

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Viktorie Mašková

**Léčebné metody obsedantně-kompulzivní poruchy  
u dětí a dospívajících: expertní perspektiva**

Treatment methods for obsessive-compulsive disorder in  
children and adolescents: an expert perspective

Praha 2022

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Šporclová, Ph.D.

## Poděkování

Srdečně děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. Veronice Šporclové, PhD. za všechny konzultace, hodnotné rady a podporu, které mi poskytla. Dále chci poděkovat za cenné rady týkající se výzkumné části práce doc. PhDr. Bc. Ivě Poláčkové Šolcové, Ph.D., Mgr. Cyrilovi Kaplanovi a Dr. Jarkovi Kriukowi. Děkuji všem respondentům, kteří souhlasili se zapojením do výzkumu, jenž je součástí této práce. Všechna setkání pro mě byla obohacujícími. Dále děkuji Danielle Lieb-Foley, ATR, MA, MFT za konzultaci, díky níž jsem měla příležitost nahlédnout do praxe v souvislosti s léčbou obsedantně-kompulzivní poruchy v USA. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svým přátelům a rodině, kteří mi byli po celou dobu psaní práce oporou.

## Prohlášení

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 15. 7. 2022*

.....

*Viktorie Mašková*

## **Abstrakt**

Diplomová práce se zabývá léčebnými metodami obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) u dětí a dospívajících. Literárně přehledová část obsahuje, kromě základních informací o OCD u dětí a dospívajících, popis léčebných metod tak, jak je na ně nahlíženo v odborné literatuře. Dále je zde kapitola popisující situaci v České republice v souvislosti s péčí o děti a dospívající s OCD v kontrastu s možnostmi péče, které jsou dostupné v USA. Výzkumná část má kvalitativní charakter. Cílí na získání vhledu do psychoterapeutické a psychiatrické praxe v souvislosti s léčbou OCD u dětí a dospívajících. Metodou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor. Data v jeho rámci získaná jsou analyzována metodou tematické analýzy. Výsledky popisují, jaká klíčová témata se v souvislosti s průběhem léčby OCD u dětí a dospívajících vyskytují napříč výpověďmi respondentů, jaký léčebný přístup vybraní odborníci považují za nejlepší a jaké limity v souvislosti se systémem péče o děti a dospívající s OCD v České republice vnímají.

## **Klíčová slova**

obsedantně-kompulzivní porucha; děti; dospívající; léčba; psychoterapie; situace v České republice

## **Abstract**

The diploma thesis deals with treatment methods of obsessive-compulsive disorder in both children and adolescents. The literature review section contains, in addition to basic information about obsessive-compulsive disorder in children and adolescents, a description of treatment methods as viewed in the literature. There is also a chapter describing the situation in the Czech Republic in connection with the care of children and adolescents with OCD in contrast to the care options available in the United States. The research part has a qualitative character. Its aim is to gain insight into psychotherapeutic and psychiatric practice in connection with the treatment of OCD in children and adolescents. The method of data collection is a semi-structured interview. The data obtained within it are analyzed by the method of thematic analysis. The results describe what key topics occur in connection with the course of OCD treatment in children and adolescents, what treatment approach selected experts consider to be the best, and what limits they perceive in connection with the system of care for children and adolescents with OCD in the Czech Republic.

## **Keywords**

Obsessive-compulsive disorder; Children; Adolescents; Treatment; Psychotherapy; Situation in the Czech Republic

## Obsah

Úvod.....	8
Literárně přehledová část .....	11
1. Obsedantně-kompulzivní porucha u dětí a dospívajících.....	11
1.1 Symptomatologie .....	13
1.2 Etiologie .....	15
1.3 Diagnostika.....	18
1.4 Funkční dopady .....	21
2. Léčebné postupy u dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou .....	23
2.1. Farmakoterapie.....	26
2.2 Kognitivně-behaviorální terapie.....	27
2.2.1 Průběh a techniky .....	28
2.3 Rodinná terapie .....	34
2.4 Další psychoterapeutické přístupy .....	36
2.5 Alternativní a podpůrné možnosti léčby .....	39
3. Situace v České republice ve vztahu k léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí.....	43
3.1 Situace v USA v porovnání se situací v ČR.....	45
Výzkumná část .....	50
4. Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	50
5. Design výzkumného projektu.....	51
5.2 Výzkumný soubor .....	52
5.3 Metody získávání dat .....	55
5.3.1 Pilotáž.....	56
5.3.2 Úvod a otázky polostrukturovaného rozhovoru .....	57
5.4 Metody zpracování a analýzy dat.....	58
5.5 Etika výzkumu.....	62
6. Výsledky.....	64

6.1 Proces léčby dětí s OCD.....	64
6.2 Faktory ovlivňující léčebný proces .....	81
6.3 Přesvědčení týkající se nejlepšího léčebného přístupu .....	89
6.4 Limitující faktory .....	92
6.5 Shrnutí výsledků výzkumu.....	98
7. Diskuse .....	101
7.1 Limity výzkumu a doporučení pro budoucí výzkum .....	103
7.2 Návrh na zlepšení péče o děti s OCD v ČR .....	105
Závěr.....	109
Seznam použité literatury .....	111
Seznam tabulek .....	124
Seznam zkratk .....	125
Seznam příloh.....	126

## Úvod

Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) je u dětí a dospívajících poměrně častým psychickým onemocněním, které však mnohdy bývá rozpoznáno a diagnostikováno až po několika letech jeho manifestace. Hlavní motivací k volbě tématu mé diplomové práce byl fakt, že i přes poměrně vysokou prevalenci není věnována dané problematice v České republice taková pozornost, jakou by zasluhovala. Nejedná se pouze o můj názor, ale také o názor odborníků, se kterými jsem danou skutečnost diskutovala. Ke zpracování tohoto tématu mě motivoval také můj osobní dlouhodobý zájem a zkušenosti. Bylo to setkání s rodinou, ve které se nachází dívka dlouhodobě se potýkající s OCD. Dále to byly stáže na odděleních dětské a adolescentní psychiatrie. Účastnila jsem se řady konferencí týkajících se daného tématu. Hovořila jsem jak s českými, tak zahraničními odborníky, kteří se OCD u dětí a dospívajících věnují. Obzvláště obohacující pro mě byly přednášky dotýkající se daného tématu, kterých jsem se zúčastnila během letního kurzu na University of Oxford, a setkání s ředitelkou centra pro léčbu OCD Danielle Lieb-Foley v USA. Díky všem zmíněným zkušenostem jsem měla možnost do dané problematiky proniknout nejen teoreticky, ale také prakticky, což mi mimo jiné pomohlo nasměrovat tuto práci.

Diplomou prací navazuji na svou bakalářskou práci, ve které jsem se zabývala primárně využitím kognitivně-behaviorální terapie (KBT) u dětí a dospívajících s OCD. KBT je přístupem, který je v souvislosti s léčbou OCD u dětí a dospívajících považován (spolu s farmakoterapií) odbornými guidelines za evidence-based metodu a zároveň metodu první volby. V rámci diplomové práce věnuji pozornost kromě KBT také dalším terapeutickým přístupům. A to z toho důvodu, že dle informací, které jsem si před volbou tohoto tématu zjistila, jsou v ČR děti a dospívající s OCD velmi často v péči jiných než KBT terapeutů. Považovala jsem za vhodné tuto skutečnost ve své práci reflektovat a neopomíjet tak i jiné terapeutické možnosti. Hlavním cílem diplomové práce je popsat léčebné metody obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí a dospívajících tak, jak je na ně nahlíženo v odborné literatuře a zjistit, jak jsou realizovány v ČR v praxi.

Literárně přehledová část práce zahrnuje 3 hlavní kapitoly. V rámci první kapitoly se věnuji obecným informacím, které se vztahují k OCD u dětí a dospívajících. Zmiňuji poznatky o prevalenci, popisuji symptomy daného onemocnění, stručně se věnuji jeho etiologii. Zabývám se diagnostikou, nejčastějšími komorbiditami, dopady OCD na běžný život dítěte.



Druhá kapitola je věnována léčebným postupům. Pozornost je zaměřena především na evidence-based přístupy, tedy farmakoterapii a kognitivně-behaviorální terapii. Neopomím však další terapeutické možnosti, které sice nejsou v odborné literatuře tak často zmiňovány, v praxi se však s jejich užitím setkáváme. V rámci třetí kapitoly se věnuji situaci v ČR v souvislosti s péčí o děti s OCD. Což následně dávám do kontrastu se systémem péče v USA a možnostem, které mohou tamější rodiče a děti s OCD využít.

Na literárně přehledovou část navazuje část praktická. Její součástí je popis kvalitativního výzkumného šetření, jež jsem pro účely této diplomové práce zrealizovala. Jeho primárním cílem bylo získat vhled do psychoterapeutické a psychiatrické praxe v souvislosti s léčbou OCD u dětí a dospívajících. Výzkumnou metodou byl polostrukturovaný rozhovor. Výzkumu se zúčastnilo celkem 12 respondentů (5 pedopsychiatrů a 7 psychologů). Všichni splnili předem stanovená kritéria včetně zkušenosti s terapeutickou prací s dětmi s OCD. Data byla analyzována metodou tematické analýzy. Výsledky prezentují to, jak odborníci s dětmi s OCD pracují, které techniky používají, jaký přístup k léčbě dětí s OCD považují za vhodný a jaké limity v systému péče o ně vnímají.

Za hlavní přínos práce považuji zmapování metod, které odborná literatura v souvislosti s léčbou dětí a dospívajících s OCD zmiňuje, včetně výzkumů, které byly v dané oblasti realizovány. Ale také nahlédnutí do toho, jak vypadá aplikace terapeutických metod v praxi v ČR z pohledu zkušených odborníků. Práce by také mohla poukázat na možnosti zlepšení kvality péče o děti a dospívající s OCD v ČR. Danou prací bych mimo jiné chtěla rozšířit existující v češtině psané literární zdroje, kterých je minimálně. V neposlední řadě bude přínosem této práce informační brožura, kterou jsem vytvořila a která je součástí příloh práce (Příloha 2). Je určena primárně rodičům dětí a dospívajících s OCD, případně dalším zájemcům

Poznatky uvedené v práci se vztahují k populaci dětí a dospívajících ve věku 6-17 let. Dané věkové rozpětí jsem zvolila proto, že ho volí většina studií a zahraniční odborné literatury zabývající problematikou OCD u dětí a dospívajících. Informace nebývají podrobněji diferencované dle věku. Chtěla jsem, aby poznatky v této práci přesně reflektovaly poznatky odborné literatury, proto jsem se rozhodla volbu věkového rozmezí následovat. Volba užšího věkového rozmezí by také zkomplikovala výběr respondentů v rámci výzkumné části a rozhovor s nimi o dané problematice. Ráda bych v úvodu objasnila, že pokud v práci zmiňuji

fakta týkající se „OCD u dětí“, vždy tím myslím u dětí a dospívajících (pokud neuvedu věkovou specifikaci). A to z důvodu úspory prostoru.

V rámci diplomové práce čerpám primárně ze zahraniční literatury, která je zaměřena na OCD u dětí a dospívajících. Jedná se buď o knihy, které jsem si za účelem psaní práce zakoupila v zahraničí, případně o elektronické výzkumné články. Soustředila jsem se na to, abych čerpala v maximálním možném rozsahu ze zdrojů, které se týkají výhradně OCD u dětí a dospívajících, nikoli u dospělých. A to z důvodu, že závěrečných prací na téma OCD u dospělých bylo napsáno několik, a tudíž si myslím, že takto specifitěji zaměřené poznatky by mohly činit práci přínosnější. V práci je citováno dle normy APA – 7. revize (American Psychological Association, 2020). Jména zahraničních autorek nejsou přechylována do českého jazyka.

# Literárně přehledová část

## 1. Obsedantně-kompulzivní porucha u dětí a dospívajících

Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) je psychická porucha charakterizovaná obsesemi a kompulzemi. Ačkoli se odhadovaná prevalence OCD u dětí a dospívajících liší napříč různými zdroji, většina autorů v rámci svých článků uvádí 1–3 % (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry [AACAP], n.d.; Stewart et al., 2004). Výsledky prevalenčních studií varíují také napříč zeměmi. Například specificky v Bangladéši je prevalence odhadována na 2 % (Chowdhury et al. 2016), v USA 1,9 % (Flament et al., 1988), v Izraeli 2,3 %, na Novém Zélandu 3,9 % a v Dánsku dokonce 4,1 % (Chansky, 2000). Prevalenční studie v rámci českého prostředí nebyla prozatím zrealizována. Můžeme ji odhadovat pouze na základě zahraničních studií. Geller et al. (1998) píše, že, dle studií, je výskyt OCD častější u chlapců nežli u dívek v poměru přibližně 3:2. Krejčířová (2001) a Heyman (2001) však píše, že výskyt je u chlapců a dívek stejný.

OCD u dětí a dospívajících bývá v literatuře nazývána jako „skrytá epidemie“, jelikož zůstává v mnoha případech nerozpoznaná a nedignostikovaná. Doba od objevení příznaků po navštívení odborníka bývá často velmi dlouhá, v řádu několika let (Chansky, 2000). Krejčířová (2001) píše, že v mladším školním věku bývá začátek poruchy spíše vzácný. Symptomy se rozvíjejí většinou v návaznosti na traumatické zážitky či negativní rodinné vlivy a typicky převažují kompulze nad obsesemi. Geller et al. (1998) však píše, že se OCD nejčastěji začíná rozvíjet mezi 7,5 a 12,5 lety, avšak k identifikaci a diagnóze nemoci dochází průměrně mezi 12–15,5 lety.

Průběh OCD u dětí je ve většině případů dlouhodobý, chronický, s fluktuující manifestací symptomů (Hudak, 2011). Pokud k nástupu symptomů dojde během dětství, existuje větší pravděpodobnost celoživotního trvání (Raboch et al., 2015). Existující data zabývající se chronicitou onemocnění dochází k poměrně pesimistickým závěrům. Což bývá, dle prospektivních studií, považováno za následek nedostatku dostupné adekvátní léčby pro děti s OCD (Piacentini & Langley, 2004). Malá (2000) uvádí, že k chronickému průběhu s výrazným narušením sociálního fungování dochází u 10–15 % jedinců. U zbylých 85–90 % dochází k remisím, někdy úplným, někdy dojde pouze k mírnému zhoršení. Začátek onemocnění v dětství považuje za negativní prognostický faktor, stejně jako výskyt OCD v rodině.

Procento výskytu komorbidních onemocnění je v případě OCD u dětí a dospívajících velmi vysoké. Chowdhury et al. (2016) v rámci výsledků své studie reportují, že se komorbidní onemocnění vyskytovalo u 58 % respondentů v rámci výzkumného souboru. Podobné procento reportují i Jans et al. (2007) – 53 %. Mezi nejčastější komorbidní onemocnění patří tikové poruchy, ADHD, separační úzkostná porucha. Dále deprese jakožto sekundární onemocnění. Bývá zmiňována i PTSD, autismus a porucha opozičního vzdoru (Greenberg & Geller, 2019). Geller (2006) píše, že depresivní porucha se následkem OCD rozvine u 39 % dětí a 62 % dospívajících. Tourettův syndrom se odhadem vyskytuje u 25 % dětí s OCD a 9 % dospívajících. ADHD je jakožto komorbidní onemocnění velmi časté, vyskytuje se u 51 % dětí a 36 % dospívajících, ve většině případů u chlapců. Separační úzkostná porucha se vyskytuje u více jak 50 % dětí a 35 % adolescentů s OCD.

Co se týče osobnostních charakteristik dětí s OCD, běžně vykazují vyšší míru perfekcionismu, bývají depresivně laděné. Často se jedná o děti s anankastickými či psychastenickými osobnostními rysy, děti úzkostlivé, nadměrně svědomité, vykazující vysokou snahu o kontrolu svých emocí. Bývá typická omezená schopnost rozhodovat se samostatně, pochybují samy o sobě. Kognitivně však bývají nadměrně vyspělé s předčasně zralou řečí a myšlením, normálním či nadprůměrným intelektem. Děti s OCD se častěji vyskytují v rodinách, kde jsou kladeny vyšší požadavky na správnost chování a pečlivost. Horší výkon se u těchto dětí vyskytuje v oblasti exekutivních funkcí a paměti pro činnosti (Krejčířová, 2001). Děti mohou zejména při školní práci působit zamyšleně, roztržitě, apaticky (Diallo, 2017). Ačkoli dané charakteristiky byly odborníky na danou problematiku zaznamenány, musím dodat, že je nelze generalizovat na všechny případy.

Nissen et al. (2014) zrealizovali 7letou prospektivní studii dětí s OCD po jejich prvním kontaktu s klinickým odborníkem. Výzkumníci cílili na zjištění prediktivních faktorů přetrvávajících symptomů. Více jak polovina pacientů (z celkového počtu 95) popisovala přetrvávající symptomy. Jako negativní prediktivní faktor se jevílo pozdní stanovení diagnózy, přítomnost komorbidit, diagnóza OCD v rodině. Zajímavým zjištěním autorů bylo, že závažnost symptomů ani omezený vhléd se nejevili jako negativní prediktory. Což je v rozporu s jinými výzkumnými studiemi.

## 1.1 Symptomatologie

Jak je z názvu obsedantně-kompulzivní poruchy evidentní, jejími primárními symptomy jsou obsese a kompulze. U téměř všech dětí se vyskytuje více typů obsesí a kompulzí (Geller, 2006). Obsesemi rozumíme repetitivní intruzivní myšlenky, představy či impulzy evokující úzkost či distres z možných (nepravděpodobných) konsekvencí (kontaminace, poranění aj.). Nejedná se o obavy všedního života. Přesný obsah obsesí bývá specifický a heterogenní. Avšak typickými obsesemi u dětí a adolescentů je obava z kontaminace, strach z poranění sebe samého nebo blízké osoby. Běžné jsou také obsese s tematikou sexuality a religiozity. Do obsesí se řadí i výskyt pocitu, že vše není v pořádku, pocit neúplnosti. Dle výzkumných zjištění lze identifikovat dvě hlavní charakteristiky většiny obsesí. Je to vyhýbání se zranění a neúplnost/nedokonalost. Ke spuštění obsedantních myšlenek často dochází vlivem konkrétního podnětu – „stresoru“ či „spouštěče“ (Franklin et al., 2019). Například když se dítě dotkne kliky u dveří (spouštěč), začnou se mu vybavovat myšlenky na nákazu závažnou nemocí. Obsedantní myšlenky dále vedou ke strachu, ale nemusí vždy vést až k úzkosti. Některé děti následkem obsesí popisují pocit diskomfortu nebo pocit, že něco není v pořádku (Piacentini & Langley, 2004).

Kompulzemi rozumíme opakující se vzorce chování (žádost o ujištění, kontrolování, mytí rukou aj.) či mentální aktivity (modlení, počítání). Díky kompulzím dochází k redukci úzkosti asociované s obsesemi. Dítě je realizuje za účelem zábrany události, které se ve svých obsedantních myšlenkách obává. Typickými obsesemi je mytí/čištění, opakování, kontrolování, dotýkání/klepání, počítání, rovnání, hromadění, modlení, hledání ujištění (dítě se například opakovaně ptá rodičů, zda se mu opravdu nic nestane po tom, co se dotklo kliky u dveří). Nutné je zmínit také vyhýbavé chování, které se u OCD vyskytuje velmi často a plní stejnou funkci jako kompulze. Dítě pomocí vyhýbání se spouštěči (stimulu, místu, události) zabraňuje vzniku obsesí a následných kompulzí. Motivací k vyhýbavému chování může být potřeba vyhnout se pocitu úzkosti, dále ušetření času, který následné kompulzivní chování vyžaduje, případně zábrana pocitu trapnosti (Franklin et al., 2019). Højgaard et al. (2019) zmiňují, že kompulze typu hromadění věcí mají specifické klinické koreláty a jsou asociované s nepříznivou prognózou. Považuji za nutné dodat, že obsahy obsesí a podoby kompulzí mohou být velmi specifické a jedinečné pro dané dítě. Příklady zmíněné v rámci této subkapitoly jsou pouze nejčastějšími formami zaznamenanými autory či zrealizovanými studiemi.

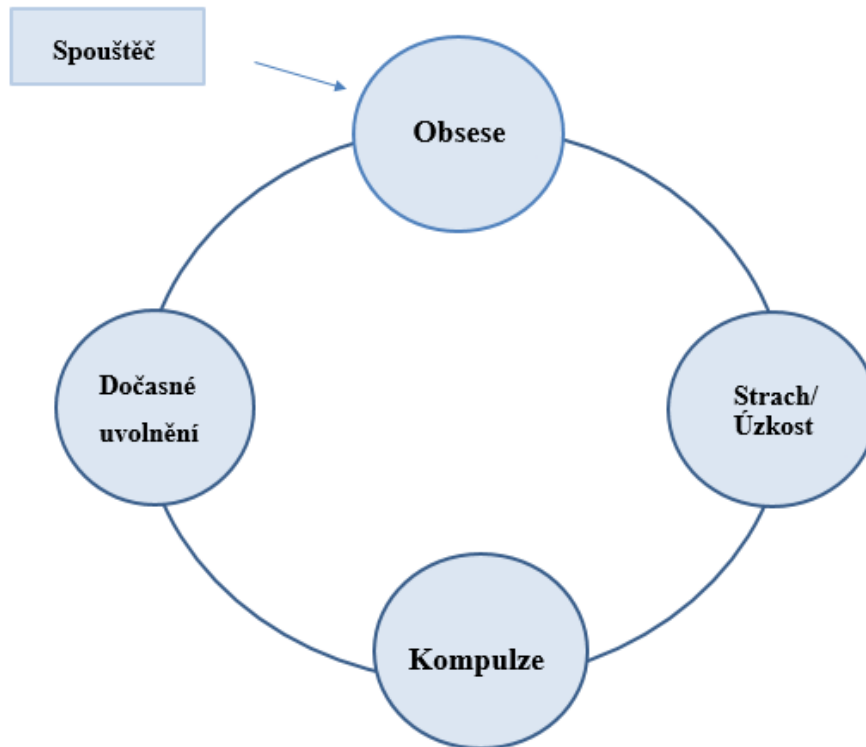
Zjišťováním zastoupení typů obsesí a kompulzí u dětí s OCD se zabývali například Jans et al. (2007). V rámci výsledků jejich německé studie reportují, že se v jejich výzkumném vzorku

dětí a dospívajících s OCD nejfrekventovaněji vyskytovaly obsese týkající se kontaminace, katastrofy či sexuality a agrese. Nejčastějšími kompulzemi bylo umývání a čištění, kontrolování, opakování, počítání a srovnávání. Valleni-Basile et al. (1994) reportují nejběžnější výskyt podobných typů kompulzí, jednalo se o rovnání, počítání, sbírání a čištění. Chowdhury et al. (2016) reportují jako nejčastější obsese týkající se kontaminace, nejběžnějšími kompulzemi bylo umývání, kontrolování, opakování, srovnávání.

V rámci edukace pacientů či dalších osob se k vysvětlení OCD jak v odborné literatuře, tak v praxi, často využívá tzv. „bludný kruh“ – viz obrázek 1. Demonstruje koloběh obsesí a kompulzí, ve kterém se jejich neustálým opakováním dítě víc a víc upevňuje. Vlivem spouštěče dochází ke vzniku nežádoucích obsedantních myšlenek s nepříjemným obsahem, čímž narůstá úzkost dítěte. Dítě má ověřenou strategii redukce úzkosti, což je provedení rituálu, kompulze. Tím úzkost klesá, ale pouze na krátkou dobu, respektive do chvíle, kdy se znovu setká se stresem. Dítě se s úzkostí vlivem obsesí nezvládá vypořádat jiným efektivním způsobem, proto opakovaně používá kompulzivní chování, čímž se v „bludném kruhu“ upevňuje. Časem se však může navyšovat počet podnětů, které obsese vyvolávají, a tím se prohlubuje závažnost symptomů, rozsah symptomů a funkční narušení dítěte. Příklad z praxe, kdy došlo k nahromadění symptomů v rámci ranní rutiny, může být následující. Pokaždé, když má dítě jít do školy (spouštěč), musí si 10 minut mýt ruce, aby snížilo úzkost, kterou v něm vyvolaly obsese týkající se kontaminace. Následně musí 20 x překročit práh u dveří, aby se něco špatného nestalo jeho matce. Po cestě do školy opakovaně počítá do desíti, aby se cítilo v pořádku.

## Obrázek 1

### *Bludný kruh OCD*



Považuji za podstatné zmínit, že ne všechno, na první pohled, rituální chování je nutno považovat za patologické. Například výskyt „magických“ rituálů u předškolních dětí (příkladem může být stoupaní pouze na tmavé dlaždičky atd.) vychází z magického myšlení, které je pro dané období typické a normální (Krejčířová, 2001).

Storch et al. (2008) uvádí, že děti s OCD, kromě výše zmíněných základních symptomů, většinou vykazují také somatické symptomy. V rámci jejich výzkumu děti a rodiče nejčastěji reportovali tělesné napětí, třes, pocit neklidu, zvýšenou únavu, bolest hlavy a břicha a další.

### **1.2 Etiologie**

Vysvětlení, co je příčinou OCD, prošlo mnohaletým vývojem. Jedním z prvních vysvětlení byla posedlost ďáblem. Tento názor převládal až do 19. století (Praško & Prašková, 2007). Následně bylo předpokládáno, že za symptomy OCD může tělesné onemocnění a horečky. Poté následoval poměrně rozšířený výklad OCD psychoanalytickou teorií. Lze dohledat mnoho verzí psychoanalytického výkladu OCD (Chansky, 2000). Praško (2019) je shrnuje následovně. Symptomy OCD jsou projevem potlačených vzpomínek, konfliktů, přání, které jsou udržované

v nevědomí, jelikož by jinak mohly vyvolat úzkost. Projevují se však ve formě různých neurotických příznaků, jejichž charakter je ovlivněn fixací v análně-sadistickém stádiu. Obsese a kompulze jsou považovány za určitou formu obranné reakce proti potlačené úzkosti. Jak píše Chansky (2000), k fixaci v daném stádiu dochází z důvodu velmi důsledného nácviku vylučování v rámci anální vývojové fáze. Existuje však minimum důkazů, které by psychoanalytickou teorii podporovaly. Nutno také zmínit, že sám Sigmund Freud uznal limity daného výkladu. Jak píše Thomas (2020), OCD může mít u dětí původ v oidipovském komplexu, který vznikl následkem zkušenosti s množstvím protichůdných emocí, jako je láska, nenávisť, žárlivost, rivalita, které jsou většinou zaměřeny na jednoho či oba rodiče. Pokud jedinec z různých důvodů nezvládne oidipovský komplex překonat, může to mít za následek právě rozvoj OCD. Jak píše Praško & Prašková (2007), dle pozdějších psychoanalytických koncepcí souvisí OCD se slabě ohraničeným egem a daný jedinec je považován za prepsychotického.

