

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PROBLEMATIKA KOGNITIVNĚ- BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE U DĚTÍ S OCD

THE ISSUE OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN
CHILDREN WITH OCD



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Ing. Helena Rybková**

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

Olomouc

2019

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Problematika kognitivně-behaviorální terapie u dětí s OCD“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 27. 3. 2019

Podpis

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucímu bakalářské diplomové práce PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za cenné rady a čas, který mi věnoval. Poděkování patří také mému manželovi, který je mi oporou. V neposlední řadě bych ráda poděkovala respondentům za ochotu zúčastnit se výzkumu. Děkuji taktéž svým rodičům za neutuchající podporu.

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 PROBLEMATIKA OCD U DĚTÍ.....	7
1.1. Vývojový aspekt.....	7
1.1.1 Úzkost u dětí z vývojového hlediska.....	9
1.2. Vymezení OCD se zaměřením na specifika u dětí.....	11
1.2.1 Obsese a kompulze.....	12
1.2.2 Komorbidita a diferenciální diagnóza.....	14
1.3. Etiopatogenetické faktory.....	15
1.3.1 Biologické teorie.....	15
1.3.2 Psychologické teorie.....	17
1.3.3 Biopsychosociální teorie.....	18
1.4. Vliv OCD na život dítěte i jeho okolí.....	19
2 KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE.....	21
2.1. Obecná doporučení pro psychoterapii dětí.....	21
2.2. Problematika KBT a jejích specifík při práci s dětmi.....	24
2.3. Kognitivně-behaviorální terapie OCD.....	27
2.3.1 Techniky KBT u OCD dětí.....	27
2.3.2 Pomůcky při KBT dětí s OCD.....	29
3 DALŠÍ MOŽNOSTI LÉČBY OCD U DĚTÍ.....	31
3.1. Farmakoterapie.....	31
3.2. Relaxace.....	32
3.3. Mindfulness.....	33
3.4. Práce s rodinou.....	35
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	37
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	38
4.1. Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	38
5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY.....	40
5.1. Metoda získávání dat.....	40
6 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	42
7 REALIZACE VÝZKUMU A SBĚR DAT.....	44
7.1. Popis sběru dat.....	44
7.2. Metody zpracování a analýzy dat.....	45
7.3. Etické problémy a jejich řešení.....	45
8 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE.....	46
8.1. Jak pracuje KBT terapeut s dítětem s OCD?.....	48

8.2.	Jaké techniky považuje terapeut v rámci KBT u dětí s OCD za úspěšné?	53
8.3.	Co terapeutovi v rámci psychoterapie dítěte s OCD pomáhá?.....	56
8.4.	Jaká vnímá terapeut omezení KBT u dítěte s OCD?.....	61
9	DISKUZE	64
10	ZÁVĚR	69
11	SOUHRN	71
	LITERATURA	74
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Jako frekventant výcviku v kognitivně-behaviorální terapii mám praxi v psychiatrické ambulanci, kde pod supervizí pracuji především s dětmi a dospívajícími. U pacientů jsem začínala nejdříve s úzkostmi a fobiemi. Poté jsem se však setkala s několika dětmi a adolescenty s obsedantně-kompulzivní poruchou. Zatímco k úzkostným poruchám jsem si mohla předem najít mnoho zdrojů, jak odborných, tak svépomocných příruček pro děti i jejich rodiče, u OCD, s níž začínali pacienti častěji přicházet, tato možnost téměř nebyla.

V rámci odborných zdrojů lze čerpat ze zahraničních a někdy i českých článků. Pro pacienty, a především děti, jsou však zdroje zcela omezené. K praktickým dovednostem a informacím jsem tak přicházela především díky supervizím k jednotlivým klientům, kdy se supervizoři opírali především o vlastní zkušenosti. Vznikla tak potřeba zmapovat detailněji kognitivně-behaviorální terapii dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou.

Cílem této bakalářské diplomové práce bude přinést detailní náhled na kognitivně-behaviorální terapii dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou. V rámci teoretické části práce bude provedena rešerše české i zahraniční literatury, v rámci výzkumné části práce pak bude zkoumána zkušenost kognitivně-behaviorálních psychoterapeutů s terapií dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou.

Teoretická část bakalářské práce je dělena do tří kapitol, ve kterých je definována obsedantně-kompulzivní porucha a popsány stěžejní body kognitivně-behaviorální terapie a dalších možností léčby obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí. Výzkumná část práce pojednává o cílech a výzkumných otázkách výzkumu, použitých metodách a výzkumném vzorku. Závěrečné kapitoly jsou věnovány interpretaci výsledků, diskuzi a závěrečnému shrnutí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA OCD U DĚTÍ

Základní znaky obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) jsou společné pro dospělé 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 & Inhelderová, 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, Haith & Miller, 1992). Teprve v sedmi až osmi letech si dítě začíná vytvářet 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 & Inhelderová, 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, Haith & Miller, 1992).

Na kognitívnom vývoji dieťa závisí osvojenie si sociálnych pravidiel, vývoj morálneho vedomia a jednaní, ktoré vo vývoji dieťa sehraje dôležitú rolu. **Morálnemu vývoju** sa venovali predovšetkým Jean Piaget a Lawrence Kohlberg (Vasta, Haith & Miller, 1992; Wolman, 1982; Langmeier & Krejčířová, 2006).

Dle **Piageta** hovoríme u predškolských dieťať (a väčšinou i v počiatkoch školskej dochádzky) o heteronómnej morálke, ktorá je určovaná vonjšou autoritou rodiča, či neskôr učiteľa. V rámci hry sa dieťa v prvom štádiu neřídí žádnými pravidly. Teprve medzi 7-8 rokmi sa stáva morálka autonómnej a dieťa uznáva určité pravidla bez ohľadu na autoritu. Od 11-12 rokov lze u niektorých dieťať pozorovať schopnosť prihľadnúť tak k motívom jednaní a širšiemu kontextu v rámci morálneho usudzovania. Piaget zmiňuje tak posledné štádium, ve ktorom dieťa dokáže samy pravidla vytvárať, venuje sa mu však pouze v krátkosti (Vasta, Haith & Miller, 1992; Wolman, 1982; Langmeier & Krejčířová, 2006).

Kohlberg rozlišuje taktž 3 základné štádia vývoje morálky, ktoré ďalej rozdeľuje na dva typy: prekonvenčné (štádium heteronómnej a štádium naivného a instrumentálneho hédonizmu), konvenčné (morálka „hodného dieťaťa“ a morálka svedomia a autority) a postkonvenčné (spoločenská smlouva a univerzálny etické princípy). V rámci morálneho usudzovania sa však líši nejenom dieťa na odlišných vývojových úrovniach, ale tak dieťa stejného veku a dokonca sám jedinec v odlišných situáciach. V neposlednej rade je treba zmieniť, že ne všichni môžu dosáhnúť posledného zmiňovaného štádia morálneho vývoje (Vasta, Haith & Miller, 1992; Wolman, 1982; Langmeier & Krejčířová, 2006).

Psychosociálnemu vývoju sa venoval Erik H. Erikson (2015), jež hovorí o tzv. psychosociálnych krízach či rozporech s nimiž sa potýkame během základných štádií 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 jehož 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 štádiem bylo stáří

s konfliktem integrity a zoufalství a ctností moudrostí. 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 matce či jiné pečující osobě. Mezi první 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 zvláště 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 pečovatelů s dítětem pro emoční vývoj hovoří také Greenspan a Greenspanová (2007), kteří poukazují na 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 & Greenspanová, 2007).

Emoční zralost je také jedním z předpokladů pro vstup dítěte do školy, kdy se jí rozumí přiměřeně 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 každém 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 (Vymětal, 2004; Krejčířová, 2006)

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 & Greenspanová, 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 (Krejčířová, 2006; Greenspan & Greenspanová, 2007). 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 & Greenspanová, 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. (Krejčířová, 2006; Greenspan & Greenspanová, 2007). 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 Greenspanová (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 (Vymětal, 2004; Greenspan & Greenspanová, 2007). Greenspan a Greenspanová (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 (Vymětal, 2004; Krejčířová, 2006).

1.2. Vymezení OCD se zaměřením na specifika u dětí

Obsedantně-kompulzivní porucha se dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize řadí pod neurotické poruchy. Hlavním projevem těchto onemocnění je úzkost. Úzkost zažívá většina z nás téměř každý den. Jedná se o běžnou emoci, již 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. Od běžné emoce se liší intenzitou, frekvencí nebo trváním nepřiměřeném situaci, která úzkost vyvolala. Takováto patologická úzkost ztrácí pro člověka ochrannou funkci a je zdrojem subjektivně prožívané nepohody (Szymanská, 2015).

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2008) jsou hlavním rysem 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 odporné. 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 niž 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, 2008). U dětí může být

úzkostný obsah zbarven 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).

„Dítě 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, Florian a kol., 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 ego syntonních (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 obsese kontrolovací, obsese vyžadující pořádek a symetrii či týkající se nákazy, špíny a škodlivin (podrobněji viz Tabulka 1) (Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký, & Záleský, 2014). 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, Pašková, Prašková, Šlepecký, & Záleský, 2014).

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

Tabulka 1: Nejčastější obsese a kompulze (Praško, Prašková, Raszka, Kopřivová, 2008)

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, Pašková, Prašková, Šlepecký, & Záleský, 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, Florian a kol., 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, Prašková, Raszka, Kopřivová, 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 (včetně panické poruchy).“ (Malá, 2000, s 233). OCD se vyskytuje v nadpoloviční většině vyskytuje také u Tourettova syndromu (Malá, 2000). Paclt, Florian a kol. (1998) udávají 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 (2008) 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, Florian a kol. (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 vhodně 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, Prašková, Raszka & Kopřivová, 2008). 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). V rámci biologických etiopatogenetických faktorů hovoříme o „bilaterální redukci objemu amygdaly a orbitální frontální oblasti, zvýšenému metabolismu glukózy v přední kůře cingula, v nukleus caudatus a v orbitofrontální kůře, dysfunkci okruhu prefrontální kůra – bazální ganglia – thalamus – kůra a předpokládá se porucha serotoninergní a dopaminergní neurotransmise“. (Szymanská, 2015, s. 259).

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. Výzkumy se nejčastěji věnují genům souvisejícím s neurotransmitery (Theiner, 2014).

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-depresivní poruchu**.

Jako jeden z etiopatogenetických faktorů OCD se předpokládá porucha **serotoninergní a dopaminergní transmise** (Szymanská, 2015). „*Nízká hladina serotoninu je silným prediktorem těžké poruchy. Čím je hladina nižší, tím je porucha větší, bez rozdílu věku a pohlaví. Přestože k mechanismu blokády zpětného vychytávání serotoninu ze synaptické štěrbině dochází bezprostředně po zahájení léčby antidepresivy, klinická odpověď se dostavuje s latencí několika dní nebo týdnů, kdy dochází ke změně senzitivity receptorů.*“ (Malá, 2000, s. 229). S **dopaminergní** hyperaktivitou se setkáváme především u obsedantně-kompulzivní poruchy s přítomností komorbidní tikové poruchy (Malá, 2000). Dle studie Rajendrama, Kronenberga, Burtona a Arnolda (2017) lze předpokládat, že k etiologii OCD přispívá také dysfunkční neurotransmise **glutamátu** v klíčových oblastech mozku.

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 protizánětlivá vrozená 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.

U některých dětí s autoimunitní neuropsychiatrickou poruchou spojenou se streptokokovou infekcí (PANDAS), se objevily příznaky obdobné obsedantně-kompulzivní

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

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

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).

„V oblasti patofyziologie je u OCD nejčastěji popisována dysfunkce v oblasti orbitofrontální kůry, přední cingulární kůry, thalamu a bazálních ganglií, specificky v ncl. caudatus. Opakovaně se potvrzuje nadměrná aktivita v orbitofrontální kůře, přední cingulární kůře a ncl. caudatus, která klesá po úspěšné léčbě.“ (Theiner, 2014, s. 26).

1.3.2 Psychologické teorie

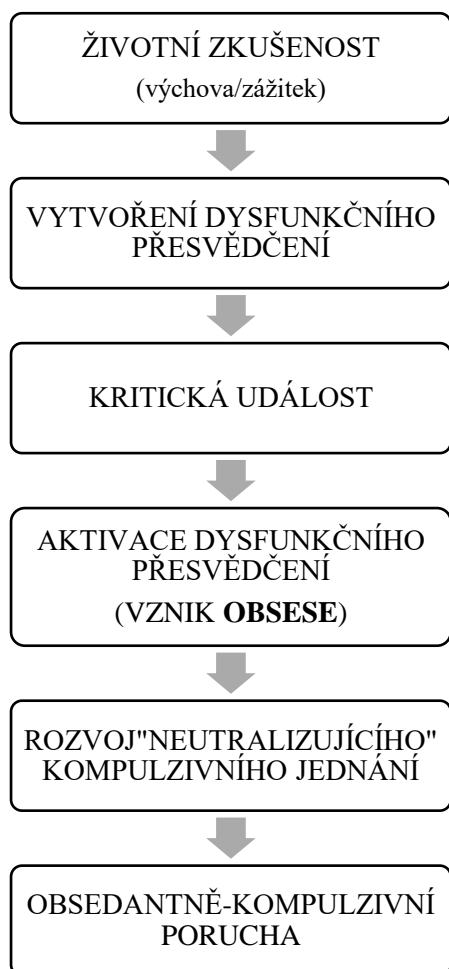
Nejstarším výkladem obsedantně-kompulzivní poruchy je výklad **psychoanalytický**. Dle psychoanalytiků se jedná o příznak hlubšího konfliktu v nevědomí. Potlačené vzpomínky, přání a konflikty se později projevují jako neurotické příznaky, v tomto případě obsese a kompulze. Psychoanalytická teorie spojuje obsedantně-kompulzivní poruchu s análně-sadistickým stádiem (Praško, Možný & Šlepecký, 2007). Obsese a kompulze jsou v rámci toho 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 navykklý způsob snižování úzkosti. Jedná se tedy o naučené maladaptivní reakce. Teorie se věnuje 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, Prašková, Raszka & Kopřivová, 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, Možný & Šlepecký, 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 naši 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 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, Možný & Šlepecký, 2007).

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



Obrázek 1: Kognitivně-behaviorální model OCD (Praško, Možný & Šlepecký, 2007)

Kognitivně-behaviorální model (viz obr. 1), který představují Praško, Možný a Šlepecký (2007) předpokládá, že obsedantně-kompulzivní porucha vychází z *životní zkušenosti* jedince, který si z výchovy či životní situace odnáší například zážitek, 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 – vzniká *obsese*. Aby pacient redukoval úzkost, snaží se tyto nutkavé myšlenky neutralizovat – 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, Možný & Šlepecký, 2007).

1.3.3 Biopsychosociální teorie

Poněšický (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 nutková pořádkumilovnost proti impulzům směřujícím k asociálnosti či chaosu.“ (Poněšický, 2004, s. 51). Myšlenky mohou mít i podobu trestu za zakázaná přání.

Greenspan a Greenspanová (2003) 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 studie Kenyonové a Warrena však nepotvrdily souvislost věku či pohlaví dítěte se závažností příznaků. Objevili však souvislost fungování rodiny a závažnosti příznaků OCD.

V předchozí studii bylo fungování rodiny faktorem, na který se však autoři primárně nezaměřovali. Některé výzkumy se již na rodinu jako faktor obsedantně-kompulzivní poruchy zaměřily. U rodin se členem trpícím OCD lze pozorovat narušení ve více doménách rodinné dynamiky. Ve studii však nebylo rozlišeno, zda osobou trpící obsedantně-kompulzivní poruchou je dítě či dospělý (Koujalgi, Nayak, Pandurangi & Patil, 2015).

1.4. Vliv OCD na život dítěte i jeho okolí

Obsedantně-kompulzivní porucha zatěžuje jak dítě samotné, tak jeho rodinu. Dítě nemusí chápat, co se vlastně děje, bojí se svěřit, může se obávat výsměchu či nepochopení. Na počátcích se symptomy OCD již projevují, ale nemusí být ještě okolím chápány v souvislosti s onemocněním. Dítě, které samo nechápe, co se s ním děje, se tak setkává s nepochopením okolí, někdy dokonce s trestáním a nepřijímáním jeho projevů (Straková Jirků, 2018).

Ve společnosti dochází často ke stigmatizaci pacientů s duševním onemocněním. Projevy obsedantně-kompulzivní poruchy mohou být pro okolí nepochopitelné, mohou

působit „divně“, nevhodně. OCD se tak může stát zdrojem stigmatizace. Pokud se však již pacient, v případě dítěte rodič, rozhodne využít psychiatrickou péči, již samotné podstoupení psychiatrické péče je však také společností vnímáno negativně a jedinec je nálepkován jako „duševně nemocný“ (Ocisková, Sedláčková, Praško, Černá, Jelenová, Kamarádová, Mainerová & Látalová, 2014).

Obsedantně-kompulzivní porucha má vliv na kvalitu života dítěte. Před léčbou děti hodnotí kvalitu života s užitím dotazníku (Questionnaire for Measuring Health-related Quality of Life in Children and Adolescents KINDL-R) výrazně níže než běžná populace jejich vrstevníků. Poté co dítě prošlo kognitivně-behaviorální terapií se však hodnocení výrazně zvýšilo. Do studie (Weidle, Ivarsson, Thomsen, Lydersen & Jozefiak, 2015) byly zařazeny děti ve věku 7-17 let. Autoři vzhledem k výsledkům doporučují zařadit dotazník pro zjišťování kvality života k měření efektu léčby u dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou.

Dítě, které je zahlcené sledem obsesí a kompulzí, je pod zátěží jak fyzickou, tak psychickou. Dítě si všímá, že se svými projevy odlišuje od svých vrstevníků. Dítě se tak stahuje ze společnosti a dostává se do sociální izolace, vyhýbá se náročným situacím. Dostává se tak do bludného kruhu, který nadále zvyšuje či udržuje úzkost. Zaobírání se nutkavými myšlenkami a kompulzemi, především propracovanými rituály, je náročné, také dítě je pod napětím a stresem, který se projevuje také fyziologicky – děti si stěžují na bolesti, břicha, hlavy, hůře spí (Straková Jirků, 2018).

Stigmatizaci a zátěži se však nevyhne ani rodina dítěte s obsedantně-kompulzivní poruchou. Rodiče mohou být zapojeni do rituálů, snaží se dítě ochraňovat a mohou také na sebe přebírat odpovědnost za povinnosti kladené na dítě. Některé studie se tak zaměřily na kvalitu života nejenom samotného pacienta trpícího obsedantně-kompulzivní poruchou, ale také jeho rodinných příslušníků (Laidlaw, Fallon, Barnfather & Coverdale, 1999). Zároveň je třeba se věnovat také strategiím zvládnutí těchto stresových situací plynoucích z péče o osobu trpící OCD (Stengler-Wenzke, Trosbach, Dietrich & Angermeyer, 2004).

