzpomínám si, že tam Jonáš blbnul něco s polštářema asi i nějaké jiné hračky tam byly, aspoň se podruhé nebál tolik přijít“* vysvětluje otec Jonáše. Zatímco Matěj souhlasí, že *„bylo asi fajn nejdřív si tak zvyknout, pobavit se spíš kolem, něco tam nakreslit“*, Jana zpětně hodnotí *„přišla jsem tam, když mi bylo fakt už hrozně, měla jsem zmatek v hlavě a kreslila jsem strom, to mi asi moc nepomohlo. Trvalo dlouho, než jsme se k někomu dostali, tak možná jsme mohli začít přímo, jak mi pomoci“*.

Rodiče pozitivně hodnotili, pokud terapeut zohledňoval **vývoj dítěte** i v průběhu pár let. *„Matěj je tak napřed, často působí spíš jako dospělý. Paní psychologka s ním tak postupně dokázala mluvit, rázně, jako s dospělým, to já nedokážu“*, vysvětluje matka Matěje. Přizpůsobit terapii postupně věku syna se z pohledu rodičů povedlo také u Jonáše. Eliška

však ve věku 13 let psycholožku změnila. „*Problémy se mi začaly hodně vracet a asi jsme se už úplně nepotkaly s paní psycholožkou, že už jsem nebyla to dítě*“.

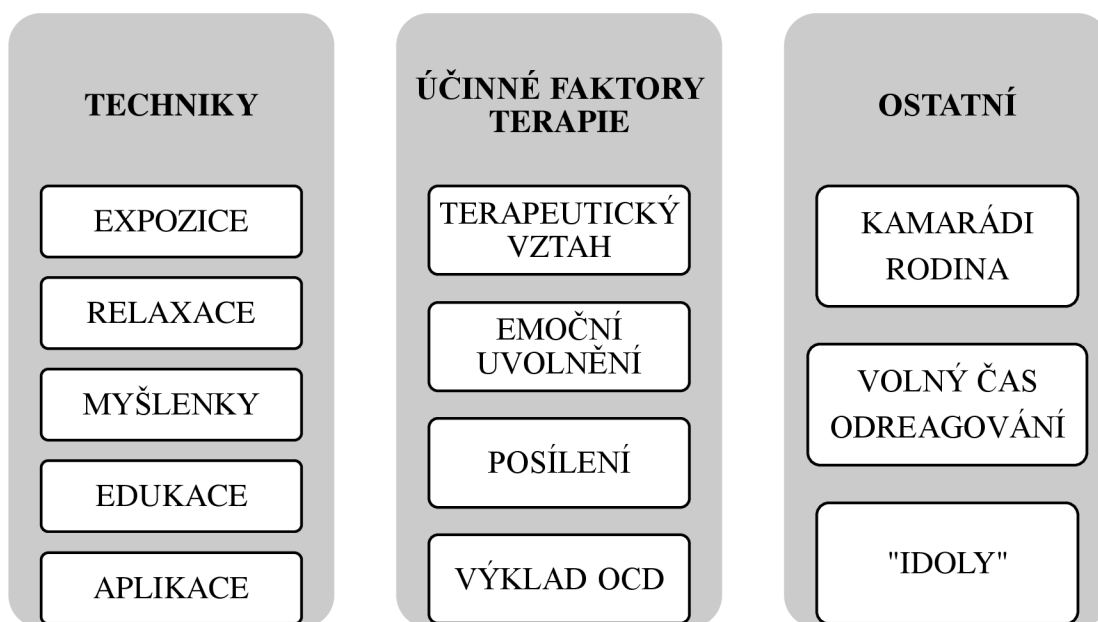
Proces terapie rodiče i děti/mladiství hodnotili také na základě toho, jak dokázal terapeut reagovat na jejich **požadavky**. Jonáš byl rád, že se s terapeutem „*vždycky dalo domluvit, co zrovna potřebuju, tohle a tohle mi vadí, tak dělej tohle a tohle, že jsem si to tak sám mohl říct*“. Eliška naopak vnímala „*jakoby ta terapie měla nějaký daný průběh a mě se nikdo moc neptal, co potřebuji*“. Někdy je patrná také ambivalence požadavků dítěte a rodiče. Matka Jany byla ráda, že psycholožka s dcerou procházela více oblastí, zaměřila se i na vztahy, a to jí přišlo důležité. Jana naopak nechápe „*proč se mnou řešila nějaké vztahy, když jsem prostě měla ty myšlenky úplně jinde*“. Na druhou stranu matka Jany v dané době řešila závislost na alkoholu u manžela a neměla na Janu úplně čas, psycholožku proto poprosila, aby řešila hlavně ji. Taky Jana ocenila, že se jí na otce na začátku vyptala, ale pak byl ten prostor její.

Jako významné téma pro rodiče působilo také přizpůsobení péče **subjektivně vnímané závažnosti** onemocnění a aktuálního stavu jejich dítěte. Pokud se péče odvíjela od aktuálního stavu dítěte, byli rodiče většinou spokojeni. Zároveň však popisují situaci, kdy terapie probíhá třeba jednou za měsíc, „*ale během toho měsíce se stane tolik věcí a tolik krizových situací, že bych potřebovala se na někoho obrátit okamžitě*“, vysvětluje matka Elišky. Téměř všichni rodiče však zmínili možnost psychologovi či psychiatrovi kdykoli zavolat, kdyby se situace výrazně zhoršila a následnou snahu o vstřícnost a dřívější termín.

8.4 Co dětem s OCD a jejich rodičům pomáhá?

S rodiči i dětmi jsme hovořili o aspektech, které jim v rámci terapie OCD pomáhají. Rodiče i děti/mladiství hovořili spíše v laických pojmech, popisovali, co jim pomohlo svými výrazy. Navíc primárně hovořili především o ostatních podpůrných faktorech, teprve při konkrétnějších otázkách jsme se dostali k terapii jako takové. Přesto jsme v rámci analýzy získaných dat z rozhovorů identifikovali tři větší kategorie: techniky, účinné faktory terapie a ostatní pomocné aspekty (viz Obrázek 11). Rozdíly v odpovědích rodičů a dětí/mladistvých nebyly tolik výrazné, do popředí se dostala spíše jednotlivá témata.

Obrázek 11: Podpůrné faktory terapie OCD u dětí



TECHNIKY

Z konkrétních technik byly nejčastěji zmiňovány různé formy **expoziční**. Pro Matěje jsou expoziční „něco reálného, co můžu hned udělat a hned vidím, co to dělá“. Taky jeho matka si uvědomuje, že dodnes asi nejvíc pomohlo „se tomu vystavit, nevyhýbat se tomu“. Většina rodičů hovořila o této technice slovy „zkusit to neudělat“, děti pak dokázaly uvést konkrétní příklady expozičních, které zkoušely. U dětí/mladistvých se zase častěji vyskytovalo slovní spojení „vystoupení z komfortní zóny“, pod kterým popisovaly situace, kdy se nejednalo vyloženě o plánovanou expoziční, ale vystavování se nepříjemným situacím, Pavla třeba zkusila jít neupravená nakoupit, Jonáš občas vyzkouší hrát s jiným číslem na dresu.

Všechny děti/mladiství i rodiče zmínili některý typ **relaxace a klidného dýchání**. Jonáš, Jana a Eliška srovnávají autogenní trénink s progresivní svalovou relaxací. Pro všechny byl autogenní trénink spíše nepříjemný. Jonáš si představoval „jak krev může roznést po těle různé věci a začal jsem přemýšlet, že když ležím na tom lehátku, můžu přenést tu energii těch ostatních lidí a mít to špatné v sobě“. Taky matka Vaška vzpomíná, že si všechny pocity, které si měl u autogenního tréninku představovat, spojoval s různými poznatky z biologie a „ty jeho myšlenky to spíš podněcovalo“. Jana i Eliška hovoří spíše o neurčitých nepříjemných pocitech a neschopnosti zastavit myšlenky v hlavě, které „měly jakoby klid na to mi tam běhat“, popisuje Eliška. Pro Moniku byla zase „taková ta pomalá

relaxace nudná“. Za nápomocnou však všichni považovali progresivní svalovou relaxaci. *„Takovéto napínání a uvolňování, to bylo skvělé, to můžu i tajně někde si udělat, když to přijde“* popisuje Matěj.

Děti/mladiství, kteří měli možnost nějak pracovat se svými **myšlenkami**, toto považovali za prospěšné. Martin dodnes někdy používá techniku, kdy *„si myšlenku představím třeba jako balón, zmenším si ji, vyfouknu a pak pořádně odpálím pryč, jakože v hlavě“*. Monika popisuje využití mindfulness, kdy zkouší si *„myšlenky jakože všimnout, kouknout na ni jako třeba na mrak a pak ji nechat odejít“*. Matka Vaška vzpomíná na *„tabulky, co si nějak psal tu myšlenku, když se mu třeba hodně opakovala ta s tou kontaminací očí, tak to pak různě rozepisoval, psal si tam různé pro a proti“*, popisuje kognitivní restrukturalizaci u syna.

Výrazně nápomocná byla respondenty vnímaná taky **edukace**. *„Strašně mi pomohlo, vědět o co jde, co od toho můžu čekat“*, uvádí matka Matěje, které se zároveň ulevilo, že se nejedná o autismus. V podobném duchu hodnotili edukaci také ostatní rodiče. Děti vnímaly především, že jim pomohlo *„vědět, co od toho mám čekat, nikdy jsem u psychologa nebyl, neznám nikoho, nevěděl jsem, co u něj budu dělat“*, říká Matěj. Tedy vědět, jak bude terapie probíhat. Janě se třeba *„hrozně ulevilo, že mi paní doktorka nebude píchat injekce“*. Jonáš vzpomíná, když mu paní psycholožka *„nakreslila takový kruh a tam mi to ukázala, jak to může fungovat, tak to najednou jakoby všechno do sebe zapadlo“*.

Jana a její matka zmínily ještě aplikaci Napanikař. Matka si myslí, že *„lítající balónky toho moc nespasí“*, ale Jana ji považuje za *„fajn pomocníka do kapsy“*. Aplikaci úspěšně využívá i Jonáš, Matěj a Eliška.

ÚČINNÉ FAKTORY TERAPIE

Velký význam přikládali rodiče i děti/mladiství účinným faktorům terapie. V rámci analýzy dat z rozhovorů bylo možné identifikovat zmínku o **společných** (terapeutický vztah, výklad poruchy, emoční uvolnění, posilnění) i **specifických** (emoční podpora, náhled, učení, nácviky) **účinných faktorech terapie**. Níže je představíme tak, jak o nich mluvili respondenti.

Matka Matěje by spíše než nějaké metody vyzdvihla *„pro to dítě důležitější napojení na někoho“*. Rodiče hovořili o důležité možnosti si s někým popovídat. *„S někým, kdo tomu rozumí a hlavně se umí zeptat“*, popisuje matka Jany, která dodává, že jí dcera *„nemůže říct*

všechno, ví, že se o ni hodně bojím“. Matka Elišky vnímá terapii jako „bezpečný prostor pro dceru, kde se může svěřit, ten člověk ji pochopí“.

Otec Jonáše i matka Moniky a matka Vaška hovořili o tom, že si jejich děti s terapeutem „sedly“. Že se na terapii těšily, probíraly i jiné věci než dané onemocnění, že ten „vztah tam prostě fungoval“.