Kognitivně-behaviorální model OCD je složen z behaviorálního a kognitivního modelu. Behaviorální model vysvětluje OCD z hlediska teorie učení. Obsese považuje za podmíněné reflexy, kdy původně neutrální podnět je spojen s podnětem vyvolávajícím úzkost, čímž dojde k rozvoji úzkosti i po původně neutrálním podnětu. K redukci úzkosti dochází kompulzemi. Jedinec kompulze opakuje proto, aby negativním pocitům předcházel. Kompulze jsou tedy na rozdíl od obsesí volní, úmyslné. Kognitivní model zdůrazňuje dysfunkční kognitivní schémata, která se u OCD vyskytují. Tato schémata vznikají nejspíše v dětství před rozvojem OCD vlivem rodinné výchovy a běžně se týkají kontroly, odpovědnosti, potřeby pravidel a jistoty. Dle autorů má každý jedinec mimovolní myšlenky, důležité však je to, jak dané myšlenky hodnotí (Mašková, 2020, in Praško & Prašková, 2007). Proto by se terapie v rámci kognitivní restrukturalizace měla zaměřit na změnu hodnocení mimovolních myšlenek, nikoli na jejich odstranění (Praško & Prašková, 2007).

Existuje zde také teorie rozvoje OCD v návaznosti na traumatickou událost, adverzní zkušenosti (Pauls et al., 2014). Pokud nejsou traumatické či jinak stresové situace jedincem plně zpracovány, mohou přetrvávat v podobě různých příznaků, v tomto případě v podobě obsesí (Praško & Prašková, 2007). Gothelf et al. (2004) prokázali, že děti s OCD zažily v roce před vypuknutím symptomů signifikantně více negativních životních událostí oproti kontrolní skupině. Lafleur et al. (2011) zjistili, že u dětí s OCD byl v anamnéze signifikantně vyšší výskyt PTSD a traumatických životních událostí oproti běžné populaci dětí a dospívajících. Chansky (2000) ve své knize popisuje, že v rámci její praxe s dětmi s OCD došlo u dětí k významnému



zhoršení OCD po tom, co zažily pro ně stresující událost (smrt rodinného příslušníka, informovanost o rakovině, nocování na táboře, vidět někoho zvracet).

Jak deklarují studie dvojčat a rodin, velký podíl na vzniku OCD mají genetické faktory. Výsledky studií dvojčat deklarují, že genetickým podílem lze vysvětlit 45–65 % variance OCD u dětí (van Grootheest, 2005). Genetický podíl dokládá také častý výskyt OCD u příbuzných prvního stupně, tedy rodičů. Jedná se přibližně o 35 % případů (Praško & Prašková, 2008). Jiný údaj zmiňuje Malá (2000), která píše, že u příbuzných prvního stupně se OCD vyskytuje odhadem ve 20 %. Dále zmiňuje, že se OCD vyskytuje u sourozenců dítěte s OCD v 9 %, u jednovaječných dvojčat v 80 %, u dvojvaječných v 50 %. Jak však píše Theiner (2014), je nepravděpodobné, že by existoval jediný gen zodpovědný za všechny příznaky OCD. Vysoký genetický podíl je však evidentní.

Dále existují neurochemické hypotézy rozvoje OCD – serotoninová a glutaminová. Lze dohledat nespočet studií prokazujících efektivitu léčby pomocí selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) na redukci obsedantně-kompulzivních symptomů jak u dětí, tak u dospělých. Tento fakt vedl odborníky k hypotéze, že vznik OCD souvisí s dysfunkcí serotonergního systému v mozku. Stále však neexistuje evidence, která by tuto hypotézu podpořila (Goodman et al, 2014). Dále existuje hypotéza, že by se glutamin mohl podílet na vzniku OCD a následně na odpovědi na kognitivně-behaviorální terapii (KBT). Dle výzkumného zjištění se však děti s OCD signifikantně neliší od zdravé populace, co se hodnoty glutaminu týče. Avšak po absolvování KBT došlo u dětí s OCD k jeho snížení. Zajímavým zjištěním je, že vyšší hodnota glutaminu před začátkem KBT u dětí s OCD predikovala horší odezvu na KBT léčbu. Tato studie tedy svědčí pro glutaminovou hypotézu spíše v souvislosti s odpovědí na léčbu (O'Neill et al., 2017).

V rámci rozvoje OCD hrají s vysokou pravděpodobností roli také environmentální faktory. O jejich vlivu toho však prozatím není příliš známo. Bylo zrealizováno několik prospektivních studií cílících na vyšší porozumění danému vlivu, avšak jejich výsledky jsou nekonzistentní (Krebs & Heyman, 2015).

Obsedantně-kompulzivní symptomatika může mít původ také v dětské autoimunitní neuropsychiatrické poruše spojené se streptokokovými infekcemi (PANDAS) a je nutné ji v rámci diferenciální diagnostiky vyloučit. I když se jedná, jak píše Theiner (2014), o pouze malou část dětských pacientů.

Mnoho autorů považuje, právě na základě výše zmíněných poznatků, za nejlepší hypotézu vzniku OCD takovou, která integruje genetické, neurobiologické a environmentální faktory (Goodman et al., 2014; Pauls et al., 2014). Neexistuje však průkazně jednoznačná příčina, která by měla vliv na rozvoj OCD, stejně tak neexistuje absolutně platná teorie.

### 1.3 Diagnostika

V rámci Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN-10; World health organization [WHO], 2015), se OCD s kódem F42 řadí mezi neurotické, stresové a somatoformní poruchy. V rámci tohoto kódu je dále rozlišováno, zda se jedná převážně o vtíravé myšlenky nebo ruminace (F42.0), převážně nutkavé činy/rituály (F42.1), smíšené nutkavé myšlenky a činy (F42.2), jiné obsedantně-nutkavé poruchy (F42.8) či obsedantně-nutkavou poruchu nespecifickou (F42.9).

V rámci Mezinárodní klasifikace nemocí – 11. revize (MKN-11; WHO, 2021), která vstoupila v platnost dne 1. ledna 2022, spadá OCD s kódem 6B20 pod samostatnou subkategorii obsedantně-kompulzivní a příbuzné poruchy. V rámci kódu 6B20 lze dále rozlišit OCD s přiměřeným až dobrým náhledem (6B20.0), kdy jedinec po většinu času připouští, že jeho přesvědčení týkající se poruchy nemusí být pravdivá, a je ochoten přijmout alternativní vysvětlení své zkušenosti. Dále OCD s chudým až chybějícím náhledem (6B20.1), kdy je jedinec po celou dobu či většinu času přesvědčen, že jeho přesvědčení týkající se poruchy jsou pravdivá, a není ochoten přijmout alternativní vysvětlení své zkušenosti. A dále OCD nespecifikovanou (6B20.Z). Oproti MKN-10 lze tedy pozorovat značné rozdíly v klasifikaci a členění této poruchy. Jak píše Stopková (2017, s. 115), změna v klasifikaci v rámci MKN-11 v souvislosti s OCD odpovídá klasifikaci v DSM-5, přičemž k ní dochází „na základě fenotypických, neurozobrazovacích a genetických poznatků včetně dat o odpovědi na léčbu, která se liší od léčby jiných úzkostných poruch. V novém pojetí není úzkost sama o sobě základním rysem OCD, ale spíše její sekundární manifestací.“ Někteří jedinci totiž v souvislosti s OCD nehovoří přímo o úzkosti, nýbrž o jiném typu nepohody, vyhýbavém chování, narušení běžných aktivit.

Diagnostická kritéria dle MKN-11 (WHO, 2021):

- Přetrvávající výskyt obsesí a/nebo kompulzí.
- Vykonávání obsesí a kompulzí zabírá jedinci hodně času nebo vede k významnému distresu či narušení v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo

jiných důležitých oblastech fungování. Pokud je běžné fungování zachováno, je to pouze díky značnému úsilí.

- Symptomy nejsou projevem jiné nemoci a nejsou způsobeny účinky látky nebo léku na centrální nervový systém včetně abstinčních účinků.

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – 5. revize (DSM-5; Raboch et al., 2015) obsahuje kapitolu Obsedantně-kompulzivní a související poruchy, pod kterou řadí OCD s kódem 300.3. Od Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch – 4. revize se klasifikace OCD liší v tom, že byla separována od úzkostných poruch. U obsedantně-kompulzivní poruchy by při diagnostice mělo dojít ke specifikaci, zda jedinec disponuje dobrým či přiměřeným náhledem, slabým náhledem, chybějícím náhledem či bludnými myšlenkami.

Diagnostická kritéria dle DSM-5 (Raboch et al., 2015, s. 249):

- A. Přítomnost obsesí, kompulzí nebo obojí.
- B. Obsese či kompulze zabírají hodně času (např. více než hodinu denně) nebo způsobují klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech.
- C. Obsedantně-kompulzivní příznaky se nedají přičíst fyziologickým dopadům látky nebo jinému somatickému onemocnění.
- D. Tuto poruchu nelze lépe vysvětlit příznaky jiné duševní poruchy.

Pro určení diagnózy OCD u dítěte není důležité, aby symptomy považovalo za nesmyslné (Lewin, 2019).

Rozpoznání diagnózy OCD u dětí může být zkomplikováno tím, že děti mnohdy nejsou schopné dostatečně popsat symptomy z důvodu omezeného vhledu a nedostatečné schopnosti identifikovat obsese a kompulze (Lewin, 2019). Omezený vhled se vyskytuje u necelých 20 % dětí a 6 % dospívajících (Geller, 2006). Obzvláště mladší děti mnohdy nejsou schopny diferencovat obsese od normálních myšlenek a identifikovat konexe mezi obsesemi a kompulzemi (Franklin, 2019). Důvodem může být i to, že dítě OCD nevnímá jako příliš zatěžující, jelikož se naučilo vyhýbat stimulům, které u něj podmiňují výskyt obsesí/kompulzí (Lewin, 2019). Jak píše Geller et al. (1998), dle 10 studií byla OCD diagnostikována v průměru 2,5 let od prvních příznaků. Jedná se však o poměrně starý literární zdroj. Je tedy možné, že v současnosti by se číslo mohlo lišit.

Dle Lewina (2019) by měl diagnostický proces zahrnovat jak dítě, tak rodiče. Diagnostické nástroje by se měly skládat ze subjektivních a objektivních komponent. Klíčovým nástrojem je nestrukturovaný rozhovor. Ten by měl obsahovat primárně zhodnocení současných obtíží, rodinnou anamnézu, dotazy směřující ke zmapování případných komorbidit či diferenciálních diagnóz a měl by být doplněn pozorováním. Pro posouzení reliability rozhovoru se doporučuje použít některý z dotazníků/škál, které mimo to pomohou posoudit závažnost diagnózy.

V českém prostředí jsem nedohledala jedinou zmínku o existenci oficiálního překladu některého z dotazníků, které se v mnoha místech světa používají jako jedna z metod diagnostiky OCD u dětí. Jejich využití je však přínosné také v rámci ověřování efektivity terapie a dále ve výzkumu. V rámci nejmenovaného pracoviště, kde jsem měla možnost absolvovat stáž, používají Leyton Obsessional Inventory-Child Version (LOI-CV; Berg et al., 1986), který si za účelem screeningového posouzení závažnosti symptomů OCD sami přeložili. Nedisponovali však hodnotícím systémem, proto se jednalo opravdu pouze o orientaci.

Klíčovým, do několika jazyků přeloženým a v literatuře nejvíce doporučovaným nástrojem je Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS; Scahill et al., 1997) a jeho revidovaná verze CY-BOCS II (Storch et al., 2019). Oba vykazují dobré psychometrické vlastnosti (Storch et al., 2019). Dané škály byly využity ve většině výzkumných studií, které jsem dohledala. Dají se použít jako pomocný nástroj v rámci diagnostiky, ale také k průběžnému monitoringu efektivity terapie (což je mimo jiné doporučováno v rámci různých manuálů pro práci s dětmi s OCD). Jsou určeny dětem ve věku 6-17 let. Dále bych zmínila také Obsessive-Compulsive Inventory-Child Version (OCI-CV; Foa et al., 2010). Jeho kvalitu zkoumali Rough et al. (2020) a zhodnotili jej jako vhodný screeningový dotazník. Pro posouzení závažnosti symptomů lze použít také například Children's Obsessional Compulsive Inventory (CHOCI), jenž signifikantně koreluje s CY-BOCS (Shafran et al., 2003).

V rámci diagnostiky OCD u dětí je klíčové, aby byly vyloučeny jiné poruchy, které by mohly být příčinou obsedantně-kompulzivních symptomů. Mezi ty nejčastější patří již výše zmíněná PANDAS (Jirků, 2018), dále tiková porucha, generalizovaná úzkostná porucha, mentální anorexie, porucha autistického spektra, emetofobie, hypochondrie, dysmorfofobická porucha, deprese (Lewin, 2019).

Nutno také zmínit, že některé jednání, které by svou povahou bylo možné zařadit pod symptomy OCD, se může vyskytovat napříč normální populací osob. Dané jednání však nenarušuje běžné fungování, nezabírá tolik času. Jedná se o návyky, které dítě dělat chce,

vyskytují se běžně u mnoha dalších dětí, jejich vykonání není pro dítě natolik důležité (Chansky, 2000).

#### **1.4 Funkční dopady**

OCD může významně ovlivnit kvalitu života dítěte a narušit jeho každodenní fungování. Může mít vliv na rodinné prostředí, sociální vztahy, školní výkon. Kvalita života je u dětí s OCD oproti běžné populaci dětí signifikantně nižší nezávisle na věku při vzniku OCD a délce trvání symptomů. V případě dalšího komorbidního onemocnění je kvalita života postižena ještě více (Weidle et al., 2014). Bylo však prokázáno, že KBT ve většině případů vede ke zlepšení kvality života do míry běžné populace dětí (Weidle, 2015). Zjištění funkčních dopadů OCD na život dítěte je klíčové z několika důvodů. Díky podrobnému zmapování funkčních dopadů může dojít k pochopení, kdy a za jakých podmínek se OCD manifestuje nejvíce, a tomu přizpůsobit léčbu. Dále může jejich znalost sloužit jako motivační činitel v rámci terapie (Piacentini et al., 2007). Dle studie Piacentiniho et al. (2003), 90 % dětí reportovalo v souvislosti s funkčním narušením signifikantní postižení minimálně v jedné oblasti. 50 % dětí reportovalo významné postižení v rámci školního, domácího a sociálního prostředí. Nejfrekventovaněji byly zmiňovány problémy s koncentrací na školní práci, problémy s psaním domácích úkolů a problémy v rámci večerní rutiny. Daná studie byla zreplicována a rozšířena Valderhaugem a Ivarssonem (2005), kteří dospěli k podobným závěrům.

Ačkoli může mít OCD vliv na mnoho oblastí v životě dítěte, jak bylo zmíněno v úvodu subkapitoly, zaměřím se z důvodu omezeného rozsahu práce pouze na funkční dopady na rodinné prostředí ve formě tzv. „family accommodation“. Family accommodation (FA) je v souvislosti s obsedantně-kompulzivní poruchou a jejími funkčními dopady jeden z nejklíčovějších a nejvlivnějších aspektů, kterému je v odborné literatuře i výzkumech věnována v posledních letech zvýšená pozornost. Nedohledala jsem adekvátní český ekvivalent daného termínu, proto budu používat jeho anglickou podobu, případně jeho zkratku. Významem daného termínu je přizpůsobování se rodičů či dalších osob rituálům dítěte. Může se jednat o asistenci při rituálech, opakované ujišťování dítěte, modifikaci denní rutiny tak, aby dítě nezažívalo úzkost spojenou s OCD (Lebowitz et al., 2012). Do „bludného kruhu“ OCD se tedy dostává celá rodina. FA může v rodině vypadat například následovně. Dítě má obavu z náказы v případě dotyku něčeho, co označuje za špinavé. Obsahem obsesí je však i to, že pokud se jeho rodiče, případně sourozenci, dotknou něčeho, co považuje za špinavé, mohou „nemoc“ přenést na dítě. Proto po rodičích požaduje, aby si po příchodu domů, před jídlem, po jídle, před tím, než se dítěte dotknou, umyli a vydezinfikovali ruce. Vyžaduje, aby si rodiče při

dotyku nakoupeného zboží z obchodu vždy nasadili gumové rukavice. V případě, že to rodiče neudělají, dítě začne prožívat úzkost spojenou s obsesemi. Rodiče se mnohdy snaží dítěti v „dobré víře“ vyhovět. To však ještě více upevňuje „bludný kruh“.

Jak píše Lebowitz et al. (2012), monitorování FA v rodině by mělo být podstatnou součástí terapeutické práce. Míra FA totiž koreluje se závažností symptomů, zároveň nižší míra FA přispívá k lepším výsledkům v rámci léčby. V rámci spolupráce s dítětem a rodinou by se tedy mělo cílit na postupnou redukci FA. Tím by mělo dojít ke zlepšení rodinného fungování, ale zároveň k redukci symptomů OCD. Ačkoli odborná literatura zmiňuje, že je důležité, aby se rodina požadavkům dítěte nepřizpůsobovala, lze v ní jen stěží dohledat, jak to realizovat v praxi. Zde nachází své místo konzultace s psychoterapeutem, který se pokusí ve spolupráci s rodinou a dítětem najít nejvhodnější řešení, jak redukce FA docílit. K posouzení účasti rodičů na symptomech dítěte byla vytvořena škála Family Accommodation Scale (FAS; Calvocoressi et al., 1999) a její sebesouzovací verze (Pinto et al., 2013). Do českého prostředí se však dané nástroje prozatím nedostaly, klinický pracovník se musí spolehnout především na rozhovor.

## 2. Léčebné postupy u dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou

Za evidence-based metody, jejichž efektivita byla v rámci mnoha studií v souvislosti s léčbou OCD u dětí a dospívajících prokázána, jsou považovány kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a SSRI farmakoterapie. Jako první volba bývá doporučována KBT. Pokud však dítě vykazuje těžší symptomatiku, určité komorbidity či u něj po KBT nedochází k remisi symptomů, je, dle guidelineu Americké akademie dětské a adolescentní psychiatrie (AACAP), doporučováno podpořit KBT farmakoterapií (Geller & March, 2012). Tedy léčebné metody zkombinovat.

Existuje několik studií, které výše zmíněná doporučení podporují. Velmi často citovanými, nejrozsáhlejšími, cenné informace poskytujícími, avšak, dle mého názoru, eticky trochu spornými studii jsou „The pediatric OCD treatment studies“ (POTS). Autorem je tým odborníků, kteří se důkladně zabývali zkoumáním efektivit KBT monoterapie, SSRI monoterapie, kombinace KBT a SSRI a placebo na redukci symptomů u dětí a dospívajících s OCD. Randomizované klinické studie se zúčastnilo 112 pacientů ve věku 7–17 let (The pediatric OCD treatment study team, 2004). Design studie je podrobně popsán v rámci článku od Franklina et al. (2003). Jak popisuje The pediatric OCD treatment study team (2004), účastníci studie byli rozděleni do 4 skupin dle typu léčby, kterou v průběhu 12 týdnů obdrželi: KBT, SSRI, kombinace KBT a SSRI, placebo. V porovnání s placebem vyšly všechny terapeutické přístupy signifikantně – KBT ( $P=0.003$ ), SSRI ( $P=0.007$ ), kombinovaná léčba ( $P=0.001$ ). Remise symptomů byla u KBT 39,3%, u SSRI 21,4%, u kombinované léčby 53,6% a u placebo 3,6%. Všechny tři léčebné přístupy se na základě výsledků studie jeví jako vhodné, dle autorů byly všechny dobře snášeny. Autoři v návaznosti na výsledky studie doporučují, stejně jako AACAP, započít léčbu dítěte buď kombinací KBT a SSRI nebo samostatnou KBT. K podobným závěrům došli i Franklin et al. (2011) v rámci druhé POTS studie se stejným zaměřením. Vyjma POTS studií podporují efektivitu daných metod i další studie (Abramowitz et al., 2005; Öst et al., 2016). Kromě toho, že samostatná KBT se jeví jako efektivnější než SSRI monoterapie, vyskytuje se po jejím absolvování také méně relapsů (Franklin et al., 2015).

Je nutné brát v potaz, že účinnost léčby může ovlivnit mnoho faktorů. Garcia et al. (2010) se zabývali tím, jaké faktory predikují a moderují efektivitu léčby (konkrétně farmakoterapie a KBT) OCD u dětí. Léčba byla úspěšnější u dětí s méně závažnými symptomy, nižším funkčním narušením, lepším vzhledem, méně komorbiditami a nižší úrovní FA. Děti, které měly v rodinné anamnéze diagnózu OCD, hůře prosperovaly v rámci psychoterapeutické léčby. Autoři studie zmiňují, že u těchto dětí je vyšší pravděpodobnost nutnosti kombinace KBT s farmakoterapií. Merlo et al. (2010) považují za negativní aspekt v souvislosti s prosperitou

v léčbě nízkou motivaci dítěte. Děti totiž mnohdy vnímají rituály jako něco, co je drží v bezpečí. Určitým způsobem jim přináší zisk, kterého se nechtějí zbavit. Je to pro ně dobře známý způsob, kterým zabraňují vzniku a potenciálnímu „dopadu“ obsesí. Torp, Dahl, Skarphedinnson, Compton et al. (2015) dále považují věk za signifikantní prediktor odpovědi na léčbu (konkrétně KBT). Tvrdí, že čím mladší dítě je, tím existuje vyšší šance na významný pokles osbedantně-kompulzivních symptomů v návaznosti na léčbu. V rámci vzorku jejich studie vykazovaly starší děti závažnější OCD symptomatiku, vyskytovalo se u nich významnější narušení psychosociální oblasti života a hůře reagovaly na léčbu.

V Norsku byla zrealizována studie, v rámci které výzkumníci pomocí dotazníků zjišťovali, jaký přístup odborníci při práci s dětmi s OCD preferují a zda cítí potřebu rozvoje dovedností v souvislosti s jejich diagnostikou a péčí o ně. Respondenty (n=79) byli z většiny psychiatři a psychologové, zúčastnilo se ještě několik speciálních pedagogů a sociálních pracovníků. Všichni měli zkušenost s péčí o děti s OCD. Výzkumníci se v rámci dotazníku tázali na to, v jakém směru jsou odborníci terapeuticky orientovaní a jaký terapeutický přístup aplikují u dětí s OCD. Co se týče obecné terapeutické orientace, výsledky ukazují přibližně rovnoměrné zastoupení v KBT, psychodynamickém směru, rodinné/systemické psychoterapii, humanistickém směru a ve směru farmakoterapeutickém. V souvislosti s preferovanými přístupy při práci s dětmi s OCD byla zmiňována především KBT, farmakoterapie a rodinná terapie oproti psychodynamickým a humanistickým přístupům. Tedy například i terapeuti, kteří jsou obecně orientováni psychodynamickým či humanistickým směrem, aplikovali v určité podobě KBT techniky či rodinnou terapii. Většina z respondentů referovala, že cítí potřebu speciálního tréninku vztahujícího se k práci s OCD u dětí (Valderhaug et al., 2004).

Gallant et al. (2007) na výzkum Valderhauga et al. (2004) navázali a zajímali se o to, jak léčbu OCD vnímají školní psychologové v USA. Celkový vzorek tvořilo 227 psychologů. Téměř všichni měli minimálně jednu zkušenost s prací s dítětem s OCD. Autoři dospěli k podobným výsledkům jako autoři předchozí studie. Tedy že školní psychologové preferují při práci s dětmi s OCD primárně KBT a farmakoterapii, o něco méně rodinnou terapii v porovnání s humanistickými a psychodynamickými směry. Ačkoli zde existovala preference KBT, pouze 7 % participantů reálně aplikovalo expozici se zábranou rituálu (ERP), tedy stěžejní KBT techniku (více o technice v subkapitole 2.2.1). Téměř polovina respondentů zmínila, že zaznamenali minimální či žádné zlepšení dítěte. Také reportovali potřebu speciálního tréninku



pro práci s dětmi s OCD. Výzkumníci konstatují, že je žádoucí, aby školní psychologové byli schopni včas zachytit symptomy OCD u dítěte a následně zprostředkovat adekvátní léčbu.

Co se týče preference rodičů v souvislosti s léčebnými přístupy k OCD u dětí, dle výsledků americké studie většina rodičů (68 % ze 137) preferovala samostatnou KBT, 32 % preferovalo kombinaci KBT a SSRI, 1 % preferovalo pouze SSRI. Preference byly nezávislé na závažnosti symptomů dítěte (Lewin et al., 2014).