2 KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

V rámci dalších částí této práce budeme užívat pojem „psychoterapeut“ či „psychoterapie“. Kolem těchto pojmů se v poslední době vedou diskuze. *„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).“* (Telec, 2017, s. 3).

Kognitivně-behaviorální terapie je považována za první volbu při léčbě OCD a není tomu jinak ani při práci s dětmi. Obecně však při psychoterapii s dítětem musíme volit odlišné či modifikované přístupy. V této kapitole se proto nejdříve zaměříme na specifika při práci s dítětem a teprve poté si představíme postupy kognitivně behaviorální terapie dětí a obsedantně-kompulzivní poruchy.

2.1. Obecná doporučení pro psychoterapii dětí

V současné době je v rámci psychoterapie dítěte poukazováno na biopsychosociální přístup. Při práci s dítětem je proto třeba zohlednit psychologické, sociální i biologické faktory, které mají vliv na vývoj jedince. Je potřeba brát v úvahu vývojovou úroveň dítěte, společně s jeho individuálními charakteristikami, a to nejenom při volbě psychoterapeutického postupu, ale i při diagnostice a další práci. S ohledem na biopsychosociální přístup se tak snažíme nalézt vhodnou kombinaci farmakoterapeutických, psychoterapeutických i socioterapeutických intervencí (Kocourková, 2000).

Biopsychosociální přístup je vývojový, individuální a je orientován na vztah. Náš vývoj probíhá v rámci více linií, ať už fyziologické a neurologické, vztahové, myšlenkové, emocionální, aj. Přestože různé přístupy či samotní jednotlivci kladou důraz na odlišné linie, je třeba brát ohled na všechny z nich. V rámci koncepce tak můžeme pracovat s jednotlivými vývojovými liniemi, teprve jejich propojením však můžeme v celistvosti pochopit prožívání a osobnost dítěte (Greenspan & Greenspanová, 2007).

Greenspan a Greenspanová (2007) vycházejíc z biopsychosociálního přístupu uvádí tři faktory, které řídí vývoj člověka:

1. faktor – biologická genetická výbava člověka
2. faktor – vnější prostředí včetně kulturního a rodinného pozadí
3. faktor – vzorce chování mezi rodičem a dítětem

Pomocí klinického interview s dítětem si můžeme vytvořit jeho individuální profil, který nám pomůže pochopit problém a zvolit vhodnou terapii. Od teorie biopsychosociálního přístupu, o kterém se často lépe hovoří, než jej aplikuje, se tak dostáváme právě k jeho praktickému užití při práci s dítětem (Greenspan & Greenspanová, 2000).

V rámci psychoterapie dítěte je tak potřeba zohlednit jeho věk (společně s dalšími faktory viz výše). Mezi dětmi v různých vývojových fázích může být významný rozdíl. U dětí s nižším věkem například považujeme strachy a úzkosti za přirozenou součást chování. Jinak budeme přistupovat k enuréze u malého čtyřletého dítěte a jinak u dospívajícího. Takovýchto rozdílů bychom mohli najít mnoho a jenom dokládají potřebu brát v úvahu věk a tudíž vývojové stádium dítěte (Ronenová, 2000).

Prvním problémem a rozdílem oproti psychoterapii dospělých, se kterým se setkáváme je samotný fakt, že nás jako terapeuta nevyhledalo dítě, ale rodič. Dítě je tak do určité míry závislé na motivaci rodičů a jejich ochotě spolupracovat. Dítě si naopak často vytvoří dojem, že terapeut je „spojencem“ rodičů a může tak být vůči němu předpojaté. Je proto důležité budovat vztah nejenom s rodiči, ale v neposlední řadě především důvěrnou atmosféru ve vztahu s dítětem (Kocourková, 2000).

Dalším důležitým rozdílem je nakládání a přístup k informacím, a to v několika oblastech:

- informace, které získává terapeut od rodičů
- informace, které získává od dítěte v rámci terapie
- informace, které sdílí s rodičem

Rodiče mohou o problému či dítěti samotném podávat informace zkreslené, ať už nadsazené či se sklonem k bagatelizaci. Tyto tendence však může mít také dítě samotné. Zatímco tyto údaje si může terapeut více méně objektivizovat doptáváním či pozorováním, složitější otázkou je důvěrnost informací sdělených dítětem či dospívajícím v rámci terapie.

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).

Vyzdvihněme pouze krátce zmíněnou potřebu objektivizovat také informace získané od rodičů. Rodiče častěji uvádějí symptomy, které se týkají poruch chování. Děti naopak častěji udávají (a rodiče mají někdy tendenci přehlížet) úzkostné příznaky. Terapeut by tak měl mít snahu získat a srovnat informace od rodičů i od dítěte (Hodges, Gordon & Lennon, 1990).

V rámci terapeutického kontraktu, který vytváříme na začátku terapie tak musíme sledovat více cílů, než jsme zvyklí v terapii s dospělými, a to základní cíle, rodičovské cíle, cíle formulované terapeutem a cíle dítěte. V každé fázi terapie můžeme některý z cílů upřednostnit, vždy je ale třeba mít na paměti všechny z výše jmenovaných. Dítě své cíle však často nedokáže verbalizovat. Pracujeme tak s podněty, které samo na terapii přináší. Přestože se cíle dítěte mohou v průběhu terapie měnit a nemusí odpovídat záměru, se kterým do terapie daný den přichází terapeut, měly by být vždy na prvním místě (Geldard & Geldardová, 2008).

Jak již bylo uvedeno výše, menší děti mají zatím problém s verbalizací svých potřeb či problémů. Komunikují především prostřednictvím svého chování či jiných vnějších projevů. Nejčastějším prostředkem komunikace s menšími dětmi je proto v rámci terapie hra. Hra může sloužit jako přímý komunikační prostředek nebo jako činnost, která uvolní atmosféru, odvede pozornost dítěte, které se pak může cítit uvolněněji v rámci komunikace. U dospívajících se spíše potýkáme s tendencí k provokaci a „testování“ psychoterapeuta (Kocourková, 2000).

Dosud jsme předpokládali zahájení terapie s dítětem. S problematikou vývojového stádia, ve kterém se dítě nachází, však souvisí také zhodnocení, zda daný problém není normálním dětským chováním. Ještě před zahájením terapie tak stojíme před rozhodnutím, zda je vůbec terapie potřebná. V této fázi bychom měli přistoupit ke srovnání s diagnostickými kritérii, věkovými normami a normami přirozeného prostředí. Zajímat by nás měla stabilita problému, zda se zhoršuje či zlepšuje, jaké představuje ohrožení do budoucna. Zvážit bychom měli také motivaci a význam jak pro dítě, tak pro rodinu a v neposlední řadě, zda je možné předpokládat spontánní uzdravení (Ronenová, 2000).

Na psychoterapeuta pracujícího s dětmi jsou tak kladeny nároky, co se týče jeho znalostí projevů dané psychické poruchy, psychoterapeutického přístupu a v neposlední řadě vývojových období dítěte. Terapeut by měl mít na paměti základní zásady psychoterapie a zároveň být kreativní v uzpůsobování známých technik a metod potřebám dítěte.

2.2. Problematika KBT a jejích specifik při práci s dětmi

Terapeut se musí orientovat v základních zásadách daného psychoterapeutického přístupu a poté samozřejmě jeho specifikách při práci s dětmi. Techniky, které běžně užíváme v terapii s dospělými, musíme při práci s dětmi přizpůsobit či úplně vypustit. Potřebám a vývojovému stádiu dítěte musíme přizpůsobit celkovou koncepci terapie a spolupráce (viz výše).

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je dynamicky se rozvíjícím psychoterapeutickým směrem, který vychází z terapie kognitivní a terapie behaviorální. Terapie je většinou krátká, předem časově omezená, strukturovaná, kdy v prvních sezeních je terapeut aktivnější, ale v průběhu terapie předává zodpovědnost klientovi. Terapeut se s klientem zaměřuje na přítomné, ohraničené problémy, a především na faktory, které je udržují. Užívány jsou nácvikové metody. Cílem terapie je samostatnost klienta (Becková, 2018).

Tento psychoterapeutický přístup si získal v posledních letech řadu příznivců a u mnoha poruch a onemocnění je v rámci terapie první volbou. Účinnost kognitivně-behaviorální terapie byla prokázána v rámci výzkumů na velkých vzorcích pacientů. Vědecký přístup se prolíná také do terapie samotné, kde se opíráme o fakta, měření frekvencí, trvání a míry. Na základě těchto údajů následně vytváříme hypotézy, které dále testujeme. Také myšlenky lze v rámci KBT považovat za určité hypotézy, které je potřeba testovat a empiricky ověřovat (Praško, Možný & Šlepecký, 2007).

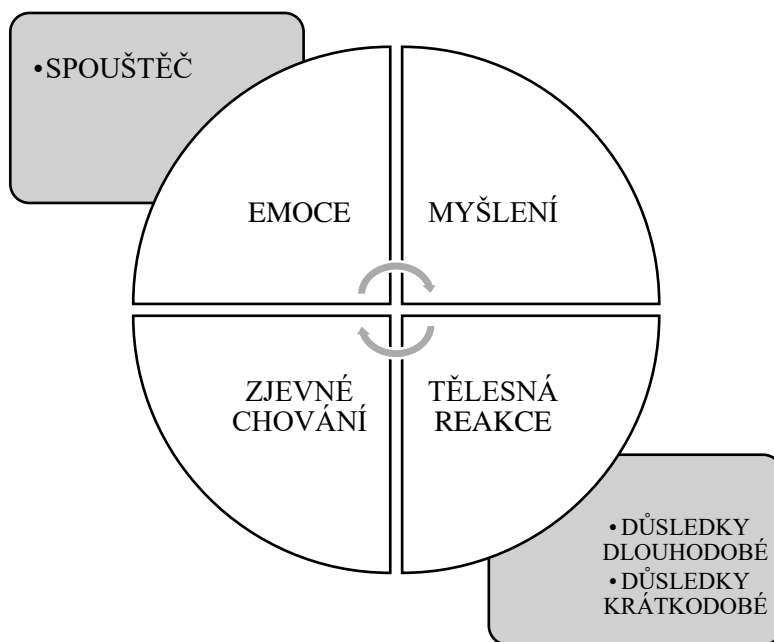
Základními liniemi kognitivně-behaviorální terapie jsou *„rozvíjení terapeutického vztahu, plánování léčby a strukturování sezení, určování dysfunkčních myšlenek a reagování na ně, zdůrazňování pozitiv, podpora dosažení změn v myšlení a chování mezi sezeními (domácí úkoly).“* (Becková, 2018, s 32).

Kognitivně-behaviorální terapie dětí vychází více z behaviorální terapie. U dětí se ve srovnání s dospělými pacienty zaměřujeme více na nácvik dovedností a využívají se techniky, které vycházejí z podmiňování a učení se podle vzoru. Neexistuje žádný ucelený

koncept kognitivně-behaviorální terapie pro děti. Jedná se o dílčí přizpůsobení terapie a jednotlivých technik vývojové úrovni dítěte (Ronenová, 2000).

Základní struktura kognitivně-behaviorální terapie zahrnuje **úvodní vyšetření**, v rámci něhož podrobně mapujeme potíže klienta s využitím **škál a měření**. Vysvětlíme klientovi principy KBT přístupu, můžeme jej seznámit s bludným kruhem poruchy (podrobněji viz kap. 2.3). **Edukujeme** klienta nejenom stran KBT přístupu, ale také jeho vlastní poruchy (Praško, Možný, Šlepecký, 2007). Pokud je naším klientem dítě, měl by být edukován jak rodič, tak dítě. Je potřebné přizpůsobit edukaci vývojové úrovni dítěte. Pomoci nám mohou nákresy, obrázky (Straková Jirků, 2018).

Když už máme o pacientovi a jeho problému dostatek informací, můžeme přistoupit k behaviorální analýze – tzv. A-B-C model. Zkoumáme spouštěče (A), problémové chování (B – tělesné reakce, myšlení, emoce, zjevné chování) a následky (C). Společně s pacientem tak vytváříme **bludný kruh** (viz obr. 2) jeho vlastního problému.



Obrázek 2: Bludný kruh

Pokud chceme zjistit, jak se tento vzorec chování pacient naučil, je třeba se ptát na počátek problémů, průběh, pátrat po predisponujících faktorech, ale také po tom, jak se pacientovi daří jeho problémy zvládat, v čem jsou jeho přednosti (Praško, Šlepecký & Možný, 2007).

V rámci **kognitivní analýzy** se snažíme pomoci pacientovi vysvětlit a porozumět, jak mohou jeho myšlenky ovlivnit jejich reakce a emoce. Je vhodné využívat jejich vlastní příklady. V rámci kognitivní analýzy můžeme k tomuto zjištění přijít společně s pacientem, kdy se ho doptáváme a pomocí jeho příkladů ho spíše dovedeme k poznání. Případně můžeme pacientovi vysvětlit vliv myšlení na reakce v rámci psychoedukace (Becková, 2018).

Pomocí **funkční analýzy** můžeme zjistit, proč toto maladaptivní chování nevyhasíná; kdo, co a jak toto chování posiluje a jak toto chování zasahuje do běžného života pacienta. Díky funkční analýze můžeme porozumět danému problému. Na závěr **formulujeme a definujeme problém** a společně s klientem **stanovíme cíle**. Na základě této formulace se poté domluvíme na **plánu terapeutických sezení** (Praško, Možný & Šlepecký, 2007).

Problematické nastavování cílů v rámci psychoterapie dětí jsme se již věnovali v kapitole věnované obecným doporučením pro psychoterapii dětí. Připomeňme pouze, že se zde pohybujeme v určitém trojúhelníku rodič-dítě-terapeut, kdy by však vždy měly být prioritní potřeby dítěte.

Přestože jsme výše naznačili, že KBT u dětí je založeno více na behaviorálních technikách, neznamená to, že s kognicemi vůbec nepracujeme. Je však potřeba terapii přizpůsobit vývojové úrovni dítěte. Piaget a Inhelderová (1997) rozlišují čtyři stádia kognitivního vývoje, kdy Ronenová (2000) k nim uvádí specifika v rámci kognitivně-behaviorální terapie:

- *Senzomotorické stádium* (do dvou let) – omezené kognitivní a řečové schopnosti – terapie zaměřená na okolní prostředí dítěte
- *Preoperacionální stádium* (od 2 do 7 let) – rozvoj řeči, schopnost pojmenovávat, symbolické myšlení – zážitková terapie, malování, umění, hudba, tanec
- *Stádium konkrétních operací* (od 7 do 12 let) – konkrétní a egocentrické myšlení, chápe abstraktní pojmy – lze užít verbální terapii, avšak založenou na běžných zážitcích a příkladech
- *Stádium abstraktního myšlení* (od 12 let výše) – chápání abstraktních a holistických pojmů – dítě si přeje, aby se s ním jednalo jako s dospělým.

2.3. Kognitivně-behaviorální terapie OCD

Kognitivně-behaviorální model obsedantně-kompulzivní poruchy jsme si již představili v rámci kapitoly 1.3.2. Z tohoto modelu v rámci kognitivně-behaviorální terapie OCD vycházíme. Nejdříve uvedeme základní techniky, které při kognitivně-behaviorální terapii OCD používá a zaměříme se na jejich přizpůsobení dětem, a to především na děti mladšího školního věku. Toto období odpovídají částečně stádiu konkrétních operací. Jak jsme již uvedli výše, jedná se o stádium, ve kterém již můžeme s dítětem pracovat kognitivně i behaviorálně, ale přesto je potřeba terapii přizpůsobit. Je třeba podotknout, že přestože se dítě nachází v této vývojové fázi, nemusí být na takové kognitivní úrovni. Je proto potřeba vždy individuálně zvážit vývojovou úroveň daného dítěte. Také proto se budeme věnovat především behaviorálním technikám, které se v rámci KBT u OCD používají (Ronenová, 2000).

Součástí kognitivně-behaviorální terapie OCD je, jak už bylo uvedeno výše, edukace. Pro dítě může být problematika hůře pochopitelná, může pro něj však být také velkou úlevou, když se problém pojmenuje, když se dozví, že se tím netrápí samo. V rámci edukace se často pracuje s externalizací – dítě si může OCD namalovat jako nějaké zvíře, skřítku, příšerku, případně si zvolit nějakou hmatatelnou postavku (Straková Jirků, 2018).

2.3.1 Techniky KBT u OCD dětí

Mezi nejčastější techniky kognitivně-behaviorální terapie u dětí s OCD patří expoziční léčba. Dále využíváme techniky pro práci s obsesemi a skrytými kompulzemi. Průběžně s dítětem hodnotíme a škálujeme. Práce s dětským klientem vyžaduje zkušenosti terapeuta a zapojení vlastní kreativity (Stárková, 2003).

Za jednu z nejefektivnějších technik je považována **expoze se zábranou rituálu**. Dítě je vystaveno své obsesi a následně je podporováno, aby nevykonalo kroky, které bylo zvyklé používat ke snížení úzkosti vyvolané obsesí. Předcházet by měl nácvik adaptivnějšího zvládnání úzkosti. Při prvních expozičních je možné pouze zkracovat či zmírňovat daný rituál nebo jej oddalovat. Technikou postupných kroků bychom se však měli dostat k úplné zábraně rituálu. Tato technika jednak dítě učí, že úzkost poklesne, i když nevykoná kompulzi. Zároveň však díky expozičnímu přerušujeme vyhýbavé chování, které může udržovat onemocnění v chodu (Piacentini & Langley, 2004).

Slovu expozice nejspíš nebude dítě rozumět. Měli bychom mít tedy připraven nejenom jednoduchý opis a vysvětlení tohoto pojmu, ale především příklady, jak by mohla taková expozice vypadat, či přímo popsat expozici vhodnou pro problém daného dítěte. Lze využít například příměr k otužování. Pokud je pro dítě expozice in vivo příliš těžká, lze provést nejdříve expozici v imaginaci. Expozice by měly být předem naplánované, a to jak během sezení, tak na dobu mezi jednotlivými sezeními. Neměli bychom zapomenout také na odměnu, která by měla po expozici následovat. U dětí může mít podobu drobné pochutiny, panáčka, nálepky apod. Náročnější, ale velmi účinnou technikou expoziční léčby je zaplavení, kdy se klient vystaví nejvyšší možné míře podnětu (např. při obsesi spojené s bakteriemi a bacily by dítě šlo na WC a sáhlo na místo, které je podle něj nejvíce znečištěné). U dětí ani u dospělých se však zaplavení příliš nepoužívá (Straková Jirků, 2018).