Elišce nejvíc pomohlo, když se jí snažili „změnit ten pohled na tu poruchu“. Podobně to vnímala také Jana. Obě ocenily, že se mohly pobavit s někým, kdo tomu rozumí, teprve tam měly možnost „to pořádně ventilovat a naplno říct“. Jonáš u terapeuta oceňoval „energii, kterou tak nějak uměl předat“.

Rodiče oceňovali naději, která jim v rámci terapie dítěte byla poskytnuta. „Když mi zprostředkoval takový pohled do budoucna, co od toho můžu čekat, to mi hodně pomohlo“, vzpomíná matka Matěje. „Terapeut říkal, že jednou bude mít zase kamarády, občas si udělá malou kompulzi a bude spokojený“, to se dobře poslouchalo, vzpomíná matka Vaška.

OSTATNÍ

Kategorie, které jsme zařadily pod ostatní podpůrné aspekty, byly ty, o kterých začaly zcela spontánně mluvit první děti/mladiství a také všichni rodiče je zmínili jako významné faktory. Děti/mladiství, kteří mají kolem sebe **kamarády**, se kterými si rozumí, kterým se mohou svěřit nebo se s nimi odreagovat, je považují za nejvíce nápomocné. „Nejvíc mi pomáhá se socializovat, když jdu s kamarády ven“, říká Jonáš a potvrzuje to i jeho otec „musí vypadnout z domu, bavit se s kámošema, tam funguje“. Matka Vaška a Pavly v tom u svých dětí vidí rozdíl, kdy „Pavlinka to má hodně jednodušší než Vašek, oni ji v tom kolektivu strašně berou, kluci k ní vzhlížejí. Když Vašek změnil kolektiv, vše se nějak začalo zlepšovat“. Matka Matěje zase vidí rozdíl po přestupu do kolektivu na víceleté gymnázium „ta změna je tak obrovská, když má kolem sebe skupinu fajn kluků“. O vlivu kolektivu mluvila také matka Elišky, kdy „na táboře téměř normálně fungovala, v té třídě to pro ni ale bylo o dost těžší“. Rodiče pak často zmiňovali vlastní rodinu jako velkou podporu při obtížích s OCD.

U některých dětí se kamarádi pojí také s **trávením volného času**. Jonáš chodí hrát fotbal, dle otce „to tam dokáže vybit“. Elišce zase pomáhá sport, kick box, Pavla chodí s rodiči běhat. Dětem/mladistvým pomáhají také jiné formy odreagování – poslouchání písniček, filmy, zazpívat si. Jana trochu bojuje s tím, že ráda uklízí, ví, že je to asi součást poruchy, „ale já si u toho opravdu nejvíc odpočim“.

Častým pomocným prvkem bylo také vyhledání **někoho, kdo to má taky**. U většiny dětí/mladistvých se navíc jednalo o osobu, ke které mohou vzhlížet, která něco dokázala („idol“). Jonáš s otcem hledali různé fotbalisty, kteří také bojují s OCD. Navíc sleduje YouTubera, který se teď přiznal, že má OCD. Pro Pavlu, která ráda zpívá, je motivací zpěvačka, která je známá, slavná, přitom má OCD. Jana sleduje dokumenty o slavných osobnostech s OCD a jinými duševními problémy. Také rodiče oceňují možnost setkat se a promluvit s někým, kdo má OCD a v životě už něco dokázal. Otec Elišky poprvé začal o daném onemocnění více mluvit, když se mu svěřila klientka, žena na vyšší pozici, že má OCD.

Pavla ještě dodává, že „*někdy je prostě nejlepší to vybrečet nebo vykřičet*“. Jonáš, Matěj i Pavla ještě přiznali, že „*někdy nejvíc pomůže to /kompulzi/ prostě udělat*“.

8.5 Co dětem s OCD a jejich rodičům v péči chybí?

Na závěr jsme s rodiči i dětmi/mladistvými hovořili o tom, co je v rámci péče a terapie omezuje či jim chybí. Na rozdíl od pomocných faktorů se v tomto tématu spíše lišil pohled dětí a rodičů (viz Obrázek 12). Společným tématem, o kterém hovořily děti/mladiství, tak rodiče byla skupinová terapie pro děti.

Obrázek 12: Co chybí v péči o děti s OCD



Z POHLEDU RODIČE

Většina rodičů hovořila o určité formě **první pomoci** či **kontaktu na rychlou pomoc**. „*Když má dítě angínu, zlomí si nohu, vím hned, co dělat. Když ho ale chytne velká úzkost, co mám v té chvíli dělat*“, ptá se matka Matěje. „*Už jsem nevěděl, jestli ho mám polít kýblem studené vody, proplesknout nebo obejmout*“, vzpomíná otec Jonáše. Přestože někteří rodiče dostali určité obecné rady, co dělat, nedokázali je jako například matka Jany „*použít v tak nevypočitatelné situaci, která vypadala pokaždé jinak*“. Spíš by proto potřebovali mít možnost se na někoho obrátit o radu k aktuální situaci. Zde se opět objevovalo přirovnání k somatickému onemocnění. „*Když má děčko horečky, nějaký záchvat kašle, můžu jet na pohotovost, zavolat pediatrovi a poradit se. Kam mám ale volat s takovými záchvaty úzkosti?*“ klade si otázku matka Elišky. Zároveň rodiče spojovali tuto potřebu s delšími termíny u psychologa či psychiatra.

Dalším tématem chybějícím v péči jsou podle rodičů **skupinová setkání pro rodiče** či skupinová terapie pro děti. Matka Matěje hovořila o tom, že „*si v tom přišla sama, nevěděla, jestli to řeší i někdo jiný*“. Matka Elišky by takovou skupinu potřebovala pro manžela, kterému „*trvalo rok, než to začal přijímat, teprve díky klientce z práce, která mu řekla, že má taky OCD to začal trochu brát*“. I ona by se ráda potkala „*s člověkem, který už se s tím naučil bojovat nebo s rodinou takového člověka*“. Matka Vaška a Pavly a otec Jonáše by uvítaly spíš nějakou **skupinu pro děti**. „*Rodiče to většinou tají, nemluví se o tom. Martin často řešil, že jenom on musí chodit k psychologovi, že nikoho jiného nezná*“, vzpomíná jeho matka. Otec Jonáše v tom spatřuje možnost zjistit, „*že to má i někdo jiný, třeba že dělá sice něco jiného, ale že prostě není sám a divný*“. Matka Moniky by byla ráda, kdyby dceři „*i někdo jiný než já nebo dospělý psycholog, třeba nějaký vrstevník, řekl, že má ty myšlenky podobné, že to není trapné, že to může mít každý*“.

Výrazným tématem zmiňovaným více rodiči byl **přístup školy**. Přestože se nejedná vyloženě o překážku či chybějící aspekt terapie, rodiče jej zmiňovali jako negativní nebo alespoň problematický faktor v rámci onemocnění jejich dítěte. Všichni rodiče, kromě matky Moniky, kterou onemocnění ve škole příliš neovlivňuje, si nevěděli rady, zda o onemocnění dítěte školu informovat. „*Matěj už byl tak v té škole jiný, nevěděla jsem, nakolik upozorňovat ještě na tohle a na kolik mu tím připravovat i nějaké prostředí*“, vzpomíná matka Matěje. Eliška se zase setkala kvůli svému chování se šikanou spolužačky „*paní učitelka to vyřešila vždy tím, že mi zavolala, ať si pro ni přijedu, že jí je špatně a říkala mi, že je na mě závislá, že nezvládá odloučení*“, popisuje situaci matka Elišky. Po změně školy se mnohé upravilo,

úzkosti nebyly tak velké „Eliška má ale hodně spojené to OCD se školou, s tím výkonem a prospěchem, tak se po ní vezla učitelka, že je šprtka“. Rodiče Matěje a Elišky si nakonec s třídním učitelem promluvili a přístup školy byl vstřícný. Matějovi a Pavle pak dle rodičů pomohla distanční výuka během covidu. Otec Jonáše dodnes se školou o OCD nemluvil, Jonáš si to nepřeje. Jonáš v rámci rozhovoru říkal, že nechce, aby to vědělo víc lidí, „*nechce, aby si ve škole mysleli, že je jiný, protože on je normální, nechce se vylučovat z té normální společnosti*“.

Pocit rodičů z obsedantně-kompulzivní poruchy u jejich dítěte možná shrnuje shodná první spontánní odpověď čtyř rodičů na otázku: Co by vám nejvíce pomohlo, s čím jste se dosud nesetkali: „*aby to neměl/a*“. Zároveň všichni rodiče projevovali vděk za dosavadní péči a o tématech, které jim v rámci péče chybí, hovořili až po opakovaném položení otázky.

Z POHLEDU DÍTĚTE

Společným tématem dětí i rodičů byla **skupinová terapie či setkání pro děti**. Skupiny si děti/mladiství představovali jednak jako setkání s někým, kdo s OCD žije již déle, třeba i dospělý člověk, aby viděli, jak se s tím dá žít. „*Bylo by fajn si popovídat s někým, kdo to opravdu zažil, jak se s tím vypořádal, že se mu žije fajn i s těmi problémy*“, sdělil Jonáš. Petra zase zná zpěvačku, která má OCD a přesto je velmi úspěšná „*s někým takovým bych se ráda potkala, to bych viděla, že můžu být někým, i když mám ty svoje zvyky*“. Jana i Eliška mluvily spíše o setkání s jinými dětmi, které v té době trápí něco podobného „*abych věděla, že v tom nejsem sama, že nejsem jenom já taková divná*“, vysvětlila Jana. Eliška by zase skupinu využila jako podporu v rámci terapie „*nebyla bych v tom sama, mohli bychom se nějak třeba hecovat v tom ty věci vyzkoušet, vydržet*“. Monice by stačilo, kdyby jí někdo jako je ona řekl, že to má taky, že je to normální „*pořád se za ty myšlenky hrozně stydím. Věřím paní psychologce, že to je normální, ale stejně by se mi ulevilo slyšet to od někoho, kdo to tak opravdu má*“.

Všichni tři mladiství, kteří se výzkumu zúčastnili, ale psychoterapie probíhala již od jejich 9 či 10 let (Jonáš, Jana a Eliška), by zpětně ocenili větší **zaměření na jejich myšlenky**. „*Já měla v hlavě hrozný chaos, pořád se tam něco děje, je tím člověk zahlcený*“, vzpomíná Jana. Taky Eliška by ocenila, kdyby se jí někdo na ty myšlenky zeptal. Jonáš z dnešního pohledu zhodnotil, že „*bych asi nezvládl úplně to, co děláme teď s takovou tou rekonstrukcí té myšlenky, ale ty myšlenky jsem měl v té hlavě i tehda, tak aspoň, jak je ztišit*“. Dokonce i Pavla (11 let) mluví o tom, že „*i když zvládnou takový ten úkol, že něco neudělám, tak ta hlava si to přepne a ty myšlenky si najdou nějaký jiný problém*“.

Většina dětí/mladistvých zmínili v rámci hovoru o překážkách či chybějících aspektech péče **zapojení rodičů do terapie**. Některé jej však vnímali jako nedostatečné, jiné naopak jako nadměrné. Toto téma jsme již přiblížili v rámci kapitoly 8.3.2.