Nazeer et al. (2020) a Piacentini a Langley (2004) píší, že je zde minimální evidence pro vhodnost užití jiných psychoterapeutických přístupů nežli KBT. Tvrzení autorů podporuje fakt, že jsem nedohledala jedinou studii zabývající se efektivitou jiného terapeutického přístupu, než je KBT a farmakoterapie. Vyjma několika případů, které sice efektivitu jiného přístupu zkoumaly, ale většinou na velmi malém vzorku (n=3 apod.) a často jakožto augmentaci KBT. Některé zmiňuji v subkapitole 2.4 a 2.5. Co se týče studií jiného typu, dohledala jsem pouze jednotky případových studií demonstrující užití daného psychoterapeutického přístupu při práci s dítětem s OCD. Absence studií na dané téma však nevypovídá o tom, že by psychoterapie jiného než KBT směru nemohla dítěti s OCD pomoci. Jak píše Dembo (2014), i ostatní psychoterapeutické přístupy mohou mít pozitivní efekt na zmírnění symptomů OCD, avšak doposud neexistuje dostatek evidence pro jejich efektivitu. Proto dochází k upřednostňování KBT. Autorka článku však hovořila spíše o integraci dalších přístupů do KBT léčby nežli o jejich samostatné aplikaci. Podobného názoru jsou i Gold-Steinberg a Logan (1999), kteří zmiňují, že jiné psychoterapeutické přístupy se mohou stát efektivním podpůrným mechanismem evidence-based léčby.

V následujících subkapitolách se věnuji primárně evidence-based přístupům (farmakoterapii a KBT), jelikož je jejich užití u dětí s OCD v odborné literatuře nejobsáhleji popsáno a v současné době jsou nejvíce uznávané. Následně se stručněji zaměřuji na rodinnou terapii a možnosti využití dalších terapeutických přístupů. Ačkoli jsou informace o jiných nežli evidence-based přístupech méně obsáhlé, neznamená to, že bych jim přikládala menší důležitost. Ačkoli já osobně inklinuji ke KBT, myslím si, že i psychoterapeutická práce jiného směru může vést ke zlepšení stavu dítěte. Také nutno dodat, že v psychoterapii nehraje roli pouze konkrétní přístup, ale také další okolnosti, jako je osobnost terapeuta, terapeutický vztah a další. Stručnost je tedy zapříčiněna tím, že jsem specificky k tématu OCD u dětí dohledala pouze málo studií a teoretických informací vztahujících se k využití dalších

psychoterapeutických směrů. A jak jsem avizovala v úvodu, kladla jsem si v této práci za cíl se maximálně specializovat na poznatky vztahující se přímo k OCD u dětí a dospívajících.

## 2.1. Farmakoterapie

První zvolenou medikací by dle guidlinů AACAP měla být SSRI antidepresiva jak pro jejich prokázanou efektivitu, tak pro dobrou toleranci (Geller & March, 2012). Jedná se o třetí generaci antidepresiv se selektivní inhibicí zpětného vychytávání serotoninu. Jejich efektivitu podporuje řada studií (Kotapati, 2019). Signifikantní efekt v rámci pediatrické populace s OCD byl oproti placebo prokázán u těchto léčivých látek: sertralin, fluvoxamin, fluoxetin a paroxetin. Kromě těchto čtyř je možné využít také citalopram. Vyjma SSRI antidepresiv prokázal svůj efekt v léčbě OCD u dětí a dospívajících klomipramin spadající do skupiny tricyklických antidepresiv. Ačkoli se klomipramin dle výsledků studií jeví jako účinnější než SSRI antidepresiva, neměl by být první volbou z důvodu vedlejších účinků (Geller et al., 2003). Mezi jeho možné vedlejší účinky patří retence moči, sucho v ústech, zácpa, přibývání na váze či sedace (Theiner, 2014). Antidepresiva by děti měly užívat minimálně 6 měsíců a jejich nasazení by mělo probíhat pozvolně, tedy od nižší dávky k vyšší, za pečlivého sledování efektu (Malá, 2013).

V České republice jsou pro děti s OCD z výše zmíněných schválena tato antidepresiva: sertralin (od 6 let), fluoxetin (od 8 let), fluvoxamin (od 8 let) a klomipramin (od 3 let). Některé léky se však pro jejich příznivý efekt používají tzv. „off label“, jedná se například o citalopram (Malá, 2013). Termín „off label“ zahrnuje užití léčebného přípravku pro jinou než registrovanou indikaci, v jiné než doporučené dávce či podání jiné populaci pacientů, než které je určen (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, n.d.).

Pozornost je věnována také možnému užití atypických antipsychotik jakožto augmentace v případě neúplné odpovědi na SSRI. Existují data, která podporují jejich užívání u dospělé populace osob s OCD (De Nadai et al., 2011). Dohledala jsem však minimum studií, které by se zabývaly užíváním antipsychotik u dětí s OCD. Nicméně v praxi (minimálně v USA) předepisovány bývají (Smith et al., 2017).

V současnosti probíhá výzkum využití také jiných léčiv, většinou formou augmentace evidence-based metod. V posledních letech je například uvažováno o d-cykloserinu jako o bezpečné a efektivní augmentaci KBT. Jedná se o antibiotikum určené k léčbě tuberkulózy. Dle studií se totiž jeví, že by daný lék mohl mít vliv na urychlení „extinction learning“ neboli snížení reakce na stimul, spouštěč obsesí. U dětí se však jeho užití

jakožto podpory KBT zkoumalo pouze v rámci 4 studií, které došly k rozporuplným výsledkům. V této oblasti je tedy zapotřebí další výzkumné činnosti (Schneider & Storch, 2019). V případě nedostatečné odezvy na KBT a SSRI je uvažováno také o augmentaci N-acetylcysteinem (NAC). Jeho efekt u dětí a dospívajících s OCD zkoumali Ghanizadeh et al. (2017). Výsledky studie podporují hypotézu, že augmentace citalopramu pomocí NAC přispívá jeho účinku. Výhodou je mimo jiné to, že je NAC velmi dobře snášen. Je však třeba dalších studií v dané oblasti. Výzkumníci také uvažovali o užití riluzolu jakožto augmentace běžné léčby u farmakorezistentních pacientů s OCD. Jedná se o lék primárně užívaný k léčbě amyotrofické laterální sklerózy. Grant et al. (2014) jeho užití u farmakorezistentních dětských pacientů s OCD zkoumali. Zmiňují, že lék byl dětmi poměrně dobře tolerován. Výsledky studie však nebyly signifikantní.

Je známo, že k užívání psychofarmak u dětí převládá ve společnosti spíše odpor (Malá, 2013). Lewin et al. (2014) píše, že obavy z farmakoterapie v rámci jejich studie reportovalo 70 % ze 137 rodičů dětí s OCD. Obavy se týkaly vedlejších efektů, narušení vývoje dítěte a bezpečnosti medikace. Někteří rodiče všeobecně hájili postoj odporu k medikaci jako takové.

## **2.2 Kognitivně-behaviorální terapie**

Jak jsem již zmínila, kognitivně-behaviorální terapie je jedním z evidence-based přístupů k léčbě dětí a dospívajících s OCD. Její efektivita byla prokázána v rámci mnoha studií (Beig et al., 2017; Torp, Dahl, Skarphedinsson, Thomsen et al., 2015 a další).

KBT se jakožto přístup vyznačuje následujícími obecnými charakteristikami. Je relativně krátká, časově vymezená, přesně plánovaná a strukturovaná. Zaměřuje se na konkrétní, přesně vymezené problémy. Soustředí se na řešení přítomných obtíží, avšak snaží se porozumět podmínkám, za nichž daný problém vznikl. Využívané terapeutické postupy a techniky by měly být teoreticky podloženy. Zaměřuje se spíše na faktory udržující problém, než na vypátrání příčiny problému. Jejím konečným cílem je dosažení samostatnosti klienta (Praško & Prašková, 2007). V kontextu tématu této práce tedy dosažení toho, aby dítě bylo schopno samo (případně za pomoci rodičů) pracovat s obsedantními myšlenkami, samo bylo schopno realizovat některé z KBT technik, případně si říci o pomoc. S využitím různých technik se cílí na změnu myšlení a chování (Jirků, 2018). KBT s dětmi s OCD má oproti práci s dospělými mnohá specifika. Je to především nezbytnost zapojení rodičů do psychotherapeutického procesu (March & Mulle, 1998), ale také nutnost reflektování vývojového stupně dítěte. Je nutné zvažovat volbu věku adekvátních technik a formu jejich realizace, vhodně volit formu a stupeň zapojení rodičů do

terapie. Dále adresovat specifické psychosociální oblasti funkčního narušení související s daným věkem, tj. škola, kamarádi, zájmové kroužky, FA (Piacentini & Langley, 2004).

### **2.2.1 Průběh a techniky**

V rámci své bakalářské práce (Mašková, 2020) jsem v souvislosti s průběhem KBT čerpala primárně z knihy od Marcha a Mulle (1998). Jedná se o poměrně podrobný a strukturovaný KBT manuál určený psychologům, kteří pracují s dětmi či dospívajícími s OCD. Na tento manuál se též odkazuje mnoho autorů publikací na dané téma. V rámci diplomové práce budu vycházet primárně z novodobějšího manuálu, který publikovali Franklin et al. (2019). Autoři se inspirovali výše zmíněným manuálem od Marcha a Mulle (1998). Cílili však na to, aby byl více uzpůsoben „reálnému světu“. Reflektovali to, že ne vždy se lze v rámci terapie řídit předem stanoveným plánem, u dětí obzvláště. Proto v rámci manuálu nepopisují ukázkový průběh každého terapeutického sezení s dítětem, jako tomu činili jejich předchůdci. Spíše shrnují, které techniky lze (a jak) v rámci KBT s dítětem s OCD využít. Do knihy vložili ukázkové kazuistiky, aby byly pro čtenáře zmiňované postupy lépe představitelné. Také se v knize soustředí na problémy, se kterými se terapeut může při práci s dítětem s OCD potýkat (nízká motivace dítěte, rodinné konflikty atd.), včetně doporučení, jak s nimi pracovat. Klíčové techniky, které jsou součástí daného manuálu, popisují níže. Některé z nich by se daly zařadit pod obecné psychologické principy, které se pravděpodobně využívají ve většině psychologických přístupů (například psychoedukace, mapování symptomů, prevence relapsu). Informace však řadím pod kapitolu KBT, jelikož kniha, ze které čerpám, se specificky vztahuje k realizaci KBT u dětí s OCD. Specifika práce s dítětem s OCD z pohledu dalších psychologických směrů nejsou v literatuře na rozdíl od KBT podrobně popsána. A jak jsem avizovala v úvodu práce, snažila jsem se cílit primárně na volbu takových literárních zdrojů, které jsou vyloženě spjaté s tematikou OCD u dětí. Specifika práce s dítětem s OCD z pohledu dalších směrů popisují v následujících subkapitolách.

Většinou se KBT skládá z 12–20 sezení, avšak přesný počet záleží na progresi pacienta. Doporučovaná frekvence návštěv je obvykle jednou týdně v rozsahu 60 minut. Daná frekvence a počet sezení jsou pro většinu klientů dostatečné (Franklin et al., 2015). Každé sezení má jiný charakter dle aktuální fáze terapie. Vždy by však mělo dojít k vytyčení určitého časového prostoru na rozhovor s rodiči dítěte (March & Mulle, 1998). Co se týče formátu KBT, výsledky metaanalýzy Östa et al. (2016) deklarují, že formát KBT (individuální, skupinový, rodinný) by neměl ovlivnit efektivitu terapie u dětí s OCD, stejně jako stupeň zapojení rodičů do psychologického procesu.

## **Mapování**

Mapování může v základní formě proběhnout již v rámci telefonického či jiné formy iniciálního kontaktu s rodiči. Může totiž sloužit jako screening základních informací o dítěti, OCD symptomů či jiných problémů, rodinného zázemí aj. Na základě toho může terapeut vyhodnotit, zda je vhodným odborníkem na řešení daného problému, případně odkázat rodiče na dalšího odborníka. Iniciální telefonický kontakt může také poskytnout vodítko k rozhodnutí, zda je vhodné realizovat první sezení s rodiči i dítětem dohromady či odděleně (Franklin et al., 2019).

Rozpoznání pacientových symptomů a porozumění jejich funkčnímu významu pomocí důkladného mapování je základním aspektem efektivní terapie. Začíná buďto již ve výše zmíněném primárním telefonickém či jiném kontaktu s rodiči, většinou však probíhá v rámci prvního psychoterapeutického sezení. Pro objektivizaci a komplexnější porozumění problému je vhodné získat informace o problému nejen od dítěte, ale také od rodičů, dalších členů rodiny, případně jiných osob, které s dítětem přichází do styku, například od učitele. Díky důkladnému zmapování potíží lze volit adekvátní postupy pro práci s dítětem i rodinou (Jirků, 2018).

V rámci mapování je kromě některých základních anamnestických informací důležité zaměřit se především na to, jakého charakteru jsou obtíže dítěte. Je žádoucí identifikovat podobu a intenzitu obsesí, kompulzí, spouštěčů, vyhýbavého chování. Také je třeba zjistit, kdy se dítěti daří vykonání kompulzí odolávat (March & Mulle, 1998). Dále je potřeba zjistit, jak dlouho se symptomy u dítěte vyskytují a nakolik dítě vnímá obsese a kompulze jako nesmyslné a obtěžující. Na mapování symptomů pak volně navazuje sestavení hierarchie, k čemuž se vyjadřuji níže. Vhodné je též zmapovat, jak moc symptomy zasahují do běžného života dítěte a jak moc narušují rodinné fungování.

## **Psychoedukace**

V rámci psychoedukace by rodiče i dítě měli od odborníka obdržet primárně podrobné informace o tom, co OCD je. V KBT se pro srozumitelnost používá výše zmíněný „bludný kruh“, který demonstruje propojenost spouštěčů, myšlenek, emocí a chování (Jirků, 2018). Dále informace o tom, jak OCD vzniká, jaké léčebné možnosti existují, co od nich očekávat. Psychoedukace by také měla cílit na redukci pocitu stigmatizace, zlosti a viny u dítěte i rodičů. Mělo by dojít k zdůraznění, že se s daným problémem potýká na světě poměrně hodně dětí. Dále by mělo dojít k vysvětlení, proč je KBT vhodnou metodou léčby, jak bude probíhat, jak budou rodiče do procesu zapojováni, jak mohou pomoci. Obzvláště klíčové je dobře vysvětlit

podstatu ERP techniky spolu s jejím konkrétním příkladem. Dále je vhodné demonstrovat křivku úzkosti, která znázorňuje rostoucí úzkost či distres po neprovedení rituálu. A to se zdůrazněním faktu, že úzkost neroste do nekonečna, v určitém bodě se zastaví a začne klesat. Lze ji připodobnit například habituaci při vstupu do studeného bazénu. Je těžké odhodlat se ke vstupu do vody, protože prvním pocitem je velký chlad a diskomfort. Po pár minutách se však tělo na původně diskomfortní podmínky adaptuje (Piacentini & Langley, 2004). Vědomí tohoto faktu může snížit obavy dítěte z vystavení se úzkosti/distresu. Dále se jeví žádoucí, aby rodiny obdržely odkaz na relevantní literaturu, v rámci které se mohou dozvědět další informace. Dítěti i rodičům by měl být poskytnut dostatečný prostor na dotazy.

### **Kognitivní restrukturalizace**

Kognitivní restrukturalizace je technikou, v jejímž rámci se dítě učí pracovat s obsedantními myšlenkami tak, aby bylo schopno se s jejich přítomností lépe vypořádat, a díky tomu odolat kompulzivnímu chování. To probíhá především pomocí debaty o pravděpodobnosti, že kritická situace obsažená v obsesích opravdu nastane. Například terapeut může dítěti se strachem z kontaminace při dotyku kliky pokládat následující otázky: „Jaká je pravděpodobnost, že když se dotknu kliky u dveří, tak onemocním?“, „Kolik znáš lidí, kteří se dotkli kliky a onemocněli?“, „Pokud je dotýkání se kliky tak ohrožující, jak to, že se ostatní nebojí?“ Tyto otázky a odpovědi na ně může dítě použít v rámci expozičních cvičení (expoziční rozebírám v rámci této subkapitoly níže). Tedy například si může před dotykem kliky opakovat, že přátelé, terapeut, rodiče se kliky dotýkají několikrát denně a nemocní nejsou, proč by to tedy mělo být tak nebezpečné. Užití kognitivní restrukturalizace při práci s dítětem s OCD však předpokládá jeho určitou kognitivní zralost. Pokud dítě nedosahuje dostatečné kognitivní úrovně, musí se terapeut spolehnout převážně na techniky behaviorální (Piacentini & Langley, 2004). Většinou se v rámci této techniky zapojuje externalizace, kterou však podrobněji popisují v subkapitole 2.3 Rodinná terapie.

### **Hierarchizace**

Vytváření hierarchie čili v daném kontextu vytváření asociací mezi repetitivním/vyhýbavým chováním, obsesemi, spouštěči a mírou strachu, který s nimi souvisí, je podstatnou součástí KBT. Slouží jednak k orientaci v symptomech pro dítě i terapeuta, jednak jako podklad k realizaci ERP techniky. Jedná se o specifickou hierarchii, v rámci které dítě samo (případně s dopomocí terapeuta) sepíše všechny situace, které u něj vyvolávají obsese a strach. Popíše, jaké obsese u něj daná situace vyvolává a jaké rituály musí provést, aby obsese odezněla

(Franklin et al., 2019). Dále každou situaci označí hodnotou 1–10 dle toho, jak velký distres dítěti způsobuje, případně dle toho, jak moc obtížné by pro něj bylo nevykonat v jeho návaznosti kompulzi. Při vytváření seznamu je vhodné použít anxiometr (Piacentini & Langley, 2004), u menších dětí semafor. Jedná se o grafické znázornění stupnice ve tvaru teploměru (případně semaforu), kde je u každého z bodů uvedený popis nálady či emotikon reprezentující svým výrazem míru strachu. Tato forma vizualizace by měla dítěti usnadnit ohodnocení situací.

Příklad mohu uvést následující. Dítě (například Lukáš) se obává dotyku kliky z důvodu strachu, že se kvůli tomu nakazí vážnou nemocí. Proto se kliky nedotýká. Spouštěčem je tedy dotyk kliky, obsesí je onemocnění, kompulze se projevuje formou vyhýbavého chování. Míru strachu související s dotykem kliky Lukáš označil číslem 6. Dotyk kliky u něj tedy vyvolává poměrně velkou obavu, ale ne až natolik excesivní. Dále se obává toho, že když nebude stoupat po cestě do školy pouze na tmavé dlaždičky, jeho matka zemře. Představa, že by měl po cestě do školy stoupat také na světlé dlaždičky, u něj budí velký strach, označí ho číslem 9. Dále se obává kontaminace v případě, kdy použije ručník, který před ním použil někdo jiný. Pokud se ho omylem dotkne, musí si 15 minut umývat ruce. Dotyk ručníku, kterým si utírali ruce ostatní členové domácnosti, však u něj nevyvolává až tak velkou úzkost, proto tento spouštěč hodnotí číslem 2.

### **Expozice se zábranou rituálu**

Expozice se zábranou rituálu (ERP) je stěžejní behaviorální technikou KBT při práci s dětmi s OCD. Při psychoterapeutické práci by jí mělo být věnováno nejvíce prostoru. Zahraniční články a studie často nenazývají KBT s dětmi s OCD jako kognitivě-behaviorální terapii, nýbrž jako ERP terapii. Zdůrazňují tím, že jejich článek/výzkum je zaměřen primárně na ERP techniku, která je považována za efektivní na základě několika studií (Abramowitz et al., 2005). Stejně tak někteří zahraniční odborníci prezentují poskytovanou psychoterapii jako ERP terapii, nikoli jako KBT. Zdůrazňují tím, že náplní psychoterapie je primárně a většinou ERP. V zahraničí se mimo to realizují workshopy či výcviky, v rámci kterých jsou terapeuti školení výhradně v užívání dané techniky při práci s dětmi (např. <https://www.theknowledgetree.org/p/erp-for-kids> a další). V zahraniční literatuře a praxi lze tedy pozorovat jakousi částečnou separaci této techniky od KBT a budování „samostatného terapeutického směru“.

Expozice znamená vystavení se objektu, situaci, myšlence, které evokují strach/obsedantní myšlenky. Zábranou rituálu je míněno zabránění provedení kompulze, tedy rituálu či

vyhýbavého chování (March & Mulle, 1998). Sestavení výše zmíněné hierarchie je nezbytným podkladem pro realizaci ERP, jelikož se od ní odvíjí volba expozic. Typicky se začíná od těch lehčích (s nižším ohodnocením) po náročnější, jelikož je důležité, aby dítě z počátku zažilo úspěch. Během realizace expozic by stále mělo docházet k určitému dialogu mezi psychoterapeutem a dítětem. Pořád se jedná o psychoterapii, nikoli prostý nácvik. Psychoterapeut dítě na jeho cestě doprovází, podporuje ho. Po vystavení se objektu/stiuaci je nutno počkat, až úzkost odezní (zde je nezbytné, aby dítě bylo obeznámeno s křivkou úzkosti), aniž by došlo k provedení rituálu. Do doby čekání lze zapojit nějakou formu herní či tvůrčí aktivity, která částečně odvede pozornost od strachu navazujícího na expozici. V průběhu je využíván výše zmíněný anxiometr – jeho zapojení budu demonstrovat na ukázkovém příkladu níže (Franklin et al., 2019).

Expozice mohou být různého typu. Naplánované předem, kdy se terapeut s dítětem dohodnou na tom, jakou formou ERP v rámci daného sezení zrealizují či co se dítě pokusí zrealizovat doma. Například, že se v daném sezení budou soustředit na jednorázovou četbu textu (kompulzí bývá opakované čtení sloužící k ujištění, že žádné slovo nebylo vynecháno), což by si následně mělo dítě vyzkoušet také v domácím prostředí. Dále mohou být neplánové, kdy dojde k vystavení se expozici náhodně. Tedy například dítě, které se obává kontaminace, přijde do školy, kde někdo ze spolužáků rozsype odpadkový koš. Za normálních okolností by dítě odešlo domů, převléklo se, desítky minut si mylo ruce. Psycholog s dítětem pracuje v rámci sezení různými způsoby na tom, jak zareagovat v případech, kdy podobné neočekávané situace (expozice) nastanou. Možné je také realizovat expozici v představě. Tato forma expozic může mít kromě pouhých představ podobu písemných cvičení, kdy dítě popíše průběh ERP, kterou prozatím nezrealizovalo. Takže si například představuje nebo napíše: „Po tom, co jsem dojedl sušenku v kuchyni, odcházím k sobě do pokoje bez toho, abych několikrát zkontroloval vypnutou mikrovlnnou troubu, bez toho, abych po cestě několikrát počítal do desíty a bez toho, abych si po jídle myl několik minut ruce. V pokoji si půjdu hrát na kytaru, abych se zabavil.“ Tato forma expozic může probíhat i tak, že si dítě představuje nejhorší možné scénáře, tedy obsahy obsesí. Ačkoli je daná představa velmi nepříjemná, po čase na ni začne být méně senzitivní (Franklin et al., 2019). Tato varianta expozice však bývá v literatuře zmiňována poskrovnu.

Pro lepší představu realizace ERP uvedu následující příklad expozice v rámci sezení (inspirací mi byl případ od Franklina et al., 2019). Terapeut se s dítětem (například Kájou) dopředu domluvil při pohledu na sestavenou hierarchii na tom, že se budou v rámci sezení soustředit na



dotyk kliky, který je v hierarchii ohodnocen čtyřkou a běžně po něm následuje 30minutové umývání rukou. Domluvili se, že se v rámci sezení budou kliky postupně dotýkat bez toho, aby k umývání rukou došlo. Následně se terapeut Káji zeptal, na jakém stupni anxiometru se nachází. Kája zmínil číslo 6. Terapeut se následně zeptal, zda se má dotknout kliky před ním, aby viděl, že se dotyku kliky neobává. Kája souhlasil. Poté ho terapeut pobídl, ať se pokusí kliky také rychle dotknout. To se Kájovi podařilo. Dotyky probíhaly ve stupňující se intenzitě – nejdříve rychlý dotyk, následně dotyk v délce tří vteřin, poté desetivteřinový dotyk atd. Po každém dotyku kliky si terapeut s Kájou hráli s míčem nebo si povídali. Po chvíli se terapeut Káji opět zeptal, na jakém stupni anxiometru se právě nachází. Kája odpověděl číslo 1. Většinou děti v tento moment referují nižší stupeň než ten, který je napsaný v hierarchii a než ten, který zmínily před provedením expozice. Tím dítě získává vlastní zkušenost s tím, že úzkost se nestupňuje do nekonečna a po čase klesá. A také s tím, že negativní scénáře, jež jsou součástí obsesí, nenastávají.

Jak píše Morgan et al. (2013), KBT s primárním využitím ERP je efektivní léčebnou metodou pro děti s OCD. Nicméně 30 % dětí na tuto léčbu nereaguje a 40 % reaguje pouze částečně. Proto se rozhodli zrealizovat studii zaměřující se na identifikaci prediktorů adherence k ERP u dětí s OCD. Jako hlavní prediktory horší reakce na léčbu, dle jejich výzkumného zjištění, označili vysokou míru FA a závažnost obsedantně-kompulzivních symptomů.

### **Prevence relapsu**

Ačkoli bývá prevence relapsu klíčovou součástí posledních terapeutických sezení s dítětem, dle Franklina et al. (2019) by správně měla v jisté formě začít již na prvním sezení. A to tím, že je v rámci psychoedukace dítěti i rodině řečeno, že neurobiologická vulnerabilita činí dítě náchylnějším k zažívání nechtěných myšlenek v porovnání s jeho vrstevníky. Může se tedy stát, že se nechtěné myšlenky budou u dítěte objevovat i po skončení terapie. V rámci prevence relapsu terapeut edukuje rodinu a dítě o tom, co mají dělat, když se symptomy opět vyskytnou. Jedná se především o aplikaci ERP, případně znovukontaktování psychoterapeuta. Jírků (2019) jako součást prevence relapsu zmiňuje i práci na zvýšení sebevědomí dítěte, nácvik řešení problému, dodržování léčebného režimu (léků, domluveného plánu), ale také pravidelnost tělesných aktivit.