Pro práci s **obsesemi a skrytými kompulzemi** využíváme stop techniku, techniku odvedení pozornosti, expozici obsedantním myšlenkám, práci s katastrofickými scénáři, kognitivní restrukturalizaci nebo behaviorální experimenty. K těmto technikám se při práci s dětmi často používají obrázky (např. stopka) a metafory. Stop technika se tak může proměnit v hru na policisty a myšlenky se promění v autíčka. Opakem je expozice obsedantním myšlenkám, kdy si má dítě schválně obsese vybavovat – auta mají zelenou a dítě je pozoruje z „bezpečného místa“. Pro techniku odvedení pozornosti je vhodné mít předem sepsaný seznam věcí, které má dítě rádo a může se jim věnovat, pokud chce odvést pozornost. V rámci katastrofického scénáře si dítě sepíše příběh, vyžene své obsese do katastrofy, přičemž zaznamenává své pocity a další myšlenky (Straková Jirků, 2018).

V rámci **kognitivní restrukturalizace** předpokládáme, že problémy jsou způsobené magickým myšlením a iracionálními představami, kdy terapeut vede dítě k tomu, aby je prozkoumalo a změnilo. Díky této metodě se dítě může naučit novému pohledu na skutečnosti a odstranit dosavadní předsudky, které ovlivňují posuzování dané situace. Pokud si dítě vytvoří novou logičtější a přiměřenější reakci je třeba ji dále procvičovat a vést dítě k sebeocenění (Ronenová, 2000). Pro kognitivní terapii je potřeba, aby dítě dokázalo identifikovat a vyjádřit své myšlenky. Mělo by umět nacházet alternativy, rozeznat rozdíl ve svých emocích a v neposlední řadě pochopit vztah emocí a myšlenek (Praško, Možný & Šlepecký, 2007).

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, Možný & Šlepecký, 2007). Přestože se tato část jeví 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 skřítky, kterého jsme si vytvořili v rámci externalizace.

V této kapitole a často ani v rámci terapie s dítětem (případně adekvátně jeho věku) se nevěnujeme **jádrovým přesvědčením**. Tyto postoje se vytváří během života, a to vlivem životních zkušeností, výchovou, zážitky apod. U mnoha dětí se tato jádrová schémata teprve formují (Straková Jirků, 2018).

2.3.2 Pomůcky při KBT dětí s OCD

Kognitivně-behaviorální terapie dětí je kreativní činností. V rámci relaxace, edukace, externalizace i dalších postupů často využíváme herní techniky, kreslení, obrázky, ale někdy také meče, korunky nebo štíty.

Pomůckou, která jde vstříc zájmům dnešních dětí, je videohra „*Ricky and the spider*“ (Ricky a pavouk). Tato hra je určena dětem od 6 do 12 let a vychází z principů kognitivně-behaviorální terapie. Nejedná se však o svépomocnou metodu, je potřeba hrát ji pod dozorem terapeuta. Videohra provede dítě psychoedukací, kognitivním modelem OCD, externalizací, vytvořením hierarchie symptomů a expozicí. Dle prvotního výzkumu je hra dětmi dobře přijímána, pomáhá terapeutům při práci s dítětem a motivuje dítě do terapie. Bohužel je však hra dostupná pouze v němčině a angličtině (Brezinka, 2013).

Obsedantně-kompulzivní poruchu a možnosti její léčby se snaží formou příjemnou pro děti představit také Wagnerová (2013) v knize *Up and Down the Worry Hill*. Jedná se o útlou knížku, která s doprovodem ilustrací vypráví příběh chlapce, který trpí obsedantně-kompulzivní poruchou a dostává se k terapeutce, která mu vysvětluje, co by mohli dále dělat. Jak už název napovídá, potíže s obsesemi a kompulzemi jsou zde připodobňovány k jízdě na kole do kopce a s kopce.

Další zajímavou příručkou je kniha Marche a Bentona (2007) *Talking back to OCD*. Kniha je však již mnohem delší, jedná se totiž o představení programu pro děti a adolescenty trpící obsedantně-kompulzivní poruchou, který vychází z metod kognitivně-behaviorální terapie. Obsah knihy je určen pomoci dětem a adolescentům vypořádat se s OCD. Kniha

samotná je však vzhledem k délce a místy i náročnosti textu určena terapeutům a rodičům. I pro rodiče se však místy jeví hůře pochopitelná.

Efekt kognitivně-behaviorální terapie jako léčby pro obsedantně-kompulzivní poruchu u dětí již byl v rámci studií prokázán (např.: POTS, 2004; či v klinickém prostředí Nakatani, Mataix-Cols, Micali, Turner & Heyman, 2009). Zajímavá je však studie, která porovnává dva odlišné programy KBT – celkový program s průměrným počtem 12 sezení a krátký program s průměrným počtem 5 sezení a využitím pracovního sešitu. Snahou zefektivnit kognitivně-behaviorální terapii OCD a zpřístupnit ji tak více lidem. Ke statisticky významnému zlepšení symptomů došlo při použití obou programů. Jeví se tak efektivní užívat terapii s menším počtem sezení, ale s využitím svépomocných pracovních listů (Bolton, Williams, Perrin, Atkinson, Gallop, Waite & Salkovskis, 2011).

3 DALŠÍ MOŽNOSTI LÉČBY OCD U DĚTÍ

Přestože je dnes kognitivně-behaviorální terapie považována za první volbu v léčbě OCD u dětí, je potřeba zmínit také další přístupy. Některé se mohou svou účinností rovnat KBT, u všech však budeme hovořit především o vzájemné kombinaci představovaného přístupu a KBT. Kognitivně-behaviorální terapie je integrativním přístupem, některé z následujících metod se tak již staly součástí moderní KBT. V následujících podkapitolách se budeme blíže věnovat farmakoterapii, relaxaci, mindfulness, práci s rodinou a práci s emocemi.

Kromě KBT, farmakoterapie a dalších přístupů se ve výjimečných případech u nejtěžších forem onemocnění či u rezistentních pacientů zkouší účinek elektrokonvulzivní terapie, repetitivní transkraniální magnetické stimulace či hormonální a chirurgické léčby. U dětí a adolescentů však tyto přístupy nepřichází v úvahu (Malá, 2000).

3.1. 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 léčbě OCD se můžeme setkat s řadou komorbidit (viz kap), 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, Florian, a kol., 1998).

Samotný účinek farmakoterapie je výrazný. Zajímavé je však srovnání užití samotné kognitivně-behaviorální terapie, farmakoterapie či jejich kombinace. Kombinovaná léčba se v rámci studie ukázala v porovnání lepší, než samotná KBT či samotná léčba sertralinem. Míra klinické remise ³pro kombinovanou léčbu byla 53,6 %, pro samotné KBT samostatně 39,3 %, pro samotný sertralin 21,4 %. Jako nejvhodnější přístup se tak jeví kombinace kognitivně-behaviorální terapie a léčby sertralinem či samotná KBT. Účinek kombinované léčby byl navíc méně náchylný na odlišnosti onemocnění u jednotlivých pacientů. U pacientů medikovaných sertralinem nebylo pozorováno suicidální jednání (The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team, 2004).

V jedné z následujících kapitol se budeme věnovat zapojení rodiny do terapie dítěte s OCD a vlivu jejich očekávání na výsledek terapie. Právě farmakoterapie je častým tématem, jemuž se rodiče v rámci terapie věnují. V rámci studie (Lewin, McGruie, Murphy & Storch, 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.

3.2. Relaxace

Relaxace je jednou z oblastí, ve které si nemůžeme stěžovat na nedostatek příruček či pomůcek pro děti. Jedná se o metodu, kterou lze využít v rámci psychoterapie široké škály poruch, může nám pomoci kromě jiného také vybudovat atmosféru a navázat vztah s dítětem. Stejně jako u ostatních metod je i tady potřeba přizpůsobit relaxaci vývojové úrovni dítěte.

Relaxace je někdy řazena mezi behaviorální metody KBT, kdy se jedná o metodu zaměřenou na tělesné příznaky. Mezi běžné relaxační metody patří nácvik svalové relaxace a zklidňujícího dýchání. Záměrně je uveden „nácvik“ relaxace, neboť se jedná o dovednost, kterou získáme opakovaným cvičením. Relaxovat bychom měli být schopni nejenom v klidném prostředí či v rámci běžného dne, ale hlavním cílem je především umět relaxaci použít v situacích náročných, kdy pocítujeme napětí a úzkost. Při nácviku relaxace je nejčastěji užíván Schultzův autogenní trénink a Jacobsonova progresivní relaxace (Praško, Možný & Šlepecký, 2007).

Relaxace je pro děti cestou, jak poznat své tělo, tělesné příznaky, kterými se úzkost projevuje a jak s těmito projevy naložit. Některé z relaxačních technik však mohou klást

³ vymizení příznaků a projevů onemocnění

příliš velké nároky na pozornost dítěte či mohou být pro děti nezáživné nebo obtížně pochopitelné. Dnes je však dostupných více příruček a technik, které jsou přizpůsobené vývojové úrovni dítěte.

Metoda Schultzova autogenního tréninku je například včleněna do příběhů v knize Příběhy z měsíční houpačky (Müllerová, 2010). Do pohádkových příběhů jsou 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 (Müllerová, 2010).

Krátká tělesná cvičení, která pomáhají dítěti při strachu, úzkosti či panice přináší také knihy psychoterapeutky Claudie Croos-Müllerové, které nesou podtitul „Knížka o přežití“. Jedná se například o knížku „Odvalu“ (Cross-Müllerová, 2012) nebo „Hlavu vzhůru“ (Cross-Müllerová, 2011). Knížky i samotná cvičení působí vesele, jsou pro děti zábavné – děti frkají jako kuň, smrkají, smějí se, broukají si. Pracují však také se svým tělem, kdy zkouší, co s nimi udělá dát si ruce v bok, vypnout hrud', dupat, máchat pažemi, dýchat s našpulenými rty apod.

Dosud jsme hovořili o relaxaci a tělesném cvičení zaměřeném na poznávání a zvládnutí tělesných příznaků úzkosti. V rámci pilotních studií je však zkoumán také vliv aerobního cvičení v rámci léčby OCD. Studie jsou zatím pouze na dospělých pacientech a jedná se o zařazení 12týdenního programu aerobního cvičení individuálně přizpůsobenému pacientům, do kterého jsou pacienti zapojeni současně s kognitivně-behaviorální terapií. Přestože autoři považují tuto intervenci dle výsledků pilotní studie za úspěšnou či přinejmenším za slibnou, je potřeba dalšího výzkumu, aby byl prověřen a porovnán účinek KBT terapie, programu aerobního cvičení a jejich kombinace při léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy (Rector, Richter, Lerman & Regev, 2015).

3.3. Mindfulness

Mindfulness neboli všímavost je technika, díky které mohou pacienti sledovat své vnitřní prožitky. Jedná se o zaměření pozornosti, a to nehodnotícím způsobem zaměřeným na přítomný okamžik. Pacienti, kteří využívají technik mindfulness si dokážou lépe uvědomovat své prožitky i okolní dění. Všímavost podporuje pacientovo sebepřijetí a

nehodnotící postoj. Přístup byl vyvinut na základě principů meditace (Fairfax, Easey, Fletcher & Barfield, 2014).

Praško, Možný a Šlepecký (2007) se ještě v rámci Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch o mindfulness nezmiňují. Becková (2018) však již všímavost uvádí jako integrovanou součást kognitivně behaviorální terapie, kdy je součástí tzv. třetí vlny KBT.

Mindfulness můžeme využít jako doplněk kognitivně-behaviorální terapie obsedantně-kompulzivní poruchy, který zvýší její účinek a může pomoci zabránit relapsu. Mindfulness může dle Fairfaxe (2008, s. 53) „*doplnit kognitivně-behaviorální terapii obsedantně kompulzivní poruchy následujících způsobem:*

- 1. naučit se jiný způsob uvědomění si myšlenek*
- 2. pomáhá přerušit propojení automatických myšlenek a podmíněného chování*
- 3. umožňuje pacientovi cítit kontrolu nad svými myšlenkami a chováním*
- 4. zlepšuje sebeúctu pomocí normalizace obsesivních myšlenek*
- 5. poskytuje přímou metodu zpochybnění automatických negativní myšlenek*
- 6. přerušuje pocit pacienta, že musí „vymyslet, jak z toho ven“*
- 7. experimentální a přenesená metoda expozice a zabránění rituálu*
- 8. doplněk jiných technik*
- 9. umožňuje diskutovat o metakognicích pomocí zážitkové intervence“*

Zkoumáno je také využití mindfulness jako augmentační léčby obsedantně kompulzivní poruchy u pacientů, u kterých po intervenci KBT přetrvávají příznaky. Absolvování následného 8týdenního programu s využitím mindfulness přineslo u pacientů snížení symptomů OCD, deprese a úzkosti. Dále by však měla být prozkoumána úspěšnost využití mindfulness jako prevence recidivy OCD a také porovnání s pokračující kognitivně behaviorální terapií (Key, Rowa, Bieling, McCabe & Pawluk, 2017).

Řada mindfulness technik je přizpůsobena či přímo vytvořena pro děti. Jmenujme například populární knihu Klidně a pozorně jako žabka (Snelová, 2016), která je primárně určena dětem od 5 do 12 let. Kniha je průvodcem mindfulness technikami pro děti i jejich rodiče.

3.4. Práce s rodinou

Pokud pracujeme s dětmi trpícími obsedantně kompulzivní poruchou, je vhodné doplnit kognitivně behaviorální terapii a případně výše uvedené techniky také přístupem orientovaným na rodinu.

U dospělých pacientů musíme pro zdárný výsledek terapie zohlednit jejich přání a očekávání. Pokud jsou našimi pacienty děti, je třeba se zajímat o postoj rodičů. Pokud má rodič či rodiče pozitivní postoj ke zvolené léčbě, je pravděpodobné, že terapie bude mít u dítěte pozitivní výsledek (Lewin, McGruie, Murphy & Storch, 2014).

Pro práci s rodinou je často využívána systemická rodinná terapie. V rámci terapie obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí si tak klademe otázku: „Jaký může mít symptom, onemocnění OCD, význam v rámci rodinného systému?“. Význam může být dle Strakové Jirků (2018, s.35-36) následující:

- komunikace – dítě zrcadlí nepohodu v rodinných vztazích, nadměrný tlak, hádky
- zachování status quo v systému – způsob, kterým dítě ovlivňuje vztahy mezi rodiči
- zachování pozice v systému – dítěti je věnována zvýšená péče a pozornost

Symptom OCD u dítěte hraje v rámci rodinného systému určitou roli. Terapeut se snaží cirkulárním doptáváním zjistit další informace o tom, jak funguje systém rodiny a jakou roli v něm hraje symptom dítěte. Užívané jsou například otázky po výjimce, otázky zaměřené na budoucnost, na stejnou nebo jinakost, otázky škálovací či hypotetické otázky. Užívaná je také metoda „otázka po zázraku“. Můžeme si vytvořit také časovou osu díky níž můžeme pochopit symptom v kontextu tehdejších okolností v rodinném systému (Kurt, 2011).

Onemocnění dítěte může znamenat pro rodinu velkou zátěž (podrobněji viz kap. 1.4). Rodiče se mohou potýkat s pocitem viny či obavami. Setkat se však můžeme také se vztekem či ambivalentními emocemi vůči dítěti. Terapeut by tak měl poskytnout podporu také rodičům, měl by podpořit a posílit jejich rodičovské kompetence. Rodič by se měl stát v rámci terapie koterapeutem (Straková Jirků, 2018).

Rodina však může být také součástí obsesí či rituálů pacienta. Rodiče mohou mít snahu ochraňovat dítě a udržují tak vyhýbavé chování či nechtěně udržují zabezpečování dítěte.

Rodinnou terapii je vhodné doporučit, pokud je porucha podmíněna skladbou a způsobem života rodiny či pokud rodina dostatečně neplní svou funkci. Jedná se o terapii, která se tedy zaměřuje na rodinnou povahu poruchy. V rámci rodinné terapie lze využít behaviorální přístup (např. techniky rodinné úmluvy), experienciálně-komunikační přístup (např. náprava komunikace v rodině), strukturní přístup (např. technika „ostrov rodiny“) nebo přístup systemický, který jsme již zmiňovali výše (Langmeier, Balcar & Špitz, 2010).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Práce dětmi vyžaduje od psychoterapeuta znalost specifika onemocnění u dítěte, jeho vývojová specifika stejně jako aktuální vývojový stupeň dítěte, vyžaduje orientaci v daném terapeutickém směru a také kreativitu v rámci terapeutického procesu, který musí být přizpůsobován dítěti i rodičům. V zahraničí má psychoterapeut k dispozici strukturované programy kognitivně-behaviorální terapie pro děti s OCD. V České republice tyto možnosti nejsou. Jediná příručka se zaměřuje na velmi širokou věkovou kategorii dětí a mladistvých, stejně jako cílovou skupinu čtenářů – terapeutů, psychology a rodiče. Hlavním záměrem tohoto výzkumu je proto zmapování aktuální situace psychoterapeutické praxe kognitivně-behaviorální terapie u dětí s OCD. Na tomto základě byl zvolen kvalitativní přístup.

V následujících kapitolách se budeme zabývat výzkumným procesem. Detailněji bude popsán cíl výzkumu, výzkumné otázky, typ výzkumu a použité metody, vzorek a zpracování a analýza dat. Diskutovány budou také etické aspekty. Po výsledcích a jejich interpretaci bude kapitola uzavřena diskuzí.

4.1. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je zmapování situace v rámci kognitivně-behaviorální terapie obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí školního věku. Abychom problematice porozuměli, musíme poznat, jaké elementy ji tvoří a čím jsou charakteristické (Ferjenčík, 2010). Práce tak bude postavena na deskripci a kategorizaci.

K dosažení hlavního cíle výzkumu si stanovíme **dílčí cíle** vycházející z hlavního výzkumného problému:

1. cíl: rešerše dostupných zdrojů
2. cíl: stanovení teoretických východisek výzkumu
3. cíl: popis procesu kognitivně-behaviorální terapie u dětí s OCD
4. cíl: popis hlavních technik KBT při práci s dítětem s OCD
5. cíl: popis pomocných aspektů při KBT dítěte s OCD
6. cíl: popis omezení KBT dítěte s OCD

Vzhledem k tomu, že není v našich silách postihnout problematiku v její celistvosti, je třeba si pro výzkum stanovit vybrané **výzkumné otázky**. Výzkumné otázky byly vytvořeny na základě stanovených cílů výzkumu.

1. Jak pracuje KBT terapeut s dítětem s OCD?
2. Jaké techniky považuje terapeut v rámci KBT u dětí s OCD za úspěšné?
3. Co terapeutovi v rámci psychoterapie dítěte s OCD pomáhá?
4. Jaká vnímá terapeut omezení KBT u dítěte s OCD?