Jana, Jonáš, Eliška i Monika použili během rozhovoru slovní spojení „*nejsem malé dítě*“, a to i při vzpomínce na terapii probíhající kolem věku 10 let. Každý ale v poněkud jiném významu. Jana by ocenila, kdyby se terapeut nebavil o terapii hlavně s rodiči, ale „*aby se někdo i mě zeptal, co od toho chci. Se mnou sice paní psycholožka něco dělala, ty úkoly a tak, ale pak to řešila s rodiči*“. Eliška by zase byla ráda, kdyby jí tu nemoc někdo vysvětlil i dříve „*dnes mi to už paní psycholožka popisuje v té terminologii, to mi hodně pomohlo. Kdyby mi to někdo vysvětlil takhle reálně a ne přes obrázky už dřív, byla bych ráda*“. Monika z tohoto pohledu hodnotí i současnou terapii „*ty hry jsou fajn, ale někdy nevím, k čemu to je. Chtěla bych, aby mi někdo pomohl přímo s tím, co se mi honí hlavou*“. Jonáš se už ve věku 13 let rozhodl, že „*už mám ten mozek skoro dospělý, tak když už to mám tak dlouho, tak můžu toho psychologa jakoby dělat sám*“.

8.6 Shrnutí výsledků výzkumu

V rámci výzkumu jsme se zaměřili na pět výzkumných otázek. Zde nabízíme krátké shrnutí výsledků ke každé z nich. Základní identifikovaná témata a vztahy mezi nimi jsme uvedli v rámci schématu již na začátku kapitoly věnované interpretaci výsledků (viz Obrázek 5).

JAK DĚTI S OCD A JEJICH RODIČE VNÍMAJÍ OCD?

Identifikovali jsme dvě kategorie, a to zdroje informací o OCD, které rodiče a děti využívají a samotný pohled dětí/mladistvých a jejich rodičů na onemocnění. Nejčastějším zdrojem informací je pro rodiče i děti/mladistvé internet. Zatímco rodiče tyto informace spíše ověřují a nepovažují je za prvoplánově důvěrné, jejich děti vyhledávají na internetu spíše osobní zkušenosti lidí s OCD a těm poté důvěřují. Zmiňovaná byla také kniha o OCD (Straková Jirků, 2018). Důvěryhodným zdrojem informací je pro rodiče i děti psycholog či psychiatr. Informace o onemocnění a jeho průběhu čerpají rodiče a děti také od sebe navzájem, kdy děti v průběhu terapie již někdy dokáží rodičům vysvětlit, co a jak se děje, co cítí.

Pohled na onemocnění se částečně lišil u rodičů a dětí/mladistvých. Děti hovořily o určitém zvyku, tradici, kterou dodržují. Vnímaly však vliv onemocnění na jejich sebepojetí (agresivní sklony, vyhýbání kolektivu, potíže s dotekem, co to o nich říká). Společnou kategorií pro rodiče i děti byla zátěž, kterou onemocnění představuje pro děti a z pohledu

rodičů také pro rodinu. Rodiče se zabývali OCD s ohledem na budoucnost svých dětí, nakolik budou schopny spokojeného života. Začali vnímat některé příznaky onemocnění také u sebe a někteří předpokládali, že je to základem poruchy jejich dítěte. OCD bylo rodiči vnímáno také jako určitá výhoda do života, kdy může dítě připravit na budoucí stresové situace.

JAK SE DÍTĚ S OCD DOSTÁVÁ DO PSYCHOLOGICKÉ PÉČE?

U této otázky jsme opět identifikovali určité odlišnosti v tom, co se děje na straně dítěte a co na straně rodiče. U dětí jsme se dostali do doby vzdálenější, než rozhodnutí o vyhledání pomoci či začátku terapie.

Děti/mladiství u sebe pozorovali výrazné tělesné projevy, vyčerpání. Hovořili také o specifických symptomech OCD, kterých si všimli především kvůli výrazné intenzitě či bizarnosti. Výrazná byla vnímaná změna určitého stavu či chování, která byla často popisována jako neurčitý, ale intenzivní pocit. Děti zažívaly pocity studu a při počátečních pokusech o svěření se nepochopení.

Společnou kategorií, kterou si u dětí všimli i rodiče byly tělesné projevy a vyčerpání. Častěji si však rodiče všimli nejdříve výraznějšího komorbidního onemocnění nebo změn chování. Hovořili především o tom, že „všechno strašně trvalo“. Mezi stupněm byla někdy škola či školka, která na některé projevy u dítěte upozornila a doporučila vyšetření.

Rodiče se primárně obraceli na ošetřujícího pediatra dítěte. Psychologa či psychiatra přímo oslovili v případě, že už k němu docházeli s druhým dítětem, jiným onemocněním dítěte či někdo v jejich blízkém okolí k psychologovi či psychiatrovi docházel.

JAK DĚTI S OCD A JEJICH RODIČE VNÍMAJÍ PROCES TERAPIE?

Dvěma velkými kategoriemi byla farmakoterapie a psychoterapie. U farmakoterapie se mírně lišil přístup rodičů a dětí. U obou skupin došlo k přijetí medikace, všechny děti kromě jedné dívky jsou medikovány. Zatímco děti měly strach či obavy především na začátku užívání, někteří rodiče přijali medikaci pouze jako dočasnou pomoc a za cíl považují její vysazení.

V rámci psychoterapie vplynuly kategorie zapojení rodiče a přizpůsobení terapie. Zapojení rodiče bylo představeno jednak s ohledem na jeho formu (tedy četnost a intenzitu zapojení rodiče) a hodnocení této formy dětmi/mladistvými a rodiči. V rámci druhé kategorie pak pro rodiče i děti bylo důležité přizpůsobení na základě věku a vývoje, požadavků dětí či rodičů a subjektivně vnímané závažnosti.

CO DĚTEM S OCD A JEJICH RODIČŮM POMÁHÁ?

Největší důraz byl kladen na účinné faktory terapie, jako například terapeutický vztah, emoční uvolnění, posílení či výklad nemoci. Velký význam respondenti přikládali také podpoře rodiny, trávení volného času a odreagování, kolektivu vrstevníků a možnosti identifikovat se s někým, kdo má OCD a něco v životě dokázal.

Po doptání děti i rodiče hovořili o konkrétních technikách, kdy za účinné považují především expozice, relaxaci (progresivní svalovou), přizpůsobenou práci s myšlenkami, edukaci a zmíněna byla také aplikace Nepanikař.

U této otázky byl nejpatrnější laický slovník respondentů, kdy téměř v žádném případě nedošlo k pojmenování konkrétní techniky, spíše k jejímu popisu běžnými slovy dítěte/mladistvého či rodiče.

CO DĚTEM S OCD A JEJICH RODIČŮM V PÉČI CHYBÍ?

Rodičům a dětem/mladistvým chybí skupinová terapie či setkání pro děti a možnost setkání také s ostatními rodiči dětí s podobným onemocněním. Rodiče pak hovořili o potřebě vysvětlovat situaci ve škole, učitelům či změně kolektivu. Byli by vděční za nějakou první pomoc buď ve formě kontaktu, kam se obrátit nebo alespoň návodu, co dělat když...

Některé děti/mladiství by ocenili zařazení práce s myšlenkami a výraznější zapojení rodiče do terapie či jeho jinou podobu. Děti/mladiství, i ve věku 10 let, by ocenili, aby se terapie více soustředila na ně a nebyla postavena na tom, že „jsou děti“.

9 DISKUZE

V rámci diskuze se zpětně ohlédneme za magisterskou diplomovou práci. Nejdůležitější zjištění výzkumu budeme reflektovat s ohledem na poznatky z teoretické části práce. Vzhledem k zaměření výzkumu se bude často jednat o porovnání informací z literárních zdrojů s žitou zkušeností našich respondentů. Naší snahou není polemizovat například o diagnostických kritériích a evidence based přístupech, ale přiblížit jakých variací problematika OCD u dětí a terapie dětí s OCD může přímo u dětí a rodičů nabývat. V závěru bude diskutován potenciální přínos výzkumu, jeho přesah do praxe a taktéž případná omezení či nedostatky.

Jak jsme zjistili již v rámci výzkumu s psychoterapeuty věnujícími se OCD u dětí (Rybková, 2019), nemáme pro rodiče s dětmi k dispozici velké množství **zdrojů informací**. Tématice OCD u dětí se formou, která by byla přístupná alespoň rodičům, věnuje pouze publikace Strakové Jirků (2018). Rodiče i děti tak nejčastěji uváděli jako zdroj informací internet. Rodiče jsou si vědomi relativní věrohodnosti tohoto zdroje a ve shodě s Hannonovou (2022) považují za důvěryhodnější informace od psychologa či psychiatra. Děti/mladiství, kteří si na internetu (především sociálních sítích) vyhledávají osobní zkušenost jiných lidí s OCD, těmto informacím naopak důvěřují a ztotožňují se s nimi.

Obsedantně-kompulzivní porucha bývá popisována především skrze obsese a kompulze (MKN 10, 1992). Děti a jejich rodiče popisují nemoc převážně skrze její dopad na **každodenní život a prožívání**. Pokud hovoří o konkrétních obsesích a kompulzích, jsou to ty nejméně pochopitelné, nejbizarnější či naopak nejtypičtější, uváděné v běžně dostupných informacích o OCD. Pocit, jež respondenti ve spojení s OCD popisují, odpovídá spíše pocitu nepohody, který dle Praška a kol (2019) zahrnuje kromě úzkosti i znepokojení, napětí, hnus či vinu. Dle MKN 10 (1992) považuje pacient **myšlenky za své vlastní**, ačkoliv jsou mimovolní a často odporové. Některé děti/mladiství však v rámci výzkumu hovořili o myšlenkách spíše odosobněně, (např.: “ta hlava si to už vymyslí“), kdy myšlenky byly natolik jiné, že jim připadaly cizí. Právě to, že byly mimovolní, že je nedokázaly ovládat, se snažily vysvětlit „magií“ (viz vyjádření Jonáše „magic“) nebo cizostí. Paclt a kolektiv (1998) zase uvádí, že se můžeme setkat u dětí s kompulzemi bez obsesí. Děti/mladiství v rámci výzkumu hovořili převážně o kompulzích, avšak většinou přidávali minimálně chaos

v hlavě. Přestože se nám tedy u dětí nepodaří obsesi v podobě myšlenky zachytit nebo dítěti vyjádřit, nejví se nám vhodné kognitivní aspekt OCD u dětí upozadit.

Theiner (2018) uvádí, že se až u 50 % dětí s OCD vyskytují současně **tiky**, úzkostné poruchy či ADHD. Také v našem výběrovém souboru byli dva chlapci s komorbidní tikovou poruchou a jeden současně s úzkostně-depresivní poruchou. Tyto komorbidity byly u obou léčeny primárně a po jejich odeznění či vymizení se do popředí problémů dítěte a zároveň středu zájmu dostala porucha obsedantně-kompulzivní.

V rámci MKN 10 (1992) hovoříme o OCD jako o poruše s **náhledem**. Söchting a March (2002) však uvádějí, že od dětí se neočekává, že rozeznají nepřiměřenost obsesí a kompulzí a jejich podklad duševní poruchou. Děti/mladiství v rámci výzkumu však částečný náhled, nejspíš také vlivem proběhlé či probíhající terapie, měli. Náhled však byl přítomný třeba pouze na určitou oblast poruchy, u některých obsesí však převážila danost a snaha donutit okolí tento fakt přijmout (např. otec respondentky nechápe, že kýchnutí ve dveřích je celé vyplní negativní energií a stále to dělá).