## **Další**

Co se týče dalších KBT technik, Franklin et al. (2019) ve svém manuálu žádné jiné neuvádějí. Pro doplnění, Jirků (2018) ještě popisuje možnost využití tzv. „stop techniky“, kdy má dítě při zaznamenání obsesí nahlas vykřiknout „stop“ za účelem přerušování myšlenek. Po čase dochází k vyslovení „stop“ pouze v myslí. Slovo „stop“ může být podpořeno dalšími technikami k odvedení pozornosti. Například štípnutím do ruky. Dále zmiňuje odvedení pozornosti od obsesí formou představování si něčeho pěkného či realizací příjemné aktivity.

V odborné literatuře bývá zdůrazňována také nezbytnost práce mimo psychologickou sezení. Součástí KBT bývá zadávání domácích úkolů navazujících na konkrétní sezení. Může se jednat o zaznamenávání obsesí, kompulzí a spouštěčů do záznamového archu. Také o realizaci ERP v domácím prostředí. Domácími úkoly mohou být pověřeni i rodiče. Například formou dopomoci s ERP (Franklin et al., 2019). Dále to může být například zvyšování podpory dítěte ze strany rodičů, omezování FA, změna způsobu komunikace o příznaku aj.

## **Práce s rodinou**

Důležitostí a možném způsobu zapojení rodičů do KBT procesu jsem se podrobně zabývala ve své bakalářské práci (Mašková, 2020). Zde tedy zmíním pouze klíčové body, které by v souvislosti se spoluprací s rodiči neměly být opomenuty. Prvně je to zmapování rodinného prostředí a funkčního narušení rodiny. Na základě toho by mělo v souvislosti s charakterem symptomů a věkem dítěte dojít k posouzení, na kolik a jakým způsobem bude rodina zapojena do KBT procesu. Dále je důležité adresovat FA a domluvit se na adekvátních postupech za účelem jeho redukce. Pokud je potřeba, mělo by dojít k sezení zaměřeného na snížení distresu rodičů, zefektivnění vzájemné komunikace v rodině či na jiná pro rodinu specifická témata (Sapyta & Cowperthwait, 2019). Neopomenutelnou součástí je již výše zmíněná podrobná psychoedukace rodičů o OCD a KBT s důrazem na ERP. Ale také o tom, jak mohou dítě podporovat v domácím prostředí, jaký systém odměn zvolit atd. (Mašková, 2020).

## **2.3 Rodinná terapie**

Rodinná terapie je dalším z psychologických směrů, jenž bývá v souvislosti s léčbou OCD u dětí zmiňován. Určitá forma rodinné terapie se může vyskytovat napříč psychologickými přístupy a v každém z nich může mít jinou podobu (psychoanalytická rodinná terapie, KBT rodinná terapie atd.). Zahraniční literatura v souvislosti s OCD u dětí a dospívajících hovoří o jejím využití převážně jakožto o doplňku KBT, případně jako o vhodné formě KBT při práci

s dětmi předškolního věku. Nehledě na psychotherapeutický přístup je spolupráce s rodinou obecně nezbytnou součástí terapeutické práce s dítětem. Rodiče mohou sloužit jako cenný zdroj informací umožňující objektivizaci informací získaných od dítěte. Jak již bylo nastíněno, práce s rodinou je též nezbytná v případě jejího funkčního narušení a při výskytu FA. Dle Praška et al. (2019) může nezbytnost práce s rodinou nastat také v případě nevhodné komunikace s jedincem s OCD (v daném kontextu to může být kritizování dítěte za vykonání kompulzí apod.). Jak píše McGrath & Abbott (2019), dle nedávných zjištění mohou proměnné rodinného prostředí, hlavně výskyt FA, negativně ovlivňovat symptomatiku OCD a odpověď dítěte na léčbu. Proto je potřeba rodinné prostředí zmapovat a v případě potřeby aplikovat formu rodinné intervence.

V rámci této subkapitoly se budu dále věnovat rodinné terapii jakožto samostatnému směru, který má svá specifická východiska, techniky a teoretický podklad v souvislosti s léčbou OCD u dětí. V rámci rodinné terapie dochází k realizaci psychotherapeutických sezení s celou rodinou. Záleží na konkrétních okolnostech, zda se jedná o dítě a oba rodiče, dítě, rodiče i sourozence nebo dítě a jednoho rodiče. Základním předpokladem je, že se v problémech pacienta hledá souvislost s fungováním rodiny (Kratochvíl, 2012). Rodinná terapie je přístup, jehož cílem je navodit prospěšné změny v narušené rodinné soustavě, a tím ovlivnit existující problém (příznak). Klientem je tedy celá rodina, nikoli pouze dítě (Langmeier et al., 2000). Trapková (2018) píše, že OCD je v rodinné terapii chápána jako příznak, jehož vznik a zánik je podmíněn kvalitou a proměnami rodinných vztahů. S pomocí dvou stěžejních konceptů, narativní rodinné terapie a externalizace, lze poměrně efektivně ovlivnit diagnózu OCD. Klíčovým aspektem je však dobrá spolupráce obou rodičů, případně dalších důležitých postav rodinného systému. Dále zmiňuje, že rodinnou terapii považuje za efektivnější než terapii individuální. Symptomy OCD jsou totiž udržované systémovými silami v rámci rodiny a úzdrava dítěte se neobejde bez práce s celým rodinným organismem. Je potřeba, aby proměnou neprošlo pouze dítě, ale i jeho rodiče. Rodinná terapie tedy cílí na to, aby došlo k takovým změnám v rodinné kultuře, jejichž konsekvencí je ztráta regulační funkce symptomu (tedy OCD).

Jak již bylo avizováno, jednou ze stěžejních technik rodinné terapie je externalizace. Termín „externalizace problému“ pochází od australského rodinného terapeuta Michaela Whita (March & Mulle, 1998) a vychází z narativní terapie. Narativní terapie je založena na teorii sociálního konstruktivismu a jejím stavebním kamenem je využití vyprávění/konstrukce příběhu (Gjuričová & Kubička, 2003). Právě díky Michaelu Whitovi ve spolupráci s Davidem Epsone

získala narativní terapie ústřední pozici v oblasti rodinné terapie (Carr, 1998). Z toho důvodu řadím techniku „externalizace“ do této podkapitoly. Má však své uplatnění napříč psychoterapeutickými přístupy. Jak píše Jirků (2018), externalizací rozumíme „přenesení do vnějšku“ neboli separaci OCD od dítěte. OCD se stává objektem mimo dítě, což umožňuje příznak lépe prozkoumat, hovořit o něm. Součástí externalizace bývá pojmenování OCD, které vymyslí samo dítě. Může se jednat o „Zlého skřítko“, „Našeptávače“, „Otravovače“ atd. K podpoře externalizačního procesu lze užít také kresbu. Dítě nakreslí, jak jeho „Zlý skřítek“ vypadá, kde bydlí, může k obrázku připojit vyprávění. Může mu také psát dopisy. Jak píše Banting a Lloyd (2017), při rozhovoru s dítětem se pak o obsesích nehovoří jako o myšlenkách dítěte, nýbrž jako o myšlenkách, které mu našeptává „Zlý skřítek“. Kompulze se s využitím externalizace dají mapovat tak, že se dítěte ptáme: „Co tě nutí Zlý skřítek udělat?“ Spouštěče obsedantních myšlenek se dají adresovat otázkou: „Co probouzí Zlého skřítko?“ Dále dítě může s pomocí terapeuta sepsat, jaké věty je možno „Zlému skřítkovi“ říct, až mu opět bude něco našeptávat. Díky externalizaci je zdůrazněno, že OCD není součástí dítěte a že za obsese a kompulze nemůže. Také se OCD stává pro rodiče i dítě lépe uchopitelnou.

Užití rodinné terapie při práci s dítětem s OCD podrobně v rámci kazuistiky popsala Trapková (2018). Jedná se o jeden z mála existujících zdrojů psaných v češtině, který se týká psychoterapeutické práce s dětmi s OCD. O něco kratší kazuistiku publikovala také Holíková Návratová (2019).

## **2.4 Další psychoterapeutické přístupy**

Jak jsem již avizovala, v rámci této a následující subkapitoly zmíním poznatky, které se vztahují k využití jiných terapeutických přístupů k léčbě dětí s OCD, než je KBT, farmakoterapie a rodinná terapie. Vzhledem k tomu, že jsem dohledala pouze omezené množství informací specificky se vztahujících k danému tématu, je text týkající se konkrétních terapeutických možností krátký.

**Psychoanalytická psychoterapie** se vyznačuje dlouhodobým trváním, většinou v řádu několika let. Například psychoanalytická terapie s desetiletým chlapcem s OCD, kterou v rámci kazuistiky popsal McGehee (2005), probíhala čtyřikrát týdně v délce dvou let. Jejím cílem je odhalení podstaty konfliktů a pomoc pacientovi získat náhled na jeho nevědomou motivaci (Kratochvíl, 2012). U dětí není vhodné používat techniku volných asociací jakožto metodu k odhalení nevědomých procesů, jako tomu bývá u dospělé populace. K porozumění nevědomým procesům dochází spíše z pozorování chování dítěte, her, příběhů, kreseb, fantazií,

snů a průběhu činností během analytické hodiny (Karush, 1998). Psychoanalytický přístup necílí u dítěte primárně na redukci symptomů, nýbrž na to, aby došlo k jejich porozumění. Tedy na vypátrání příčiny toho, co může být zdrojem úzkosti, již má za následek obsedantně-kompulzivní symptomy (například souvislost s oidipovským komplexem apod.) (Thomas, 2020). Tím, že nedochází k soustředění se na symptomy, lze však jen stěží měřit efekt terapie (Thomas, 2020). To vysvětluje fakt, proč neexistují dostatečně přesvědčivá empirická data o efektivitě psychoanalýzy v léčbě OCD u dětí.

Jednou z možných technik psychoanalýzy při práci s dítětem s OCD je analýza snů. V rámci této techniky se vychází z předpokladu, že sen je hlavním bodem poznání vnitřního prožívání člověka, je přímou cestou do nevědomí. Pokud dojde k odkrytí latentního obsahu snů, můžeme porozumět konfliktům a obranám dítěte, jež mají souvislost se symptomy OCD (Karush, 1998). Demonstraci techniky analýzy snů lze dohledat v kazuistice od Karush (1998), která dva a půl roku pracovala s devítiletým chlapcem s OCD.

Ierodiakonou a Ierodiakonou-Benou (1997) píší, že indikace pro psychoanalýzu je v případě, kdy u dítěte převládají spíše obsese nežli kompulze a kompulze jsou agresivního či sexuálního charakteru. McKay et al. (2019) jsou však k užití psychoanalytického či psychodynamického přístupu u dětí s OCD poměrně kritičtí.

**Psychodynamická terapie** vychází z psychoanalýzy. Dává význam nevědomým psychickým procesům a konfliktům, zároveň však klade důraz na sociální faktory a interpersonální vztahy jedince. Směřuje k dosažení náhledu a k sociální adaptaci klienta. Cílí na porozumění jádru problému, nicméně také na porozumění podílu, který jedinec na opakujících se problémech má (Kratochvíl, 2012). Jednou z vhodných psychodynamických technik pro práci s dětmi s OCD je interpretace obranných mechanismů. Terapeut může například vést dítě k porozumění, že jeho kompulzivní chování plní roli odklonu od úzkosti nebo smutku. Následně terapeut pomáhá dítěti najít alternativní a efektivnější copingové strategie pro vypořádávání se s úzkostí a strachem. V rámci další možné techniky dochází k rozhovoru o zkušenostech dítěte způsobem, jako by se jednalo o zkušenosti hypotetického dítěte. Díky tomuto stylu komunikace se dítě může vyhnout diskomfortu, který v něm vyprávění o jeho vlastních myšlenkách a pocitech vyvolává. K tomu lze využít hraní divadla, hru s plyšáky, psaní příběhu, kreativní tvorbu různého charakteru (Gold-Steinberg & Logan, 1999).

Vhodnou metodou psychodynamické práce s dětmi je tzv. psychodynamická hrová terapie. Hra dítěti umožní snáz vyjádřit pocity a myšlenky, které jsou pro něj stěží verbalizovatelné (Gold-

Steinberg & Logan, 1999). Hrová terapie umožňuje dítěti přenést na venek interní dialogy související s obsesemi a kompulzemi, stává se prostředkem komunikace (Myrick & Green, 2012). Gold-Steinberg a Logan (1999) v rámci svého článku, který kromě teoretických informací zahrnuje případovou studii, zmiňují, že psychodynamická hrová terapie se jeví jako vhodný doplněk k behaviorálním technikám a rodinným intervencím. Nikoli jako samostatná terapeutická metoda. Pomáhá adresovat témata, jako jsou pocity studu týkající se OCD, negativní sebepojetí, potíže v psychosociálním fungování apod.

Dembo (2014) píše, že psychodynamický přístup může podpořit efekt KBT, případně být esenciálním pro úzdravu dítěte. Jelikož v OCD u dětí mnohdy hrají roli vnitřní psychodynamické konflikty, které je potřeba adresovat.

**Terapie Sandplay** je non-verbální a kreativní forma terapie. V jejím rámci dítě volně vytváří s pomocí suchého či vlhkého písku nejrůznější scény či do něj kreslí rukou. K vytvoření scény může použít nejrůznější miniatury, kamínky nebo další přírodní materiál. Terapeut se následně doptává dítěte takovým způsobem, aby došlo k objasnění demonstrované situace (Matta & Ramos, 2020). Matta a Ramos (2020) vydali studii, která je dle jejich slov první studií, v rámci které dochází k aplikaci terapie Sandplay u dětí s OCD. Vzorek zahrnoval pouze 3 děti ve věku 6–8 let. Po skončení terapie u nich byla zaznamenána redukce symptomů.

Jak jsem již zmínila výše, rozvoj symptomů OCD může být reakcí na traumatickou situaci v životě dítěte. Na možné využití terapeutického přístupu **Somatic experiencing** (somatické prožívání) u dětí s OCD poukazuje ve své dizertační práci Berman (2019). Nejedná se o v praxi běžně používaný přístup. Berman (2019) však poukazuje na to, že právě u dětí, u kterých došlo k rozvoji OCD v návaznosti na traumatickou zkušenost, může být prospěšný a považuje takto založenou OCD za specifický subtyp. Autorka zmiňuje, že pokud dítě s pomocí Somatic experiencing získá opět pocit jistoty ve světě a je oproštěno od strachu, který v reakci na trauma zažívá, až pak může dostatečně těžit z KBT/ERP. Jedná se o typ traumaterapie, kdy se klient soustředí na své vnitřní prožitky související s traumatem, jaké spouštěče podněcují projevy strachu, a následně se s pomocí terapeuta snaží propojení spouštěčů a strachu přerušit.

V současné době je v souvislosti s OCD u dětí a dospívajících v odborné literatuře diskutováno užití tzv. „**třetí vlny**“/„**nové vlny**“ psychoterapeutických přístupů. Pod novou vlnu terapií spadá mnoho intervencí, avšak tři z nich se jeví jako potenciálně efektivní v souvislosti s léčbou OCD jak u dospělých, tak u dětí. Jedná se o Mindfulness-based interventions, Acceptance and commitment therapy (ACT) a Dialectical behavior therapy (DBT). Všechny přístupy využívají

některé klasické KBT techniky. Od klasické KBT se však odlišují tím, že necílí na změnu či zpochybnění nežádoucích myšlenek, ale spíše na rozvoj schopnosti myšlenky zaznamenat, následně akceptovat, a tím zvýšit schopnost jedince tolerovat emocionální distres v souvislosti s obsesemi (Bergman & Rozenman, 2019). Vzhledem k omezenému rozsahu této práce a nedostatku podporující evidence pro efektivitu daných přístupů se jimi nebudu podrobněji zabývat.

Pátrala jsem po studiích a teoretických informacích vztahujících se k využití dalších psychoterapeutických přístupů k léčbě dětí s OCD (logoterapie, integrativní psychoterapie, gestalt terapie atd.). Dostatečně vypovídající informace jsem však nedohledala. Z daného důvodu se na ně v rámci této práce nezaměřuji.

## **2.5 Alternativní a podpůrné možnosti léčby**

**EMDR** (Eye movement desensitization and reprocessing; desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů) je evidence-based metoda pro léčbu traumatu. Jedná se o komplexní přístup, jehož hlavní komponentou je stimulace očních pohybů (Shapiro, 2017). Jako efektivní se jeví primárně při léčbě PTSD. Ačkoli zde existují zmínky o jeho potenciální efektivitě při léčbě dalších psychických poruch, není pro toto tvrzení prozatím dostatečné množství přesvědčivých důkazů (Cuijpers et al., 2020). Studie zrealizované na dospělé populaci osob s OCD vykazují slibné výsledky u realizace samostatné EMDR (např. Bohm, 2019; Marsden et al., 2017; Keenan et al., 2016), stejně tak u EMDR jakožto podpory KBT (např. Böhm & Volderholzer, 2010; Mazzoni et al., 2017). Je však zapotřebí dalšího zkoumání. V souvislosti s realizací EMDR u dětí s OCD jsem dohledala pouze jednu případovou studii od Cusimano (2018). V jejím rámci byla aplikována EMDR u 13letého chlapce s OCD v rámci 15 sezení. Dle CY-BOCS u něj došlo k významné redukci symptomů. Dle autorky může být EMDR potenciálně efektivní léčebnou modalitou vzhledem k tomu, že mnohdy u dětí dochází k propojení traumatických událostí a obsedantně-kompulzivních symptomů.

Jak jsem již zmínila, nízká motivace je jedním z faktorů, které brání efektivnímu dopadu léčby. Nabízí se zde možnost využití motivačních rozhovorů, o jejichž zapojení do psychoterapeutické práce s dětmi s OCD píše Merlo et al. (2010). **Motivační rozhovory** cílí na to, aby změnily ambivalentní postoj dítěte k léčbě a podpořily jeho self-efficacy při úsilí o změnu chování, tedy o redukci kompulzí. Zrealizovali první studii, kdy došlo k zapojení motivačních rozhovorů do KBT s dětmi s OCD. Jednalo se o experimentální studii, kdy experimentální skupina absolvovala kromě KBT tři sezení motivačních rozhovorů, kontrolní skupina absolvovala KBT

a tři psychoedukační sezení. Redukce symptomů probíhala, dle výsledků v CY-BOCS, rychleji u dětí, které absolvovaly motivační rozhovory. Franlin et al. (2015) píše, že ačkoli se užití motivačních rozhovorů jeví jako efektivní augmentace klasické KBT, je za potřebí dané tvrzení ověřit i na populaci dětí, které zapojení do KBT odmítají striktněji, než je běžné.

K mému překvapení odborná literatura zmiňuje pouze minimálně využití **relaxačních cvičení** při práci s dětmi s OCD. Dohledala jsem jen několik zmínek o tom, že dýchací cvičení nebo progresivní svalová relaxace mohou pomoci ke zmírnění úzkosti navazující na obsese (např. Chansky, 2000).

Mnohým rodinám může léčbu zkomplikovat její nedostupnost zapříčiněná nejrůznějšími důvody. V rámci americké studie rodiče reportovali jako největší překážky v souvislosti s léčbou jejich dětí s OCD velkou vzdálenost odborníka od místa bydliště, nedostatek kvalifikovaných pracovníků a finanční nákladnost. Vyskytovalo se také narušení školní docházky a práce (Lewin et al., 2014). Proto je v současnosti věnována pozornost možným dočasným náhradám, doplňkům či alternativní realizaci psychoterapie proto, aby byla léčba dostupnější pro více rodin. Dosavadní výzkumy v dané oblasti podporují užívání následně zmíněných modalit, avšak je třeba dalších výzkumů, aby mohly být implementovány do léčebného systému (Aspvall et al., 2019). Všechny z metod zmíněných v následující části této subkapitoly se týkají modifikace, substituce či podpory KBT.

První alternativou je tzv. **Brief CBT** (zkrácená KBT), kterou podrobněji popisuji v subkapitole 3.1. Další možností je **online psychoterapie**, v zahraniční většinou nazývána jako telekonference. Tato forma terapie nabyla na potřebnosti především v posledních dvou letech v souvislosti s koronavirovou epidemií. V jejím průběhu mnoho dětí a dospívajících dle výsledků studií čelilo značnému zhoršení symptomů OCD (Nissen et al., 2020; Tanir et al., 2020) a potřebě psychoterapeutické pomoci. Ačkoli je v souvislosti s online terapií u dětí s OCD potřeba dalšího výzkumu ke zjištění jejich pozitiv a negativ, mnoho studií ji hodnotí jako vhodnou alternativu k psychoterapii tváří v tvář (Nelson & Patton, 2016). Užití online KBT při léčbě dětí s OCD podporuje preliminární studie Storch et al. (2011).

**Internet-based CBT (ICBT)** je formát KBT odlišující se od online KBT tím, že není primárně veden psychoterapeutem. Jedná se o interaktivní programy/kurzy obsahující vizuální materiály, texty, cvičení. Ty mohou být realizovány s částečnou podporou psychoterapeuta či samostatně (Aspvall et al., 2019). Jedním z takových programů je například *OCD? Not me!* vyvinutý v rámci Curtin University v Austrálii. Jedná se o 8 modulů, přičemž jedna varianta je určena



dítěti, druhá rodičům. Moduly v podstatě kopírují obsah KBT manuálů, skládají se z hlavních komponent KBT (psychoedukace, mapování, ERP, ošetření psychosociálních dopadů – především FA, prevence relapsu atd.) (Rees et al., 2015). Výsledky preliminární studie zkoumající užití daného programu u 137 participantů jsou, co se redukce symptomů týče, signifikantní. Autoři však doporučují replikaci a rozsáhlejší zkoumání (Rees, 2016). Dalším programem je *BiP OCD*, jenž byl vyvinut v rámci Karolinska Institutet ve Švédsku. Je složen z 12 kapitol rozdělených do tří hlavních částí – psychoedukace, ERP, prevence relapsu. Opět je jedna verze určena dětem, druhá rodičům. Jsou v nich obsaženy informační materiály, krátké filmy, animace a cvičení (Aspvall et al., 2018; Lenhard et al., 2017). Kromě programů nabízí své využití také mobilní aplikace, a to například ve zprostředkování expozičních, podpory, monitoringu úkolů. Vývoj a zkoumání těchto aplikací je však prozatím u zrodu (Aspvall et al., 2019). Použití aplikace *Clinic Anxiety Coach* u dětí s OCD popsali v rámci dvou případových studií Whiteside et al. (2014).

**Virtuální realita** je další možností, která by mohla v budoucnu nalézt uplatnění v léčbě dětí s OCD. Jejím přínosem je, že si dítě může v rámci „bezpečného“ virtuálního prostředí nanečisto vyzkoušet realizaci ERP. U dětí s OCD nebylo její využití prozatím zkoumáno (Aspvall et al., 2019). U dospělých pacientů s OCD existují poznatky podporující vhodnost jejího využití (např. Laforest et al., 2016).

V rámci podpůrných možností nemohu opomenout zmínit **knihy a pracovní sešity** určené dětem s OCD a jejich rodičům, které mohou dle Robinson et al. (2013) fungovat jako první a dočasná intervence v případě výskytu mírných symptomů. Jsou také vhodnou podporou KBT, které lze dostat v domácím prostředí. Mohou sloužit jako relevantní psychoedukační materiál, návod, jak pracovat mimo psychoterapeutická sezení, zdroj opory pro děti i rodiče. Většina z existujících materiálů obsahově kopíruje KBT manuály. Robinson et al. (2013) zrealizovali studii, která se zabývala využitím knihy *Breaking Free from OCD* (Derisley et al., 2008) jakožto dočasné samostatné léčebné metody. Na 8 případech dětí, které čekaly na léčbu, zjistili, že po 8 týdnech práce s knihou došlo k znatelné redukci symptomů. Avšak sebesposuzovací škály signifikantní výsledek neprokázaly. Kromě výše zmíněné knihy mohou jako příklad knih a pracovních sešitů určených dětem s OCD uvést i doporučit *Talking Back to OCD* (March., 2007), *What to Do When Your Brain Gets Stuck* (Huebner, 2007), *The OCD Workbook for Kids* (Puliafico & Robin, 2017) nebo *Stand Up to OCD!* (Bryan a Ryan, 2019). Z knih pro rodiče jsou to například *Freeing Your Child from Obsessive-Compulsive Disorder* (Chansky, 2000), *Helping Your Child with OCD* (Fitzgibbons & Pedrick, 2003) nebo *Breaking Free of Child*

*Anxiety and OCD* (Lebowitz, 2021). Bolton et al. (2011) zjistili, že se u dětí s OCD neliší efekt klasické KBT (přibližně 12 sezení) a zkrácené KBT (přibližně 5 sezení) s využitím pracovních sešitů. U obou skupin došlo k signifikantní redukci symptomů. Ačkoli knihy, programy, aplikace, se jeví jako efektivní intervence, je třeba brát v potaz jejich limity.

### **3. Situace v České republice ve vztahu k léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí**

Jak je v české společnosti známo, Česká republika se potýká s významným nedostatkem dětských psychiatrů. V roce 2020 bylo v oboru dětská a adolescentní psychiatrie evidováno 135 poskytovatelů ambulantní psychiatrické péče (Melicharová et al., 2021a). Což je o 7 méně než v roce předchozím (Melicharová et al., 2021b). Nejvíce z počtu 135 ambulantních pedopsychiatrů působilo v Praze, a to v počtu 28, dále v Olomouckém a Jihomoravském kraji v počtu 14. Nejméně specialistů čítal Karlovarský kraj v počtu čtyř. Poskytovatelé pedopsychiatrické péče jsou k dohledání například v rámci Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (<https://nrpzs.uzis.cz/>). Kromě nedostatku ambulantních pracovníků je zde také málo dětských psychiatrických nemocnic, kde by mohly být děti se závažnější formou psychického onemocnění hospitalizovány a systematicky léčeny. Konkrétně jsou tři – Dětská psychiatrická nemocnice Opařany v Jihočeském kraji, Dětská psychiatrická nemocnice Louny v Ústeckém kraji a Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš v kraji Vysočina (Melicharová et al., 2021a). Co se týče hospitalizační kapacity, dětská a dorostová psychiatrie v ČR čítá celkem 576 lůžek. Z toho 190 je rozděleno mezi tři zmíněné psychiatrické nemocnice. Další jsou zajišťovány pedopsychiatrickými odděleními/klinikami při nemocnicích (Výbor Asociace dětské a adolescentní psychiatrie, n.d.). Například Oddělením dětské a dorostové psychiatrie v Krajské nemocnici v Liberci, Dětskou psychiatrickou klinikou ve FN Motol Praha, Oddělením dětské a dorostové psychiatrie ve Fakultní nemocnici Brno a dalšími.