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Vzhledem k podstatě výzkumného problému byl pro výzkum zvolen **kvalitativní přístup**. Chceme nahlédnout na zkušenost terapeutů s kognitivně-behaviorální terapií u dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou. Výzkumem se snažíme získat detailní informace o terapeutickém postupu a přístupu jednotlivých terapeutů. Z tohoto důvodu se kvalitativní přístup jeví vhodný (Strauss & Crobinová, 1990). Vzhledem ke stanovenému cíli výzkumu je práce postavena na deskripci a klasifikaci zkoumaného jevu a jedná se tak o orientační výzkum, jehož cílem je získání vhledu a porozumění danému problému (Ferjenčík, 2010).

5.1. Metoda získávání dat

Pro získání dat byla využita metoda **polostrukturovaného interview**, které mělo předem stanovené schéma a osnovu otázek. Díky polostrukturovaného interview bylo možno volnějším hovorem v oblastech, které to dovolovaly, motivovat respondenta ke sdílnosti také ve strukturovaných otázkách. Zároveň lze využít také možnosti klást doplňující otázky (Miovský, 2006).

Interview bylo zaměřeno na zkušenost respondenta v námi zkoumané oblasti. Netážeme se tak respondenta na jeho názor, jako spíše na zkušenost, z níž může názor vycházet. Tak jako respondenti vybírají určité detaily svých zkušeností a jejich postup tak ovlivňuje data, která rozhovorem získáme, stejně do procesu vstupuje samotný výzkumník. V rámci výzkumu využívajícího pro získávání dat interview je potřeba reflektovat také přístup výzkumníka (Seidman, 2006).

Pro polostrukturovaný rozhovor byla vytvořena následující osnova otázek:

1. Jak se k Vám většinou děti s OCD dostanou do terapie?
2. Popsal/a byste v krátkosti, jak postupujete při práci s dítětem s OCD?
3. Které techniky se Vám při práci s dětmi s OCD osvědčily?
4. Považujete některou fázi či techniku za nevhodnou pro práci s dítětem s OCD?
5. Jaké pomůcky využíváte při KBT terapii dítěte s OCD?
6. Co dalšího Vám v rámci terapie s dítětem s OCD pomáhá?

7. Co Vám přijde na KBT dítěte s OCD za nejproblematictější?
8. Využíváte kromě KBT také jiné přístupy při terapii dítěte s OCD?
9. Jak zapojujete do terapie rodinu pacienta?
10. Jak či zda spolupracujete s psychologem/psychiatrem?
11. Jak byste zhodnotil/a dostupnost příruček pro dětské pacienty s OCD a jejich rodiče?

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Zkoumanou populací jsou psychoterapeuti využívající kognitivně-behaviorální přístup pro terapii dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou. Odhad počtu těchto psychoterapeutů v populaci je obtížný. Adresář terapeutů České společnosti KBT, který dnes zahrnuje 121 psychoterapeutů, není aktuální. Specializaci na terapii obsedantně-kompulzivní poruchy uvádí pouze 12 z těchto terapeutů a pouze polovina z nich má uvedeno zaměření na dětské pacienty. Údaje však nejsou úplné a lze předpokládat vyšší zastoupení v populaci.

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

- jedinec je psychologem – dokončeno magisterské jednooborové studium psychologie a absolvování akreditovaného kurzu Psycholog ve zdravotnictví
- nebo psychiatrem – dokončeno studiu všeobecného lékařství
- jedinec dokončil výcvik v kognitivně-behaviorální terapii
- jedinec pracuje ve zdravotnictví minimálně dva roky včetně
- jedinec měl či má v péči minimálně dvě děti školního věku s obsedantně-kompulzivní poruchou

Dle Theinera (2014) je typická nástup dětské formy obsedantně-kompulzivní poruchy mezi 7-11 rokem. V rámci výzkumu jsme se proto zaměřili na psychoterapii dětí školního věku. U dospívajících starších 15 let nám již většinou vývojová úroveň umožňuje užití shodných technik, jako u dospělé populace a zohledňujeme jiná specifika, než u dětských pacientů.

Pro výběr jedinců do výzkumného souboru byla použita nepravděpodobnostní metoda výběru, a to **prostý záměrný výběr**. Na základě stanovených kritérií nám tato metoda umožňuje vybrat do výzkumu účastníky, kteří těmto kritériím odpovídají, a kteří zároveň souhlasí s účastí (Miovský, 2006). Tato metoda se vzhledem k malému množství KBT psychoterapeutů, jež pracují s dětmi s OCD jeví jako vhodná.

Plánovaný počet respondentů ve **výběrovém souboru** byl 7. 9 respondentů bylo osloveno již předem, kdy 7 z nich přislíbilo svou účast. Jeden z oslovených respondentů přestal během doby komunikovat a následně vzhledem k časové vytíženosti odstoupil z účasti na výzkumu. Další z respondentů se výzkumu zúčastnil, s dětskými pacienty však

přestal pracovat před dvěma lety. Z výzkumu nebyl vyřazen, neboť poskytl zajímavá data relevantní pro výzkum. Počet respondentů byl však navýšen na 8, aby byla data saturována.

Vzhledem k využití osobních kontaktů a předběžné konzultaci účasti na výzkumu se podařilo absolvovat rozhovor s osmi z devíti oslovených respondentů, přes jejich výraznou časovou vytíženost. Dle slov respondentů byla motivace účasti na rozhovorech podnícena také zajímavostí a dle jejich názoru potřebností daného tématu. Respondentům nebyla přislíbena peněžitá či jiná odměna.

Respondenti splňovali všechna předem určená kritéria. Výzkumu se zúčastnilo 5 klinických psychologů a 3 psychiatrů. Délkou praxe, dobou od ukončení výcviku v kognitivně-behaviorální terapii i počtem dětí v aktuální či historické péči se jedná o rozmanitý vzorek. Bližší informace o jednotlivých respondentech uvádíme v tabulce č. 2. Vzhledem k malému počtu psychoterapeutů s daným zaměřením v jednotlivých krajích, neuvádíme lokalitu, v níž daný terapeut působí, aby byla zachována anonymita údajů.

RESPONDENT	PROFESE	POHLAVÍ	DÉLKA PRAXE	OD UKONČENÍ VÝCVIKU KBT	POČET DĚTÍ S OCD (historicky v péči)	POČET DĚTÍ S OCD (aktuálně v péči)
A	Psycholog	žena	28 let	9 let	10-20	3
B	Psychiatr	žena	9 let	4 roky	Do 10	5-10
C	Psychiatr	žena	30 let	15 let	10-20	2
D	Psycholog	muž	13 let	6 let	6	0
E	Psycholog	žena	29 let	15 let	10-20	1
F	Psycholog	žena	19 let	2 roky	10-20	3
G	Psycholog	muž	20 let	10 let	10-20	5
H	Psychiatr	muž	6 let	2 roky	4	1

Tabulka 2: Charakteristika výzkumného souboru

7 REALIZACE VÝZKUMU A SBĚR DAT

Rozhovory s respondenty probíhaly v průběhu měsíce ledna. Komunikace s respondenty byla průběžná již během přípravné fáze výzkumu, proto pak mohly všechny rozhovory proběhnout během jednoho měsíce.

V této části praktické části bakalářské části jsou popsány jednotlivé kroky realizace výzkumu včetně samotného oslovení respondentů, průběhu rozhovorů a zpracování a analýzy získaných dat. Diskutován je také etický aspekt výzkumu.

7.1. Popis sběru dat

Vybraní respondenti byli osloveni telefonicky či mailem s žádostí o zapojení se do výzkumu. Respondenti byli informována o účelu a průběhu výzkumu, byli informováni také o možnosti odstoupení od účasti. Následně byl mailem, telefonicky či osobně dohodnut termín rozhovoru. Termíny byly dohodnuty s ohledem na časovou kapacitu respondenta. Všechny rozhovory proběhly osobně.

K nahrávání rozhovorů byl využit diktafon. Respondenti byli předem informováni o pořízení audiozáznamu rozhovoru a následném zpracování dat a měli možnost se k této skutečnosti vyjádřit. Jeden z respondentů odmítl nahrávání rozhovoru, nevedl však z jakého důvodu. K této skutečnosti bylo přihlédnuto a byl pořízen písemný záznam rozhovoru.

Většině výzkumných rozhovorů předcházela krátký nezávazný rozhovor pro navození atmosféry. Následně bylo přistoupeno k polostrukturovanému rozhovoru v rámci výzkumu. Jako osnova rozhovoru byly využity předem připravené otázky (viz kapitola 5.1). Byla však možnost doptat se respondenta v případě, že bylo zmíněné téma, které bylo potřeba rozvést, bylo potřeba vysvětlit či upřesnit sdělované informace či rozvinout odpověď respondenta. Na závěr bylo všem respondentům poděkováno za jejich účast. Nejkratší rozhovor trval 37 minut a nejdelší 65 minut. Většina rozhovorů trvala zhruba 40-45 minut.

7.2. Metody zpracování a analýzy dat

Všechny rozhovory byly následně doslovně přepsány a opakovaným poslechem byla provedena kontrola transkripce. Zkontrolován byl taktéž rozhovor, u něhož byl přímo vytvořen písemný záznam. Následně byla provedena tzv. redukce prvního řádu, neboť analýza byla zaměřena na obsah. Aby byl záznam plynulejší a vhodnější pro další analýzu, byly odstraněny odmlky, zachycení různých zvuků a případně výstelková či opakující se slova (Miovský, 2006).

Prvním krokem při analýze dat bylo otevřené kódování, kdy jsme se snažili data konceptualizovat (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). V textu byly nalezeny významové jednotky, kterým byl poté přiřazen kód (Miovský, 2006). Po kódování jednotlivých rozhovorů byly koncepty vzniklé v prvním kroku porovnávány a vzájemně mezi sebou vztahovány. Strauss a Corbinová (1999) hovoří o této části analýzy dat jako o axiálním kódování. Analýza dat vycházela z postupu zakotvené teorie. Tento přístup však nebyl využit v rámci celého procesu výzkumu.

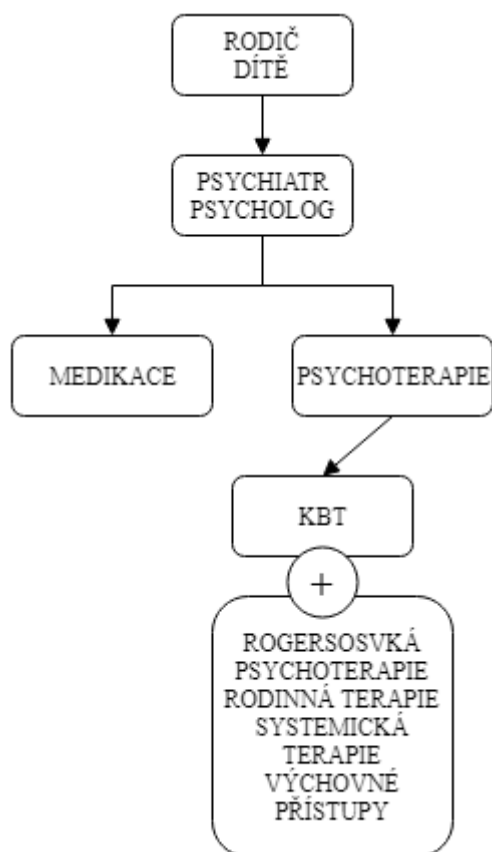
Pro lepší orientaci v datech a jako pomocný nástroj pro analýzu dat byl využit softwarový program Atlas.ti 8. Rozhovory byly také vytištěny, byly zvýrazňovány jednotlivé části a doplňovány poznámkami. Vztahy mezi kódy byly kromě softwarového programu zachycovány také pomocí myšlenkových map. Výsledky této analýzy jsou prezentovány v kapitole 8.

7.3. Etické problémy a jejich řešení

Celý výzkum byl realizován s vědomím etických zásad výzkumu. Všichni respondenti vstupovali do výzkumu dobrovolně a byli předem seznámeni s možností kdykoli od účasti odstoupit. Respondenti souhlasili s údaji, které budou uvedeny a o další anonymizaci dat. Vzhledem k dospělé populaci a k tomu, že nebyly využity osobní údaje, byl informovaný souhlas získán ústně a nebylo požadováno písemného souhlasu.

Byla zajištěna ochrana získaných dat. Respondenti byli seznámeni s dalším nakládáním se získanými daty. Účastí na výzkumu nevznikla účastníkům ani výzkumníkovi žádná újma. Nebylo ohroženo psychické ani fyzické zdraví respondentů ani výzkumníka.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE



Obrázek 3: Úvodní fáze před započatím terapie

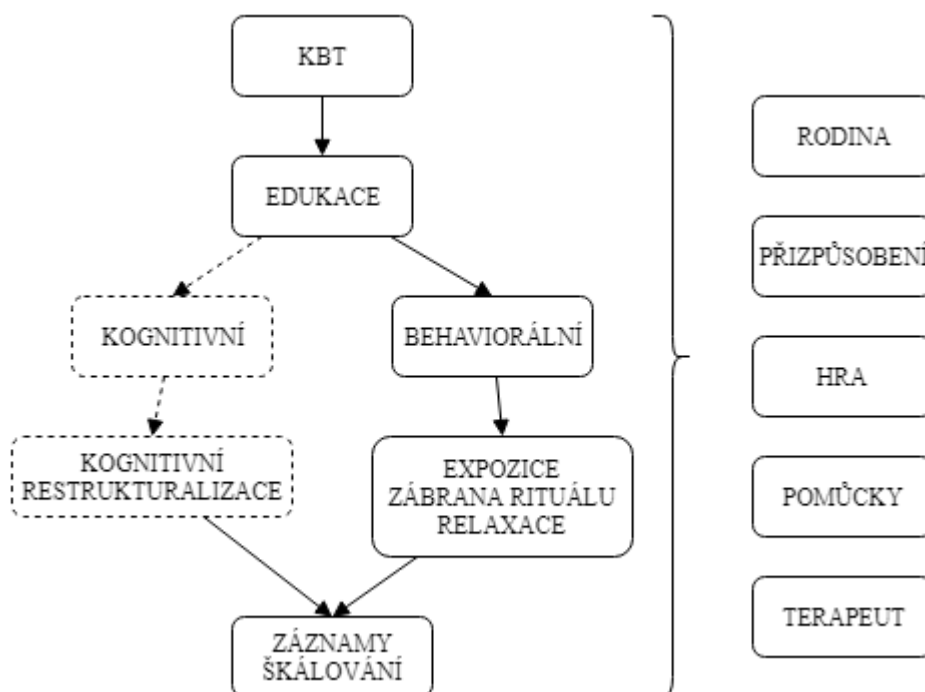
Tato kapitola je věnována prezentaci výsledků polostrukturovaných rozhovorů. Nejdříve bude prezentováno schéma, zahrnující základní kódy a kategorie a základní vztahy mezi nimi, jež vzešly z analýzy dat. Jednotlivé oblasti schématu pak budou blíže prezentovány v podkapitolách, které odpovídají stanoveným výzkumným otázkám.

Můžeme si všimnout, že na prvním schématu (viz obr. 3) je kognitivně-behaviorální terapie až na samém konci. Během rozhovorů jsme se díky otázce číslo 1 dostali ještě před samotné započetí psychoterapie, kterážto fáze je však neméně důležitá a může ovlivnit další proces.

Dítě, především v období mladšího školního věku, přichází poprvé k psychologovi či psychiatrovi zpravidla s rodičem. Mezi rodičem a dítětem však zatím není naznačen vztah, neboť ten byl v rámci rozhovorů diskutován v různých podobách a bude podrobněji rozveden v dalších podkapitolách. Obdobně není naznačena vazba mezi psychologem a psychiatrem, za kterým rodiče s dítětem přicházejí. O nasazení medikace může rozhodnout pouze psychiatr, psycholog však může dát podnět ke zvážení medikace. Psychiatr i psycholog mohou být psychoterapeuty. Všichni oslovení respondenti se shodli, že v případě obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí je pro ně v rámci psychoterapie KBT první volbou. „KBT umí s OCD velmi dobře pracovat a je pochopitelné pro děti i pro rodiče, což dokáže pozitivně ovlivnit vztah a motivaci v rámci terapie.“ vysvětluje respondent H. Další důvod k časté volbě KBT u dětí s OCD udává respondent G „Rodiče za mnou často přicházejí právě kvůli KBT. Jednak s tím přicházejí od psychiatra a psychiatrům je KBT bližší, a za druhé se o tom zmiňují příručky, které jsou dostupné pro

dospělé pacienty a KBT je zde uváděna jako doporučená léčba.“ Většina z nich však nepracuje čistě KBT a zpravidla využívají přístup pro práci s rodinou či v případě potřeby odesílají pacienty na rodinou terapii. Jedním z respondentů byl zmíněn také přístup Carla Rogerse, který by dle jejích slov „měl prolínat a provázet každou terapii“ (Respondentka A).

Další schéma (viz obr. 4) již zobrazuje proces kognitivně-behaviorální terapie a faktory, jež jej ovlivňují či jsou pro něj specifické, dle dat získaných z rozhovorů s respondenty. Prvním krokem KBT při práci s dítětem s OCD je pro všechny oslovené psychoterapeuty edukace, a to jak dítěte, tak rodiče. Tři z respondentů (resp A, B, F) upozorňovali na potřebu edukace průběžné, opakované.



Obrázek 4: Souhrnné schéma procesu KBT a souvisejících faktorů

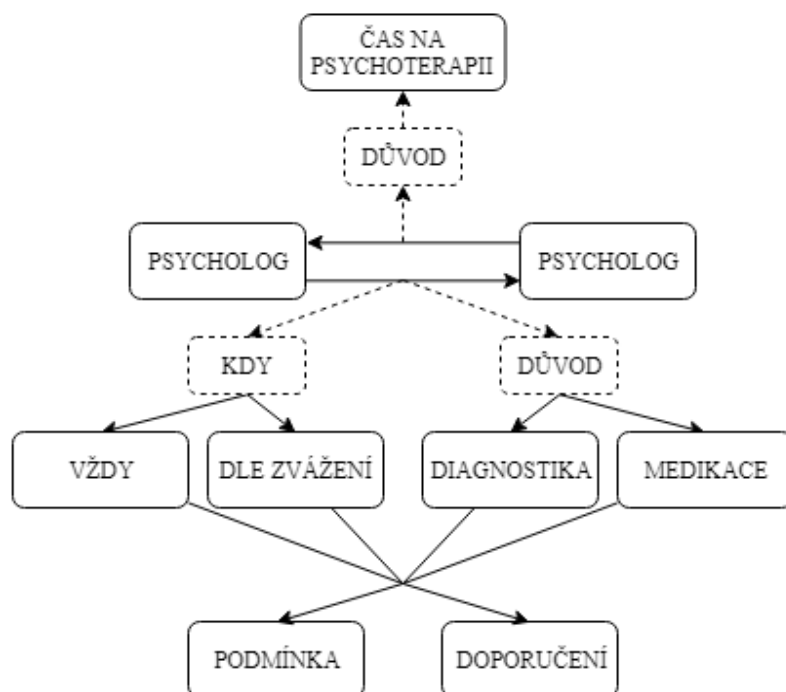
V dalším kroku již oslovení psychoterapeuti volí konkrétní techniky, a to behaviorální nebo kognitivní. Všichni respondenti uvedli především expozici, zábranu rituálů a relaxaci, jako užívané techniky při práci s dětmi s obsedantně-kompulzivní poruchou. Jedná se tedy o techniky behaviorální. V rámci schématu je oblast kognitivní a s ní související technika označena přerušovanou čarou. Někteří respondenti vysloveně sdělili, že s dětmi mladšího školního věku pracují především či zcela behaviorálně. Pouze dva respondenti hovořili o technice kognitivní restrukturalizace.