V souvislosti s vnímáním OCD ze strany rodičů jsme narazili také na možný výskyt v rodině pacienta, tedy dítěte. Garcia a Freeman (2009) uvádějí **výskyt OCD v rodině** jako jedno z kritérií nápomocných při diagnostice OCD u dětí. Mezi respondenty měla pouze jedna dívka v rodině otce a strýce s diagnostikovanou obsedantně-kompulzivní poruchou. Rodiče, celkem 3 ze zúčastněných, však pozorovali určité příznaky OCD u sebe samých či druhého rodiče dítěte, případně úzkostnost či perfekcionismus. Těmito svými vlastnostmi si často vysvětlovali etiopatogenezi onemocnění svého dítěte. Jedna matka si vznik onemocnění svého syna spojovala se zploštěním hlavičky u porodu.

Jedním z nejvýraznějších aspektů obsedantně-kompulzivní poruchy, o kterém hovořili jak děti/mladiství, tak jejich rodiče v rámci svého pohledu na onemocnění, byla jednoznačně **zátěž**. Jak zmiňuje také Szymanská (2015), představuje OCD významné omezení v sociální oblasti, zaplňuje velkou část psychického života. Zcela shodně s rodiči pak hovoří o zdržování od či v rámci každodenních aktivit. Výsledkem je pak psychické a fyzické **vyčerpání**, jež bylo společně se somatickými projevy hlavním důvodem vyhledání odborné pomoci a alarmujícím příznakem pro rodiče i děti. Na **somatizaci** u dětí v rámci OCD upozorňuje již Paclt a kolektiv (1998). Dle rozhovorů se rodiče podrobněji o stav dítěte a případně vyhledání odborné pomoci začali zajímat ve chvíli, kdy dítě sužovaly nevysvětlitelné bolesti břicha nebo hlavy.

Malá (2000) uvádí, že zpoždění, se kterým se lidé s OCD dostanou do péče, může být 7-16 let. Také děti/mladiství v rámci výzkumu hovořili o projevech, kterých si všimli mnohem dříve než rodiče a než začali **hledat odbornou pomoc**. Přestože nemáme konkrétní časové údaje, po jak dlouhou dobu se tyto příznaky projevovaly, než bylo dítě přijato do péče psychologa či psychiatra, domníváme se, že by číslo nebylo tak vysoké. Přesto je patrná určitá doba zpoždění, kdy se dítě s problémy „trápí samo“ a to přesto, že je mu v tomto období věnována výrazná pozornost ze strany rodiče. Zpoždění tak může především s věkem narůstat, kdy je jedinec s OCD sociálně izolovanější a sám pomoc nemusí vyhledat.

Ve spojení s příznaky, kterých si děti/mladiství všimli, však zažívali **pocity studu** a při prvním svěření rodičům či kamarádům také **nepochopení**. Stejně jako uvádí Straková Jirků (2018) i naši respondenti se setkali s případným trestáním či nepřijímáním projevů OCD. Případně se stigmatizací především ve školním prostředí. Některé projevy byly naopak vnímány pozitivně a ze strany rodičů vítány, především počáteční snaha při plnění školních povinností či pořádkumilovnost a spolehlivost dítěte. Dítě pak bylo zpočátku za své projevy chváleno a částečně v nich podporováno. O problematice **pozitivního hodnocení** některých příznaků hovoří také Praško a kol. (2019). Jedna z respondentek z výzkumu KBT terapeutů dětí s OCD (Rybková, 2019) hovořila také o riziku nepřijetí běžného zlobení po úspěšné terapii OCD, kdy se dítě zbavilo svých úzkostí. S tímto jsme se však u našich respondentů nesešli.

V rámci KBT modelu OCD hovoříme také o **vyhýbavém chování** (Praško et al., 2019; Straková Jirků 2018). U dětí je úzce spojeno se **sociální oblastí**, kdy se dle respondentů děti začaly vyhýbat zájmovým činnostem, kamarádům a situacím, které jim dříve dělaly radost a docházelo tak k sociální izolaci. Děti/mladiství zároveň tyto oblasti, jako například trávení volného času s kamarády, uváděli jako jeden z aspektů, který jim v rámci OCD nejvíce pomáhá. Vzhledem k této kombinaci bychom měli dané oblasti věnovat zvýšenou pozornost. Zároveň jsme narazili na téma vzhledem k pandemii covid-19, která kvůli omezení sociálních kontaktů může zastříhat problematiku vyhýbavého chování.

Přestože se práce věnuje primárně terapii dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou, dostali jsme se k široké problematice, která jí předchází či ovlivňuje. V rámci samotné terapie OCD hovoříme o farmakoterapii a psychoterapii. V současné době je za nejefektivnější považována kombinace kognitivně-behaviorální terapie a **farmakoterapie** (Praško et al., 2019; The Pediatric OCD Treatment Study Team, 2004). V rámci výzkumu byly medikovány všechny zúčastněné děti/mladiství kromě dívky s nejkratší dobou

probíhající terapie. Rodiče vzhledem k zátěži, kterou nemoc pro dítě znamenala, farmakoterapii přijímali téměř bez problémů. Diskutovaným tématem však byla délka užívání medikace, kdy někteří rodiče podmiňují úspěch terapie právě vysazením medikace. Což by vzhledem k častému dlouhodobému užívání léků (Theiner, 2014) mělo být předmětem hovoru psychiatra či psychoterapeuta s rodiči, na nějž upozorňuje také Brems (2018). Tématu farmakoterapie je třeba se věnovat i s dětmi samotnými, které více než rodiče, měly obavu z užívání medikace spíše na začátku, ne v jejím průběhu a hovor s psychiatrem jim výrazně pomohl. Dále se v souvislosti s farmakoterapií projevy také výsledky shodné se studií Levina a kol. (2014), kdy rodiče dětí se závažnější komorbiditou byli farmakoterapii přístupnější.

V souvislosti s psychoterapií se z pohledu dětí i jejich rodičů jeví jako významné především účinné faktory terapie, kdy primárně hovoří o **vztahu s terapeutem**, možnosti svěřeni se, popovídání a pochopení ze strany terapeuta. Rodiče a děti, kteří byli se svým terapeutem spokojeni, vztah popisovali shodně s Geldardem a Geldardovou (2008) jako bezpečný, autentický, důvěrný, kdy se terapeut dokázal napojit na svět dítěte.

Při konkrétně mířených otázkách děti/mladiství uvádí **techniky**, které využívají a pomáhají jim, a to shodně s literaturou (Praško, 2019; Straková Jirků, 2018, Grant et al., 2014) především expozice. O technikách hovoří vlastními výrazy a popisem. Balcar (2010) uvádí, že techniky nejsou samy o sobě psychoterapií, kterou je teprve jejich záměrné uplatnění vyvolávající účinné duševní děje. Je možné, že děti/mladiství tak vnímají spíše výsledný efekt, který mohou přisuzovat jiným aspektům terapie, než konkrétním technikám.

S vypořádáním se s projevy vlastní poruchy a celkově s psychickou hygienou, pomáhá osloveným dětem/mladistvím aktivní trávení **volného času**, často s možností využít či vybit určitou fyzickou sílu, o čemž v souvislosti s terapií s využitím medií hovoří také Geldard a Geldardová (2008). Krivošíková (2011) hovoří o možnosti odreagování a uvolnění skrze tvořivou činnost, které se také někteří z respondentů věnovali. Chybějícím prvkem byla naopak **skupinová terapie pro děti**.

Druhou nejčastěji zmiňovanou metodou byla **relaxace**, kde se děti jasně vymezily vůči autogennímu tréninku, který pro ně byl buď nudný, nebo vyvolával nutkavé myšlenky spojené s tělesnými ději. Zábavnější a snáze uchopitelná, jak uvádí také Olschewski a Knörzer (2019), byla pro děti svalová progresivní relaxace. Užívaná byla také všímavost, především při práci s myšlenkami, tedy alespoň její základní princip pozorovat-přijmout-

nechat jít (Šlepecký et al., 2018), kdy byl použit i přímo příměr s mraky na obloze (viz také March & Benton, 2007).

Myšlenky byly diskutovaným tématem psychoterapie z pohledu dětí/mladistvých. Uznávaly, že by možná nezvládly kognitivní restrukturalizaci, o čem hovoří např. Praško et al. (2007) a Ronenová (2000). Zároveň ale popisují velký zmatek v hlavě, v myšlenkách, kterému by se chtěly věnovat. Z popisu terapie dětmi/mladistvými vyplývá spíše potřeba užití kognitivních intervencí a to z důvodu, který uvádí Söchting a March (2002), kdy dítě není schopno zážitek z expozice natolik zasadit do kontextu, aby vyvolal restrukturalizaci v myšlení.

Zajímavý pohled nabídly výsledky výzkumu na techniku **externalizace** a pojmenování OCD, která se u dětí využívá (Straková Jirků, 2018). Děti/mladiství účastníci se našeho výzkumu již většinou do terapie přicházeli právě s určitým způsobem pojmenovanou svou problematikou abstraktními či spíše magickými pojmy, někdy také s externalizovanou podobou. Naopak více profitovali z podnětného a věku přiměřenému rozhovoru, který jim jejich poruchu objasnil a částečně i terminologicky vysvětlil, o němž se zmiňují Caby a Cabyová (2019).

Psychoterapii je celkově potřeba **přizpůsobit věku a vývojové úrovni dítěte**, kterou je však potřeba posoudit individuálně. Ronenová (2000) uvádí, že děti starší 12 let si již často přejí, aby s nimi bylo jednáno jako s dospělými. Děti/mladiství v rámci výzkumu měly tento pocit, že „už nejsou dětmi“ již okolo 10 let. Souvislost to může mít se subjektivně vnímanou dřívější vyspělostí těchto dětí také z pohledu rodičů. Kocourková (2006) popisuje děti s OCD kromě jiného jako perfekcionistické a pseudodospělé. Takto své děti popisovala většina rodičů. Zároveň však o dřívější vyžralosti hovořili ve spojení s vlivem nemoci, potřebou se dříve vypořádat s většími překážkami a problémy, než děti z běžné populace. Smysl tak dává doporučení Balcara (2010) i Bremse (2018), aby se s každým novým zvládnutým vývojovým úkolem zvážil přístup k dítěti, abychom s ním udrželi reálný a respektující vztah.

V celé práci hovoříme o pohledu dětí a rodičů. **Zapojení rodičů**, ať už do onemocnění jako takového nebo do terapie, je důležitou a širokou oblastí. Je třeba si uvědomit, že výzkumu se přirozeně zúčastnily rodiny s převážně fungujícím rodinným prostředím, bez výrazné patologie, spolupracující v rámci terapie. A přesto jsme se dostali k mnoha tématům vzájemného vlivu rodiny a dítěte s OCD. Téměř všichni rodiče účastníci se výzkumu byli více či méně zapojeni do symptomatiky jejich dítěte. Častější se jevilo

zapojení u dětí se závažnějšími symptomy OCD (Storch et al 2007, Wu et al 2019). Téma rodinné akomodace v rámci obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí se dle rozhovorů jeví velmi aktuální. Přestože si někteří rodiče byli svého zapojení vědomi, bylo pro ně velmi těžké určit hranici a způsob, aby dítěti neudržovali symptom, ale zároveň ho nezraňovali v jeho úzkosti. V tomto ohledu se nám jeví vhodné a žádoucí zařadit do terapie prvky zaměřené na **akomodační chování rodin**, které nabízí například psychoedukační intervence Demaira a kol. (2021). Vhodná je podpora také pozitivního přístupu k dítěti, nekritizování za provedenou kompulzi apod. (Freeman & Garcia, 2008).