Výše zmíněné údaje potvrzují tristní nedostatek pedopsychiatrů, který měl mimo jiné v nedávné době za následek hrozící uzavření Dětské psychiatrické nemocnice Opařany. Hlavním dopadem této krize jsou dlouhé čekací doby na objednání (pokud není pacient přímo odmítnut). Jak zmínil profesor Cyril Höschl v rámci reportáže Českého rozhlasu (2021), jedná se o nejpálčivější problém duševního zdraví vůbec. Jako hlavní důvod této personální krize zmiňuje měnící se systém specializační přípravy a zvyšující se poptávku po pedopsychiatrech z důvodu nárůstu povědomí o různých psychických poruchách v dětství (PAS, PPP, ADHD aj.). Nezájem o oblast dětské psychiatrie údajně není specifikem pouze České republiky, ale týká se celé Evropy. Situaci by však mohla zlepšit reforma, která by si mimo jiné kladla za cíl učinit psychiatrii jakožto obor atraktivnější pro studenty medicíny, čímž by mohlo v budoucnu dojít k navýšení počtu dětských psychiatrů.

Rok 2020 čítal celkem 55 004 pacientů ve věku 0-19 let léčených v pedopsychiatrických ambulancích. Z toho 1 167 s diagnózou OCD při početní převaze chlapců nad dívkami (627 chlapců, 540 dívek). Děti s diagnózou OCD ve věkovém rozmezí 6–17 let bylo přibližně 847 (nejvíce z nich spadalo do věkového pásma 11–15 let). Několik jednotek případů bylo zaznamenáno také u dětí v předškolním věku. K hospitalizaci dětí s OCD došlo přibližně ve 14 případech (Melicharová et al., 2021a). Data týkající se počtu pedopsychiatrů a počtu dětí léčených s OCD z roku 2021 nejsou bohužel prozatím veřejně dostupná. Nutno zmínit, že z výše uvedených čísel nelze nikterak odhadovat, kolik dětí se s OCD reálně potýká. Neexistují totiž údaje o počtu dětí s OCD, kterým se psychiatrické péče z kapacitních či jiných důvodů nedostává. Stejně se lze jen stěží dopátrat počtu dětí s OCD léčených pouze psychoterapeuticky a nikterak ve zdravotnickém zařízení.

V české společnosti se kromě nedostatku pedopsychiatrů hovoří také o nedostatku dětských klinických psychologů. Bohužel jsem nedohledala relevantní zdroj uvádějící jejich aktuální počet. Radiožurnál (2019) však ve své reportáži uvedl, že v roce 2019 jich bylo 80 – seznam některých z nich lze dohledat například na stránkách Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ; <https://www.ipvz.cz/>). Karolína Malá v rámci dané reportáže zmiňuje, že adekvátní počet by měl být desetinásobný. Dětská klinická psycholožka Martina Pastuchová v téže reportáži uvádí zkušenost z praxe, kdy musí z kapacitních důvodů klienty odmítat. Jak referuje Malá i Pastuchová, situaci by mohlo vyřešit vyšší finanční ohodnocení a zjednodušené vzdělávání. Pouze pro doplnění, dle internetových stránek IPVZ (<https://www.ipvz.cz/>), pro to, aby se jedinec mohl stát dětským klinickým psychologem, musí absolvovat 12letou přípravu (5 let pro získání magisterského titulu v oboru psychologie, 5 let pro atestaci v klinické psychologii, 2 roky pro atestaci v dětské klinické psychologii). Jak píše Malá (n.d.), v některých případech mohou dětem poskytovat péči také kliničtí psychologové bez nadstavbové specializace.

Informace o tom, kolik je v ČR psychoterapeutů, kteří by přijali dítě s OCD do péče, lze jen stěží dohledat. Existuje Adresář terapeutů České společnosti KBT (<http://www.cskbt.cz/adresar-terapeutu.php>), kde se u každého ze zmíněných terapeutů nachází informace, zda pracuje s dětmi a dospívajícími. Není zde však uvedena informace o aktuálnosti a úplnosti daného seznamu. To stejné platí pro seznam umístěný na stránkách České společnosti pro psychoanalytickou terapii (<https://cspap.cz/cspap/clenove/>). Na stránkách České psychoterapeutické společnosti je zveřejněn seznam psychoterapeutů, kteří mohou poskytovat psychoterapii ambulantně ve zdravotnictví (<http://www.psychoterapeuti.cz/adresar-psychotherapeutu>) a kteří o umístění svých kontaktních údajů v seznamu požádali. Není z něj

však evidentní, kdo z nich se věnuje dětské populaci. Několik kontaktů na psychoterapeuty pracující přímo s dětmi lze najít také na stránce <https://neparikar.eu/>, případně na <https://www.znamylekar.cz/>. Oficiální souhrnný seznam psychoterapeutů pracujících s dětmi tedy neexistuje. Nutno také dodat, že ne všichni dětské psychoterapeuté pracují s tematikou psychických nemocí. Lze tedy stěží odhadnout, kolik psychoterapeutů, kteří by dítě s OCD přijali do péče, v ČR vlastně existuje. A zda jich je dostatek či nikoli.

Co se týče diagnostických nástrojů, jak již bylo zmíněno v subkapitole 1.3, nedohledala jsem jediný do češtiny oficiálně přeložený dotazník na zjišťování závažnosti symptomů OCD u dětí. Několik z dětských psychiatrů, dětských klinických psychologů a psychoterapeutů, se kterými jsem se v rámci stáží setkala, referovalo o tom, že by existenci dotazníků na symptomy OCD ocenilo. Jednalo by se o další zdroj informací umožňující komplexnější pohled na problém dítěte.

Co se týče česky psané literatury týkající se OCD u dětí a dospívajících, je jí poskrovnu. Dohledala jsem pouze dvě kvalitativní diplomové práce tematicky se dotýkající dané problematiky a dvě kazuistiky (zmíněné v subkapitole 2.3). Jakoukoli jinou formu záznamu výzkumného rázu jsem v českém prostředí nedohledala. Co se týče teoretických informací psaných v českém jazyce, jediná existující v češtině psaná kniha zaměřená přímo na OCD u dětí se nazývá *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících* a její autorkou je Lucie Straková Jirků (2018). Některé základní informace lze dohledat v rámci učebnicových knih, jako je například *Dětská klinická psychologie* nebo *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Relevantních internetových příspěvků je též minimum. Dohledala jsem pouze dva krátké volně dostupné příspěvky obsahující základní a dle mého názoru relevantní informace týkající se dané problematiky. Jejich autorkou je KBT terapeutka Lucie Bělohlávková.

### **3.1 Situace v USA v porovnání se situací v ČR**

V rámci této subkapitoly nastiňuji, jaké možnosti jsou dostupné v USA v souvislosti s péčí o děti s OCD. Pozornost věnuji primárně možnostem, které nejsou k dostání v České republice. Na základě důkladné rešerše, ale i osobní zkušenosti vím, že je tamější nabídka péče velmi rozmanitá. O čemž jsem referovala již ve své bakalářské práci (Mašková, 2020). Jsem si vědoma, že tato rozmanitost nelze přenést do českých podmínek v její plné podobě. Myslím si však, že některé z uvedených informací se mohou stát inspirací pro potenciální zkvalitnění péče o děti s OCD a jejich rodiny v ČR. Rozhodla jsem se zaměřit zrovna na USA proto, že tamější

možnosti péče o děti s OCD považují v porovnání s ostatními zeměmi za nejrozmanitější, ale také z důvodu vlastní zkušenosti, kterou zmiňují v rámci posledního odstavce této subkapitoly.

Na počátek nutno zmínit, že se USA, stejně jako Česká republika, potýkají s nedostatkem dětských psychiatrů. Statistiky však deklarují, že počet pedopsychiatrů má vzestupnou tendenci (McBain et al., 2019). USA čítají přibližně 8 300 pedopsychiatrů (AACAP, 2019). Dle AACAP je však zapotřebí minimálně 4 x větší počet (McBain et al., 2019). Dětských klinických psychologů je ve Spojených státech odhadem 4 000 (Abramson, 2022). Co se týče dětských psychoterapeutů, nedohledala jsem relevantní údaje týkající se jejich počtu. Whitney a Peterson (2019) píší, že nedostatek odborníků je jedním z důvodů, proč se téměř 50 % dětí s psychickým onemocněním v USA nedostává potřebné léčby či poradenství.

V rámci USA lze dohledat mnoho institucí specificky se zaměřujících na léčbu dětí s OCD spolu s poradenstvím v dané oblasti. Některé jsou zaměřené pouze na děti s OCD, jiné na děti i dospělé. Díky jejich existenci dochází ke sdružování odborníků na danou problematiku, což následně umožňuje konzultaci případů s kolegy s podobnou specializací, případně snáz dostupnou mezioborovou spoluprací. Díky existenci daných institucí dochází ke sdružování dětí s danou diagnózou a jejich rodičů. Což samo o sobě zprostředkovává proces normalizace a další zdroj opory. Kromě toho poměrně snadnou dostupnost respondentů pro studie zabývající se problematikou OCD u dětí. Jako příklad takového centra mohu uvést The Children's and Adult Center for OCD and Anxiety v Pensylvánii, OCD & Anxiety Center v Portlandu nebo The Child Anxiety Center at EBTCs v Seattlu. Daná centra většinou nabízejí individuální formu KBT, v některých případech také farmakoterapii, rodinnou a skupinovou terapii.

V poslední době bývá v literatuře popisována tzv. „brief CBT“, což by se dalo volně přeložit jako „zkrácená KBT“. Podnětem k zájmu o danou formu terapie byla nedostupnost pravidelné běžné KBT pro mnoho rodin z důvodu vzdálenosti psychoterapeuta od místa bydliště a finančních nákladů. Řešení nabízí právě zkrácená KBT, jejíž výhodou je především ušetření času a financí (Dyason et al., 2019). Jedná se o několika denní, případně týdenní, intenzivní program, v rámci kterého dochází k realizaci KBT technik popsanych v kapitole 2.2.1 (především ERP techniky) a následně k instruování rodičů, jak může být ERP realizována v domácím prostředí. Program zahrnuje individuální i skupinovou práci. Kromě intenzivní KBT bývá součástí následná péče formou videohovorů. Tento program je realizován například doktorem Jerry Bubrickem v rámci Child Mind Institute v New Yorku. Co se týče efektivity zkrácené KBT, výzkum v dané oblasti je prozatím v počátcích. Její efektivitu a proveditelnost

podporují například pilotní studie od Whitesida et al. (2010), Farrell et al. (2016), Wolters et al. (2021).

V USA dále existuje nabídka táborů a letních programů určených dětem s OCD. Obnáší pobyt v přírodě spolu s psychoterapeutickými aktivitami. Náplň terapeutických aktivit je většinou v souladu se skupinovou KBT, některé tábory jsou organizovány přímo dle manuálu od Marcha a Mulle (1998). Výzkumně se táborem pro děti s OCD zabývali například Rice et al. (2017), kteří zrealizovali observační deskriptivní studii. Výstupem je popis průběhu každého dne včetně poznatků z pozorování účastníků.

Mnoho benefitů přináší samotná existence International OCD foundation (IOCDF) spolu s její internetovou stránkou <https://iocdf.org/> a podsekcí týkající se OCD u dětí. Tato organizace má své zástupce napříč USA. Má mnoho přínosů, následující informace jsou pouze stručnou výsečí některých z nich. Jednou z jejích hlavních výhod je, že sdružuje odborníky na danou problematiku – například formou pravidelných konferencí. Pro doplnění, existují i konference týkající se problematiky OCD u dětí, které nejsou přímo zaštitěny IOCDF a mnohdy jsou určené i dětem s OCD a jejich rodičům. Jedna z největších proběhla 13. 4. 2019, její záznam lze dohledat zde: <https://www.ocdeconstruct.com/watch>. IOCDF dále nabízí mnoho informačních materiálů určených odborníkům, ale i jedincům s OCD a jejich rodinám. Jejím dalším významným přínosem je souhrnný seznam odborníků umístěný v dětské sekci <https://kids.iocdf.org/>, v rámci kterého lze dohledat nejbližšího terapeuta, ke kterému může být dítě s OCD objednáno. Co se výzkumu týče, IOCDF nabízí granty, o které si mohou výzkumníci zabývající se tematikou OCD zažádat. Nutno zmínit, že v USA je několik pracovišť zaměřujících se specificky na výzkum v oblasti OCD u dětí. IOCDF pravidelně zveřejňuje informace o probíhajících výzkumech, kam se zájemci mohou přihlásit. Účast na daných studiích s sebou mnohdy obnáší bezplatnou léčbu, což je vhodnou alternativou pro rodiny, které si léčbu dítěte nemohou dovolit. Další z benefitů organizace je nabízený specializační vzdělávací program pro odborníky, kteří se chtějí v práci s dětmi s OCD zdokonalit. Pro doplnění, kromě tohoto programu existují i další vzdělávací programy, v rámci kterých se odborníci specificky školí pro práci s dětmi a dospívajícími s OCD. Jedná se například o Pediatric Behavior Therapy Training Institute nebo workshopy v rámci The Center for the Treatment and Study of Anxiety na University of Pennsylvania.

Jak již bylo nastíněno výše, v USA bylo vytvořeno mnoho literárních zdrojů a internetových stránek určených dětem s OCD, jejich rodičům a odborníkům, jež se zabývají danou

problematikou. Kromě psaných textů zde vznikla různá podpůrná videa a sdružení. Jedním z mnoha příkladů jsou aktivity realizované Natashou Daniels. Pravidelně pořádá akce sdružující rodiče dětí s OCD, zájemcům zasílá informační materiály, natáčí edukativní videa. Z vytvořených materiálů bych ráda zmínila ještě film UNSTUCK: an OCD kids movie vysvětlující OCD z pohledu dětí, které se s danou diagnózou potýkají. K dispozici je zde: <https://www.ocdkidsmovie.com/>. Jak již bylo v práci několikrát nastíněno, v USA je dostupných mnoho dotazníků a škál, které mapují nejen symptomy OCD, ale i další související problematiku.

Do systému péče o děti s OCD v USA a do fungování specializovaného centra pro děti a dospělé s OCD mi umožnila nahlédnout ředitelka Portland OCD Anxiety Center Danielle Lieb-Foley, která je, mimo jiné, členkou představenstva OCD Oregon (oregonské pobočky IOCDF). Léčbě OCD u dětí se věnuje více jak 15 let. Měla jsem tu čest realizovat s ní rozhovor během svého pobytu v Oregonu. Ačkoli byl rozhovor velmi obohacující, vzhledem k omezenému rozsahu této práce mohu uvést pouze některé klíčové poznatky. Centrum, ve kterém pracuje, je soukromé. Dle Danielle Lieb-Foley (osobní komunikace, 10. března, 2022) většina odborníků na OCD u dětí v USA pracuje na přímou platbu. V centru se nachází více KBT terapeutů, kteří se na danou problematiku specializují. K tomu jsou zde pravidelně přítomni stážisté, kteří pracují pod supervizí. Danielle Lieb-Foley tvrdí, že je v jejich zájmu předávat zkušenosti dál, jelikož je zapotřebí více lidí, kteří by se dané problematice věnovali. Před koronavirovou epidemií mělo centrum dostatečnou kapacitu přijmout klienty okamžitě. Nyní musí čekat 3–6 měsíců. Frekvence setkávání je typicky 1 x týdně na 50 minut v průběhu 4–6 měsíců (délka se odvíjí od závažnosti symptomů a motivace dítěte). Sezení probíhají individuálně s dítětem, posledních 10 minut je vyčleněno na rozhovor s rodiči. Po přijetí dítěte do péče dochází k základní evaluaci pomocí rozhovoru, OCD checklistu, dotazníku Y-BOCS modifikovaného pro děti a dotazníku na FA. Následuje psychoedukace cílící na normalizaci, poté dochází k sestavení velmi podrobné hierarchie. Stěžejní náplní terapeutického procesu je ERP, a to primárně formou diskuze nad domácími úkoly zahrnujícími ERP a stanovením dalších cílů, spíše než realizací expozičních v rámci sezení. Danielle Lieb-Foley hovoří také o všeobecně stoupající tendenci zařazování mindfulness a ACT. V terapii cílí na to, aby se děti naučily rozpoznat OCD, akceptovat diskomfort, přijímat nejistotu. Danielle Lieb-Foley hodnotí, že určitá forma povědomí o OCD u dětí v americké společnosti existuje. Mnoho učitelů ve školách absolvuje speciální školení týkající se mentálního zdraví, což zvyšuje pravděpodobnost včasného zachycení OCD. S dalšími odborníky na danou problematiku je



v kontaktu jak v rámci Oregonu díky skupině založené speciálně pro tyto účely, ale také napříč Amerikou díky konferencím. Též zmiňuje facebookovou skupinu sdružující odborníky na danou problematiku, která však bývá častým působištěm rozporů mezi psychoterapeuty zastávajícími různé psychoterapeutické směry.

# Výzkumná část

## 4. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Literárně přehledová část byla primárně zaměřena na popis léčebných metod OCD u dětí a dospívajících. Jak již bylo v práci uvedeno výše, neexistuje jediná systematická studie, která by se zabývala jejich aplikováním u dětí s OCD v České republice. Proto si výzkumná část práce klade za cíl získání vhledu do průběhu léčby OCD u dětí a dospívajících v ČR. Také se zaměřuje na zjištění, jak problematiku léčby OCD u dětí oslovení odborníci vnímají. Záměr výzkumu byl odborníky, se kterými byl diskutován, považován za přínosný.

**Hlavní výzkumná otázka:** Jak oslovení odborníci pracují s dětmi a dospívajícími s OCD?

**Vedlejší výzkumné otázky:**

- Které techniky oslovení odborníci aplikují při práci s dětmi a dospívajícími s OCD?
- Jaký přístup k léčbě OCD u dětí a dospívajících považují oslovení odborníci za vhodný?
- Jaké limity v systému péče o děti a dospívající s OCD v ČR respondenti vnímají?
- Jak se ve svých výpovědích liší pedopsychiatři a psychologové?

## 5. Design výzkumného projektu

Pro účely výzkumu, jenž je součástí diplomové práce, byl zvolen kvalitativní design, a to z několika důvodů. V českém prostředí nebyl doposud zrealizován jediný systematický výzkum podobného zaměření. Ačkoli existuje řada mezinárodních psychologických studií zabývajících se daným tématem, jsou ve většině případů zaměřené na zkoumání efektivity KBT a jejích modifikací. Děti s OCD v České republice však nenavštěvují pouze terapie pracující formou KBT, ale i psychoterapie jiného zaměření. Což bylo autorkou diplomové práce považováno za důležité ve výzkumu reflektovat začleněním psychoterapeutů pracujících jiným než KBT přístupem. Jak již bylo zmíněno, je zde pouze omezené množství literatury a studií týkajících se využití jiného psychoterapeutického přístupu než KBT při léčbě OCD u dětí. Jak píše Miovský (2006), v případech, kdy výzkumník naráží na nedostatek informací o daném tématu a chce se v dané oblasti zorientovat/zmapovat ji, je volba kvalitativního výzkumu na místě. Kvalitativní design se tedy v daném případě jeví jako vhodná volba jak z důvodu charakteru výzkumného cíle, tak z důvodu specifčnosti tématu, výzkumných otázek a charakteru zkoumané populace. Dětská psychiatrie jsou totiž časově velmi vytíženi a je možné předpokládat, že by nedošlo u dostatku z nich k zájmu o účast v kvantitativním výzkumném šetření. U psychoterapeutů by kvantitativní výzkum nejspíš možný byl a mohl by poskytnout například informaci o tom, jak velký zájem dětí s OCD je o různou formu psychoterapie. Kvalitativní výzkumný design se však pro počáteční proniknutí do dané problematiky jeví jako vhodný a bude na jeho základě možné získat podklady pro výzkum kvantitativní. Doporučení pro další výzkum jsou uvedena v diskuzi.

Kvalitativní výzkum je orientován holisticky (oproti reduktivnímu zkoumání v kvantitativním výzkumu), spíše exploratorně a heuristicky s převážným induktivním zaměřením. Získaná data mají nenumerickou podobu (Ferjenčík, 2000). Miovský (2006, s. 18) uvádí jeho následující definici: „Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“

Neexistuje obecně uznávaný přesný postup realizace kvalitativního výzkumu. V typickém obecném případě však (podobně jako v kvantitativním výzkumu) prvotně dochází k výběru výzkumného tématu a definování základních výzkumných otázek. Dále dochází k charakterizaci výzkumného souboru, ke sběru dat, jejich analýze a sepsání závěrečné zprávy.

Výzkumné otázky, stejně jako výzkumný plán, je možno v průběhu výzkumu modifikovat. Z tohoto důvodu bývá kvalitativní výzkum nazýván jako „pružný typ výzkumu“ (Hendl, 2005).

Mezi nevýhody kvalitativního výzkumu patří například jeho obtížná replikovatelnost a zobecnitelnost, časová náročnost analýzy dat, snažší ovlivnitelnost výzkumníkem. Výhodou je však podrobný vhled do zkoumané problematiky, možnost navrhovat teorie, poskytnutí prvotního pohledu na určitý ne tolik známý fenomén, umožňuje studovat procesy, je do určité míry flexibilní (Hendl, 2005).

## **5.2 Výzkumný soubor**

Na základě výzkumného cíle a výzkumných otázek byla zvolena zkoumaná populace, kterou jsou pedopsychoiatri a psychologové poskytující psychoterapeutickou péči, kteří mají zkušenost s prací s dětmi s OCD. Jsou totiž hlavními poskytovateli léčby dětem a dospívajícím s OCD. Ačkoli jsou za evidence-based metody považovány pouze SSRI farmakoterapie a KBT, jsou do vzorku zařazeni i poskytovatelé jiných přístupů – jiných psychoterapeutických směrů. Důvodem je výše zmíněný fakt, že v praxi děti nenavštěvují pouze KBT terapeuty, což by mělo být v rámci výzkumu reflektováno. Rozhovory s poskytovateli jiných psychoterapeutických směrů mimo jiné umožní nahlédnout na problematiku z jiných úhlů pohledu, než jak na ni nahlíží většina odborné literatury.

Kritéria výběru respondentů do výzkumného vzorku byla následující:

### **1) Jedinec je pedopsychoiatri či psycholog s psychoterapeutickým výcvikem**

Pedopsychoiatriem se rozumí lékař s atestací v oboru dětská a dorostová psychiatrie. Zároveň má absolvovaný psychoterapeutický výcvik a v určité formě psychoterapii poskytuje. Psychologem s psychoterapeutickým výcvikem se rozumí jedinec, který má dokončené magisterské vzdělání v jednooborové psychologii, má kompletně dokončený psychoterapeutický výcvik a vlastní psychoterapeutickou praxi.

### **2) Délka praxe s dětskými klienty je minimálně 2 roky**

Kritérium minimální doby praxe 2 roky eliminuje výběr jedinců, kteří s dětskou populací pracují teprve krátce. Zároveň bylo podmínkou, aby daný jedinec pracoval s dětmi v současnosti.

### **3) Zkušenost s přímou prací s minimálně 5 dětmi či dospívajícími s OCD**

Toto kritérium bylo zvoleno proto, aby bylo zajištěno, že vybraný jedinec má s prací s dětmi s OCD určitou míru zkušenosti. A mohl tak poskytnout relevantní a přínosné informace.

### **4) Heterogenita souboru**

Jak píše Fylan (2005), jedinci zahrnutí do výzkumného vzorku by měli být dostatečně diverzifikováni, aby mohlo dojít k dostatečné informovanosti o daném problému, a tedy dostatečně dobrému porozumění zkoumané problematice. Proto byli oslovení a vybráni do výzkumného souboru respondenti z různých míst České republiky a z rozdílných pracovišť. Také bylo cíleno na to, aby výzkumný soubor tvořili odborníci s různými typy psychologického výcviku. Dále to byl jeden z důvodů, proč byli do výzkumného vzorku zařazeni jak psychologové, tak psychiatři.

Ačkoli existují situace, kdy lze v rámci kvalitativního výzkumu využít pravděpodobnostní metody výběru, ve většině případů se jedná o metody nepravděpodobnostní (Miovský, 2006). Stejně jako tomu bylo v tomto výzkumu. Primárně byla využita metoda prostého záměrného výběru, jež je nejrozšířenější metodou výběru v rámci kvalitativních studií. Dochází k cílenému vyhledávání účastníků studie na základě určitých vlastností/kritérií (Miovský, 2006). Tito účastníci jsou následně přímo osloveni s nabídkou účasti ve výzkumu (úspěšné v 8 případech). Dále byla využita metoda sněhové koule. Jednalo se o oslovení osob, na které odkázali účastníci výzkumu a osoby, které nesplňovaly kritéria výběru či se výzkumu nechtěly zúčastnit (úspěšné ve čtyřech případech).

Velikost výzkumného vzorku v rámci kvalitativního výzkumu není jednotně daná, odvíjí se od kontextu, tématu a vědeckého paradigmatu studie (Boddy, 2016). Někteří autoři při volbě velikosti vzorku následují princip saturace. Jakožto vodítko pro volbu velikosti souboru se nabízí i koncept „informační síly“ – čím více informací k danému tématu vzorek obsahuje, tím méně participantů je zapotřebí (Malterud et al., 2016). Někteří autoři stanovují minimální počet participantů před začátkem studie. Na základě četby článků, některých studií, diplomových prací a na základě zvážení reálných možností byl stanoven jakožto minimální vzorek 10 respondentů (5 pedopsychiatrů a 5 psychologů).