Všemi těmito fázemi se prolínají témata, znázorněná v rámci schématu vpravo. Všichni oslovení psychoterapeuti hovořili v různých fázích a smyslu o práci s rodinou, o přizpůsobením veškerých postupů dítěti, především s ohledem na jeho vývojovou úroveň. Všichni respondenti také zmínili hru, ať už ve smyslu hrových technik, či hry samotné. K terapii využívají psychoterapeuti různých pomůcek. Diskutována byla také samotná role psychoterapeuta, jeho zkušeností, nadání, kreativity, snahy. Tato témata budou dále rozvedena v dalších podkapitolách a dána do kontextu se stanovenými výzkumnými otázkami.

8.1. Jak pracuje KBT terapeut s dítětem s OCD?

Podkapitola, ve které budou prezentovány výsledky související s výzkumnou otázkou „Jak pracuje KBT terapeut s dítětem s OCD?“ bude dělena dle kategorií kódů, které byly nalezeny během analýzy dat. Těmito kategoriemi jsou spolupráce psychologa a psychoterapeuta, vztah rodič-dítě-terapeut, přizpůsobení a edukace. Jednotlivé části jsou pro názornost doplněny schémata.

SPOLUPRÁCE PSYCHOLOGA A PSYCHIATRA



V rámci rozhovorů byli respondenti tázáni na spolupráci s psychiatrem či psychologem. Všichni oslovení psychiatři odesílají pacienty k psychologovi ve chvíli, kdy sami nemají čas na vedení psychoterapie. Dítě si poté ponechávají v péči z důvodu farmakoterapie. (respondenti B, C a H)

Obrázek 5: Schéma spolupráce psychologa a psychoterapeuta

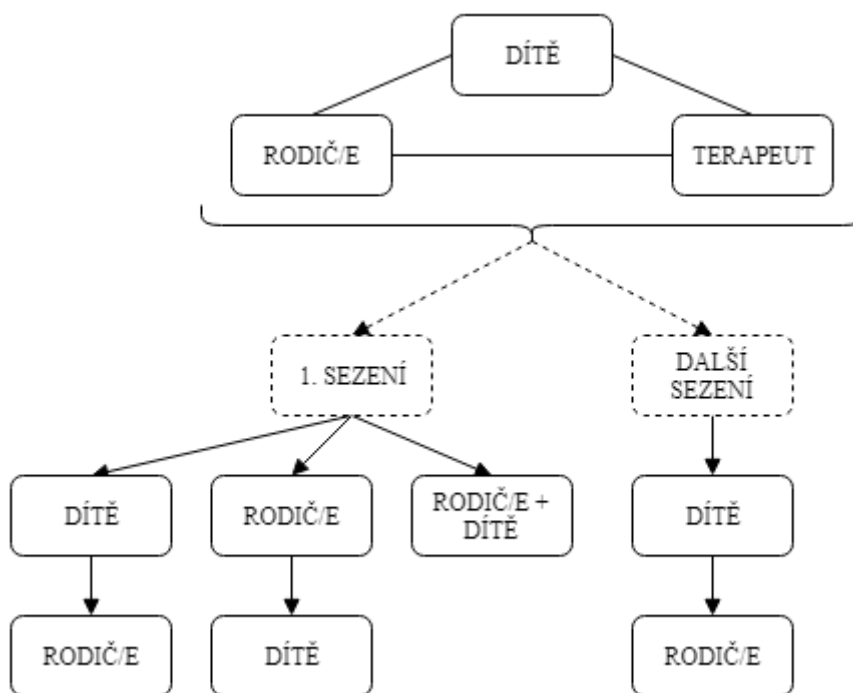
Psychologové hovořili o spolupráci s psychiatrem obsáhleji. K psychiatrovi odesílají pacienty z důvodu nasazení medikace či diagnostiky. Každý z respondentů však k této

spolupráci přistupoval odlišně. Respondentka A například uvedla, že *„trvá na tom, aby rodiče s dítětem chodili také k pedopsychoiatrovi“* a s psychiatrem je ve velmi úzkém kontaktu. Docházení k pedopsychoiatrovi je tak v tomto případě podmínkou pro vstup do terapie.

Dva jiní psychologové (respondent D a G) taktéž uváděli spolupráci s psychiatrem jako potřebnou u všech svých pacientů. Rodičům však návštěvu pedopsychoiatra doporučují a motivují je k ní, avšak nekladou si ji jako podmínku psychoterapie.

Ostatní psychologové (respondenti E, F a G) odesílají rodiče s dítětem k psychiatrovi na základě svého uvážení. Respondentka E doslovně uvedla *„Na základě zkušeností si můžu dovolit individuálně odhadnout. Kdybych viděla, že to dítě je příliš vyčerpané, že má narušený denní režim, že je přetížené, že ho potíže vysilují, tak bych jej určitě poslala k psychiatrovi, ať zhodnotí nasazení medikace.“* Respondent G edukuje o doporučené léčbě vždy, ale dle závažnosti stavu klade na farmakoterapii jiný důraz: *„Udělám první rozhovor a podle závažnosti, je (rodiče) edukuji, že doporučený princip léčby je kombinace medikace a podpůrné terapie. U závažnějších případů je přesvědčuji o tom, že medikace je vhodná, ale za podmínek psychoterapie.“*

VZTAH RODIČ-DÍTĚ-TERAPEUT



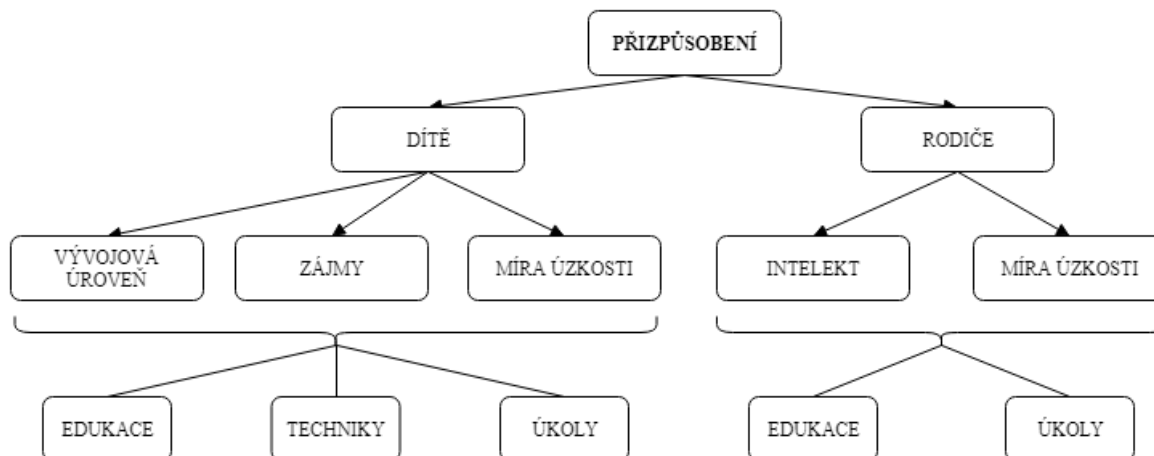
Obrázek 6: Vztah rodič-dítě-terapeut během sezení

V psychoterapii spolupracuje terapeut v rámci pomyslného vztahového trojúhelníku rodič-dítě-terapeut. Zapojení rodiny zmiňovali v rámci rozhovorů všichni respondenti. Zmíňme však rozlišení rodič a rodiče. Většina respondentů, celkem 6, zmiňovala hovor s rodičem, který dítě doprovází. Pouze dva respondenti (respondenti F a G) zmínili, že vyžadují přítomnost obou rodičů. „Potřebuji být v tandemu s oběma rodiči! Důležité je poznat dynamiku toho páru i ve spojení s dítětem! Poznat i limity oboru rodičů.“ uvedla respondentka F. Respondent G popsal snahu poznat oba rodiče s trochou nadsázky těmito slovy „Rodiče vám často v rámci sezení nic nepustí, ale on někdy stačí jeden pohled nebo i pohled, který si vymění ten pár a máte s čím pracovat.“ Naopak respondentka A uvádí, že „je jedno, zda bude jenom jeden rodič nebo dva. Pokud budou dva budu mít pohled od obou, ale může být i jeden.“

Zapojení rodiny zmiňovali všichni respondenti v rámci úvodního sezení. Většina z respondentů (celkem 7) dává přednost prvnímu kontaktu společně s rodičem i dítětem. Respondentka A upřednostňuje první sezení pouze s rodiči. Tři z respondentů hovořili také o případech, kdy bylo po domluvě přistoupeno k prvnímu kontaktu pouze s dítětem. S rodiči probíhá zadání zakázky. Při dalších sezeních se již dostává jako první na řadu téměř vždy

dítě. Rodiče jsou přizváni buďto pouze na začátek sezení nebo naopak na konec. Všichni respondenti pak jednou za 3-4 sezení udělají opět jedno delší sezení také s rodiči.

PŘIZPŮSOBENÍ PSYCHOTERAPIE



Obrázek 7: Schéma přizpůsobení kognitivně-behaviorální terapie OCD

V rámci všech fází a u všech respondentů jsme často hovořili o přizpůsobení, a to jak s ohledem na dítě, tak na rodiče. U dítěte bylo nejčastěji zmiňováno přizpůsobení s ohledem na jeho vývojovou úroveň. „A pozor na odvozování z chronologického věku. Pořád na to může někdo upozorňovat, ale stejně k tomu ta tendence je.“ upozornil respondent D. Většinou se týkalo volby spíše behaviorálních technik, avšak také vhodné edukace přizpůsobené kapacitě dítěte. Respondentka A hovoří o „dětském slovníku a představivosti“ jíž bychom se měli přizpůsobit. Respondentka F upozornila také na přizpůsobení kognitivní úrovni rodičů. „Někteří terapeuti mají potřebu, ať už z jakéhokoli důvodu, směrem k rodičům působit velmi erudovaně a používat proto odbornou terminologii. S dětmi však někdy přicházejí rodiče, kteří většinou kvůli nižšímu intelektu potřebují vše vysvětlit téměř stejně polopatě jako děti.“ uvedla respondentka F.

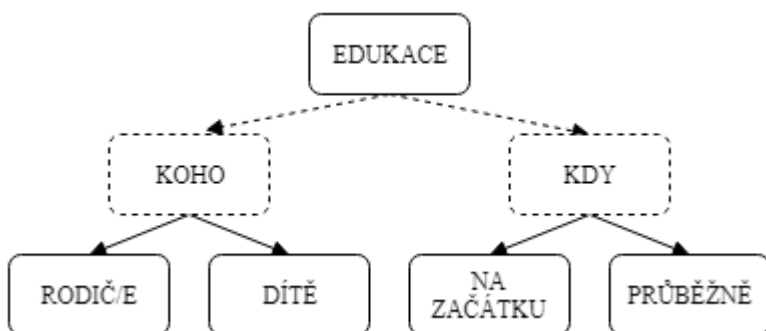
Především v oblasti úkolů je potřeba myslet na míru úzkosti, kterou může dítě při jeho plnění prožívat. „Před zadáním úkolu – expozice apod. – bychom měli mít velmi dobře zmapováno, co je pro dítě únosné, aby byly úkoly splnitelné.“ uvedl k tomuto respondent H. Respondentka F upozornila na opomíjení míry úzkosti rodičů. „Pokud se snažíme o nějakou změnu u dítěte, ale například matka není schopna změnit chování, kterým dítě zabezpečuje, pak musíme volit úkol, který bude splnitelný nejenom pro dítě, ale také pro matku.“

EDUKACE

Již několikrát byla zmíněna edukace. Psychoterapeuti hovořili o jejím významu jako úvodní fáze terapie, ale také jako o technice využívané průběžně (viz kapitola 8.2). V úvodní fázi má význam edukovat dítě i rodiče. Edukace zde má významný nejenom informativní, ale také terapeutický účinek, především díky určité „normalizaci“. Dítě najednou zjistí, že „se neděje něco, co by neznal nikdo na světě“. (resp. E) V rámci edukace mohou mít děti „AHA zážitek. Samotné pochopení, co se to vlastně děje, a že se to může dít i ostatním, je ohromně úlevné“. (resp. H) Dítě by si mělo díky edukaci také uvědomit, že „je potřeba se tomu vystavit“ (resp. C).

Respondenti (především resp. A, B, C, E a G) upozorňovali na potřebu edukace také rodičů. Zmiňovali obdobný terapeutický efekt, jako u dětí – především pochopení. „Edukace pro ty rodiče významná – že to není nic fantastického, že nejsou mimoni. Díky bludnému kruhu v tom najdou nějakou logiku, kterou v rámci té poruchy postrádají.“ (Respondent G)

„Takovým ideálním výsledkem úvodních sezení a edukace by mělo být přijetí OCD, vymanění a někdy i vyvinění rodičů i dítěte – a otevření si tak možnost společně na tom pracovat.“ (Respondentka E)



Obrázek 8: Schéma edukace

Respondenti hovořili také o dalších fázích a sezeních, kde však bylo nejčastěji hovořeno o technikách, problémech, a naopak podpůrných aspektech, které jsou řešeny v dalších podkapitolách.

Respondent G však v rámci edukace i další práce s dítětem a rodiči upozornil na zmínění možnosti relapsu, jak o něm hovořit a přípravě, jak v takové chvíli postupovat. S tématem rodiny a vztahu rodiče-dítěte-terapeuta, medikace, edukace, a přizpůsobení se setkáme také v dalším podkapitolách.

8.2. Jaké techniky považuje terapeut v rámci KBT u dětí s OCD za úspěšné?

Všichni respondenti hovořili především o behaviorálních technikách, které jim pro děti mladšího školního věku připadají vhodnější. Někteří psychoterapeuti však zmiňovali také práci kognitivní. Jako úspěšné techniky uváděli také postupy, které nenajdeme mezi základními technikami KBT, proto jsou v rámci této podkapitoly zařazeny pod část „Další techniky“.

BEHAVIORÁLNÍ TECHNIKY

Všichni respondenti zmiňovali buďto pouze behaviorální techniky nebo je kladli na první místo. *„Začínám behaviorálně, pak případně teprve kognitivně. Jdu od toho nejjednoduššího dál. Jak máme bludný kruh – tělo je pořád jednodušší než myšlení – přiznávám, že i pro terapeuta, ale hlavně pro pacienta.“* uvedl respondent D.

Většina respondentů (celkem 7) uvedla jako úspěšnou behaviorální techniku expozici a zábranu rituálů. Respondenti A, B, C a F doplnili, že se jedná o postupné expozice, kdy si stanovují nejenom hierarchii problémů či rituálů, ale samotné expozice krokují s využitím pomůcek – nejčastěji zmiňován nakreslený žebřík, kdy jednotlivé kroky představují jeho příčky. Respondentovi F se osvědčily také behaviorální experimenty.

RELAXACE

Relaxaci uvedli všichni respondenti jako jednu z důležitých a úspěšných technik, a to z několika důvodů – vybudování vztahu, důvěry, poznání vlastního těla, celkové zmírnění tenze, rychlá „pomoc“.

„Hravá relaxace je skvělá pro první poznávání. Dítě přijde nervózní, stažené. Je to pro mě cesta, jak se nenásilně poznat, a přitom se na pocity z relaxace může navázat spousta dalších technik. Cílem je, aby si dítě zažilo, že ta práce nebo ta léčba může být pro něj spojená i s příjemnými pocity.“ vysvětluje respondent D.

Jako cestu k poznání vlastního těla využívá relaxaci respondent H *„začínáme kresbou postavy, kde si ukazujeme různé emoce, nechávám děti kreslit, kde vlastně tu úzkost cítí. Poté to přeneseme na vlastní tělo. V rámci relaxace je provázím jednotlivými částmi těla. Především progresivní svalová relaxace je na tohle výborná a jde zaměřit na konkrétní svalové skupiny, u kterých si dítě předtím ani neumí uvědomit, že jsou napjaté či uvolněné.“*

Většina respondentů pak nácvik relaxace a klidného dýchání využívala pro celkové zmírnění úzkosti. Progresivní svalovou relaxaci pak uváděli jako rychlou pomoc se zmírněním tenze v zátěžových situacích. „*Po nácviku celé progresivní svalové relaxace můžeme společně s dítětem vybrat, kde tu úzkost pociťuje nejvíc, někdy se i samotná kompulze v této skupině svalů projeví, nebo který ze cviků se mu líbí nejvíc, a ten pak použít i v zátěžové situaci. Dětem to připadá rychlé, jednoduché a pomůže to i odvést jejich pozornost.*“ vysvětluje respondent G.

Respondenti tak zmínili různé techniky relaxace – autogenní trénink, u kterého se jednalo o velmi zjednodušenou verzi, či využití pouze některých formulek, častěji uváděli progresivní svalovou relaxaci. Většina relaxačních technik je dětem těmito psychoterapeuty podávána nějakou hravou formou, aby děti bavila. Psychoterapeuti využívají také různých zájmů dětí „*Chlapec hrál na dechový nástroj, což je krásný materiál pro nácvik klidného dýchání, které už ty děti vlastně často umí, a také forma relaxace. Teda pokud se nejedná o hru na housle z donucení.*“ uvádí příklad respondent D.

KOGNITIVNÍ TECHNIKY

Přestože většina respondentů hovořila především o technikách behaviorálních. Tři z respondentů zmiňovali také techniky kognitivní. Přestože je potřeba je přizpůsobit vývojové úrovni dítěte, nebrání se jejich využití v rámci terapie. Většinou tyto techniky následují po technikách behaviorálních.

„*V návaznosti na behaviorální experiment pokračujeme s kognitivní restrukturalizací – například „Nezvládnou to....“ a pak se klasicky ptáme „Co svědčí pro? Co svědčí proti?“.*“ uvádí respondentka F. Také ostatní dva psychoterapeuti (respondenti B a C), kteří využívají také práci kognitivní pracují především s kognitivní restrukturalizací, či alespoň se záznamem myšlenek.