Přestože se v literatuře (Brems, 2018; Greenspan & Greenspan, 2007; Straková Jirků, 2018) běžně hovoří o významu rodinné terapie, žádný z našich respondentů ji nepodstoupil. U každého byla více či méně rodina do terapie zapojena, primárně však pouze informativním způsobem než přímou účastí na terapii. Rodiče i děti toto nehodnotili nijak negativně, vyhovoval jim prostor věnovaný dítěti. Na druhou stranu se objevil také argument času, kdy psychologická či psychiatrická péče je dnes natolik nedostupná, že rodiče vyjadřovali vděčnost za čas alespoň pro dítě. Žádanou a chybějící součástí péče bylo poněkud odlišné zapojení rodičů – za účelem větší informovanosti či zvládnutí svého přístupu k onemocnění dítěte, a to jak ze strany dětí tak rodičů. Vhodné by tak bylo zvážit například **edukační skupinu pro rodiče**, o které se zmiňuje Praško a kol. (2019) či zaměření na **snižování úzkosti rodičů** (Aydin, 2014) a jejich copingové strategie (Stengler-Wenzke et al., 2004).

Z pohledu rodinné terapie předpokládáme, že dítě je klientem identifikovaným (Brems, 2018). Respondenti z řad dětí/mladistvých v našem výzkumu však působili dojmem, že na pomoc spíše již čekali. Pokud pak v rámci prvního sezení byla věnována pozornost rodinné problematice, nehodnotili to vůbec pozitivně. Ani určité techniky a postupy k navázání vztahu, které dětské psychologové využívali, se u některých dětí nesetkaly s ohlasem, protože chtěly rychlou pomoc. Balcar (2010) z tohoto pohledu vhodně upozorňuje, že po navázání terapeutického vztahu by měly následovat zásahy poskytující bezprostřední ulehčení v těžkostech.

Výrazným problémem z pohledu téměř všech zúčastněných rodičů byla nedostupnost akutní péče, dle jejich vyjádření určité první pomoci. Případně návodu, co dělat když... Pozitivně hodnotili, když jim psychiatr či psycholog předal kontakt s možností ozvat se, kdyby se něco dělo. Tento postup se jeví sice pochopitelný, ale určitě neudržitelný. Problém by mohla částečně vyřešit příručka pro rodiče či přímo děti s OCD, případně s kontakty na krizová centra či místní psychiatrickou pohotovost. Rodiče však zároveň vyžadují informace

týkající se konkrétních obtíží jejich dítěte. Zde se nám jako způsob řešení zdá vhodná intenzivní edukace dítěte i rodičů stran možností terapie, onemocnění dítěte, a to s ohledem na sociální prostředí dítěte a rodičů, na což upozorňuje také Brems (2018). S ohledem na danou problematiku se otevírá prostor také online terapie, která by mohla být časově i místně dostupnější. S online terapií se však žádný z respondentů nesetkal, pouze v rámci pandemie covid proběhlo několik terapií přes videohovor. Problematickou oblastí dle rodičů je také přístup některých pediatriů, kdy by byla žádoucí jejich větší informovanost ohledně psychických onemocnění u dětí.

Jako výhodu i omezení výzkumu můžeme vnímat zapojení respondentů ve věku starší 14 let. Dnešní postoj mohl na jednu stranu zkruslit vzpomínky na začátky onemocnění terapie, ale na druhou stranu přinesl širší spektrum informací. Možným doplněním výzkumu by byly rozhovory také s aktuálními terapeuty respondentů, toto však nebylo možné, neboť většinou účast odmítli. V rámci výzkumu byl využit přístup zakotvené teorie, který však nebyl dodržen během celého procesu. Snahou však bylo se mu alespoň přiblížit. Vzhledem k povaze výzkumu nemůžeme výsledky zobecnit na větší populaci, avšak může se jednat o zajímavý a inspirativní vhlad do problematiky terapie dětí s OCD a jejich rodičů. V rámci limitů a přínosu práce je třeba zmínit také určitou zainteresovanost výzkumníka, kdy sám pod supervizi pracoval s dětmi s obsedantně-kompulzivní poruchou. Role však byla respondentům vyjasněna, žádný z respondentů nebyl klientem výzkumníka a výzkumník tak mohl své zkušenosti využít spíše ku prospěchu výzkumu.

Jako přínos magisterské diplomové práce vnímáme zmapování přímé zkušenosti dětí s OCD a jejich rodičů s onemocněním i terapií. Porovnání s literárními zdroji přináší zajímavý vhlad na některé odlišnosti, které mohou terapeutickou práci ovlivnit. Pro psychoterapeuta pracujícího s dětmi s OCD a jejich rodiči přináší některé návrhy k zamyšlení či přímo zahrnutí do praxe. Na základě výsledků výzkumu se nám jeví vhodné podnítit vznik dětské terapeutické skupiny pro děti s OCD či úzkostnou problematikou. Stálo by za zvážení také zhodnotit zájem rodičů o případnou podpůrnou či edukační skupinu rodičovskou. Případná plánovaná příručka by měla být revidována na základě sdělovaných potřeb respondentů. Zajímavou intervencí, která by dle výzkumu měla své opodstatnění při práci s rodiči dětí s OCD, je psychoedukační intervence Demaira a kol. (2021), kterou by bylo vhodné blíže prozkoumat. Výsledky výzkumu v souvislosti s nedostatkem času také na straně terapeutů by mohly podnítit zájem o určitou formu online terapií.

10 ZÁVĚR

Terapii obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí může ovlivnit její vnímání ze strany dítěte i jeho rodiče. Zdrojem informací OCD je pro rodiče i děti nejčastěji internet, kde rodiče hledají běžně dostupné informace a děti spíše na sociálních sítích lidí s podobnou zkušeností. Zmíněna byla také kniha o OCD, psycholog či psychiatr. Zkušenost s onemocněním a terapií si předávají také rodič a dítě mezi sebou.

Děti i rodiče popisují onemocnění z pohledu vlastní žité zkušenosti. Pro děti je OCD zvykem, tradicí, vnímají jeho vliv na sebepojetí a především je velkou zátěží. Výraznou zátěž popisují také rodiče. Pro ně je OCD spojeno také s obavami o budoucnost dítěte. Rodiče začali vnímat některé příznaky OCD také u sebe. Doufají, že zkušenost s daným onemocněním může být pro odolnost dítěte do budoucna také výhodou.

Dítě se dostává do péče psychiatra či psychologa s určitým zpožděním od objevení prvních příznaků onemocnění. Děti pozorují především výrazné tělesné příznaky a vyčerpání, případně bizarnější či intenzivnější symptomy OCD. V počátcích zažívají pocit studu a naráží na nepochopení. Také rodiče si v první řadě všimli somatických příznaků a vyčerpání dítěte. Případně vyhledali psychiatra či psychologa kvůli komorbidnímu onemocnění či na doporučení školy nebo školky. Rodiče se často nejdříve obrátili na pediatra.

U všech respondentů kromě jedné nemedikované dívky, byla využita kombinace farmakoterapie a psychoterapie. Farmakoterapie byla přijímána převážně bez problémů. Pro některé rodiče je důležitá perspektiva budoucího vysazení medikace, zatímco u dětí byly případně obavy na začátku. V rámci psychoterapie je významnou problematikou forma a intenzita zapojení rodiče do terapie. Jako důležitá témata vyplynula také přizpůsobení terapie na základě věku a vývoje, požadavků a subjektivně vnímané závažnosti.

Děti i rodiči byl jako nejvíce nápomocný hodnocen vztah s terapeutem, možnost se svěřit, pochopení, vysvětlení nemoci. Důležitá je pro děti i rodiče podpora rodiny. Dětem pomáhá aktivní trávení volného času, odreagování s kamarády, znát někoho s OCD. Z technik děti využívají expozici, relaxaci, práce s myšlenkami, edukaci. V péči dle respondentů chybí skupinová terapie či setkání pro děti i pro rodiče, akutní péče a rady typu, co dělat když...

11 SOUHRN

V prvních třech kapitolách magisterské diplomové práce jsou stanovena teoretická východiska zkoumané problematiky, kterou je terapie dětí s OCD z pohledu klienta, tedy samotného dítěte a jeho rodiče. Vzhledem k zaměření na dětského klienta, je v první kapitole představen vývojový aspekt z pohledu kognitivního (Piaget & Inhelder, 1997), morálního (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vasta et al., 1992; Wolman, 1982;), psychosociálního (Erikson, 2015) i emočního (Greenspan & Greenspan, 2007; Langmeier & Krejčířová, 2006). Úzkost může být z vývojového hlediska u dětí faktorem posilujícím, pokud je však nadměrná nebo je podezření na rozvoj patologie, je vhodná terapeutická intervence (Krejčířová, 2006; Vymětal 2004).

Obsedantně-kompulzivní porucha se dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (1992) řadí pod neurotické poruchy. Hlavními rysy OCD jsou vtíravé myšlenky a nutkavé činy, které vyvolávají silné napětí a úzkost (Kocourková, 2006). Významnou součástí OCD je také vyhybavé chování (Theiner, 2014). U dětí může být úzkostný obsah specifický pro dané vývojové období, případně je třeba odlišit projevy typické pro dané vývojové období od patologie (Kocourková, 2006). U dětí se můžeme setkat s kompulzemi bez přítomnosti obsesí, se somatizací (Paclt et al, 1998). Až u 50 % dětí se komorbidní vyskytují tiky, jiné úzkostné poruchy či ADHD (Theiner, 2014).

Obsedantně kompulzivní porucha je multifaktoriálním onemocněním (Praško et al., 2008). V oblasti přední příčiny vzniku OCD je pozornost věnována dysfunkci orbitofrontální kůry, přední cingulární kůry a okruhu prefrontální kůra – bazální ganglia – thalamus – kůra, specificky v nukleus caudatus (Szymanská, 2015, Theiner, 2014), poruchám serotoninergní a dopaminergní transmise (Malá, 2009; Szymanská, 2015, Theiner, 2014) či souvislosti s imunitním systémem (Ekinci & Ekinci, 2017; Rodriguez et al., 2017). Další výzkumy se věnují například neurokognitivním markerům onemocnění, poruchám exekutivních funkcí (Abramovitch et al. 2021; La Paglia et al., 2012; McNamar et al., 2014). Nejstarší psychologickou teorií OCD je psychoanalytický výklad. V rámci práce je však větší prostor věnován pohledu kognitivně-behaviorálnímu (Beck, 2005; Praško et al., 2007; Praško et al, 2008, Rachman & Hodgson, 1980). Přiblížena je také biopsychosociální teorie (Greenspan & Greenspan, 2003; Kenyon & Warren, 2015; Poněšický, 2004).