Respondenti byli osloveni buď telefonicky, nebo prostřednictvím e-mailu. V případě souhlasu s účastí došlo k domluvení místa a času setkání. Prosba o rozhovor (telefonická i e-mailová) zněla přibližně takto:

*Dobrý den, paní/pane...*

*ve své diplomové práci, kterou píšete v rámci studia psychologie na FF UK pod vedením paní doktorky Šporclové, se zabývám psychiatrickou a psychoterapeutickou léčbou OCD u dětí a dospívajících. Součástí je kvalitativní výzkum, v rámci kterého realizuji rozhovory s psychiatry a psychology, kteří mají zkušenost s prací s dětmi a/nebo dospívajícími s OCD. Cílem výzkumu je zjistit, jak péče o děti s OCD probíhá v praxi, jakou s nimi oslovení odborníci mají zkušenost, ale také zachytit, jaké limity v péči o děti s OCD vnímají. Jako praktický výstup bych mimo jiné chtěla vytvořit informační brožuru určenou rodičům dětí s OCD, protože vím, že v češtině psané literatury na toto téma je značný nedostatek. Pokud nějakou zkušenost s prací s dětmi s OCD máte, chtěla bych Vás moc poprosit o rozhovor na dané téma. Jednalo by se přibližně o 40 minut. Moc by mi to pomohlo k dokončení studia, ale také k tomu, aby vznikla práce na téma, kterému v českém prostředí není věnována taková pozornost, jakou by zasluhovalo. Časově bych se pokusila maximálně přizpůsobit. Získaná data by byla anonymizována.*

*V případě zájmu Vám moc ráda zašlu podrobnější informace.*

*Srdečně Vám děkuji za odpověď a přeji krásný zbytek dne,*

*Bc. Viktorie Mašková*

*+420.....*

Celkem bylo osloveno 34 pedopsychiatrů a 28 psychologů. Z řad pedopsychiatrů 5 reagovalo pozitivně, 3 účast ve výzkumu odmítli, zbytek nereagoval. Jeden z pedopsychiatrů sice odmítl účast ve výzkumu, byl však otevřen společnému setkání s autorkou práce, kde by dotazy zodpověděl. Dané setkání proběhlo, dle domluvy však jedinec nebyl do výzkumného souboru zařazen. Z psychologů reagovalo pozitivně 10 oslovených, 4 účast odmítli, zbytek nereagoval. Do vzorku jich nakonec bylo zařazeno 7, jelikož zbylí tři nesplňovali některé z kritérií výběru. Jako motivaci k účasti zmiňovali oslovení účastníci atraktivitu tématu, subjektivně vnímanou potřebu o daném tématu hovořit, zájem o informační brožuru a zájem pomoci studentovi.

Následující tabulka 1 demonstruje základní charakteristiky výsledného výzkumného souboru. Tedy to, pod jakým číslem daný respondent v rámci analyzovaných dat vystupuje, zda se jedná o pedopsychiatra či psychologa, jaký má absolvovaný psychoterapeutický výcvik a jaká je celková délka jeho praxe. Je zde také uvedený údaj o tom, s kolika dětmi s OCD pracoval. Vzhledem k tomu, že každý z účastníků odpověděl na danou otázku rozdílně, mají i údaje v daném sloupci rozdílnou formu. Další údaje o respondentech nejsou uvedeny, což je odůvodněno v subkapitole 5.5 Etika výzkumu.

## Tabulka 1

### Výzkumný soubor

Respondent	Vystudovaný obor	Psychoterapeutický výcvik	Doba praxe	Počet dětí s OCD
Respondent 1	Pedopsychiatr	KBT	12 let	5 za rok
Respondent 2	Psycholog	KBT	10 let	„Tak markantní číslo, že nedokážu říct.“
Respondent 3	Psycholog	Integrativní psychoterapie, KBT	18 let	30 ročně
Respondent 4	Pedopsychiatr	Psychoanalýza	20 let	6 za měsíc
Respondent 5	Psycholog	ARTESUR	18 let	10 celkem
Respondent 6	Psycholog	Gestalt	15 let	10 za rok
Respondent 7	Pedopsychiatr	Rodinná terapie	27 let	18 za rok 2021, 10 za rok 2020
Respondent 8	Psycholog	Rodinná terapie, hlubinně-dynamická terapie	39 let	40 celkem
Respondent 9	Psycholog	PCA, Play therapy v PCA modalitě	7 let	10 celkem
Respondent 10	Pedopsychiatr	Dětská psychoanalýza	46 let	20 celkem
Respondent 11	Pedopsychiatr	SUR	29 let	Přibližný referovaný počet pacientů s OCD – více než 5, aktuálně v péči 2
Respondent 12	Psycholog	SUR, rodinná terapie psychosomatických poruch	35 let	Desítky, v aktuální péči vždy 2–3

### 5.3 Metody získávání dat

Za účelem zisku dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Jedná se o nejvýhodnější a nejtypičtější metodu sběru kvalitativních dat. V literatuře bývá rozhovor jakožto výzkumná metoda označován jako interview, aby došlo k jeho odlišení od rozhovoru jakožto běžné formy mezilidské komunikace (Miovský, 2006). Pro účely této práce je však ponechán termín rozhovor. Podoba semistrukturovaných rozhovorů napříč výzkumy variuje v závislosti na výzkumné otázce (otázkách), metodě analýzy dat a dalších aspektech (Fylan, 2005). U polostrukturovaného rozhovoru předem dochází ke specifikaci okruhu otázek, které budou respondentům pokládány. Jejich pořadí lze v průběhu rozhovoru dle potřeby zaměňovat, případně upravovat jejich znění. Tyto otázky tvoří jádro rozhovoru, které je potřeba probrat se

všemi zúčastněnými. Tazatel však může dle potřeby pokládat otázky doplňkové (například za účelem objasnění výpovědi či v dalších případech, kdy to výzkumník v kontextu tématu výzkumu považuje za smysluplné). Záleží na úsudku výzkumníka, zda s odpověďmi na tyto nadstavbové otázky bude pracovat v rámci analýzy. Obvykle jsou však doplňující otázky užitečné, jelikož dokreslují zkoumanou problematiku (Miovský, 2006). V rámci analýzy dat, která byla součástí zpracování výzkumné části diplomové práce, nebyly odpovědi na doplňující otázky vynechány.

Polostrukturovaný rozhovor s sebou nese řadu výhod. Umožňuje určitou flexibilitu, díky které je možné docílit přirozeného plynutí rozhovoru (Fylan, 2005). Doplňující otázky a stupeň volnosti ve vzájemné interakci poskytují možnost vytěžit z rozhovoru maximum informací. Určitá míra struktury však zaručuje do jisté míry sourodost, která je benefitem hlavně v rámci zpracování dat (Miovský, 2006).

Formulaci otázek polostrukturovaného rozhovoru předcházela důkladná rešerše odborné literatury a výzkumů realizovaných v dané oblasti. Na základě teoretických poznatků, zkoumané populace a výzkumných otázek byly zkonstruovány jádrové otázky rozhovoru. V rámci konstrukce otázek byla vytvořena také přibližná časová dotace na jednotlivé otázky. Kromě otázek polostrukturovaného rozhovoru byly respondentům položeny otázky týkající se specifikace výzkumného souboru – např. délka praxe, psychologický výcvik atd.

Rozhovory proběhly v 11 případech v období od listopadu 2021 do ledna 2022. V jednom případě proběhl rozhovor z časových důvodů respondenta v únoru 2022. Místem rozhovorů bylo ve většině případů pracoviště respondentů. V jednom případě proběhl rozhovor na přání respondenta v kavárně. Ve dvou případech proběhl v online podobě z důvodu onemocnění virem COVID-19 a z důvodu preference respondenta. Průměrná doba trvání rozhovoru činila přibližně 45 minut (nejdelší rozhovor trval hodinu a 10 minut, nejkratší 25 minut). Rozhovory měly zpravidla delší trvání s psychology, jelikož psychiatři disponovali velmi omezenými časovými možnostmi či byli méně výřeční.

### **5.3.1 Pilotáž**

Před tím, než proběhl samotný sběr dat, byl zrealizován pilotní rozhovor s psychologem a psychiatrem, kteří pracují s dospělou populací osob. Cílem pilotáže bylo zjistit, zda jsou otázky polostrukturovaného rozhovoru dostatečně srozumitelné a zda je celkový průběh setkání vyhovující. Cílem bylo také zjistit orientační dobu trvání rozhovoru. Na základě zpětné vazby respondentů došlo k drobným úpravám znění otázek. Orientační doba rozhovoru byla



u psychiatrů stanovena na 30 minut, u psychologů na 45 minut. V následně realizovaných rozhovorech však čas trvání varioval v závislosti na výřečnosti respondentů.

### 5.3.2 Úvod a otázky polostrukturovaného rozhovoru

Před započítím semistrukturovaného rozhovoru došlo k úvodnímu představení moderátora, předání základních informací týkajících se výzkumu a dodržování etických zásad a podpisu informovaného souhlasu. Počátek rozhovoru zněl přibližně takto:

*Dobrý den, děkuji, že jste se rozhodl/a zúčastnit kvalitativního výzkumu, který realizuji v rámci své diplomové práce, ve které se zabývám léčebnými metodami OCD u dětí a dospívajících. Práci píší pod vedením paní doktorky Veroniky Šporclové na katedře psychologie FF UK. Rozhovor bude pojednávat o tom, jaké máte zkušenosti s dětmi, případně dospívajícími s OCD, jak s nimi pracujete, co by se dle vašeho názoru mohlo změnit, aby se péče o děti s OCD stala v ČR lepší. Nejedná se o nějaký druh evaluačního sezení, v žádném případě nebudu hodnotit, jak dobrý, špatný, úspěšný, oblíbený psychoterapeut/lékař jste. Zajímá mě čistě vaše zkušenost, váš názor. Vše, co zde zmíníte, bude vnímáno jako důvěrné a celý rozhovor bude anonymizován. Z výzkumu je možné kdykoli odstoupit. Abych se mohla plně soustředit na rozhovor s vámi, bude rozhovor, s vaším souhlasem, nahráván. Nahrávka však bude sloužit pouze k tomu, abych mohla do textové podoby přepsat informace v přesném znění. Ihned po přepsání bude smazána. Nyní bych vás chtěla poprosit o přečtení a případný podpis informovaného souhlasu. Jeho kopii vám nechám, abyste mě mohl/a kontaktovat v případě jakýchkoli dotazů k výzkumu. Chcete se ještě na něco zeptat? Můžeme začít?*

Poté byly respondentům kladeny otázky semistrukturovaného rozhovoru, jejichž základní podoba byla následující.

- 1) Mohl/a byste ve stručnosti popsat, jaká je vaše zkušenost s dětmi a dospívajícími s OCD?
- 2) Jak konkrétně pracujete s dětmi a dospívajícími s OCD? Mohl/a byste popsat typický příklad terapie od prvního kontaktu s rodiči/dítětem po její ukončení?
  - čekací doba
  - frekvence a doba setkávání
  - náplň sezení
  - užívané metody/techniky
  - názor na medikaci
- 3) Jsou zde některé aspekty, které limitují či naopak facilitují účinnost vámi poskytované léčby? (motivace dítěte, věk,...)

- 4) Jaký typ léčby OCD u dětí a dospívajících považujete za nejefektivnější a proč?
- 5) Co je pro vás cílem terapie u dětí a dospívajících s OCD? Jak poznáte, že je terapie účinná?
- 6) Jakým způsobem (pokud) spolupracujete s psychiatrem /psychoterapeutem/ psychologem?
- 7) Jak probíhá (pokud) spolupráce s rodinou?
- 8) Setkáváte se ze strany rodičů s nějakými předsudky vůči terapii, medikaci, postupům atd.?
- 9) Jak postupujete/byste postupoval/a v situaci, kdy se rodiče přizpůsobují požadavkům dítěte, a tedy jsou zataženi do bludného kruhu OCD? (tzv. family accomodation)
- 10) Jak by měla podle vás vypadat ideální péče o děti a dospívající s OCD? (Klidně fantazírujte, jako by bylo možné úplně všechno, od prvních dní po ukončení léčby.)
- 11) Jak moc je blízko ideální versus reálná péče v ČR? Kde vidíte ty hlavní kolize, nedostatky, problémy?
- 12) Jak byste zhodnotil/a informovanost o OCD, např. dostupnost materiálů vztahujících se k OCD u dětí a dospívajících psaných v češtině? Doporučujete rodičům/dětem některé internetové stránky/literaturu?

Otázky specifikující výzkumný soubor:

- Jak dlouho jste v praxi?
- Jaký psychoterapeutický výcvik jste absolvoval/a?
- Kolik jste odhadem měl/a v péči dětí/dospívajících s OCD?
- Od jakého věku byste dítě s OCD přijal/a do péče?

## **5.4 Metody zpracování a analýzy dat**

Rozhovory s účastníky výzkumu byly zaznamenány pomocí diktafonu. Bezprostředně poté byly doslovně přepsány do textové podoby, v návaznosti na což došlo k odstranění zvukových nahrávek (jak bylo respondentům zaručeno v informovaném souhlasu). Přepis jednoho rozhovoru trval přibližně čtyřikrát déle než jeho zvukový záznam. V následné analýze dat tedy bylo nakládáno pouze s textovou podobou rozhovorů. V přepsaných rozhovorech došlo k částečné redukci dat prvního řádu. Byly odstraněny citoslovce jako „hm“ apod. Ostatní text byl záměrně zanechán v nezměněné podobě.

Za metodu analýzy dat byla zvolena tematická analýza, která je jedním z nejpoužívanějších přístupů k analýze kvalitativních dat. Jedná se o flexibilní přístup, který může být modifikovaný v závislosti na potřebách konkrétní studie. Je vhodnou metodou pro zkoumání perspektiv respondentů, jejich podobností a rozdílností. Také se jedná o vhodnou metodu pro začínající

výzkumníky (Braun & Clarke, 2006). Cílem je identifikace omezeného počtu témat takovým způsobem, aby bylo s jejich využitím možné dostatečně dobře shrnout a popsat získaná data (Howitt, 2016). Dochází tedy ke kategorizaci dat na základě vyskytujících se témat (Green & Thorogood, 2004). Jedná se primárně o deskriptivní přístup, spíše než o přístup cílící na vytvoření teorie. Mnoho z jejích procedur je podobných jiným metodám analýzy kvalitativních dat, jako je například zakotvená teorie či obsahová analýza (Howitt, 2016).

Tematická analýza se vyznačuje flexibilitou, což je jedna z jejích hlavních výhod. To, že není spjata s žádným předchozím teoretickým rámcem (jako například IPA), umožňuje její širokou uplatnitelnost. Nevýhodou je však absence přesného guidlinu, dle kterého by se výzkumníci mohli při analýze dat řídit. Ačkoli je tematická analýza hojně vyžívána, není zde jednoznačná shoda v tom, co přesně tematická analýza je a jak by měla být realizována. Nese s sebou tedy nutnost mnoha subjektivních rozhodnutí výzkumníka ohledně její přesné podoby a postupu (Braun & Clarke, 2006). Z tohoto důvodu také nabývá na důležitosti detailní popis jednotlivých kroků analýzy, jež byly v rámci studie realizovány (Howitt, 2016).

Autorka práce vycházela při analýze dat především z poznatků Virginie Braun a Victorie Clarke, které se tematickou analýzou odborně zabývají. Jejich článek (Braun & Clarke, 2006) bývá ostatními autory hodnocen jako jeden z nejlepších zdrojů, které se týkají tematické analýzy. Tematická analýza probíhala v souladu s šesti jimi doporučovanými kroky, které vypadaly následovně.

### **Obeznamení se s daty**

První obeznamenost s daty výzkumník získává v průběhu samotných rozhovorů, ale hlavně při jejich přepisu. Následovat by měla jejich opakovaná četba. Za tímto účelem došlo k vytisknutí rozhovorů. Jejich tištěná podoba byla mimo jiné autorkou využita k ručnímu zaznamenání poznámek. Pokud totiž výzkumníka během čtení napadne nějaká zajímavá myšlenka či asociace, je nutné si je poznamenat. Stává se totiž, že se první myšlenky spojené se čtením textu nemusí při opakovaném čtení objevit. Zároveň tyto první myšlenky mohou nabýt na užitečnosti při následné tvorbě kódů, subtémat, témat (Braun & Clarke, 2006).

### **Generování počátečních kódů**

Kódování je proces explorační diverzifikovaných dat a extrahování významových jednotek datového souboru. To probíhá označováním (kódováním) specifických segmentů dat. Kód reprezentuje význam, myšlenku, koncept, které jsou s daným segmentem dat asociované.

V případě potřeby mohou být některé segmenty označené více kódy. Jedná se tedy v podstatě o rozbor textu, kdy jsou jeho části sdružovány pod shrnující významové jednotky (Braun & Clarke, 2021). Není jednoznačně řečeno, jak rozsáhlé celky je možné kódovat. Kód může reprezentovat slovo, slovní spojení, větu, i celý odstavec. V rámci zpracování dat pro účely této diplomové práce bylo kódováno dle klasicky využívaného přístupu – kódování řádek po řádku. Na základě doporučení odborníků došlo k velmi podrobnému kódování, aby výsledná analýza dostatečně reprezentovala datový soubor. Čím více kódů je k dispozici, tím snažší je v jejich rámci formulovat koherentní vzorce (Howitt, 2016). Kódy mohou být sémantické nebo latentní. Sémantické kódy zachycují povrchový význam dat. Oproti tomu latentní kódy zachycují předpoklady, na kterých jsou založeny povrchové významy, případně je použit preexistující koncept či teorie k vytvoření dané významové jednotky (Braun & Clarke, 2021). V rámci kódování datového souboru byly využity oba typy kódů, jak tomu bývá ve většině analýz.

### **Hledání témat**

V rámci tohoto kroku dochází k hledání vzorců vyskytujících se napříč kódy. Téma je výsledkem kategorizace kódů do smysluplných skupin. Vystihuje něco důležitého, co vyplývá z dat a vztahuje se k výzkumné otázce. Proces tvorby témat vyžaduje určitou míru abstraktního myšlení. Pod jedno téma lze zařadit souhlasné aspekty, ale také protichůdné. V případě potřeby je možné v rámci tématu konstruovat subtémata (Howitt, 2016). Neexistuje odpověď na otázku, jak velká část dat musí být přítomna pro to, aby mohlo být vytvořeno téma, záleží na úsudku výzkumníka a důležitosti v souvislosti s výzkumnou otázkou (Braun a Clark, 2006). Při tvorbě témat byla zvolena induktivní metoda, tedy taková forma, kdy se výzkumník nesnaží vměstnat data do předem existujících koncepcí.

### **Přezkoumání témat**

Následným krokem je přezkoumání, zda zvolená témata a subtémata mají relevantní vztah k podřazeným kódům a celkově k celému data setu. Je třeba ověřit, zda v datech existuje dostatek evidence pro podporu vytvořeného tématu. V rámci tohoto stádia může dojít k předefinování témat, v případě potřeby i iniciálních kódů nebo k rozdělení tématu do dvou témat či subtémat (Howitt, 2016).

## **Definování a pojmenování témat**

Zde dochází ke specifikaci každého tématu a subtématu, dále k formulaci „příběhu“, který se na základě analýzy dat vykrytalizoval. Také by mělo dojít k finálnímu a adekvátnímu pojmenování témat. Nutno zmínit, že volba témat, jejich popis a přikládání důležitosti konkrétním informacím závisí na subjektivním pohledu výzkumníka. S vysokou pravděpodobností by různí výzkumníci analyzující identický datový soubor vygenerovali rozdílná témata i jejich rozdílný počet (Howitt, 2016).

## **Sepsání reportu**

Jedná se o poslední část analýzy, kdy dochází k popisu témat a subtémat spolu s výběrem citací výroků respondentů, které zvolená témata a subtémata adekvátně podporují. Výsledný report je v podstatě příběh, který reprezentuje analyzovaná data, jedná se o syntézu analyzovaných dat. Součástí výsledného reportu může být jednoduchá kvantifikace například formou popisu, v kolika rozhovorech se dané téma vyskytlo. To lze vyjádřit procentuelně či číselně (Howitt, 2016). Také dochází k zodpovězení výzkumných otázek (Braun a Clarke, 2006).

Analýza dat byla časově nejnáročnější částí tvorby celé diplomové práce. Jedná se však o aspekt obecně spjatý s kvalitativním výzkumem. K realizaci analýzy dat byl nakonec využit pouze Microsoft Word. Původně bylo zvažováno využití některého ze softwarů, například NVivo, MAXQDA nebo Atlas.it. Což bývá obecně doporučováno z důvodu snazší organizace dat, a to obzvlášť v případě, kdy je analyzováno více jak 10 rozhovorů. Ačkoli se autorka práce s danými programy podrobněji seznámila, nakonec nedošlo k jejich využití z důvodu jejich finanční nákladnosti. Programy je možné použít v bezplatné verzi, avšak pouze na omezenou dobu. Vzhledem k množství získaných dat a první zkušenosti autorky s kvalitativní analýzou nedošlo k využití daných programů z důvodu, že by limitovaná doba nemusela být dostačující. V rámci knihovnických služeb Univerzity Karlovy je dostupný program Atlas.it, jeho využití je však vázáno na přítomnost v prostorách knihovny. Z daných důvodů byl tedy využit pouze Word, což však není překážkou k provedení kvalitní datové analýzy.

Prakticky analýza dat probíhala následovně. V rámci Wordu bylo u přepsaných rozhovorů provedeno kódování ve sloupci na pravé straně dokumentu. Takto vzniklo celkem 1506 kódů. Jednotlivé kódy byly následně vloženy do nového souboru, v rámci kterého však byla zachována diferenciací dle toho, ke kterému respondentovi dané kódy patří. Poté byly kódy zpočteny a zrevidovány. Počet kódů, které byly následně analyzovány, byl zredukován na 1398.

Kódy s téměř identickým významem byly sloučeny pod jednotnou formulaci, což bylo následně upraveno v původních kódech v textu. Kódy, které se vyskytovaly v rozhovorech několikrát, byly spočteny a spolu se záznamem počtu sduženy pod jeden kód. Po revizi byly všechny kódy vloženy do nového souboru bez ohledu na příslušnost k respondentovi a tříděny. K tomu bylo využito barevné znázorňování. Po rozřídění dat došlo k vytvoření konceptů (subtémat II. řádu), subtémat (subtémat I. řádu), následně témat. Tomuto procesu dopomohlo vytištění kódů, manipulace s jejich výstřižky a vytváření myšlenkových map. Celou dobu byla věnována pozornost tomu, aby během třídění informací nezanikaly klíčové pozantky. Například to, u kolika respondentů se daná subtémata či témata vyskytla. Následující tabulka 2 demonstruje ukázkou tvorby konceptů, subtémat a témat.

## Tabulka 2

*Ukázka tvorby konceptů, subtémat a témat*

<b>Datový extrakt</b>	<i>R3: Ale dokonce vím o pár dětech a dospívajících, kterým pomohly menší dávky antipsychotik. Což je něco, co já hodně nemám rád, ale prostě viděl jsem případy, kdy to fakt pomohlo. Ty lidi fakt rozkvetli. A najednou nás ta terapie posunula během měsíce, jako co jsme dělali předtím půl roku.</i>
<b>Kódy</b>	efektivita menších dávek antipsychotik rozkvetnutí dítěte po antipsychotikách urychlení psychoterapie antipsychotiky
<b>Koncept</b>	Antipsychotika
<b>Subtéma</b>	Farmakoterapie jako podpora psychoterapie
<b>Téma</b>	Proces léčby dětí s OCD

## 5.5 Etika výzkumu

Reflektování etiky je zásadní součástí každého výzkumu. Po celou dobu výzkumu bylo respektováno pět základních pravidel etiky dle APA. Prvním z nich je beneficence a nonmaleficence. Co se nonmaleficence týče, nikdo z účastníků nebyl vystaven jakémukoli riziku. Co se týče beneficence, bylo respondentům slíbeno zaslání diplomové práce a vytvořené informační brožury. Každý z respondentů také obdržel drobný dárek (čaj, čokoládu apod.). Druhým pravidlem je důvěra a zodpovědnost. Autorka přijala plnou odpovědnost za průběh výzkumu. Pro zajištění důvěry byli respondenti dopředu informováni o postupech souvisejících s etikou, které budou ve výzkumu aplikovány (anonymizace dat apod.). Třetím aspektem je

pravdivost, přesnost a poctivost. Respondenti byli pravdivě a přesně informováni o výzkumném šetření, měli možnost se na cokoli doptat. Všechna data byla získána a zpracována poctivým způsobem. Čtvrtým aspektem je rovnost – se všemi respondenty bylo jednáno rovným způsobem. Posledním následovaným pravidlem je respektování lidských práv a důstojnosti (Howitt, 2016).

Základním etickým aspektem je také dobrovolná účast. Všichni účastníci již v původním e-mailu/telefonátu obdrželi základní informace o realizovaném šetření, a to proto, aby dané informace mohli reflektovat při rozhodování, zda projeví o účast ve výzkumu zájem. Bylo zdůrazněno, že mohou z výzkumu kdykoli odstoupit. Pokud účastníci projeví zájem, byl jim před samotným rozhovorem předložen k podpisu informovaný souhlas (Příloha 1). Všichni z účastníků obdrželi jeho kopii včetně kontaktu na autorku.

Dalším důležitým aspektem je zachování anonymity účastníků. Anonymizace údajů byla zaručena jak informovaným souhlasem, tak slovním ujištěním. Z toho důvodu nejsou v této práci uvedena jména účastníků, každý z nich je označen číslem. Též není uveden kraj, ve kterém respondent působí, ani název pracoviště, jelikož by mohlo dojít, vzhledem k malému počtu pedopsychiatrů a psychoterapeutů v konkrétních oblastech republiky, k jejich identifikaci. Pro zajištění anonymity není uvedeno pohlaví respondentů, o všech je referováno v maskulinním rodě. Aby nedošlo k identifikaci respondentů, není přepis rozhovorů součástí příloh. Přepis rozhovorů je uložen v autorčině počítači, který je zabezpečen heslem. Jak již bylo zmíněno, zvukové nahrávky byly smazány.