Vždy však zaznívala potřeba přizpůsobit kognitivní práci dítěti. Například respondentka F nikdy nepíše argumenty pro a proti klasicky na papír, ale hraje si s dětmi na soudce, obhajobu a obžalobu. Respondentka B pak využívá pro myšlenky metaforu autíček či vláčku. Respondentka A nikdy nevyužívá záznamy myšlenek a jejich propojování a argumentaci, je to podle ní pro děti moc psaní. Pokud se však myšlenka objeví a třeba i v nějaké metaforické podobě, tak ji využije.

V souvislosti s kognitivními i behaviorálními technikami zmínil respondent D techniku semaforu. „*Měl jsem chlapce, který si ji vlastně vymyslel sám. Byl se schopen*

zastavit a zamyslet se nad tím, jak by tu situaci řešil někdo jiný.“ Techniku semaforu či teploměru zmiňovali také respondenti A a C.

Na čem se však shodli všichni z oslovených psychoterapeutů jsou jádrová přesvědčení. Nikdo z oslovených s nimi nepracuje, a to z důvodu, že se teprve vytvářejí. *„Samozřejmě musíme brát v úvahu právě to, že se v tomto věku jádrová přesvědčení utvářejí, ale psychoterapeuticky s nimi u dětí nepracuji.*“ uvedla respondentka A.

ÚKOLY, ZÁZNAMY, ŠKÁLOVÁNÍ

Všemi technikami se v rámci rozhovorů prolínala témata úkolů, záznamů a škálování. Všechna tato témata budou prezentována také v rámci 3. a 4. výzkumné otázky, avšak vzhledem k úzkému vztahu s technikami KBT je uvádíme také v této podkapitole.

„U OCD to ani bez domácích úkolů nejde, protože ono se to projeví v tom běžném životě. Kdyby se to izolovalo jenom na sezení, tak si to na tom nedokážu představit.“ uvádí respondent D.

K úkolům, záznamům i škálování využívají oslovení psychoterapeutů opět řadu pomůcek a připodobnění. Respondentka A však má k tomuto tématu odlišný postoj, než ostatní respondenti. *„Děti si záznamy většinou nevedou, byla by to další povinnost. Ani je moc nenutím škálovat úzkost – jsem přesvědčena, že na to není vhodné pozornost zaměřovat.*“

ODMĚNY

V souvislosti s úspěšnými technikami zmiňovali respondenti také vliv odměn. Někteří (respondenti A, D a E) je vnímali spíše jako pomůcku. Respondentka F je ale uváděla jako určitou podmínku úspěšnosti techniky.

Odměny mohou mít dle respondentů různou podobu. Respondentka F uvedla, že má v ambulanci zásobu hraček z čokoládových vajíček, bonbónů či zdravějších dobrot. Respondentka C má někdy domluvenou s rodiči určitou finanční částku, která je rozdělena na menší obnos. Ve chvíli, kdy je dosaženo cíle, pak dítě dostává celou tuto finanční částku a je například domluveno i za co ji utratí.

EDUKACE

Jako jednu z technik uváděli respondenti také edukaci. *„Edukaci, a to především edukaci rodiče, vnímám jako klíčovou. Rodiče nechtěně děti zabezpečují, je nutná kontrola toho, co*

je zabezpečování. Opakovaně na to upozorňuji a edukace je opravdu průběžná.“ uvedla respondentka A. Edukaci jako „alfu a omegu všeho“ vnímá také respondentka F.

Respondentka B vysvětluje také důležitost edukace pro psychoterapii: *„Primární je edukace dítěte, ale také rodič by měl být co nejdříve edukován. Snažím se toho rodiče vést k tomu, aby dělal partnera, aby se stal dítěti parťákem do toho tréninku.“*

DALŠÍ TECHNIKY

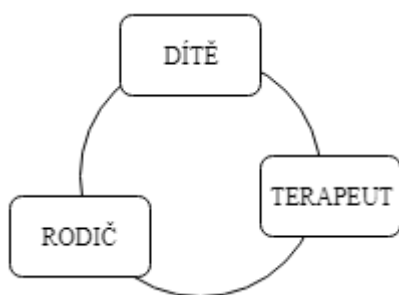
Jako dvě nejčastější techniky jiné, než klasické KBT, zaznívala externalizace a techniky hrové či výtvarné. Externalizace dle respondenta F v celém psychoterapeutickém procesu. *„Od edukace, kdy se z OCD stane drak a bavíme se o tom, kdy se drak probouzí a co nás nutí dělat, přes relaxaci, kdy pořizujeme drakovi peřinku nebo jej zalíváme vodou, aby neprskal oheň. Externalizace hodně pomáhá s prací s myšlenkami, pokud nemůžeme jít do klasické kognitivní práce.“*

Jako hrové a výtvarné techniky nezmiňovali oslovení psychoterapeuti arteterapii či herní terapii. Používali však herní prvky pro motivaci dítěte k terapii, pro přirozenější zapojení dítěte do terapie. Z výtvarných technik pak respondentka B zmínila například práci s plastelínou, která se dá využít pro edukaci, zjištění problémů, obecně hovor s dítětem nebo v rámci relaxace. Všichni respondenti si v nějaké fázi terapie s dítětem kreslili. Respondentka C v rámci zobrazení tělesných pocitů a emocí, respondenti F a G při externalizaci a všichni respondenti pak při edukaci.

8.3. Co terapeutovi v rámci psychoterapie dítěte s OCD pomáhá?

V oblasti, co terapeutovi pomáhá v rámci psychoterapie dítěte s OCD se psychoterapeuti v rámci rozhovorů vyjadřovali nejenom k pomůckám, ale celkově k terapeutickému procesu. V rámci této výzkumné otázky jsme identifikovali následující témata: práce s rodiči, přizpůsobení vývojové úrovni, výtvarné pomůcky, herní techniky, pracovní listy a biofeedback.

PRÁCE S RODIČI

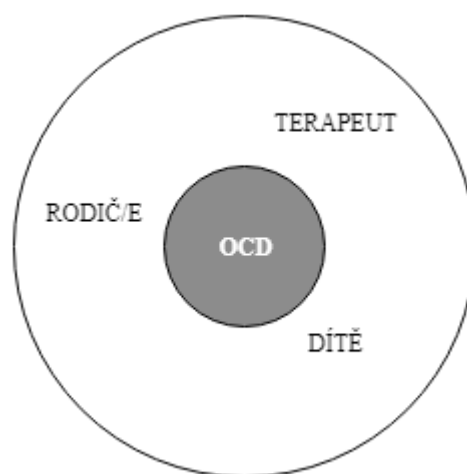


Obrázek 9: Schéma práce s rodiči *jsme si partnery a bojujeme proti nějakému problému společnými silami.*“ vysvětluje situaci ideální spolupráce respondent H.

Funkční zapojení rodiny do terapie vnímají všichni oslovení terapeuti jako velmi nápomocné, či klíčové. Respondentka C dala tento vztah přímo do souvislosti s teoretickým trojúhelníkem „*vždy bychom měli brát v rámci terapie největší ohled na dítě, které by bylo na pomyslném vrcholu trojúhelníku, avšak v rámci OCD je často symptom od rodiny neoddělitelný, rodina se často na něm podílí, nebo jej udržuje. V ideálním případě však nemusíme řešit čistě rodinou problematiku, ale využít rodiče jako koterapeuta*“.

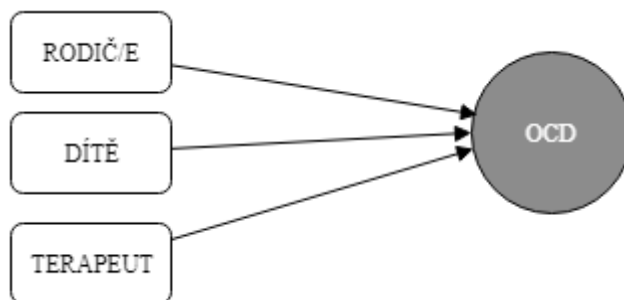
Respondentka B k tomu uvádí také možný pohled dítěte: „*Dítě může mít pocit zlosti vůči rodiči, že ho přivedl k nějakému doktorovi nebo psychologovi. Čím dřív se nám podaří rodiče do terapie zapojit, tím v něm získá dítě partáka, kterého bude u některých nácviků opravdu potřebovat.*“

Funkční zapojení rodiny bylo popsáno podrobněji různými způsoby dvěma psychoterapeuty. Respondentka F hovořila o vztahu, v kterém jsou si všichni (rodiče, dítě i terapeut) rovni a mohou tak pracovat na problému, zde konkrétně OCD. Tato psychoterapeutka u svého výkladu velmi gestikulovala a naznačovala, že dítě, rodiče i terapeut jsou jakoby na jedné dráze a napadají OCD ve svém středu z různých stran (viz obr. 10).



Obrázek 10: Schéma zapojení rodičů do terapie A

Respondentka B taktéž využívala pro znázornění zapojení rodičů, dítěte a terapeuta gestikulaci, ale situaci popisovala odlišně. „Když se dítě spojí v boji proti OCD s terapeutem a rodičem, a OCD přitom ještě například externalizujeme, najednou se dostává z nich samých ven,



Obrázek 11: Schéma zapojení rodičů do terapie B

mohou se na něj podívat, zkoumat jej a pracovat s ním. Najednou tady nemám samotné dítě s problémem a rodiče s problémem, ale jedno nějaké OCD a skupinu lidí, připravených bojovat.“

V oblasti práce s rodinou využívá většina (celkem 6) psychoterapeutů systemický přístup, ať už na základě výcviku, či pouze některých prvků. Opět ze stejného důvodu provázání OCD s rodinou.

O přístupu zaměřeného na rodiče více hovořila respondentka E. „Podpora té rodiny, že to, že má jejich dítě problém neznamená, že oni jsou špatní rodiče. Posílit jejich rodičovské kompetence. Hezky se miluje dítě, které je krásné, zdravé, chytré, ale když je to dítě nějakým způsobem oslabené, narušené, prostě s nějakou patologií, tak je to i emoční zátěž pro ty rodiče, potýkají se s ambivalencemi. V tom si myslím, že mají terapeuti velkou moc, podpořit ty vztahy, přijetí dítěte se vším všudy. Podpořit bezpodmínečnou lásku. Podpořit rodičovské kompetence.“

Respondentka C zmiňuje také intervence zaměřené na výchovný přístup rodičů: „Někdy se až v průběhu terapie odmaskují některé problémy, kde se udělá jedna schůzka s rodiči, je potřeba promluvit si o přístupech výchovných, očekávání od dítěte. Protože často děti OCD mají rodiče, kteří jsou hodně nároční, jsou zaměřeni na výkon.“

PŘIZPŮBENÍ VÝVOJOVÉ ÚROVNI DÍTĚTE

Jako jedno ze zásadních témat zmiňovali psychoterapeutů přizpůsobení celkového přístupu vývojové úrovni dítěte. Především na to upozorňovali a zdůrazňovali tuto problematiku respondenti A, D a H. „Je strašně důležité odlišit, kde se právě dítě nachází. Mění se tak absolutně kompetence dítěte, nejenom co se týče například kognitivní práce, ale také míry únosnosti, vlastní vůle, odpovědnosti, povinností, které na něj můžeme klást.“ uvádí respondent H.

„Pokud dokážeme tuto úroveň správně určit či alespoň odhadnout, bude se nám s dítětem mnohem lépe pracovat. Především ale budeme moci klást splnitelné úkoly, a případně taky upravit očekávání rodičů.“ vysvětluje respondentka A. Respondent D udává tuto problematiku přímo do souvislosti s vývojovým obdobím dítěte *„Některé projevy mohou být přirozenými projevy pro dané vývojové období. Případně se znalostí vývojové úrovně můžeme například využít magického myšlení pro terapii, a ne jej považovat za symptom, kterého se chceme zbavit.“*

VÝTVARNÉ POMŮCKY

Všichni respondenti uváděli využití některých výtvarných technik či pomůcek v určitých fázích terapie. Tři psychoterapeuti (A, B, F) zmínili výtvarné pomůcky jako cestu k navození rozhovoru a důvěrné atmosféry. *„Dítě přichází do ambulance celé vyděšené, na co se ho budu ptát. A ta na něj čeká plastelína, ze které si začne modelovat. A já najednou nechci vědět, co trápí jeho, ale proč je ten panáček z té postavičky tak shrbený. U malých dětí je to výborný kanál, jak je rozpovídat.“* uvádí příklad respondentka B.

„Velmi často si kreslíme. Pořád mám připravenou velkou A2, u větších dětí na flipchartu, u menších se to nebojím vzít na koberec. U některých dětí se nám tam dokonce povede zachytit celý proces terapie a můžeme se zpětně podívat, jak se nám to měnilo. Zajímavé je třeba zachytit, pokud externalizujeme OCD například jako draka, tak si ho pak po nějaké době nakreslit znovu, jestli se změnil.“ popisuje možnost využití papíru a pastelek respondentka A.

Jiný efekt použití různých výtvarných pomůcek popisuje respondentka F: *„kromě toho, že si z plastelíny modelujeme a vytváříme něco v písku, tak ty děti s OCD, které mají mycí kompulze, tady zažívají naprosto odlišnou taktilní zkušenost, u některých je to zkušenost příjemná, u jiných lze i tyto výtvarné věci použít v rámci expozice.“*

HROVÉ TECHNIKY

V souvislosti s přizpůsobením terapie dítěti uváděli respondenti různé hrové techniky. Hra zde byla zmiňována v různých významech – hračky, hra jako aktivita, divadelní hra.

Všichni respondenti zmiňovali vybavenost svých ambulancí různými hračkami, které využívají v rámci edukace, zjišťování problémů či externalizace. *„Některé děti si vyberou hračku jako svého parťáka, který s nimi bude psychoterapií procházet a až to budou umět, tak si ho tady nechají, protože už to zvládnou samy.“* uvádí příklad využití respondentka C.

Pro děti je obtížné se zorientovat v psychoterapii, pochopit zcela její význam. „Ale většina chápe, že když hraje Člověče, nezlob se, tak musí projít políčky, než se dostanou do cíle nebo, že v některých hrách prostě musí obětovat některého pinčlíka nebo musí splnit těžký nebo trapný úkol, aby vyhrála. No tak si z té terapie uděláme opravdovou hru.“ vysvětluje princip využití herní techniky respondentka E.

Využití hry, které úzce závisí na osobě terapeuta uvádí respondentka F: „Já jsem prostě taková herečka, tak já s dětmi hraji divadlo, hračky jsou maňasci a už se rozjízdí scéna. Vytáhnu ten problém na světlo divadelních prken, ale dítěti se uleví, protože ho vytáhnu na chvíli z něj pryč a můžeme na to koukat a dítě je režisér.“

PRACOVNÍ LISTY

„Děti vnímají vizuálně, všechno potřebují vidět. Nemůžeme se bavit o žebříku a jeho příčkách, ale musíme si ho nakreslit nebo vyrobit.“ upozorňuje respondentka F. K tomu, aby mohli psychoterapeuti s dětmi něco zaznamenávat, vyplňovat, doplňovat nebo škálovat nevyužívají záznamové listy, ale vytvářejí si vlastní pracovní listy.

„Je to něco, co mohu dát dítěti domů, je to vytvořené pro děti jeho věku a můžeme s tím dále pracovat. Můžeme na tom něco zachytit, ale opět hravou formou.“ vysvětluje respondentka B.

Respondentka A k tomu dodává: „Všechny jsem si vytvořila sama, ani nevím, kde by něco takového bylo k dostání. Jsou to třeba i pracovní listy, které nejsou specifické pro OCD, těch je k dostání více. Ale pokud chci něco pro OCD, vytvářím si sama, na základě zkušenosti, co jsme kdy v terapii s dětmi kreslili.“

BIOFEEDBACK

Respondent G zmínil ještě biofeedback jako jednu z nejdůležitějších věcí, která mu v rámci terapie pomáhá, a to především při práci s tělem a při relaxaci. „Děti jsou vlastně hodně náročné, potřebují to vidět, teď hned, nechtějí slib, že se to projeví. A na tom biofeedbacku, prostě hned vidí, že to tělo fakt nějak funguje, a že oni na něj mají vliv. Že to není nějaká fantasmagorie, ale něco opravdu zobrazitelného. A pro dnešní děti je to zajímavé, protože je to na počítači.“

8.4. Jaká vnímá terapeut omezení KBT u dítěte s OCD?

Pokud se chceme dozvědět o problematice více, musíme se zajímat nejenom o to, co jde, co je úspěšné, a co nám pomáhá, ale také o omezení či problémy, se kterými se setkáváme. Na základě rozhovorů s psychoterapeuty jsme rozdělili tuto podkapitulu do omezení na straně terapeuta, dítěte a rodiče. Některá omezení se však navzájem ovlivňují a prolínají se.

OMEZENÍ NA STRANĚ DÍTĚTE

Jednak se jedná o problematiku vývojového stupně. *„Zohlednit vývojový stupeň je základ, ale určit ho může být problém. Ten vývojový stupeň nelze zcela automaticky odvozovat od chronologického věku. Je nutné odhadnout podle nějakých vodítek podle mentálního věku.“* udává respondent D. Všichni respondenti na tuto problematiku poukazovali, většina (celkem 5) však vnímala toto téma jako velmi problematické. Přitom může silně ovlivnit terapii: *„racionální techniky, nejenom ty kognitivní, ale jakékoli, kde potřebujeme určitou kognitivní úroveň, mohou padat absolutně vedle.“* upozorňuje respondentka C.

Vzhledem k vývojovému stupni dítěte pak musíme přizpůsobit terapii, což může být velmi náročné. *„Nejspíš neexistuje konkrétní postup, jak co přizpůsobit, člověk se musí hodně rozhodovat podle konkrétního dítěte.“* uvádí respondentka A.