V rámci etiopatogeneze OCD sehrává roli také rodinné prostředí dítěte. Psychická porucha má přímý dopad na fungování rodiny a naopak rodinná dysfunkce je nepřímým faktorem vedoucím k recidivě (Demaria et al., 2021; Koujalgi et al., 2015). Častým fenoménem je tzv. Rodinná akmodace (Albert et al., 2017). Děti i rodiny se setkávají se stigmatizací (Ocisková et al., 2014), a je proto potřebné věnovat se rizikovým rodinám a copingovým strategiím pečujících osob (Stengler-Wenzke et al., 2004; Wu et al., 2018).

Při psychoterapii dětí je dnes doporučováno vycházet z biopsychosociálního přístupu, který reaguje na celostní prožívání dítěte. Je vhodné zohlednit individuální charakteristiky dítěte a vývojovou úroveň. Do terapeutického vztahu zahrnujeme kromě dítěte i rodiče či jiné blízké pečující osoby (Greenspan & Greenspan 2007; Ronen, 2000; Kocourková, 2000). Práce s dětskými klienty přináší specifikace do celého procesu terapeutického vztahu, především pro úvodní sezení a navázání terapeutického vztahu (Brems, 2018; Caby & Caby, 2019; Ollier & Hobday, 2000, Zatloukal & Žákovský, 2019).

Také u dětí je v rámci obsedantně-kompulzivní poruchy léčbou první volby kognitivně-behaviorální terapie případně v kombinaci s farmakoterapií (Praško et al., 2019; Szymanská, 2015; The Pediatric OCD Treatment Study Team, 2004). KBT terapeuté využívají běžné techniky pro práci s OCD s případnou modifikací pro dětské klienta při zohlednění jeho vývojového úrovně. Nejčastěji využívanými technikami jsou expozice se zábranou rituálu, důraz je kladen na edukaci a relaxaci (Beck, 2018; March & Benton, 2007; Praško et al., 2019; Rybková 2019; Straková Jirků, 2018). Také KBT počítá se zapojením rodiny do terapie. S ohledem na problematiku rodinné akomodace u OCD vznikla například psychoedukační intervence pro rodiče (Demaira et al., 2021). V rámci třetí vlny KBT je využívána také všímavost či ACT (Beck, 2018; Hancock et al., 2016; Key et al., 2017; Kültze et al., 2019; March & Benton, 2007; Simon et al., 2018; Šlepecký et al., 2018). Výzvou a příležitostí je využití online modifikace kognitivně-behaviorální terapie (Babiano-Espinosa et al., 2021; Conzelmann et al., 2022; Farrell et al., 2016; Hoppen et al., 2021; Schröder et al., 2020; Townsend et al., 2022). Online prostředí je také zdrojem informací pro děti s OCD i jejich rodiče (Hannon, 2022).

Cílem výzkumu bylo na základě představených teoretických východisek zmapovat zkušenost dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou a jejich rodičů s onemocněním a jeho terapií. Pro výzkum byl zvolen kvalitativní přístup. S ohledem na stanovené hlavní a dílčí cíle výzkumu byly vytvořeny výzkumné otázky:

1. Jak děti s OCD a jejich rodiče vnímají onemocnění?
2. Jak se dítě s OCD dostává do psychologické péče?
3. Jak děti a rodiče vnímají proces terapie?
4. Co dětem s OCD a jejich rodičům pomáhá?
5. Co dětem s OCD a jejich rodičům v péči chybí?

Data byla získána metodou polostrukturovaného interview, které bylo vedeno na základě předem vytvořeného schématu otázek. Do výzkumného souboru byli vybráni jedinci, kteří měli diagnostikovanou obsedantně-kompulzivní poruchu, navštěvovali v 7-14 letech psychiatra či klinického psychologa a ve stejné době podstupovali psychoterapii zaměřenou na OCD a aktuálně nejsou starší 18 let. Pro výběr respondentů byla využita kombinace nepravděpodobnostních metod výběru. Výsledný počet dětí/mladistvých byl 6 a stejný počet jejich rodičů (5 matek a 1 otec). Rozhovory byly přepsány, otevřeně kódovány, konceptualizovány. Vzniklé koncepty pak mezi sebou vztahovány a porovnávány. Celý proces výzkumu byl veden s ohledem na etické zásady.

Výsledky výzkumu jsou prezentovány a interpretovány dle předem stanovených výzkumných otázek a doplňovány o schémata. Děti i rodiče vnímají obsedantně-kompulzivní poruchu především skrze vlastní každodenní zkušenost. Nejvýrazněji je vnímána zátěž, kterou OCD do života dítěte i jeho rodiny přináší. Děti hovoří o OCD také jako o tradici a vnímají jeho vliv na své sebepojetí. U rodičů je dále OCD spojeno s úvahami o budoucnosti dítěte.

Do procesu terapie se dítě dostává s určitým zpožděním od objevení se prvních příznaků. Největší pozornost je ze strany rodičů pak věnována somatickým příznakům a výrazné změně chování dítěte. Děti vnímají vyčerpání a bizarní či intenzivní symptomy OCD. Hovoří také o pocitu studu a nepochopení. Rodiče se často nejdříve obrací na pediatra.

Přístup k farmakoterapii byl většinou pozitivní. Děti měly mírné obavy na začátku, pro rodiče je naopak důležitá perspektiva možného vysazení medikace v budoucnu. V rámci psychoterapie je důležitým tématem forma a intenzita zapojení rodičů do terapie a přizpůsobení terapie věku, vývojové úrovni dítěte, požadavkům a subjektivně vnímané závažnosti.

Dětem s OCD nejvíce pomáhá terapeutický vztah, pochopení a vysvětlení nemoci, aktivní trávení volného času a odreagování s kamarády. Rodičům navíc podpora rodiny. Z technik je využívána expozice, relaxace a edukace. V péči dle respondentů chybí

skupinová setkání pro děti i rodiče, zaměření na myšlenky, akutní péče a rady typu, co dělat když...

V rámci diskuze jsou zjištění výzkumu reflektována a porovnávána s informacemi z literárních zdrojů tvořících teoretický základ diplomové práce. Diplomová práce přináší vhled do problematiky terapie dítěte s OCD z pohledu klientů. Pro terapeuty může být inspirací a zdrojem podnětů k zamyšlení či přímo možností zahrnutí do praxe některých poznatků. Bylo by vhodné podnítit vznik terapeutických skupin pro děti s OCD či úzkostnými poruchami a zvážit zájem o rodičovskou skupinu. Případná příručka by měla reflektovat zjištění výzkumu. Zajímavý by byl další výzkum uplatnění psychoedukační intervence Demaira a kol (2021), případně formy online terapie. Diskutovány jsou také limity výzkumu.

LITERATURA

- Abramovitch, A., De Nadai, A. S., & Geller, D. A. (2021). Neurocognitive endophenotypes in pediatric OCD probands, their unaffected parents and siblings. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110283>
- Albert, U., Baffa, A., & Maina, G. (2017). Family accommodation in adult obsessive–compulsive disorder: clinical perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 293-304. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S124359>
- Aydin, P. A. (2014). Parental involvement in cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 25(3), 181.
- Babiano-Espinosa, L., Wolters, L. H., Weidle, B., Compton, S. N., Lydersen, S., & Skokauskas, N. (2021). Acceptability and feasibility of enhanced cognitive behavioral therapy (eCBT) for children and adolescents with obsessive–compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00400-7>
- Balcar, K. (2010). Psychoterapeutická problematika dětství a dospívání. In: Langmeier, J., Balcar, K. & Špitz, J. (2010). *Dětská psychoterapie*. (13-66). Portál.
- Beck, J. S. (2018). *Kognitivně behaviorální terapie: základy a něco navíc*. Stanislav Juhaňák – Triton.
- Bloch, M., & Pittenger, C. (2010). The Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder. *Current Psychiatry Reviews*, 6(2), 91-103. <https://doi.org/10.2174/157340010791196439>
- Brems, C. (2018). *Dětská psychoterapie a poradenství: komplexní průvodce*. Stanislav Juhaňák - Triton.
- Caby, F., & Caby, A. (2019). *Přehled psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou*. Portál.
- Cervin, M., McNeel, M. M., Wilhelm, S., McGuire, J. F., Murphy, T. K., Small, B. J., Geller, D. A., & Storch, E. A. (2022). Cognitive Beliefs Across the Symptom Dimensions of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Type of Symptom Matters. *Behavior Therapy*, 53(2), 240-254. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.08.001>

Conzelmann, A., Hollmann, K., Haigis, A., Lautenbacher, H., Bizu, V., App, R., Nickola, M., Wewetzer, G., Wewetzer, C., Ivarsson, T., Skokauskas, N., Wolters, L. H., Skarphedinsson, G., Weidle, B., de Haan, E., Torp, N. C., Compton, S. N., Calvo, R., Lera-Miguel, S., et al. (2022). Internet-based psychotherapy in children with obsessive-compulsive disorder (OCD): protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06062-w>

Česká asociace pro psychoterapii. (2022). Návrh zákona o psychologických a psychoterapeutických službách. <https://czap.cz/Articles/12759086>

Demaria, F., Pontillo, M., Tata, M. C., Gargiullo, P., Mancini, F., & Vicari, S. (2021). Psychoeducation focused on family accommodation: a practical intervention for parents of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01177-3>

Ekinci, A., & Ekinci, O. (2017). The relationships between low grade inflammation, demographic and clinical characteristics in patients with obsessive compulsive disorder. *Anatolian Journal Of Psychiatry*, 18(5), 438-445. doi: 10.5455/apd.256532

Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál.

Farrell, L. J., Oar, E. L., Waters, A. M., McConnell, H., Tiralongo, E., Garbharran, V., & Ollendick, T. (2016). Brief intensive CBT for pediatric OCD with E-therapy maintenance. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 85-94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.005>

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Portál.

Fitzgerald, K. D., Schroder, H. S., & Marsh, R. (2021). Cognitive Control in Pediatric Obsessive-Compulsive and Anxiety Disorders: Brain-Behavioral Targets for Early Intervention. *Biological Psychiatry*, 89(7), 697-706. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.11.012>

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (2004). *Mastery of obsessive-compulsive disorder : A cognitive-behavioral approach therapist guide*. Oxford University Press, Incorporated.

Freeman, J. B. & Garcia, A. M. (2008). *Family Based Treatment for Young Children with OCD : Therapist Guide*, Oxford University Press, Incorporated.