## 6. Výsledky

Napříč odbornou literaturou neexistuje obecná shoda v tom, kolik témat je adekvátních v rámci tematické analýzy identifikovat, záleží vždy na konkrétním data setu a výzkumných otázkách. Většinou však bývá doporučováno volit menší počet témat, aby byl výsledný report pro čtenáře přehlednější. Proto byla data organizována tak, aby byla sdružena do malého počtu klíčových témat a následně podrobněji členěna pomocí subtémat. Subtémata jsou složena z konceptů, tedy ze sdružených kódů velmi podobného významu, které obsahově naplňují dané subtéma. Vše dohromady tvoří „příběh“ demonstrující celkový datový soubor. V rámci tematické analýzy byly původně vytvořeny různé podoby struktur analyzovaných dat. Výsledná forma, která je v této diplomové zahrnuta, se jevila jako nejvhodnější a nejprehlednější vzhledem k obsahu data setu. Celkem byla identifikována čtyři klíčová témata – proces léčby dětí s OCD, faktory ovlivňující léčebný proces, přesvědčení týkající se nejlepšího léčebného přístupu, limitující faktory. Výčet subtémat a konceptů, které jsou součástí daného tématu, je uveden v tabulce u každého z témat.

### 6.1 Proces léčby dětí s OCD

Ačkoli se způsob práce odborníků s dětmi s OCD částečně odvíjí od psychoterapeutického směru, ve kterém mají absolvovaný výcvik, případně směru, který pro léčbu dětí s OCD považují za vhodný, napříč rozhovory se vyskytovalo mnoho společných bodů (konceptů) formujících téma procesu léčby. Respondenti zmiňovali, že ačkoli určité aspekty jimi poskytované léčby uplatňují napříč různými diagnózami/problémy, práce s dětmi s OCD má určitá specifika. Tato specifika jsou v některých následujících subtématech a konceptech patrná. Zpracování tématu Proces léčby dětí s OCD částečně odpovídá na hlavní výzkumnou otázku: *Jak oslovení odborníci pracují s dětmi a dospívajícími s OCD?*



### Tabulka 3

#### Struktura tématu 1

Subtémata	Koncepty
Základní struktura procesu	Okolnosti objednání
	Otázka kombinování farmakoterapie/diagnostiky/psychoterapie
	Mapování
	Psychoedukace
	Techniky
	Monitoring efektu
	Okolnosti ukončení terapie
Farmakoterapie jako podpora psychoterapie	Odpor rodičů k medikaci
	Antidepresiva
	Antipsychotika
	Míra otevřenosti farmakům
Psychoterapeutické techniky	Eklekticismus a individuální přístup
	KBT techniky
	Externalizace
	Hra a tvůrčí činnost
	Domácí úkoly
	Relaxace
	Zvyšování sebevědomí
	Životní kontext
	Pískoviště
Rodiče jako nezbytná součást terapie	Forma zapojení rodičů
	Důvody zapojení rodičů

#### Základní struktura procesu

V rámci tohoto subtématu jsou stručně popsány ústřední body terapie, na kterých se shodovala většina respondentů. Terapeutický proces začíná *objednáním dítěte* rodiči. Jeden respondent však uvedl, že se párkrát stalo, že přišel dospívající sám od sebe. Vzhledem ke kapacitním

nedostatkům, které rozebírám podrobněji ve 4. tématu, jsou rodiče ve většině případů buďto odmítnuti, případně jim je nabídnuta čekací doba v řádu několika měsíců.

Podněty k vyhledání léčby bývají různé. Často je to zhoršený výkon dítěte ve škole. Výskytem obsedantních myšlenek totiž bývá snížena kognitivní kapacita a schopnost koncentrace pozornosti. Dalším častým důvodem bývá narušení rodinného fungování a s ním spojené vyčerpání z důvodu urputnosti symptomů a FA. Někdy to bývá doporučení dalším odborníkem, případně svěřeni se dítěte rodičům.

R12: *Zpravidla to ty rodiče zaznamenaj, že už to není tak k unesení, anebo se jednoho dne to dítě svěří. Svěří se těm rodičům.*

R6: *I vzhledem k tomu, že ty těžší OCD strašně jako ovlivněj to dítě ve škole. Jako mívám to, měl jsem právě prostě x případů, kdy ty děcka prostě, a vlastně ty rodiče přivedlo to, že se hrozně zhoršily ve škole. Ona mi třeba líčila, jak sedí ve škole a prostě fakt celou hodinu vnímá jenom to, jak ta učitelka mluví, a úplně jako viděla zblízka její pusy a jak vidí, jak tam jí střílejí prostě ty bakterie z tý pusy. A jestli z tý hodiny byla schopná 10 minut se věnovat tomu, co tam prezentujou, jinak prostě fakt jako řešila ty svoje věci.*

V rámci diskuze o dalším postupu se ve čtyřech případech objevilo téma **kombinace diagnostiky a terapie, případně psychoterapie a farmakoterapie**, což bývá diskutabilní, někdy přímo nedoporučované. Tři respondenti jsou této kombinaci z důvodu extrémních kapacitních nedostatků odborníků otevření. Jeden respondent se snaží dodržet oddělení v co nejvíce možných případech.

R6: *Takže většina jich projde psychologickým vyšetřením, což samozřejmě je trochu diskutabilní, když potom pokračujou potom v tý terapeutický péči, ale zrovna jako u týchletý problematiky a zrovna u těch dětí tak jako kombinací víc faktorů, mimo jiný i to, že prostě skutečně není z větší části kam je poslat, tak nějaká část, když je kapacita, tak zůstane tady v tý mojí péči potom tý terapeutický.*

R10: *Bud' to dítě mám teda v terapii a někdo jiný dělá medikaci a někdy... prostě snažim se to rozdělit. Někdy to úplně nevyjde, ale většinou je to takto.*

Na prvním setkání jsou většinou přítomni rodiče i dítě. Následný způsob zapojení rodičů do terapie se liší, podrobněji je rozpracován v rámci subtématu Rodiče jako nezbytná součást terapie. Následuje všemi respondenty zmiňované **mapování**. Ve většině případů začíná

mapování na prvním sezení, jeden respondent zmínil screeningové mapování již při telefonickém objednání. Respondenti se odlišovali v tom, jak velký důraz kladou na mapování symptomů OCD. U některých se mapování dotýká symptomatiky OCD pouze okrajově, větší pozornost věnují dalším aspektům (rodinné zázemí, potřeby dítěte apod.).

*R3: A potom se vidíme na prvním sezení. Tam probereme v rychlosti, jak to vlastně vypadá, jaká je aktuální situace, jak dlouho se s tím trápí. Takže to mapujeme. Mapujeme, jak to vzniklo, kde to vzniklo, proč to vzniklo, co tam bylo, jestli tam byly nějaký spouštěče nebo jestli se to nějak tak jako podle rodičů vyvinulo samo.*

Díky mapování dochází k zhodnocení závažnosti symptomů, podle kterého může následně dojít ke zvážení doporučení medikace, případně hospitalizace.

*R6: A samozřejmě tam hraje i ze začátku docela důležitou roli jako zhodnocení, jestli je to případně i na nějakou hospitalizaci.*

Další stěžejní částí je **edukace** dětí a jejich rodičů o OCD, na kterou kromě jednoho respondenta všichni kladli velký důraz. K tomu někteří respondenti využívají různou formu vizualizací, případně metafor. Dva z respondentů v rámci edukace prezentují habituační křivku úzkosti. V případě potřeby je součástí také edukace o farmakách. Respondenti zmiňovali, že často rodiče vyjadřují potřebu opakované edukace. Mnohdy z důvodu, že nedisponují relevantním zdrojem, kde by si informace opakovaně přečetli.

*R2: A to druhý sezení potom tam určitě probíhá s tím dítětem ta edukace, hodně vlastně tam pracuju s bludným kruhem, který se používá v KBT, na kterém si to vždycky vizualizujeme.*

*R3: Pak přichází na druhý sezení, tam už si říkáme něco víc o tom, jak vlastně OCD funguje, že to je vlastně obrovská úzkost, edukuju ty rodiče, aby si to uměli představit, jako kdybych je prostě zavřel do klece s tygrem a teďko jim jako v klidu říkal „hele dobrý, nic se neděje, všechno je v pohodě“, tak oni by říkali „jasně, jasně, ale já chci pryč.“ Já bych jim mohl říkat „ale on ti nic neudělá, on je vycvičený.“ A oni by mi možná věřili, možná by rozuměli, ale stejně by prostě byli zavřeny v kleci s tygrem. A to nikdo nechce. A to je vlastně to podobný. Že mluvit na to dítě v tu chvíli jako rozumově, racionálně „ale vždyť se nic nestane, neboj se“, že nemá vlastně smysl. Protože to jede do jiný části mozku, do toho neokortexu, kdežto to dítě je v tu chvíli v amygdale, v těch emocích a ta prostě se točí a točí a jenom ta amygdala řve „pozor, pozor, pozor“ a nic jinýho. Takže edukuju, co to OCD je, jak se projevuje, jak v tom vlastně oni mohou pomoci a co budeme dělat. Říkám jim kolik máme tak před sebou sezení.*

R3: *Kreslím jim, říká se tomu křivka habituace, to je vlastně, že úzkost rychle nastupuje, ale všichni máme obavu, že půjde do nekonečna. Ale ona se zastaví, potom plus mínus stagnuje a potom jde dolů. Takže tohleto jim ukazuju, říkám jim to na nějakých srozumitelných příkladech, jako když byli poprvý ve škole, jak se báli, po druhý, potřetí, po čtvrtý, jak se vlastně habituujeme, přivykáme si. Že stejně je to vlastně se vším.*

R11: *No spíše edukuju já, protože tý literatury moc není.*

Psychologové i psychiatři dále hovořili o psychoterapeutických a farmakoterapeutických **technikách**, které při práci s dětmi s OCD používají. Jelikož bylo subtéma využívaných technik obsáhlejší, rozpracovávám jej samostatně v rámci následujících dvou subtémat.

Typická délka terapie variovala napříč psychoterapeutickými přístupy. Především dle toho, zda terapeut cílil primárně na redukci symptomů (kratší trvání) nebo na zjištění příčin OCD a jejich udržovacích faktorech (delší trvání). Roli hrála také potřeba konkrétního klienta. Farmakologická léčba byla většinou dlouhodobějšího trvání.

Mezitím respondenti **monitorují efekt** terapie s využitím pozorování, zpětné vazby od dítěte a rodičů.

R5: *Protože časté je, že dítě mi řekne, jak se dobře cítí, že se nebojí a je to lepší a pak přijde rodič a řekne něco jinýho. Jo, že to je třeba furt stejný. No, takže pro mě je víc jakoby asi ukazatelem ten rodič a u těch starších samozřejmě jako ti náctiletí tak to už si řeknou oni. No, ale vidím to i jako na těch dětech, jak se chovaj, jak se tváří, co se jako v nich odehrává, tak to jako cítím nějak jako jo, že to je i nějaký můj jako vnitřní teploměr, jak teď vnímám, jak to dítě jako jak na tom je.*

Respondenti se lišili v okolnostech, kdy dochází k **ukončení terapie**. V rámci vysazení farmakoterapie se jednalo ve většině případů o úplné či téměř úplné vymizení symptomů.

R7: *Ty pacienti to samozřejmě zkouší. Já doporučuju minimálně rok pokračovat v té terapii. A při dobré snášenlivosti, většinou o velkých prázdninách, protože tam je teda méně stresová situace, tak o velkých prázdninách to zkoušej vysadit. Ale minimálně rok bez příznaků. Pokud tam jsou stále příznaky v nějaké malé míře, tak bohužel to pokračuje dál.*

R11 *Vysazovat medikaci určitě ve chvíli, kdy třeba řeknu 3–4 měsíce je to dítě s minimem nebo bez příznaků, ale to je fakt většinou na dlouho, protože velmi často tam zůstává nějaká drobnost, nějaký problém, pocit se ujišťovat nebo něco si opakovat, jo, že prostě nevím o nikom, kdo by*

*se těch problémů úplně zbavil. Je to dlouhodobější. A když by, tak opravdu, když je jakoby nějaká minimalizace těch problémů, jo, těch rituálů, tak třeba to zkusíme, ale musí to fakt být už jakoby alespoň ty 3–4 měsíce takový stabilizovaný, když to řeknu, aniž by to to dítě omezovalo.*

Oproti tomu za psychoterapeutický cíl bylo většinou zmiňováno zlepšení fungování dítěte, jeho stabilizace. Tedy stav, kdy symptomy dítě v životě výrazně neomezují. Většina respondentů totiž zmínila, že OCD u dětí považují za léčitelné, nikoli však za vyléčitelné. Což je také důvodem běžného opakovaného návratu klientů do jejich péče.

*R12: Ale největším kritériem je četnost a urputnost těch rituálů. S tím, že teda za ty léta já nevím, jestli jsem kdy vůbec zažil, že by se člověk, kterej tímhle tím prošel, že by se toho zbavil jako definitivně a jednou provždy. Že buď se ty rituály nějak tak jako ustálí a stává se to takovou jako běžnou nějak nelimitující součástí života nebo je období, kdy je to horší, kdy je to lepší. Jo, takže čekat na to, až to nebude vůbec, tak to bychom se nemuseli dočkat. Jo, ale když oni to maj pod kontrolou, a když je to nelimituje v běžným životě, tak to považujem za stabilizovaný.*

*R10: Jo, jako já myslím, že kdo řekne, že úplně, když je to OCD závažná forma, je vyléčený, tak si myslím, že tak úplně ne. Že se s tím naučej potom lépe zacházet tak, aby to neomezovalo jejich, a to je velkej úspěch, aby to neomezovalo jejich život.*

Jeden respondent popisoval, že na začátku terapie dochází po domluvě s klientem ke stanovení cíle terapie. Ten když je naplněn, tak terapie končí.

*R2: Vlastně se bavíme na tom prvním sezení, jak by mělo vypadat naše poslední sezení, a ta zakázka většinou spočívá v tom, kdy vlastně to dítě je jako třeba schopný, aby to pro něj bylo nějakým způsobem jako hmatatelný, tak že se třeba zase vrátí k nějakým svým aktivitám nebo zase je schopný přespat u kamaráda u kamarádky. Jo, že nějaký takovýhle jako konkrétní cíl, kterej je vlastně jakoby pro obě ty strany hmatatelný, že to není jenom můj pocit „aha, tak už může jít“, ale že vlastně to dítě už jako prožívá to, co tak nějak souvisí s tím jeho věkem, s vrstevníky, v rodině, volnočasové aktivity. Jo, takže vlastně v tomhle směru, ale většinou se to snažíme už jako konkretizovat na tom prvním sezení, co by teda, jak by to naše poslední sezení mělo zhruba vypadat, takže asi tohle je vlastně taková ta měřitelnost v tom, kdy je čas se rozloučit.*

Jeden respondent zmínil, že terapie někdy skončí i tím, že klient prostě znovu nepříjde.

R6: *Potom prostě občas někdo přestane z nějakýho jinýho důvodu jako chodit, no tak to se jako celkem běžně stává, tak to se nedá nic dělat.*

### **Farmakoterapie jako podpora psychoterapie**

Všichni respondenti hovořili o tom, že považují farmakoterapii za metodu, která může významně podpořit efekt psychoterapie. Její aplikace je nezbytná obzvlášť v případě výskytu závažnější symptomatiky. Všichni dodávali, že samostatná farmakoterapie problém nevyřeší, je ji vždy nutné kombinovat s psychoterapií. Toto subtéma částečně odpovídá na výzkumnou otázku: *Které techniky respondenti při práci s dětmi a dospívajícími s OCD používají?*

R1: *Takže čím dřív dojde k návštěvě odborníka, tím spíš nám postačí třeba ta terapie. A když tak teda léky, které to podpořej, jako berlička, aby to dítě celkově mělo větší odolnost. A mň ho to nutkalo, mělo větší odolnost to zvládat.*

R9: *Určitě bych rodičům řekl, ať se nebrání spolupráci s psychiatrem. Že to fakt může ulevit a tý terapeutický práci pomoci.*

Psychiatři podrobněji hovořili o nasazování, vysazování a typech předepisovaných léků. Téma léků se však vyskytovalo i u psychologů, a to primárně v souvislosti s jejich vysazováním či nutností edukovat rodiče o jejich účincích. Téměř všichni psychologové se setkávají s **odporem k medikaci** ze stran rodičů. Psychiatři se s odporem setkávají méně často. Dle jejich slov je důvodem mimo jiné to, že se k nim do péče dostávají děti s poměrně závažnou symptomatikou, kdy už jsou rodiče otevřeni úplně všem léčebným modalitám, které by mohly dítěti potenciálně pomoci. Pokud se odpor k medikaci ze strany rodičů (případně dětí) vyskytne a odborník usoudí, že by medikace mohla být prospěšná, dochází ze strany odborníků k edukaci o účincích běžně předepisované medikace a normalizaci užívání léků u dětí. Dva respondenti z řad psychologů zmínili, že občas postrádají kvalitnější edukaci rodičů ze stran psychiatrů.

R3: *Někteří rodiče to maj kompletně, že léky vůbec ne. Samozřejmě všichni rodiče se bojí, to je normální, přirozený. Já zmiňuju to, co říkají dětsí psychiatři, že dětský tělo ty léky metabolizuje daleko líp než vlastně my dospělí. Takže paradoxně je to bezpečnější pro ty děti, než potom čím je člověk starší. Antidepresiva jsou obecně bezpečný, i když u těch dětí jsou tam ne vždycky úplně dobrý účinky, to se vždycky musí zkoušet.*

R9: *Musíme kolem té medikace trochu víc vysvětlovat. A přijde mi, že to ti lékaři často nedělaj, že to musíme dělat my jako psychologové.*

R1: Někteří rodiče mají problém s jakýmákoliv lékama. Ale teda vlastně ty antidepresiva jsou jedny z nejlíp nejpozitivněji snášených vnímaných asi lékama od rodičů, horší jsou pak antipsychotika, který se pak dávají někdy do kombinace teda ještě. Aby se podpořil ten efekt. Ale jsou rodiče, který jsou tak zničený, že tohle neřešej. Pak jsou rodiče, kterejm vaděj veškerý léky a ti budou mít problém prakticky se vším. Ale když viděj, že se to dítě trápí a že je to tam všechny prakticky ničí, tak to tak nějak zvládaj relativně.

R10: Jo, protože někdy jsou ty potíže tak strašný, že berou jako všechno, o čem se domnívaj, že by mohlo pomoci.

Většina respondentů zmínila, že téměř všichni jejich dětské pacienti s OCD medikací užívají.

R2: Ale většina dětí jako je buďto s antidepresivy nebo i antipsychotiky.

Co se týče konkrétních léků, mají psychiatři a psychologové zkušenost především se SSRI **antidepresivy**.

R1: Předepisují antidepresiva ve vyšším dávkování, SSRI. A ve vyšším dávkování než je třeba na depresivitu s tím, že ještě to trvá dýl, než zafungujou.

R7: Při medikaci dětí s OCD jsou SSRI první volbou.

Čtyři psychiatři a dva psychologové zmínili kromě SSRI antidepresiv pozitivní zkušenost s **antipsychotiky**.

R3: A dokonce v některých případech, a to bych nečekal, že řeknu, tak pomůžou nejen běžný antidepresiva, který se na to dávají, protože my na to nemáme žádný léky, ale dokonce vím o pár dětech a dospívajících, kterým pomohly menší dávky antipsychotik. Což je něco, co já hodně nemám rád, ale prostě viděl jsem případy, kdy to fakt pomohlo. Ty lidi fakt rozkvetli. A najednou nás ta terapie posunula během měsíce, jako co jsme dělali předtím půl roku.

Respondenti z řad psychologů se lišili **mírou otevřenosti farmakům**.

R12: Pro mě je to takzvaně poslední volba teda, vždycky se snažím ty léky do toho úplně jako nezatahovat, ale někdy se bez toho neobejdem.

R3: Jsem tomu velmi otevřený. Já nejsem úplně příznivcem toho cpát dětem léky. Na druhé straně tady u toho OCD, když je to na začátku a děti v terapii mají výsledky, tak tam myslím, že není nutný dávat léky. Ale ve chvíli, kdy ta terapie sama nestačí nebo kdy už je to fakt

*dlouhodobější, tam myslím, že možná polovina, 2/3 dětí se kterými jsem se dostal do kontaktu, tak ta farmakoterapie jim pomohla.*

### **Psychoterapeutické techniky**

Ačkoli by se dalo očekávat, že preferenci a aplikaci léčebného přístupu při léčbě dětí s OCD ovlivní absolvovaný psychoterapeutický výcvik respondenta, nebylo tomu tak ve všech případech. Podobně jako tomu nasvědčovala i studie zmíněná v literárně přehledové části práce (Valderhaug et al., 2004). Například docházelo k preferenci a aplikaci KBT technik i přes to, že měl respondent výcvik v psychoanalýze či rodinné terapii. Zpracování tohoto subtématu částečně odpovídá na výzkumnou otázku: *Které techniky oslovení odborníci aplikují při práci s dětmi a dospívajícími s OCD?*

### ***Eklecticismus a individuální přístup***

Výpovědi respondentů se lišily v tom, zda užívají opakovaně ověřené postupy a techniky či se více zaměřují na individualitu dítěte a s technikami spíše experimentují. Někteří se drží přístupu, který reflektuje psychoterapeutický směr, který uplatňují. Jiní pracují více eklekticky.

*R6: V tomhlectom jako tak nějak eklekticky si vybírám, co mám pocit, že jako zrovna konkrétně na tenhle případ třeba jako na to, jaký je osobnostně, jaký typ je to dítě, co by mohlo fungovat. A spíš se s nim i snažím domloutvat, že prostě řeknem si „hele tak jako, na tohle by se dalo zkusit tohle tohle tohle, co tobě by se zdálo“ a pak to zkusíme. Jo, jakože fakt nemam nějakou jednotnou mustr, podle kterého jedu, ale spíš se to snažím tak jako šít na míru vždycky jako tomu konkrétnímu dítěti.*

*R12: Já jsem vlastně takový, říkám tomu trochu eklektický. Já klidně z toho KBT něco použiju nebo použiju něco z gestalt, to všechno jako. Takže já tak jako používám, co mě intuitivně napadne.*

### ***KBT techniky***

10 respondentů uvedlo, že do práce s dětmi s OCD začleňují v určité formě KBT techniky. Lišili se v míře jejich zapojení, v jejich typech, ale i situacích, kdy se ke KBT technikám přiklánějí. U terapeutů s KBT výcvikem se jednalo o většinovou část psychoterapie. U ostatních jejich podíl varioval od občasného užití po absolutní preferenci. Ve většině případů byly používány především za účelem zmírnění akutních symptomů a k psychoedukaci.



Z technik se jednalo hlavně o ERP, práci s hierarchií a o domácí úkoly. Jeden respondent zmínil, že používá techniky podobné KBT, pojmenovává je však jinak.

R12: *Na začátku, když to dítě mám na těch třech nebo pěti individuálech, tam hodně používám prvky KBT, stejně tak jako třeba u panických poruch, protože tam nejdřív potřebujeme zmírnit ty projevy a tu úzkost a vědět, co budu dělat když... Já tomu někdy i říkám první pomoc nebo krizová intervence, tak tam hodně je KBT a pak jdeme po těch příčinách a hloubš.*

R9: *Já si myslím, že nějaký ty prvky KBT jsou určitě dobrý. Já je taky sám používám. Ale je pravda, že to je třeba 15 procent toho, co dělám. Vnímám, že to má smysl minimálně třeba na vysvětlení, co se děje s dítětem, to mají hezky popsáné. Takže bych to nezavrhoval, ale rozhodně to není něco, co bych třeba jako jenom tohle to taky ne.*

R11: *No, tak spíš jako, víte co, já mam takovej ten celostní výcvik, ale spíš se je snažím vést k tomu KBT.*

R6: *Možná z něčeho sahám přímo do těch konkrétních technik z KBT, v tomhle tom se tomu nějak nevyhýbám, ale spíš jako ve smyslu použít nějaký účelný možnosti. Jako to třeba nazvu co já vim expozice, já to nenazývám expozice, ale domluvíme se na tom, že prostě jako to zkusí, já nevím, když dám příklad, jako co já vim, třeba konkrétně s tím mytím, že jo, měl jsem, teď mě napadá, jednu holčičku, ta byla přesně jako takovej úplně klasickéj příklad jako strach z nějakých jako nemocí, bakterií, všeho možnýho a jakoby furt se umejvala, jo, takže jednak, jakoby to vysvětlení toho problému jako takovýho, to vysvětlení tý důležitosti se tomu nějak aktivně postavit, s tím, že vlastně jako ano, bude to těžký, bude to nepříjemný zvládnout pak ten strach nebo teda pak tu úzkost, když se tomu postavím a jako vlastně nebudu dělat to nutkání.*

Nejfrekventovaněji zmiňovanou technikou bylo ERP, kterou v určité formě využívá 9 respondentů. Považují za důležité se strachu nevyhýbat, ale čelit mu. Odborníci se lišili v tom, jakým způsobem je ERP realizována, zda je realizována v rámci sezení, v imaginaci nebo pouze v domácím prostředí. V jednom případě zazněla i realizace ERP v rámci Sand tray.

R2: *Já s ERP rád pracuju i v sezení. Pokud to jakoby není reálný, tak potom pracuju s tím dítětem v imaginaci. To znamená, že si tam vlastně tu expozici procházíme prostřednictvím bezpečného místa, ze kterého jdeme do imaginace, a poté se vracíme zpátky do bezpečného místa a zpátky do té místnosti. Samozřejmě potom úkolem z toho sezení je vyzkoušet si to v reálu doma, ve škole, nebo tam, kde se ta obsese odehrává.*

## ***Externalizace***

Polovina respondentů aplikuje u dětí s OCD techniku externalizace, přičemž ji považují za jednu z velmi podstatných částí psychoterapie. Za pozitivní přínosy této techniky zmiňovali například zhmataitelnění OCD a snížení pocitu viny u dítěte. K externalizaci dochází především změnou způsobu komunikace o příznaku a pojmenováním příznaku. Ve výpovědích respondentů se však vyskytovaly i další metody především kreativního rázu, kterými externalizační proces podporují. Zmiňují je níže v rámci konceptu Hra a tvůrčí činnost.