Základem, ale také problematickou oblastí je vůbec získat dítě pro spolupráci. Respondentka F k tomuto uvádí, že *„motivace je většinou na straně rodičů. Děti reagují tady a teď a nepřemýšlejí do budoucna. Nechtějí zažívat nepohodu. A ony ví, že tu nepohodu si sníží tím rituálem, byť to bude na krátkou dobu. Největší problém vidím proto v tom, přivést to dítě k tomu, že když se bude něčemu takovému vystavovat, tak tím může získat, byť aktuálně to může přinést nepohodu.“* Respondentka C k tomu ještě dodává téma důvěry dítěte: *„Dítě ze začátku může mít dojem, že jste v určité koalici s rodičem, je důležité si budovat důvěrnou atmosféru.“* Oblasti motivace dítěte vnímá jako nejproblematictější také respondentka B. Respondent D poté ke spolupráci dodává ještě téma úkolů a záznamů: *„Nemyslím si, že by to byl problém jenom u dětí, ale pacienti neplní úkoly a nevyplňují záznamy.“*

Respondentka A jako jediná otevřela problematiku medikace jako omezení na straně dětí. *„Ano, i samotné děti, a to i v mladším věku, se medikace obávají. Zatímco dospělí se bojí, že ublíží jejich zdraví, u dětí se setkávám s tím, že se bojí, že už to nebudou ony, že je to nějak změní. Neumí to často vyloženě pojmenovat, ale ten strach tam je.“* Přitom respondent D udává, že *„někdy je opravdu ta úzkost, kterou si musíme v rámci expozic zažít pro dítě neúnosná, a nemůžeme tak psychoterapeuticky bez medikace pracovat.“*

OMEZENÍ NA STRANĚ RODIČE

Rodič je v rámci psychoterapie významným prvkem, musíme se proto zajímat také o to, jaká omezení může pro terapii znamenat a s čím pak musíme pracovat. Respondent G například při terapii naráží na nesdílnost rodičů v určité oblasti „*rodiče vám nic nepustí, nechtějí si pochopitelně připustit, že problém může vznikat někde jinde. Přivedli dítě, které má problém, ne oni.*“

Respondentka B vnímá za nejproblematictější obecně práci s rodiči: „*Pracovat s tím rodičem, aby uměl podpořit, ne že to udělá za něj, aby neudržel to jeho vyhubavé chování, ale povzbudil a podpořil v tom, že to dítě bude dělat pokroky – to mi přijde důležité.*“

Respondentka E téma problematické práci s rodiči rozvádí: „*Terapeut v kontaktu s dítětem můžou vymyslet nějaké strategie, může navrhnout nějaké metody, ale pak je to o tom, aby to realizovali ti rodiče, zprostředkovaně. Když to rodiče vzdají, nejsou vytrvalí, moc tomu nevěří nebo jsou přetížení, tak to padá vedle. Přesvědčit rodiče, že to má smysl a pak se na to dá spolehnout, že ho podpoří. A to mluvím pouze o rodičích, kteří jsou ochotní spolupracovat.*“

Respondentka C uvádí v návaznosti na zapojení intervence stran výchovných přístupů i negativní důsledek: „*často děti OCD mají rodiče, kteří jsou hodně nároční, jsou zaměřeni na výkon, kdy v době, kdy přichází s dítětem, které má takové obtíže, tak jsou ochranitelští, spolupracují a snaží se tomu dítěti pomoci. A ve chvíli, kdy se dítě třeba zbaví nějakých projevů OCD a začne se chovat jako „normální“ dítě a zlobit, tak si začnou rodiče stěžovat na to chování, které se uvolnilo, přestalo mít takový ten hodně sebekontrolující ráz. A odmaskují se některé přístupy, které možná i vedly k tomu, že to dítě má OCD.*“

Problematický může být také přístup rodičů k medikaci, a to především ve chvíli, kdy psychiatr zhodnotí vhodnost její nasazení. Respondentka F uvádí příklad, jak to poté rodičům vysvětluje: „*Není to o tom stát se bláznem, ale i rodičům to připodobňuju. To je jako by mě bolel zub – mám dvě možnosti, můžu jít k místnímu kováři, ať mi to vyrve, nebo můžu jít k zubaři a dát si anestezii a nechat si jej odborně vytrhnout. V 17. století by museli jít ke kováři, ale v dnešní době už můžeme využít další věci.*“ Respondent H k této problematice dodává: „*U dětí je to vývojová záležitost. Je to o vývoji osobnosti a zvládacích mechanismech toho dítěte. A pokud tomu dítěti nepomůžeme všemi dostupnými prostředky, tak to dítě se neotuí, ten vývoj bude disharmonický v jakémkoli směru. Ovlivnit fungování dítěte v pozitivním směru v průběhu dětství a dospívání je vždycky efektivní.*“

Respondenti uváděli, že rodič je často do symptomu dítěte zapojen nebo jej udržuje. V rámci nácviku je proto důležité myslet na to, že i pro samotného rodiče může být zdrojem úzkosti. *„Některé nácviky mohou skončit na tom, že pro rodiče je taková změna neúnosná, musíme hledat něco splnitelnějšího, jak pro dítě, tak pro rodiče.“* popisuje respondentka F.

OMEZENÍ NA STRANĚ TERAPEUTA

V rámci rozhovorů zaznívaly od respondentů také různá omezení na jejich vlastní straně. Týkaly se většinou času, zkušenosti, trpělivosti či nadání. Většina těchto omezení byla spojována s potřebou přizpůsobit terapii dítěti. Tato omezení zaznívala především od respondenta D, který před dvěma lety ukončil práci s dětmi a věnuje se především dospělým pacientům.

Respondent D vnímal za velmi náročné zhodnocení vývojové úrovně dítěte. Uvedl, že *„nemá na to, aby vymýšlel u každého dítěte hru, vzdaluje se od tohoto vývojového období dětí.“* *Ovlivnilo to pak terapii dětí, cítil jsem se vyčerpán, ve srovnání s ostatními terapeuty věnujícími se dětem jsem se rozhodl tomuto dál nevěnovat.“*

Nicméně za náročné, ať už na čas, kreativitu či trpělivost považují práci s dětmi s OCD i ostatní terapeuti. Všichni z oslovených psychiatrů pak odesílají děti na psychoterapii k někomu jinému a ponechávají si dítě v péči s ohledem na farmakoterapii. Psychologové vnímají za časově náročné vytváření pracovních listů. Terapeuti, kteří sami sebe považují za „herce“ a „energické lidi“ pak považují jejich styl práce za velmi závislý na jejich osobě.

Respondenti, kteří si nevytvářeli vlastní pracovní listy, pak vnímají jejich nedostatek, stejně jako nedostupnost nějakého podkladku, který by mohli dát rodičům či dětem. *„Rodiče často přicházejí s příručkou k OCD pro dospělé. Pro děti však nic nemáme a přitom ta práce může být hodně jiná.“* uvádí respondent H. Respondentka B k tomu uvádí příručku pro terapeuty a rodiče, která může být vhodná pro rodiče, ale pro děti je potřeba si vždy vše vytvořit sám.

9 DISKUZE

Kapitola diskuze zahrnuje zpětný pohled na bakalářskou diplomovou práci. Zajímavá zjištění výzkumu budou reflektována ve srovnání s poznatky teoretické části práce. Vzhledem k zaměření výzkumné části na praxi v rámci kognitivně-behaviorální terapie dětí s OCD, bude diskuze zaměřena především na druhou a třetí kapitolu teoretické části práce. Zohledněna bude také metodologie výzkumu. Reflektován bude přínos výzkumu a praktický přesah práce, zohledníme však také omezení této práce.

V rámci rozhovorů s psychoterapeuty většina upozorňovala na potřebu znalosti specifik obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí. Byla zmiňována možná nejistota při diagnostice či při zohlednění vývojové úrovně dítěte. Teoretická část práce, která se věnuje vymezení obsedantně-kompulzivní poruchy a jejím specifikům u dětí je tak z tohoto pohledu opodstatněná.

Přestože diagnostika OCD u dětí není považována za složitou (Paclt, Florian a kol., 1998; Malá, 2000), v rámci rozhovorů zaznívala u psychologů nejistota a byla případným důvodem odeslání dítěte na vyšetření psychiatrem. Za mnohem složitější však bylo považování určení vývojové úrovně dítěte, přitom se i dle respondentů jedná o jednu z nejpodstatnějších fází. S určením individuálního profilu dítěte a tím i zhodnocení problému a zvolení vhodné terapie nám může pomoci klinické interview s dítětem vycházející z bio-psycho-sociálně-spirituálního přístupu. (Greenspan & Greenspanová, 2000) Zde však narážíme na jedno z omezení na straně psychoterapeutů a tím je čas, který psychoterapeutům mnohdy chybí. Dle váhu, kterou přikládali této problematice, by však neměl být nedostatek času omezením pro volbu vhodné přístupu v rámci terapie. Ve shodě s Ronenovou (2000), která uvádí možné spontánní uzdravení a potřebu zvážit některé projevy právě s vývojovým obdobím dítěte, se vyjadřovali také některé psychoterapeuti, konkrétně ve spojitosti s magickým myšlením.

Při psychoterapii dětí s OCD je významný především behaviorální model obsedantně-kompulzivní poruchy. (Rachman & Hodgson, 1980), případně teorie učení ((Praško, Prašková, Raszka & Kopřivová, 2008). Psychoterapeutů shodně s tím, co podotýká Ronenová (2000), i ve chvíli, kdy je dítě na vývojové úrovni, ve které je možné užít kognitivní techniky, dají přednost technikám behaviorální. Jednak s ohledem na projevy

poruchy u dítěte, o kterých hovoří například Paclt, Florian a kolektiv (1998), kdy se u dětí setkáváme s projevy kompulzí, bez zjevných či identifikovatelných obsesí. Avšak zatímco Ronenová (2000) upozorňuje na fakt, že ani v tomto vývojovém období nemusí být dítě na dostatečně kognitivní úrovni, praktickým důvodem volby behaviorálních technik je spíše jejich viditelnější efekt, jednoduchost a pochopitelnost pro dítě a atraktivita.

Z technik využívají psychoterapeuti v praxi stejné techniky, jako jsou uváděny v literatuře (Beck, 2005; Stárková, 2003; Straková Jirků, 2018; Piacentini & Langley, 2004; Praško, Možný & Šlepecký, 2007). Nejčastěji je však užívána expozice se zábranou rituálu či behaviorální experimenty. Odlišná je však situace v oblasti technik kognitivních. Většina autorů (Ronenová, 2000; Praško, Možný & Šlepecký, 2007; Straková Jirků, 2018) se zmiňuje o specifiích kognitivní práce u dětí, pouze Straková Jirků (2018) přibližuje praktický aspekt, který je podobný tomu, co sdělovali psychoterapeuti v rámci rozhovorů. Hovoříme především o práci s metaforou, využití hraček, autíček apod. Přestože literatura zmiňuje více technik, psychoterapeuti zmínili pouze kognitivní restrukturalizaci a pozměněnou práci s katastrofickým scénářem. Naopak velký důraz kladli na edukaci dítěte i rodičů, a to jak na začátku sezení, tak průběžně. Velmi často užívají při práci relaxaci.

V rámci kognitivně-behaviorální terapie je důležité škálování, záznamy a domácí úkoly (Becková, 2018; Praško, Možný & Šlepecký, 2007; Straková Jirků, 2018). V praxi se však ukazuje, že tyto techniky jsou problematické. Někteří z psychoterapeutů se vyhýbají škálování úzkosti, aby na ni nepřitahovali pozornost, jiní vidí problém v neplnění úkolů, či vedení záznamů u dětí. Řešení je pro některé psychoterapeuty zapojení herního prvku či výtvarné zpracování. Příklady škálování pro děti navrhuje Straková Jirků (2018).

Na zapojení hry do terapie u dětí upozorňuje Kocourková (2000). Nikde se však neuvádí podrobnější využití v rámci terapie OCD u dětí. Přitom mnoho z oslovených psychoterapeutů hru využívá, a to ve velmi odlišné podobě.

S přizpůsobením terapie dítěti a zapojení hrových a dalších technik souvisejí různé pomůcky, které psychoterapeuti využívají. V praxi se toto téma odlišuje od zpracování v rámci teoretické části této práce, kde uvádíme některé přístupy a pomůcky uváděné v rámci zahraničních studií (Brezinka, 2013; Wagnerová, 2013; March & Benton, 2007; Bolton, Williams, Perrin, Atkinson, Gallop, Waite & Salkovskis, 2011). Jako hlavní pomůcky využívají psychoterapeuti především hračky, plastelínu či výtvarné pomůcky. Vytvářejí si mnohé pracovní listy pro různé techniky, vše si však vytvářejí sami. Důvodem je většinou

nedostupnost podobných pomůcek pro děti s OCD. Pokud využívají dostupné pomůcky, pak jsou to pomůcky pro práci s úzkostí, nezaměřené na OCD. Jeden z respondentů také upozornil na opakující se teoretické informace v případné české literatuře, kdy žádnou nehodnotil jako přínosnou pro praxi. Psychoterapeuti někdy využívají příručku věnující se OCD (Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký, & Záleský, 2014), která je však určená dospělým pacientům. Pro děti takováto příručka chybí.

Jedním z témat, která se objevovala u všech respondentů a hrajících rolí s ohledem na všechny výzkumné otázky je téma rodiny. Přestože i v literatuře je tato problematika zmiňována například s ohledem na etiopatogenetické faktory (Praško, Prašková, Raszka & Kopřivová, 2008) či motivaci a budování důvěry s dítětem (Kocourková, 2000). Nikde není tomuto tématu věnován prostor odpovídající váze, jež vyplývá z našeho výzkumu, a především jeho praktickému dopadu na terapii. Rodina je vnímána jako klíčová při psychoterapii dítěte, rodiče jsou často zahrnuti do symptomu dítěte, udržují jej. Přínosem však je především detailnější pohled na plynoucí omezení a na druhou stranu podpory ze strany rodiny. V rámci psychoterapie je třeba brát ohled také na úzkost rodiče, která může sehrát roli v rámci domácích nácviků expozic. Od respondentů zaznívala také potřeba podpory pro rodiče, posílení jejich kompetencí, neboť sami zažívají ambivalence ve vztahu ke svému dítěti. Zajímavý je také praktický poznatek, kdy výkonnostní zaměření rodiče může být původcem OCD symptomatiky, což se můžeme dočíst také v literatuře (Praško, Prašková, Raszka & Kopřivová, 2008), avšak v rámci praxe to může znamenat nepřijetí dítěte, které se zbavilo svého úzkostného chování a začíná běžně zlobit.

V rámci výzkumné části práce můžeme i u jiných témat pozorovat zajímavé zařazení jak do oblastí, které omezují KBT u dětí s OCD, tak které pomáhají v rámci psychoterapie. Kromě rodiny, je to také zapojení hry, přizpůsobení terapie vývojové úrovni dítěte a motivace dítěte k terapii, kdy tato témata byla často spojována s využíváním různých pomůcek a pracovních listů. Všechny tyto oblasti jsou vnímány jako klíčové, ale zároveň náročné. Důvodem náročnosti je většinou čas či kreativita psychoterapeuta. V rámci teoretické části práce můžeme nalézt jednu možnost řešení, kterou uvádějí Bolton, Williams, Perrin, Atkinson, Gallop, Waite & Salkovskis (2011), a to je využití svépomocné příručky či pracovních listů. Menší počet sezení s klientem by mohlo psychoterapeutům časově ulehčit, přestože se dle studie efekt léčby nezmění. To však předpokládá existenci takového příručky.

Z dalších možností léčby OCD věnovali psychoterapeuti v rámci rozhovorů největší pozornost medikaci, která je opět jedním z témat, které jsou vnímány jako problematické i pomáhající. Vzhledem k tomu, že farmakoterapie ve spojení s psychoterapií je doporučeným léčebným postupem (Theiner, 2014; Mohr, 2017; Paclt, Florian, a kol., 1998), je i mezi psychoterapeuty vnímána jako napomáhající psychoterapii. Někteří z respondentů uváděli i konkrétní důvody. Problémově je však někdy vnímána rodiči či dětmi. Zde jeden z respondentů uvedl velmi pěkný příklad, jak s rodiči o medikaci hovořit s využitím připodobnění. Mezi jinými možnostmi zmiňovali shodně s literaturou mindfulness, systemický přístup pro práci s rodinou, externalizaci či biofeedback.

Výzkum postavený na kvalitativním přístupu nám dovolil za užití polostrukturovaných rozhovorů se detailně podívat na zkušenost psychoterapeutů s kognitivně-behaviorální terapií dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou. Cílem výzkumu bylo zmapování situace v rámci kognitivně-behaviorální terapie obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí školního věku. Potřebovali jsme tak získat detailní perspektivu KBT terapeutů. Vzhledem ke stanovenému cíli se kvalitativní přístup a metoda polostrukturovaného rozhovoru jeví jako vhodná.

Při výběru výzkumného vzorku bylo využito osobního kontaktu výzkumníka či doporučení. Díky tomu proběhly rozhovory téměř se všemi oslovenými psychoterapeuty. Celkem výzkumný vzorek zahrnoval osm respondentů. Pokud by se zdálo, že je tento výzkumný vzorek malý, pokrývá téměř všechny KBT terapeuty věnující se OCD u dětí v daném kraji, takže spíše odráží nedostatek terapeutů věnující se dané oblasti. Pokud bychom slevili z podmínky výběru, že se musí jednat o klinického psychologa či psychiatra, vzorek by mohl být větší. Tento ústupek však není možný, neboť poté bychom museli hovořit o poradenství, a ne o psychoterapii.

V rámci analýzy dat jsme vycházeli ze zakotvené teorie. Nebyla však dodržena celková metodologie tohoto přístupu, a to především v oblasti výběru vzorku. Výsledky proto nelze zobecnit na všechny KBT psychoterapeuty pracující s OCD u dětí v celé České republice. Můžeme je však považovat za zajímavý vhled do dané problematiky přinášející nová témata a návrhy pro praxi.

Jako výhodu, ale také omezení výzkumu lze vnímat zainteresování výzkumníka do problematiky, neboť je sám frekventantem výcviku v kognitivně-behaviorální terapii a pod supervizí v dané oblasti pracuje. Díky bližší vazbě s respondenty se možná podařilo získat

upřímnější informace, a to především v oblasti omezení KBT u dětí s OCD, kde psychoterapeuti hovořili také o svých pochybnostech. Jeví se vhodné získat pohled na danou problematiku také ze strany rodičů či dětí, které trpí OCD a prochází či prošly kognitivně-behaviorální terapií.

Oslovení psychoterapeuti vnímali dané téma jako potřebné. Byli by vděční za bližší informace z dané oblasti, za nové nápady či techniky, které by neopakovaly teorii již vydanou v mnohých knihách.

Jako přínos této bakalářské diplomové práce vnímáme detailní zmapování kognitivně-behaviorální terapie u dětí s OCD, a to především problematické, ale také nápomocné oblasti. Již nyní mohou být užitečné četné praktické typy získané od respondentů. Pro další výzkum či zpracování identifikujeme několik klíčových oblastí – role rodiny v rámci obsedantně-kompulzivní poruchy a její terapie, vývojová úroveň dítěte, její určení a vliv na kognitivně-behaviorální terapii obsedantně-kompulzivní poruchy a v neposlední řadě pracovní listy a příručky pro děti.

Poslední zmíněná oblast – pracovní listy a příručky pro děti s obsedantně-kompulzivní poruchou, by mohla být v budoucnu praktickým přesahem této práce. Dle sdělení respondentů by tato příručka mohla usnadnit nejenom práci KBT terapeuta, který by však neztratil svou roli, ale především by mohla být přínosem, při vhodném zpracování, dítěti samotnému. Pokud by taková příručka měla vzniknout, měli bychom se dle výsledků našeho dosavadního výzkumu podrobně zaměřit na cílovou skupinu, zahrnout téma zapojení rodiny.