- Fung, R., Elbe, D., & Stewart, S.E. (2021) Retrospective Review of Fluvoxamine-Clomipramine Combination Therapy in Obsessive- Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Canadian Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3):150-155.
- Gambrel, M. (2019). *Practice Being Brave: Owning My OCD*. Practice Being Brave LLC.
- Garcia, A., M., & Freeman, J., B. (2009). Just a phase? Normal developmental rituals versus OCD in young children. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 25(2), 1, 5-6. doi: 10.1002/cbl.20085
- Geldard, K., & Geldard, D. (2008). *Dětská psychoterapie a poradenství*. Portál.
- Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Grada.
- Gorenstein, G., Gorenstein, C., de Oliveira, M. C., Asbahr, F. R., & Shavitt, R. G. (2015). Child-focused treatment of pediatric OCD affects parental behavior and family environment. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 161-166. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.050>
- Grant, J. E., Chamberlain, S. R., & Odlaug, B. L. (2014). *Clinical guide to obsessive compulsive and related disorders*. Oxford University Press, Incorporated.
- Greenspan, S. I., & Greenspan, N. T. (2007). *Klinické interview s dítětem*. Bratislava: Vydavateľstvo-F.
- Grunes, M. S., Neziroglu, F., & McKay, D. (2001). Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 32(4), 803-820. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80022-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80022-8)
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2016). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy for Children With Anxiety: Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 296-311. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110822>
- Hannon, C. (2022). Health Information: What Sources Do People Trust? *Patients Like Me*. Získáno [2023-2-24]. <https://blog.patientslikeme.com/research/perceptions-of-health-information-sources/>

- Hodný, F., Praško, J., Ocisková, M., Holubová, M., Vaněk, J., Končelíková, D., Kasalová, P., Nesnidal, V., & Zmeková, J. (2020). Obsesivně kompulzivní porucha a citová vazba. *Psychiatrie pro praxi*, 21(3), 142-148. <https://doi.org/10.36290/psy.2020.025>
- Hoppen, L. M., Kuck, N., Bürkner, P. -C., Karin, E., Wootton, B. M., & Buhlmann, U. (2021). Low intensity technology-delivered cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03272-5>
- Huebner, D. (2007). *What to Do When Your Brain Gets Stuck*. American Psychological Association.
- Chromý, K. (2010). Náhled u obsedantně-kompulzivní poruchy. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 106(6), 362-365.
- Kenyon, K., M., & Warren, O., E. (2015). Age at Child Obsessive-Compulsive Disorder Onset and Its Relation to Gender, Symptom Severity, and Family Functioning. *Archives of Scientific Psychology*, 3, 150-158. doi: 10.1037/arc0000022
- Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., & Pawluk, E. J. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1109-1120. <https://doi.org/10.1002/cpp.2076>
- Kocourková, J. (2000). Psychoterapie dětí a adolescentů. In Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie (458-475)*. Praha: Portál.
- Kocourková, J. (2006). Obsedantně-kompulzivní porucha. In Říčan, P., Krejčířová, D., Balcar, K., Dittrichová, J., Nešpor, K., Pihrtová, L., Šebek, M., Šedivá, Z., Šturma, J., Toužimská, Z., Vágnerová, M., Vymlátílová, E., Vyhnálek, M., Weiss, P. (2006). *Dětská klinická psychologie (230-233)*. Praha: Grada Publishing.
- Koujalgi, S. R., Nayak, R. B., Pandurangi, A. A. & Patil, N. M. (2015). Family functioning in patients with obsessive compulsive disorder: A case – control study. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University*, 8(3), 290-294. doi: 10.4103/0975-2870.157064

- Krejčířová, D. (2006). Úzkostné poruchy. In Říčan, P., Krejčířová, D., Balcar, K., Dittrichová, J., Nešpor, K., Pihrtová, L., Šebek, M., Šedivá, Z., Šturma, J., Toužimská, Z., Vágnerová, M., Vymlátlová, E., Vyhnálek, M., Weiss, P. (2006). *Dětská klinická psychologie* (225-228). Praha: Grada Publishing.
- Krivošíková, M. (2011). *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., Alsleben, H., Wahl, K., Philipsen, A., Voderholzer, U., Maier, J. G., & Moritz, S. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(2), 223-233. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0957-4>
- La Paglia, F., La Cascia, C., Rizzo, R., Riva, G., & La Barbera, D. (2012). Assessment of Executive Functions in Patients with Obsessive Compulsive Disorder by NeuroVR. *Studies in Health Technology and Informatics*, 181, 98-102. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-121-2-98>
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2010). *Dětská psychoterapie*. Portál.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lewin, A. B., McGruie, J. F., Murphy, T. K., & Storch, E., A. (2014). Editorial perspective: The importance of considering parent's preferences when planning treatment for their children — The case of childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(12), 1314–1316. doi: 10.1111/jcpp.12344
- López-Hernández, P., Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, Á., & Rosa-Alcázar, A. I. (2022). A Meta-analytic Study on Executive Function Performance in Children/Adolescents with OCD. *Anales de Psicología*, 38(3), 478-488. <https://doi.org/10.6018/analesps.305411>
- Malá, E. (2000). Obsedantně-kompulzivní porucha. In Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie* (228-234). Praha: Portál.

- Manarte, L., Andrade, A. R., do Rosário, L., Sampaio, D., Figueira, M. L., Morgado, P., & Sahakian, B. J. (2021). Executive functions and insight in OCD: a comparative study. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03227-w>
- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., Saini, M., Wilansky, P., Baer, S., Barrett, P., Bodden, D., Cobham, V. E., Dadds, M. R., Flannery-Schroeder, E., Ginsburg, G., Heyne, D., Hudson, J. L., Kendall, P. C., Liber, J., et al. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1163-1172. <https://doi.org/10.1037/a0036969>
- March, J. S., & Benton, C. M. (2007). *Talking back to OCD: the program that helps kids and teens say "no way"-- and parents say "way to go"*. Guilford Press.
- Matějček, Z., & Klégrová, J. (2011). *Praxe dětského psychologického poradenství*. Portál.
- McGrath, C. A., & Abbott, M. J. (2019). Family-Based Psychological Treatment for Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Meta-analysis and Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(4), 478-501. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00296-y>
- McNamara, J. P. H., Reid, A. M., Balkhi, A. M., Bussing, R., Storch, E. A., Murphy, T. K., Graziano, P. A., Guzick, A. G., & Geffken, G. R. (2014). Self-Regulation and Other Executive Functions Relationship to Pediatric OCD Severity and Treatment Outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 432-442. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9408-3>
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (1992). Praha: Psychiatrické centrum.
- Minuchin, S. (2013). *Rodina a rodinná terapie*. Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Slon.
- Mohr, P. (2017). *Klinická psychofarmakologie*. Praha: Maxdorf.
- Moritz, E. K. (2011). *Blink, Blink, Clop, Clop: An OCD Storybook*. Weston Press.

- Müller, E. (2010). *Příběhy z měsíční houpačky: autogenní trénink pro děti od 4 let*. Portál.
- Myhr, G., Sookman, D., & Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 447-456. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00271.x>
- Negreiros, J., Belschner, L., Best, J. R., Lin, S., Franco Yamin, D., Joffres, Y., Selles, R. R., Jaspers-Fayer, F., Miller, L. D., Woodward, T. S., Honer, W. G., & Stewart, S. E. (2020). Neurocognitive risk markers in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(5), 605-613. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13153>
- O'Connor, E. E., Carper, M. M., Schiavone, E., Franklin, M., Sapyta, J., Garcia, A. M., & Freeman, J. B. (2021). Trajectory of Change in Parental Accommodation and Its Relation to Symptom Severity and Impairment in Pediatric OCD. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01240-4>
- Ocisková, M., Sedláčková, Z., Praško, J., Černá, M., Jelenová, D., Kamarádová, D., Mainerová, B., & Látalová, K. (2014). Stigmatizace pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou. *Česká a slovenský psychiatrie*, 110(2), 82-87.
- Ollier, K., & Hobday, A. (2000). *Tvořivé činnosti pro terapeutickou práci s dětmi*. Portál.
- Olschewski, A. & Knörzer, W. (Ed.). (2019). *Progresivní svalová relaxace: jak se zbavit stresu pomocí klasických i nových cvičení podle Jacobsona*. Poznání.
- Paclt, I., Florian, J. a kol. (1998). *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha: Grada Publishing
- Piacentini, J., & Langley, A., K. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Children Who Have Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1181–1194. doi: 10.1002/jclp.20082
- Piaget, J. & Inhelderová, B. (1997). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.
- Poněšický, J. (2008). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.

- Praško, J., Prašková, H., Raszka, M., & Kopřivová, J. (2008). Obsedantně kompulzivní porucha a její léčba. *Medicína pro praxi*, 5(1), 33-38.
- Praško, J., Pašková, B., Prašková, H., Šlepecký, M., & Záleský, R. (2014). *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Galén.
- Praško, J., Grambal, A., Šlepecký, M., & Vyskočilová, J. (2019). *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Grada Publishing.
- Puliafico, A. C., & Robin, J. A. (2017). *The ocd workbook for kids : Skills to help children manage obsessive thoughts and compulsive behaviors*. New Harbinger Publications.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.
- Rachman, S., J., & Hodgson, R., J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Rajendram, R., Kronenberg, S., Burton, Ch., L., & Arnold, P., D. (2017). Glutamate Genetics in Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(3), 205-213.
- Reynolds, S. A., Clark, S., Smith, H., Langdon, P. E., Payne, R., Bowers, G., Norton, E., & McIlwham, H. (2013). Randomized controlled trial of parent-enhanced CBT compared with individual CBT for obsessive-compulsive disorder in young people. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1021-1026. <https://doi.org/10.1037/a0034429>
- Rezková, V. & Kleinová, G. K. (2012). *Hra jako lék: teorie a praxe nedirektivní psychoterapie hrou*. Pražská pedagogicko-psychologická poradna.
- Rodríguez, N., Morer, A., González-Navarro, E. A., Serra-Pages, C., Boloc, D., Torres, T., et al. (2017). Inflammatory dysregulation of monocytes in pediatric patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal Of Neuroinflammation*, 14(1). doi: 10.1186/s12974-017-1042-z
- Ronen, T. (2000). *Psychologická pomoc dětem v nesházích: kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi*. Portál.

Rybková, H. (2019). *Problematika kognitivně-behaviorální terapie u dětí s OCD*. [nepublikovaná bakalářská práce]. Univerzita Palackého, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.

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

Satir, V., & Baldwin, M. (2012). *Terapie rodiny: krok za krokem podle Virginie Satirové*. Portál.

Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research : a guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.

Schröder, J., Werkle, N., Cludius, B., Jelinek, L., Moritz, S., & Westermann, S. (2020). Unguided Internet-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 37(12), 1208-1220. <https://doi.org/10.1002/da.23105>

Simon, E., Driessen, S., Lambert, A., & Muris, P. (2018). Challenging anxious cognitions or accepting them? Exploring the efficacy of the cognitive elements of cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy in the reduction of children's fear of the dark. *International Journal of Psychology*, 55(1), 90-97. <https://doi.org/10.1002/ijop.12540>

Söchting, I. & March, J. S. (2002). Cognitive Aspects of Obsessive Compulsive Disorder in Children. In Frost, R. O., Steketee, G., & Steketee, P. G. (Eds.). (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions : Theory, assessment, and treatment*. Elsevier Science & Technology.

Steketee, G., & Van Noppen, B. (2003). Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 43-50. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000100009>

Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S., Angermeyer, M., C. (2004). Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 35–42. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03166.x

Stopková, P. (2017). Novel trends in treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatrie pro praxi*, 18(3), 114-119. <https://doi.org/10.36290/psy.2017.021>

- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Larson, M. J., Fernandez, M., & Grabbill, K. (2007). Family Accommodation in Pediatric Obsessive–Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(2), 207-216. <https://doi.org/10.1080/15374410701277929>
- Straková Jirků, L. (2018). *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících: příručka pro terapeuty, psychology i rodiče: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Pasparta.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení Podané ruce.
- Sunderland, M., & Armstrong, N. (2020). *Helping Children who are Anxious or Obsessional*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315171050>
- Szymanská, T. (2015). Úzkostné poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. In Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie (241-277)*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
- Šlepecký, M., Praško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: nové směry*. Portál.
- Taylor, S. (2015). Disorder-Specific Genetic Factors in Obsessive-Compulsive Disorder: A Comprehensive Meta-Analysis. *American Journal of Medical Genetics*, 171B, 325-332. doi: 10.1002/ajmg.b.32407
- Telec, I. (2017). *Právní stanovisko ve věci psychoterapie*. Brno.
- The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. (2004). Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline, and Their Combination for Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 292(16), 1969–1976. doi: 10.1001/jama.292.16.1969
- Theiner, P. (2014). Obsedantně-kompulzivní porucha v dětství: Obsessive-compulsive disorder in childhood. *Pediatric pro praxi*, 15(1), 25-27.
- Thomsen, P. H. (1999). *From thoughts to obsessions : Obsessive compulsive disorder in children and adolescents*. Jessica Kingsley Publishers.