10 ZÁVĚR

Kognitivně-behaviorální terapie je pro oslovené psychoterapeuty při práci s dětmi s obsedantně-kompulzivní poruchou první volbou. Důvodem je jejich zaměření v rámci absolvovaného výcviku, ale především vnímaná srozumitelnost pro dítě i rodiče. Taktéž v rámci studií je tento způsob léčby ověřen jako efektivní. Před samotným započítím terapie i v rámci psychoterapeutického procesu je klíčové určení vývojové úrovně dítěte a případné přizpůsobení terapie této úrovni.

V rámci technik kognitivně-behaviorální terapie dávají oslovení psychoterapeuti přednost technikám behaviorálním, které považují za efektivnější, atraktivnější pro děti a s rychle viditelnými a měřitelnými výsledky. Z behaviorálních technik považují za nejúspěšnější expozici se zábranou rituálů a behaviorální experimenty. Důraz byl kladen také na relaxační techniky. Z kognitivních technik, které zařazují dle kognitivní úrovně dítěte a vždy v přizpůsobené formě využívají především kognitivní restrukturalizaci a katastrofický scénář. Významnou roli hraje v rámci KBT také edukace, a to jak dítěte, tak rodiče a nejenom na začátku terapie, ale také v průběhu.

Oblasti, které vnímají oslovení psychoterapeuti jako nápomocné a problematické, se v některých bodech překrývaly. V kognitivně-behaviorální terapii dětí s OCD jim pomáhá zohlednění vývojové úrovně dítěte a na základě toho přizpůsobení terapie, a to především za využitím různých výtvarných a hrových prvků. Psychoterapeutickému procesu, a to především edukaci, plnění úkolů, škálování a zaznamenávání pomáhají vytvořené pracovní listy. V neposlední řadě je dle oslovených psychoterapeutů efektivní a potřebné zapojení rodičů do terapie.

Práce s rodiči je však terapeuty vnímána také jako problematická. Je důležité zapojit rodiče do terapeutického procesu, aby se stal dítěti koterapeutem, a aby vyhýbavé a zabezpečující chování dítěte nepodporoval či neudržoval, ale naopak aby mu byl v nácvicích oporou. Zdrojem omezení terapie může být v některých případech postoj rodičů či dítěte k medikaci. Rodič sám však může při těchto nácvicích zažívat silnou úzkost. Na straně dítěte je jako omezení vnímána potřeba a náročnost odhadnutí vývojové úrovně a následné přizpůsobení terapie. Dítě je potřeba ke spolupráci motivovat, neboť prvotní motivace je

spíše na straně rodiče. Psychoterapeuti hovořili také o omezeních, které spatřují u sebe samých či svých kolegů, kdy zmiňovali především nedostatek času, ať už na terapii či vytváření herních prvků a pracovních listů, vlastní nejistotu v oblasti určení vývojové úrovně a nedostatek dostupných již vytvořených pracovních listů či příruček.

11 SOUHRN

Bakalářská diplomová práce vychází z teoretických východisek představených v prvních třech kapitolách. Vzhledem k problematice kognitivně-behaviorální terapie obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí je v první kapitole zohledněn vývojový aspekt. Kromě kognitivního, morálního, psychosociálního a emočního vývoje, je vymezen také vývojový pohled na úzkost v životě dítěte. Přestože má úzkost primárně signalizující a obrannou funkci, v patologické míře může narušit a brzdit vývoj dítěte. V rámci každého vývojového stádia se potýkáme se specifickými náročnými situacemi a strachy a lze identifikovat také specifické projevy úzkosti. Je potřeba znát normu v rámci vývoje, abychom dokázali identifikovat a odlišit symptomy patologické. Pro některá vývojová období jsou například ritualizované prvky v rámci hry běžným projevem (Vymětal, 2004; Krejčířová, 2006).

Obsedantně-kompulzivní porucha je řazena do kategorie neurotických poruch, jejichž hlavním projevem je úzkost (MKN-10). Hlavním rysem OCD jsou vtíravé myšlenky nebo-li obsese, které vyvolávají silné napětí a úzkost. Pacient vzhledem k prožívané nepohodě pocituje nutkání k potlačení těchto pocitů a uchyluje se tak ke kompulzím, tedy jednání, jež je reakcí na obsese (Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký, & Záleský, 2014). Setkat se můžeme také s tzv. obsedantní zpomaleností (Theiner, 2014). U dětí pak častěji pozorujeme kompulze, bez přítomnosti obsesí (Paclt, Florian a kol., 1998).

OCD je multifaktoriálním onemocněním. Biologické teorie se věnují dědičné složce onemocnění, předpokládá se porucha serotoninergní a dopaminergní neurotransmise, či dysfunkční neurotransmise glutamátu, pozornost je věnována také souvislosti s imunitním systémem a v rámci patofyziologie je zmiňována dysfunkce v oblasti orbitofrontální kůry, přední cingulární kůry, thalamu a bazálních ganglií (Theiner, 2014; Malá, 2000; Syzmanská, 2015; Ekinci, Ekinci, 2017; Rajendram, Kornenberg, Burton & Arnold, 2017). Nejstarší psychologickou teorií OCD je psychoanalytický výklad. V bakalářské práci se však více věnujeme kognitivně-behaviorálnímu modelu poruchy, jež vychází z behaviorální a kognitivní teorie (Praško, Možný & Šlepecký, 2007). Představen je také biopsychosociální přístup (Poněšický, 2004; Greenspan & Greenspanová, 2003). Závěr první kapitoly je věnován vlivu OCD na život dítěte a jeho okolí.

Při psychoterapii dětí je dnes využíván biopsychosociální přístup, který reaguje na celostní prožívání dítěte. Psychoterapeut by měl zohlednit kromě individuálních charakteristik dítěte také vývojovou úroveň. Do terapeutického vztahu musíme kromě dítěte a terapeuta zahrnout také rodiče (Greenspan & Greenspanová 2007; Ronenová, 2000; Kocourková, 2000). Kognitivně-behaviorální terapie je považována za první volbu pro terapii obsedantně-kompulzivní poruchy. Pro děti neexistuje ucelený koncept KBT, psychoterapeuti spíše modifikují a přizpůsobují techniky vývojové úrovni dítěte. Zaměřujeme se spíše na nácvik dovednosti a behaviorální techniky (Ronenová, 200). V rámci kognitivně-behaviorální terapie obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí jsou nejčastěji využívány expozice se zábranou rituálů (Straková Jirků, 2018). Přestože je terapie dětí kreativní činností, neexistuje v rámci české literatury mnoho příruček pro děti či terapeuty. Na závěr druhé kapitoly jsou představeny některé příručky a pomůcky využívány pro KBT dětí s OCD v zahraničí. Poslední kapitola teoretické části bakalářské práce představuje další možnosti léčby OCD u dětí. Přibližuje dnešní přístup v oblasti farmakoterapie, využití relaxace, mindfulness a práce s rodinou.

Vzhledem k představené problematice bylo cílem výzkumu zmapovat situaci v rámci kognitivně-behaviorální terapie obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí školního věku. Pro výzkum byl zvolen kvalitativní přístup. K dosažení hlavního cíle výzkumu byly stanoveny dílčí cíle, a to rešerše dostupných zdrojů; stanovení teoretických východisek výzkumu; popis procesu kognitivně-behaviorální terapie u dětí s OCD; popis hlavních technik KBT při práci s dítětem s OCD; popis pomocných aspektů při KBT dítěte s OCD a popis omezení KBT dítěte s OCD. S ohledem na hlavní a dílčí cíle jsme vytvořili výzkumné otázky jež, jsou:

1. Jak pracuje KBT terapeut s dítětem s OCD?
2. Jaké techniky považuje terapeut v rámci KBT u dětí s OCD za úspěšné?
3. Co terapeutovi v rámci psychoterapie dítěte s OCD pomáhá?
4. Jaká vnímá terapeut omezení KBT u dítěte s OCD?.

Data byla získána metodou polostrukturovaného interview, pro něž bylo předem vytvořeno schéma a osnova otázek. Do výzkumného souboru byli vybráni jedinci, kteří odpovídali předem stanoveným kritériím: psycholog (dokončeno magisterské jednooborové studium psychologie a absolvování akreditovaného kurzu Psycholog ve zdravotnictví) nebo psychiatr (dokončeno studium všeobecného lékařství); dokončený výcvik v kognitivně-behaviorální terapii, jedinec pracuje ve zdravotnictví minimálně dva roky včetně a měl či

má v péči minimálně dvě děti školního věku s obsedantně-kompulzivní poruchou. Byla využita nepravděpodobnostní metoda výběru, a to prostý záměrný výběr. Výsledný počet respondentů byl 8. Rozhovory byly doslovně přepsány. Data byla otevřeně kódována se snahou o konceptualizaci. Koncepty byly mezi sebou vztahovány a porovnávány. Jako pomocný nástroj byl využit softwarový program Atlas.ti 8. V rámci celého výzkumu byl brán ohled na etické zásady výzkumu.

Výsledky výzkumu jsou prezentovány a interpretovány dle předem stanovených výzkumných otázek. Kognitivně-behaviorální terapie je pro oslovené terapeuty první volbou při práci s dětmi s OCD. Psychologové a psychiatři spolupracují většinou za účelem zvážení farmakoterapie či nejistoty v diagnostice (ze strany psychologů) či z důvodu nedostatku času na psychoterapii (ze strany psychiatrů). Psychoterapii je dle oslovených psychoterapeutů potřeba přizpůsobit vývojové úrovni dítěte, ale také kognitivní úrovni rodičů.

Z technik kognitivně-behaviorální terapie dávají oslovení terapeuti přednost behaviorálním technikám, kdy zmiňovali především expozice se zábranou rituálu a behaviorální experimenty. Užívány jsou také relaxační techniky. Z technik kognitivních pak pracují s katastrofickými scénáři a případně s kognitivní restrukturalizací. Důraz byl kladen také na edukaci dítěte i rodičů. Respondenti hovořili o významu úkolů, záznamů, škálování a odměn.

V procesu kognitivně-behaviorální terapie pomáhá osloveným terapeutům vhodné zapojení rodičů. Opět bylo hovořeno také o přizpůsobení vývojové úrovni dítěte. Respondenti zmiňovali také využití výtvarných pomůcek, hrových technik, pracovních listů či biofeedbacku. V rámci výzkumné otázky zabývající se omezeními KBT byla identifikována omezení na straně dítěte, rodiče i terapeuta. U dětí bylo hovořeno o již zmíněné vývojové úrovni, ale také o motivaci pro terapii, problematice medikace. Na straně rodiče taktéž psychoterapeuti zmiňovali taktéž určitou kognitivní úroveň a přístup k medikaci či obecně zapojení rodičů do terapie. Na straně terapeutů byl zmiňován čas, zkušenosti, trpělivost či nadání. Výsledky výzkumu jsou podrobně prezentovány v osmé kapitole a jsou doplněny schématy.

Výsledky jsou následně v diskuzi reflektovány a srovnávány s poznatky teoretické části práce. Diskuze obsahuje zpětný pohled na bakalářskou práci, kdy jsou kromě výsledků diskutovány také přínosy a případná omezení výzkumu.

LITERATURA

- Beck, A., T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.
- Bolton, D., Williams, T., Perrin, S., Atkinson, L., Gallop, C., Waite, P., & Salkovskis, P. (2011). Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 52(12), 1269-1278. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02419.x
- Brezinka, V. (2013). Ricky and the Spider – a video game to support cognitive behavioural treatment of children with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(3), 6-12. doi: 10.5167/uzh-93917.
- Croos-Müller, C. (2011). *Hlavu vzhůru: Malá kniha o přežití. Rychlá pomoc při stresu, vzteku a špatné náladě*. Praha: Grada.
- Croos-Müller, C. (2012). *Odvahu!: Knížka o přežití. Okamžitá pomoc při úzkosti, obavách a panice*. Praha: Grada.
- 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.
- Fairfax, H. (2008). The Use of Mindfulness in Obsessive Compulsive Disorder: Suggestions for Its Application and Integration in Existing Treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 53-59. doi: 10.1002/cpp.557.
- Fairfax, H., Easey, K., Fletcher, S., & Barfield, J. (2014). Does Mindfulness help in the treatment of Obsessive Compulsive Disorder (OCD)? An Audit of client experience of an OCD group. *Counselling Psychology Review*, 29 (3), 17-27.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Garcia, A., M., & Freeman, J., B. (2009). Just a phase? Normal developmental rituals versus OCD in young children. *The Brown Universtiy Child and Adolescent Behavior Letter*, 25(2), 1, 5-6. doi: 10.1002/cbl.20085
- Geldard, K., & Geldardová, D. (2008). *Dětská psychoterapie a poradenství*. Praha: Portál.
- Greenspan, S. I., Greenspanová, N. T. (2007). *Klinické interview s dítětem*. Bratislava: Vydavateľstvo-F.
- Hodges, K., Gordon, Y., & Lennon, M. P. (1990). Parent-Child Agreement on Symptoms Assessed via a Clinical Research Interview for Children: The Child Assessment Schedule (CAS). *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 31(3), 427-436. doi: 10.1111/j.1469-7610.1990.tb01579.x.

- Kenyonová, 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. doi: 10.1002/cpp.2076.
- 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.
- 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.
- 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., Vymlátílová, E., Vyhnálek, M., Weiss, P. (2006). *Dětská klinická psychologie (225-228)*. Praha: Grada Publishing.
- Kurt, L. (2011). *Základy systemické terapie*. Praha: Grada.
- Laidlaw, T. M., Fallon, I., R., H., Barnfather, D., Coverdale, J., H. (1999). The stress of caring for people with obsessive compulsive disorders. *Community Mental Health Journal*, 35, 443–449.
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2010). *Dětská psychoterapie*. Praha: 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 obsessivecompulsive disorder. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(12), 1314–1316. doi: 10.1111/jcpp.12344.
- Malá, E. (2000). Obsedantně-kompulzivní porucha. In Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie (228-234)*. Praha: Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mohr, P. (2017). *Klinická psychofarmakologie*. Praha: Maxdorf.

- Müllerová, E. (2010). *Příběhy z měsíční houpačky: autogenní trénink pro děti od 4 let*. Praha: Portál.
- Nakatani, E., Mataix-Cols, D., Micali, N., Turner, C., & Heyman, I. (2009). Outcomes of Cognitive Behaviour Therapy for Obsessive Compulsive Disorder in a Clinical Setting: A 10-Year Experience from a Specialist OCD Service for Children and Adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(3), 133-139. doi: 10.1111/j.1475-3588.2008.00509.x.
- 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.
- 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., Pašková, B., Prašková, H., Šlepecký, M., & Záleský, R. (2014). *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. Praha: Galén.
- Praško, J., Prašková, H., Raszka, M., & Kopřivová, J. (2008). Obsedantně kompulzivní porucha a její léčba. *Medicína pro praxi*, 5(1), 33-38.
- 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.
- Rector, N. A., Richter, M. A., Lerman, B., & Regev, R. (2015). A Pilot Test of the Additive Benefits of Physical Exercise to CBT for OCD [Online]. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(4), 328-340. doi: 10.1080/16506073.2015.1016448.
- 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.
- Ronenová, T. (2000). *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. Praha: Portál.

- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.
- Snelová, E. (2016). *Klidně a pozorně jako žabka: cvičení mindfulness pro děti a jejich rodiče*. Brno: BizBooks.
- Stárková, L. (2003). Kognitivně behaviorální terapie: praktické použití v ordinace pedopsychiatra II. Část: obsedantně kompulzivní porucha. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 17-19.
- 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.
- Straková Jirků, L. (2018). *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících: příručka pro terapeuty, psychology i rodiče: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta.
- Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení Podané ruce.
- 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.
- 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.
- Theiner, P. (2014). Obsedantně-kompulzivní porucha v dětství: Obsessive-compulsive disorder in childhood. *Pediatric pro praxi*, 15(1), 25-27.
- 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.
- Vasta, R., Haith, M. M., & Miller, S. A. (1992). *Child psychology: the modern science*. New York: J. Wiley.
- 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.
- Weidle, B., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2015). Quality of life in children with OCD before and after treatment. *Europe Children and Adolescence Psychiatry*, 24, 1061-1074. doi: 10.2147/NDT.S122306.

Wolman, B. B., (Ed.). (1982). *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice Hall.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce

Příloha č. 2: Abstract of thesis

Příloha č. 1: ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Problematika kognitivně-behaviorální terapie u dětí s OCD

Autor práce: Ing. Helena Rybková

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

Počet stran a znaků: 78; 147446

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 59

Abstrakt: Cílem bakalářské diplomové práce je zmapovat problematiku kognitivně-behaviorální terapie obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) u dětí. V teoretické části jsou nejprve vymezena obsedantně-kompulzivní porucha se zaměřením na vývojový aspekt, etiopatogenetické faktory a vliv OCD na život dítěte i jeho okolí. Následně je prostor věnován kognitivně-behaviorální terapii OCD a dalším možnostem léčby. Vzhledem k problematice byl zvolen kvalitativní přístup výzkumu. Výběrový vzorek byl získán prostým záměrným výběrem a tvořilo jej 8 respondentů. Data byla získána polostrukturovaným interview. Data byla následně kódována. Kognitivně-behaviorální terapie je pro oslovené psychoterapeuty první volbou při práci s dětmi s OCD. Častěji jsou využívány behaviorální techniky, a to především expozice se zábranou rituálů. Psychoterapeuti využívají také relaxační techniky, pracují s katastrofickým scénářem, případně kognitivní restrukturalizací. Procesu terapie napomáhá zapojení rodičů, využití pomůcek, přizpůsobení vývojové úrovni dítěte. Omezení procesu terapie identifikujeme na straně dítěte, rodiče i terapeuta.

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

Příloha č. 2: ABSTRACT OF THESIS

Title: The issue of cognitive-behavioral therapy in children with OCD

Author: Ing. Helena Rybková

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

Numberofpages and characters: 78; 147446

Numberofappendices: 2

Numberofreferences: 59

Abstract: The aim of the bachelor diploma thesis is to map the issue of the cognitive behavioral therapy of the obsessive-compulsive disorder (OCD) in children. First, the theoretical part defines the obsessive-compulsive disorder with the focus on the development factor, etiopathogenetic factors and the influence of OCD on the life of the children as well as their surroundings. Furthermore, the thesis deals with the cognitive behavioral therapy of OCD and possibilities of other treatment. Regarding the issue the qualitative research approach was chosen. The representative sample was gained by simple deliberate selection of 8 respondents. The data were gained by a semi-structured interview. Consequently, the data were coded. The cognitive behavioral therapy is the first chosen treatment for the addressed psychotherapists when they work with OCD children. Behavioral techniques, mainly exposition with ritual prevention, are used more frequently. The psychotherapists also use relaxation techniques; they work with disaster scenarios, or cognitive restructuring. The therapy process may be enhanced by involving the parents, using tools, adapting to the development level of the child. The limits in the therapy process may be identified with a child, parent as well as therapist.

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