- Townsend, A. N., Hertz, A. G., D'Souza, J. M., & Wiese, A. D. (2022). Advances in Psychotherapy with Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 2(1), 57-70. <https://doi.org/10.1016/j.ypsc.2022.05.003>
- Trapková, L. (2018). Možnosti rodinné terapie dětí u obsedantně kompulsivní poruchy. *Psychoterapie: praxe – inspirace – konfrontace*. 15(1), 47-61.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716. <https://doi.org/10.1037/a0020508>
- UNSTUCK: an OCD Kids Movie*. Získáno [2023-2-24]. <https://www.ocdkidsmovie.com/>
- van, Niekerk, J. (2018). *A Clinician's Guide to Treating OCD : The Most Effective CBT Approaches for Obsessive-Compulsive Disorder*. New Harbinger Publications.
- Vasta, R., Haith, M. M., & Miller, S. A. (1992). *Child psychology: the modern science*. New York: J. Wiley.
- Vymětal, J. (2004). *Úzkost a strach u dětí: jak jim předcházet a jak je překonávat*. Portál.
- Wagner, A., P. (2013). *Up and down the worry hill: a children's book about obsessivecompulsive disorder and its treatment*. Rochester, NY: Lighthouse Press Book.
- Walczak, M., Esbjørn, B. H., Breinholst, S., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2017). Parental Involvement in Cognitive Behavior Therapy for Children with Anxiety Disorders: 3-Year Follow-Up. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(3), 444-454. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0671-2>
- Walther, M., Milgram, L., Cain, G., Sheehan, K., Jones, R. N., Herren, J., Benito, K., Garcia, A., Sapyta, J., Franklin, M., & Freeman, J. (2022). The relationship between homework adherence and outcome in family-based cognitive-behavioral therapy for early-onset obsessive compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 34. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2022.100729>

- Wei, C., & Kendall, P. C. (2014). Parental Involvement: Contribution to Childhood Anxiety and Its Treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(4), 319-339. <https://doi.org/10.1007/s10567-014-0170-6>
- Weidle, B., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2015). Quality of life in children with OCD before and after treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(9), 1061-1074. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0659-z>
- Wells, J. (2006). *Touch and go Joe: An adolescent's experience of ocd*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wolman, B. B., (Ed.). (1982). *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice Hall.
- Wu, M. S., Geller, D. A., Schneider, S. C., Small, B. J., Murphy, T. K., Wilhelm, S., & Storch, E. A. (2019). Comorbid Psychopathology and the Clinical Profile of Family Accommodation in Pediatric OCD. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(5), 717-726. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00876-7>
- Zatloukal, L., & Žákovský, D. (2019). *Zázrak tři květin: terapie zaměřená na řešení s dětmi a dospívajícími*. Portál.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Struktura rozhovoru - rodič
2. Struktura rozhovor - dítě
3. Oslovení rodiče dítěte s OCD
4. Informovaný souhlas
5. Abstrakt v českém jazyce
6. Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 1: Struktura rozhovoru – rodič

Schéma pro polostrukturovaný rozhovor s rodičem:

1. Na základě čeho jste se rozhodli navštívit psychiatra/psychologa?
2. Na základě čeho jste se rozhodli k léčbě OCD u Vašeho dítěte?
3. Jak dlouho jste v té době již pozorovala příznaky
4. Co víte o OCD a jeho projevech u Vašeho dítěte?
5. Dokázal/a byste mi popsat, jak dosud terapie probíhala a jaký z ní máte pocit?
6. S jakými terapeutickými prostředky jste se setkali a které reálně využíváte či Vaše dítě využívá?
7. Byla Vašemu dítěti nabídnuta v rámci léčby farmakoterapie? Jaký máte k tomuto přístup?
8. Co si myslíte o onemocnění Vašeho dítěte? / Jak vnímáte onemocnění Vašeho dítěte?
9. Co Vám během terapie dosud nejvíce pomohlo?
10. Co naopak vnímáte jako největší překážky, nedostatky?
11. Ví vaše okolí, že chodíte se synem na terapie? Jak na to reagovalo?
12. Byli jste vy jako rodiče zapojeni do terapie syna?
13. Vnímáte vaše zapojení do problematiky dítěte?

Příloha č. 2: Struktura rozhovor – dítě/mladistvý

Schéma pro polostrukturovaný rozhovor s rodičem:

1. Věděl/a bys, proč jsi s mamkou/tatškou navštívil psychiatra/psychologa?
2. Vzpomeneš si, kdy sis poprvé všiml, že se něco děje?
3. Co bys mi dokázal/a říct o OCD?
4. Jak se to projevuje u tebe?
5. Jak zatím návštěvy u psychoterapeuta probíhaly?
6. Mluvili jste o možnosti brát léky? Co si o tom myslíš?
7. Co už umíš, co by ti mělo s tvými problémy pomoci?
8. Co ti s tvými problémy nejvíce pomáhá?
9. Co je v terapii nebo normálně s holedem na OCD pro tebe největší překážkou?
10. Jak jsou do terapie zapojování tvý rodiče?
11. Ví někdo z tvého okolí, že máš OCD, chodíš na terapie?

Příloha č. 3: Oslovení rodičů dětí s OCD



Filozofická
fakulta

Univerzita Palackého
v Olomouci

Vážení a milí rodiče, milé děti,

ráda bych Vás pozvala ke spolupráci na výzkumu týkajícího se dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou. V rámci terapeutické praxe i v rámci studia se této problematice věnuji. Již v bakalářské práci jsem toto téma zpracovala z pohledu terapeutů. Nyní bych se však ráda obrátila na ty, kterých se problematika dotýká nejbliž, Vaše děti a Vás rodiče.

V současném výzkumu v rámci ukončení magisterského studia psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci se věnuji dětem s OCD z pohledu Vás jako klientů. Ráda bych udělala rozhovory s dětmi a jejich rodičem/či ohledně motivace, která je přivedla do terapie, co dosud o OCD ví, co jim funguje a v rámci terapie přijde užitečné apod.

Do budoucna bych ráda na základě tohoto a předchozího výzkumu vytvořila příručku či aplikaci, která by mohla nejenom dětem s obsedantně-kompulzivní poruchou pomoci. Proto věřím, že výsledky práce budou užitečné nejenom pro akademické účely, ale především dětem a rodičům samotným.

V rámci celého výzkumu budou dodrženy veškeré etické aspekty a zachována anonymita získaných informací.

Pokud byste měli chuť se výzkumu zúčastnit či zeptat se na jakékoli další informace, jsem k dispozici na níže uvedených kontaktech

S přáním krásného dne

Ing. Bc. Helena Rybková



Příloha č. 4: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Informovaný souhlas s účastí na výzkumném rozhovoru v rámci magisterské diplomové práce

Název práce: Problematika terapie dětí s OCD z pohledu klienta

Autor práce: Ing. Bc. Helena Rybková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, PhD.

Termín:

Prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu v rámci magisterské diplomové práce s názvem „Problematika terapie dětí s OCD z pohledu klienta“. Cílem výzkumu je mapování zkušenosti dětí s OCD a jejich zákonných zástupců s terapií. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti sebe a svého dítěte na výzkumu a že dobrovolně souhlasím s účastí svého dítěte/děti na tomto výzkumu.

Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své magisterské diplomové práce.

Rovněž беру на vědomí, že mohu vyjádřit změnu svého postoje a z výzkumu (spolu se svým dítětem/děťmi) odstoupit. Tento krok je možné učinit do 30. 3. 2023.

Dne..... v

Jméno a příjmení.....

Podpis zákonného zástupce

.....

Příloha č. 5: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Problematika terapie dětí s OCD se zaměřením na klienta

Autor práce: Ing. Bc. Helena Rybková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 110; 195 218

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 121

Abstrakt: Cílem magisterské diplomové práce je zmapovat problematiku terapie dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) a to z pohledu klientů. V teoretické části je nejprve vymezena obsedantně-kompulzivní porucha se zaměřením na vývojový aspekt, etiopatogenetické faktory a vzájemný vliv rodiny a OCD u dětí. Následně je prostor věnován specifickým psychoterapie u dětí s důrazem na zapojení rodiny do terapie. V závěru teoretické části jsou představeny formy léčby OCD u dětí, včetně kognitivně-behaviorálního přístupu a nových forem terapie. Vzhledem k problematice byl zvolen kvalitativní přístup. Výběrový vzorek byl získán kombinací nepravděpodobnostních metod výběru a tvořilo jej 6 dvojic respondentů. Data byla získána polostrukturovaným interview. Data byla následně kódována. Vnímání OCD vychází z žité zkušenosti respondentů, nejvýrazněji je vnímána zátěž a vyčerpání. Je patrný rozdíl mezi projevením příznaků a vyhledáním péče. V procesu terapie je vnímáno jako podstatné zapojení rodičů do terapie a přizpůsobení terapie. Procesu terapie pomáhá vztah s terapeutem. Z ostatních faktorů volný čas a sociální vztahy dítěte. V péči respondentům chybí skupinová práce a akutní péče.

Klíčová slova: obsedantně-kompulzivní porucha, děti, kvalitativní výzkum, polostrukturované interview, kognitivně-behaviorální terapie.

Příloha č. 6: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Issue of the Therapy in Children with OCD focused on the Client

Author: Ing. Bc. Helena Rybková

Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 110; 195 218

Number of appendices: 6

Number of references: 121

Abstract: The aim of the bachelor diploma thesis is to map the issue of the therapy in children with obsessive-compulsive disorder (OCD) with the focus on the client. First, the theoretical part defines the obsessive-compulsive disorder with the focus on the development factor, etiopathogenetic factors and the reciprocal influence of family and OCD in children. Subsequently, space is devoted to the specifics of child psychotherapy with an emphasis on family involvement in therapy. The theoretical part concludes with a presentation of forms of OCD treatment in children, including the cognitive-behavioural approach and new forms of therapy. Regarding the issue the qualitative research approach was chosen. The representative sample was gained by a combination of non-probability sampling methods and consisted of 6 pairs of respondents. Data were obtained by semi-structured interview. The data were subsequently coded. Perceptions of OCD were based on the lived experience of the respondents, with the most salient perceptions being of burden and exhaustion. There is a noticeable difference between symptom expression and seeking care. Parental involvement in the therapy process and adaptation to therapy is perceived as essential. The relationship with the therapist helps the therapy process. Among other factors, the child's leisure and social relationships. In care, respondents lack group work and acute care.

Key words: obsessive-compulsive disorder, children, qualitative research, semi-structured interview