*R8: Na to OCD se hodně dobře hodí narativní rodinná terapie s externalizací. Tu externalizaci já opravdu používám pokaždý.*

*R2: Na prvním a druhém sezení zároveň probíhá externalizace. Jo, aby si to dítě vlastně uvědomilo, že ono není OCD. Vždycky říkám „Hele ty seš ten, kdo tady potom bude ten šéf a kdo vlastně tomu bude šéfovat a ne že tu OCD bude šéfovat tobě.“ A v rámci té externalizace, která si myslím, že je fakt hodně podstatná pro další práci, tak je i to, že si stanovíme, jak tomu OCD budeme říkat.*

*R12: Takže my to nějak zaprvé externalizujeme a pomáháme si tím, že to nějak nazýváme, jo, většinou to je nějaká potvora nebo něco takovýho, co nás ovládá, pak se s tím líp pracuje. I pro tu rodinu je to pak srozumitelnější.*

*R7: Ale první je externalizace, aby to dítě neneslo pocitu viny.*

## ***Hra a tvůrčí činnost***

Osm respondentů hovořilo o tom, že při práci s dětmi považují za důležité zapojení i jiné formy práce, než je forma rozhovoru. Jejich volba se odvíjí od věku dítěte. Často bylo zmiňováno využití různých forem hry. Dále využití kreativní činnosti, jako například malování nebo vyrábění. Pak také čtení příběhů a následná práce s příběhem. Zmiňováno bylo i využití různých materiálů/pomůcek (například kamenů), a to mnohdy ve formě projektivních technik. Za přínosy hry a tvůrčí činnosti respondenti zmiňovali to, že umožňují dětem lépe pochopit podstatu problému díky jeho vizualizaci způsobem, který je pro ně lépe srozumitelný. Také se jedná o způsob, který pomáhá dětem vyjádřit interní myšlenky či pocity, které nejsou schopné v danou chvíli verbalizovat.

*R2: Myslím si, že u těch dětí speciálně, a to bych asi chtěl zdůraznit, že ta terapie nemůže být založená jenom na povídání podle mě. Jo, že opravdu je dobrý tam používat jakýchkoliv*

*prostředků. Minimálně ty informační materiály mi připadají skvělý, že si to to dítě odnáší. Já se to snažím vždycky aplikovat přímo na ten jeho problém. Aby to nebyly jenom ty edukační, tak zároveň ale i jako už si i na tom ilustrujeme, jak teda vypadá to OCD toho dítěte nebo kde co už máme zvládnutý, který můžeme odškrtnout a tak dále. Pak jsem říkal, že využívám hrozně rád pískoviště, využívám terapeutický karty emocí a plyšáky. Jakoukoliv vizualizaci. Nějakým způsobem všechno nějak tak jako zhmatalnit, což těm dětem dává vlastně takový ten klid. Že to není o tom, že tady se jim v hlavě něco porouchalo a je to něco, co je absolutně jako ovládá.*

*R5: Já teda hodně pracuju formou jako hry, terapie hrou, terapie pískoviště, používám různý jako arte techniky, hodně používám ty relaxace s imaginací, pak to malujeme, používám i dost jako knížek, že různý knížky o strachu nebo nějaký jako i příběhový, o kterých pak spolu jako mluvíme.*

*R12: Ale používám projektivní techniky. Používám hodně všelijak začarovaný kresby, ne jenom začarovanou rodinu. Ted' jsme dělali začarovaný příznak. Ted' jsme dělali začarovat jako ty rituály, do čeho by je začarovali a tak. Takže hodně s tou kresbou. Hodně pracuji s kameny, jo, ať s nimi dělám systémy nebo hodně i s tím příznakem jako, jak třeba tu úzkost nebo kam ji postaví a tak. Nemám úplně scénotest, ale pracuju i jako mám tam hračky, mám tam všelijaký pomůcky v ambulanci, takže s tím si tak jako spíš kreativně hrajeme. Spíš jako se symboly.*

Respondenti referovali, že často využívají kreativní činnost ve spojitosti s podporou externalizačního procesu.

*R6: Třeba s tou holčičkou, co jsem ji zmiňoval několikrát, tak ona si nazvala to svoje OCD nějak jako „Strašidlák“. Pak si ho vymodelovala z nějaký hlíny, pak si ho vzala domů, kde si ho postavila do té koupelny, a právě vždycky jako vymyslela, že když teda jako bude mít to nutkání se jít mejt, tak tam přijde a vyplázne na něj jazyk.*

### **Domácí úkoly**

Osm respondentů zmínilo, že podněcují děti k práci doma formou domácích úkolů/cvičení. Zdůrazňovali, že práce doma je důležitou součástí psychoterapeutického procesu. Úkoly se často týkaly pozorování příznaků – v jakých situacích se vyskytují, v jaké intenzitě. Dále se často týkaly tréninku expozic. Ale také dalších aktivit, které byly obsahem předchozího psychoterapeutického sezení.

R12: *A taky takový v uvozovkách úkoly. Aby to doma pozorovali, zapisovali, někdy tam dávám, právě jak malujeme hodně obrázky, někdy tam dáváme někdy nějaký anděly, někdy nějaký pomocníky, jako že si je dají na noční stolek a pak zase maj pozorovat a zapisovat, jestli si na to vzpomněli, jestli to pomohlo nebo nepomohlo, zapisují intenzitu třeba tý úzkosti nebo těch rituálů. Jestli to vždycky bylo tak jako silný nebo někdy to bylo slabší. Takže spíš jako tak zaměřený na pozorování a zapisování.*

R3: *No a za úkol jim na tom prvním sezení dávám, ať si na příští sezení připraví takový seznam všech věcí, které se dějou, který musí/nesmí dělat, i jim to vlastně to OCD přikazuje, ať si ho oškálují třeba na škále 0 až 10. 0 netrápí mě to vůbec, 10 trápí mě to úplně, maximálně.*

### **Relaxace**

Polovina, tedy šest respondentů, používá při práci s dětmi s OCD relaxační techniky. A to především v podobě různých dýchacích cvičení. V jednom případě dochází k aplikaci autogenního tréninku.

R2: *...aby vlastně jsme mohli i přejít k nějaký první jako technice, kterou já vždycky používám, zklidňující dýchání do břicha takže to se tam i učíme.*

### **Zvyšování sebevědomí**

Šest respondentů považuje za důležité věnovat v rámci terapie pozornost zvyšování sebevědomí dítěte. Zmiňovali, že posilování sebevědomí dítěte napomáhá schopnosti odolat realizaci rituálů.

R11: *Takže já si myslím, že tam je důležitý i s nima mluvit o nějakým sebevědomí, nějak je trošku prostě i naučit vnímat ty svoje klady a uvědomit si je. Uvědomit si je, přijmout je a pak si myslím, že se i líp pracuje na tom omezování těch rituálů, jo, té četnosti třeba.*

### **Životní kontext**

Čtyři respondenti zdůrazňovali, že je důležité věnovat pozornost a pracovat s celým životním kontextem dítěte. Je důležité při terapeutické práci reflektovat i jiné aspekty než pouze výskyt symptomů. Nejčastěji byla zmiňována práce na porozumění tomu, jakou má OCD roli v životním kontextu dítěte, v rodině dítěte. Určité aspekty v životě dítěte se totiž, dle jejich názoru, mohou podílet na vzniku a udržování symptomů OCD, což je podrobněji rozebráno v rámci 2. a 3. tématu.

R12: *Takže já už teďka těch posledních 20 let na to koukám v tom rodinném kontextu. A vždycky je to pro mě výzva, jako zjistit, o co tam jde, co to zpustilo nebo co to sytí. Tak zajímá mě prostě ten kontext vždycky. A pak je to výzva, co s tím můžeme udělat.*

R6: *A práce na nějaký jako integraci prostě těch jako důležitějších věcí, jako zkrátka práce s celým tím kontextem. Jo, že to prostě není čistě jako zaměřený na práci s těma symptomama a jako jenom na nějaký nácviky nebo na nějaký prostě jakoby řešení.*

### **Pískoviště**

Tři respondenti používají při práci s dětmi s OCD terapeutické pískoviště (metodu sand play/sand tray). Mezi zmiňované přínosy pískoviště patřilo především usnadnění projevu vnitřních obsahů dítěte. Dále je to způsob, jak vidět problém z jiné perspektivy a lépe mu porozumět. V jednom případě je využíváno jako „zkušební prostředí“ pro expozice.

R2: *Plus ještě hodně používám Sand tray, pískoviště, kde vlastně taky nějakým způsobem si tu situaci expozice to dítě postaví a vlastně tam taky může jít jakoby do toho emočního rozpoložení, který zažívá v souvislosti s obsesí.*

R5: *U jednoho chlapečka jsme hodně používali terapii pískovištěm, terapii pískem, protože jeho to hodně bavilo, uklidňovalo. On vlastně hodně hezky uměl pak popsat, co se v tom pískovišti děje. Jde vlastně o to, aby to dítě umělo popsat tu situaci v tom pískovišti z pohledu figurek. Třeba u těch malých dětí je to hodně o hře, ale taky třeba uměj říct „ten je smutný, ta je veselá.“ A u těch větších dětí, tam už můžete vidět, že se tam i objevují ty jejich vnitřní procesy. Třeba toho, co se děje, když mám ten strach a úzkost, tak teda musím něco udělat, aby ta úzkost se zmírnila. A vlastně pro to dítě je moc fajn, když to vidí trošičku jako z té vzdálenosti, jo, že se ho to úplně jakoby netýká, ale zároveň je to o něm, takže si může vytvořit odstup a líp může sám pochopit ten mechanismus nebo přijít na to, co se teda jakoby děje.*

R9: *U těchto starších dětí ráda používám terapeutický pískoviště s figurkami. To je šikovný způsob, jakým vlastně i oslovovat ty strachy, který vevnitř jsou a někdy se o nich snáz mluví, když je první dáme ven a pak o tom můžem mluvit a případně v tom hledat nějaký smysl.*

Kromě zmíněných technik byly v rámci tří výpovědí respondentů zaznamenány techniky, které byly specifické pro práci konkrétního respondenta. Nevyskytovaly se u nikoho dalšího a většinou reflektovaly směr, ve kterém má daný terapeut absolvovaný výcvik (např. analytická metoda, gestalt techniky).

## **Rodiče jako nezbytná součást terapie**

Všichni respondenti hovořili o tom, že klíčovou součástí terapeutického procesu jsou rodiče, jsou spolučinitelé terapie. Jak bude podrobněji zmíněno v následném tématu, nízká motivace rodičů, nevhodná výchova, family accommodation či narušení rodinného systému snižují efektivitu léčby. Spolupráce s rodiči je tedy nezbytná.

R1: *Ale musí ty rodiče být ochotný a schopný vlastně taky spolupracovat strašně moc intenzivně.*

R2: *Ale potom bych tam vypíchl tu spolupráci s těmi rodiči, že ten rodič by měl být jako součástí toho, nějak se na tom taky podílet.*

Mezi respondenty se vyskytovaly rozdílné formy a důvody zapojování rodičů do terapeutického procesu.

### ***Forma zapojení rodičů***

Většina respondentů zmínila, že zapojování rodičů do terapie probíhá následujícím způsobem. Rodiče se účastní prvního sezení společně s dítětem či bez dítěte. Následují individuální sezení s dítětem, přičemž rodiče jsou pravidelně informováni o průběhu terapie. V případě, kdy terapeut vnímá problém v rámci rodinného fungování, navrhne sezení s celým rodinným systémem. Bylo zdůrazňováno, že terapeuti s dítětem předem diskutují, co se rodiče dozví.

R9: *...to první sezení je s tím dítětem a jeho rodinou, na prvním setkání jsou všichni.*

R10: *Já většinou pracuju tak, ale to je moje pojetí analytické terapie, že pracuju s dítětem nebo dospívajícím, ale samozřejmě ty rodiče nemůžeme z toho vyškrtnout. Jo, takže vždycky čas od času se sejdu s rodiči, dítě nebo dospívající o tom ví a ty rodiče maj vymezený jiný čas, aby to nezasahovalo do času toho dítěte. Anebo, a to ale zase záleží na té problematice, která tam je, třeba kombinujeme rodinnou terapii jako takovou s tou individuální terapií. To je taky častej model jo, protože se třeba ukáže, že v tý rodině je něco, co potřebuje ošetřit v rámci celé rodiny. Tak pak je to, pak je na místě opravdu rodinná terapie, ne jenom kontakt s rodiči ve formě nějakých sezení, ale opravdu rodinná terapie.*

R9: *Někdy s tím dítětem domlouváme, co by třeba bylo fajn, aby se rodiče dozvěděli, jak to udělat, aby se to mohli dozvědět, co já pro to můžu udělat. Ale někdy vytanou fakt závažný skutečnosti nebo věci, který potřebujou rychlejší řešení, takže se s tím dítětem domlouvám, že*

*si o tom a tom s tou mámou nebo tátou třeba zatelefonuju, když potřebuju předat nějakou informaci. Případně tam to setkání společný zařadíme rychlejc, když to vypadá, že tam je něco nabitýho, napjatýho, co vyžaduje pozornost a není to jenom na telefonát.*

Ve dvou případech respondenti hovořili o tom, že zpravidla průběžně kombinují individuální a rodinnou terapii.

*R12: Ale pozvu celou rodinu a pak teda velmi často začínám nejdříve pracovat s tím dítětem a kombinuju individuální a rodinnou terapii. To dítě je zpravidla to nejvíc potřebný v tu chvíli, takže my tam pracujem na tom, abychom si to prohlídli, pojmenujeme to, učíme se nějaký způsoby, jak trochu ztlumit tu úzkost, jak se sžít s těmi rituály, a čím dál častěji do toho přibírám tu rodinu, někdy celou někdy více spolupracuji s matkou, někdy s otcem, podle toho taky jestli spolu žijí a jak je kdo motivovaný. Takže dělám tuhleto kombinaci.*

Dva respondenti spolupracují po celou dobu s celou rodinou, avšak z rozdílných důvodů. Respondent 3 zapojuje rodiče do sezení proto, aby viděli, jakým způsobem psychoterapeut pracuje. Díky dané obeznámenosti může následně z jejich strany docházet k adekvátní podpoře a motivaci dítěte. Respondent 8 vychází z předpokladu, že je OCD produktem narušení rodinného systému, pacientem je celá rodina. Dochází tedy k práci s rodinným systémem tak, aby bylo jeho narušení eliminováno, a tím došlo k redukci symptomu.

Tři respondenti hovořili o tom, že komplikace nastávají v případě rozvedených rodičů, jelikož se spolupráce s celou rodinou a informování rodičů stávají náročnějšími, občas nereálnými.

### ***Důvody zapojení rodičů***

Ve výpovědích respondentů byla zmíněna řada důvodů, proč považují za důležité zapojení rodičů do terapeutického procesu. Většina respondentů zdůrazňovala, že rodiče jsou cenným zdrojem informací. Vzhledem k tomu, že s dítětem sdílí domácnost, mohou ho častěji pozorovat a poskytnout terapeutovi doplňující informace. A tím umožnit určitou formu objektivizace problému.

*R6: Ale zvlášť u těch těžších OCD, tak tam si myslím, že ta spolupráce rodinou je docela jako důležitá. Takže se s nima nějak snažím jako komunikovat. Zároveň chci vědět, jak to doma to dítě zvládá a jako trochu objektivizovat to, ne jenom prostě od něj. On mi něco jako řekne, ale i slyšet, že tohleto jde, tohle nejde.*

Většina respondentů považuje za důležité, aby k určité formě terapeutické práce docházelo i v domácím prostředí dítěte, nikoli pouze v rámci sezení. S rodiči je důležité spolupracovat proto, aby k dítěti v domácím prostředí mohli zaujmout adekvátní přístup a poskytnout mu adekvátní stupeň podpory v souvislosti s aplikací terapeutických technik v rámci domácího prostředí.

*R1: Proto teď se jako rází nějaká nová teorie, že ideálně teda opravdu úzká spolupráce s těma rodičema by měla bejt, kdy vlastně ten rodič to má celý pod palcem. Že je vlastně takovej jako terapeut nebo přímo terapeut doma.*

*R9: Když i třeba na základě tý hry nebo toho typu hry, kdy to dítě volí a co si ode mě v tom vztahu žádá, tak pak domlouváme s rodičema, jak to dělat, aby tohle nezažívalo se mnou, ale aby oni to mohli dělat doma. Jo, že nějak mám pocit, že léčivá hodina s terapeutem je nic oproti tomu, co oni můžou pracovat doma. Taky mi přijde důležitá ta podpora. Aby nahlídli, že pro to dítě to je vnitřně fakt nepříjemný, to co se děje. A aby dobře balancovali podporu s nějakýma dobrejma limitama láskyplnejma.*

*R5: Pak ta práce s tím dítětem je hodně na tom rodiči. Že třeba taková ta opakovaná expozice nebo to vystavování se to já už jakoby nedělám, to spíš dělá ten rodič, takže já ho spíš jakoby edukuju.*

Dalším z důvodů je hledání způsobu, jak zlepšit rodinné fungování. Jak bylo zmíněno i v literárně přehledové části práce, mnohdy dochází vlivem OCD k narušení rodinného fungování, hlavně formou FA. Na významném narušení rodinného fungování se podílí také to, že často dochází k manifestaci symptomů pouze v rámci domácího prostředí. Většinou se totiž jedná o bezpečné prostředí, kde dítě (například oproti školnímu prostředí) nezažívá pocity studu v souvislosti s kompulzivním chováním. Děti z pocitu studu investují maximum energie do toho, aby se symptomy minimálně projevovaly ve školním prostředí. Nahromaděná úzkost se pak v o to větší míře projeví doma. O návaznosti symptomů na bezpečné prostředí hovořilo 9 respondentů.

*R12: Já jsem teda zase asi v naprostý většině měl to, kdy se to projevovalo v rodině a všude jinde si dávali velkej pozor. Takže nejčastěji mám, že to je doma a všude jinde si na to dávaj pozor. Ale tím pádem jsou z toho tak unavený, jo, jak to tam všude jinde hlídaj, že doma to praská.*



R3: Často je to naopak v tom, že já to můžu doma dělat, protože ve škole se držím a držím se a vynakládám tu energii a pak doma jsem uvolněnej a tam už to můžu pustit. A vlastně ty projevy se tam pak zvýrazněj. Takže je to velice běžný, řekl bych, že skoro vždycky je to vázaný jako určitým směrem a ne, že prostě děje se mi to tady, děje se mi to všude.

R1: To znamená, že to víc vnímaj třeba rodiče, že to narušuje chod rodiny, že se kvůli tomu musí přizpůsobovat ostatní, aby to všechno bylo v klidu.

## 6.2 Faktory ovlivňující léčebný proces

11 respondentů hovořilo o faktorech, které, dle jejich názoru, ovlivňují proces léčby, konkrétně její průběh a efektivitu. Některé z ovlivňujících faktorů je mnohdy třeba v rámci terapie adresovat, aby se zvýšila pravděpodobnost žádoucího výsledku terapie, případně jim přizpůsobit průběh léčby. Toto téma též částečně odpovídá na hlavní výzkumnou otázku: *Jak oslovení odborníci pracují s dětmi a dospívajícími s OCD?*

### Tabulka 4

Struktura tématu 2

Subtémata	Koncepty
Motivace	
Family accomodation	
Rodinné a výchovné aspekty	
Věk	
Závažnost	
Komorbidity	
Počet terapeutů	
Přesvědčení o aspektech souvisejících s rozvojem OCD	Kontrola vnitřní úzkosti
	Hereditární faktory
	Osobnostní charakteristiky
	Rodinné faktory
	Věkové období
	Součást dalších psychických poruch

## Motivace

Devět respondentů hovořilo o motivaci. Přítomnost určité míry motivace k léčbě považují za klíčový aspekt efektivní terapie, který je potřeba u dítěte podporovat jak ze strany terapeuta, tak ze strany rodičů. Tři respondenti hovořili o tom, že určitý stupeň motivace k léčbě je nezbytný nejen u dítěte, ale i u rodičů, které je zpravidla těžší motivovat ke spolupráci nežli děti. Jeden respondent zmínil, že se screeningově táže rodičů na motivaci dítěte již v rámci iniciálního telefonického kontaktu.

*R3: Druhá z věcí se vždycky ptám, jak to dítě je motivovaný. Jestli se toho chtějí zbavit rodiče, anebo jestli to tomu dítěti nějak zasahuje do života. Mám dobrou zkušenost s tím, že když je to dítě motivovaný, tak je ta úspěšnost opravdu obrovská, skoro 100%. Ve chvíli, kdy to dítě motivovaný není, tak tam je to hodně těžký. A buď se podaří motivovat, anebo je potřeba, aby se to vlastně vyhrotilo a teprve potom, když to do toho života zasahuje víc, tak potom se s tím už dá pracovat. Jo, když to dítě řekne „ne, já s tím nic dělat nechci, já s tím nic dělat nebudu“, tak v podstatě tou metodou KBT já nejsem schopnej s tím nic udělat.*

Respondenti se lišili v tom, zda mají u dětí s OCD zkušenost spíše s vysokou motivací nebo spíše s nízkou. Čtyři hovořili o tom, že mají zkušenost s tím, že se děti většinou chtějí OCD zbavit. A tudíž se s nimi dobře spolupracuje. Dva respondenti zmínili, že u dětí často dochází k adaptaci na symptomy OCD. OCD pro ně představuje zdroj bezpečí, stability, řádu. Naučily se s ní žít a nechtějí z komfortní zóny rituálů vystoupit, nejsou motivovány k léčbě.

*R6: Myslím si, že je tam hrozně důležitá ta pozitivní motivace. A vzhledem k tomu, že jako tam z principu, když je to OCD, tak je to egodystonní, že prostě samotnýho ho ty symptomy obtěžujou, tak jako většinou ta motivace jako zrovna v tomhle případě tam bejvá docela dobrá, takže oni celkem radostně spolupracujou.*

*R1: Tak dost často je to svízelné téma, už jenom proto, že dost dětí se vlastně vůbec nechce léčit. S tím je přivedou rodiče. Děti si to dost dlouho umějí doma zpracovat tak, že ty rituály v podstatě co vykonávají, tak si nějak v rodině zabezpečej, že jim jde okolí na ruku, a tím pádem se jim poskytne prostor na to to vykonávat a tolik potíží jim to pro jejich vlastní život nepřináší nebo tolik obtíží jako třeba ty rodině jako takový. To znamená, že to víc vnímaj třeba rodiče, že to narušuje chod rodiny, že se kvůli tomu musí přizpůsobovat ostatní, aby to všechno bylo v klidu. A to dítě samotný vlastně jako nemá nějaký velký problém. Ono obecně se říká o OCD, že strašně dlouho trvá, než se lidi rozhodnou to léčit, protože dost dlouho to nějak zvládaj*

*i s téma rituálama fungovat, než zjistěj, že už jsou jako úplně vyčerpaní a že jim to narušuje jako život.*

### **Family accomodation**

Deset respondentů zmínilo, že se ve své praxi běžně setkávají s výskytem FA, dva hovořili o tom, že se s výskytem FA u svých klientů prozatím nesetkali. Osm respondentů hovořilo o výskytu FA jako o negativním faktoru, který je třeba ve spolupráci s rodiči redukovat. Mnohdy však je práce na redukci komplikovaná, jelikož jí jsou rodiče ne vždy otevření či nemají sílu nevyhovět požadavku dítěte, které prožívá silnou úzkost/strach.

*R1: A když na to nejsou dostatečně odolní nebo to tam strašně dlouho funguje tak, že to dítě si to tam diktuje, tak ten rodič opravdu už nemá sílu na to jít proti němu. Takže třeba, když by se dítě nemohlo jít umejt a já bych mu zamkl koupelnu a ono by se tam vztekalo před tou koupelnou, tak ne každéj to unese. Opravdu. Ale když se vyhoví, tak tím je to zase cesta zpátky a zase je to všechno špatně. A když to dítě navíc vidí, že ten rodič jednou povolí, tak pak už si to umí vyrobit, ví, jak na ně. Takhle se můžu naučit jak na ně i v jinejch věcech, a tím hůř potom ty rodiče můžou fungovat, protože sami mají pocit, že to nejde. A když rodiče mají pocit, že to nejde, tak pak to opravdu nepůjde. A to se stává často. Ono to není tak, že by to úplně nešlo, spíš oni zrovna nejsou moc schopni tohle aplikovat. On jim to člověk ani nemůže zazlívát, protože kdybysme to sami zažili, taky bychom to nechtěli.*

*R6: Často, ať už jsou to děcka nebo dospělí, tak do těch svejch rituálů zahrnujou okolí, takže všichni skáčou kolem něj. A prostě já nevím, oni třeba potřebujou, aby rodič 10 x udělal tohle, aby oni byli v pohodě. Tak když jde a 10 x to udělá, tak jim vysvětlím, že tohle to jako teď je možná fajn a je to prostě dobrý ještě chvílku držet, ale postupně budem pracovat s tím, že to neudělaj a pomůžou spíš tomu dítěti to zvládnout, vydržet.*

*R3: Proto tam chci mít na začátku všechny a proto si o tom musíme promluvit. Protože kdyby mi tam přišel jeden rodič, který s tím chce něco dělat a ten druhý to všechno bojkotoval, tak jsem přesně na tom začátku. Takže bavíme se o tom. Bavíme se o tom, jak moc jim to zasahuje do života a hlavně jak to bude pokračovat dál. Protože spousta rodin opravdu nemůžou do pokoje toho dítěte. Nemůžou prostě prát specifický ručníky, musí dávat určitý jídlo, určitý přístroje. Za chvíli jako rodič nemůžete vůbec nic. Vůbec. To je prostě, já vždycky říkám, to je jako sněhová koule. To se nabaluje, nabaluje, nabaluje a ono to nikdy nepřestane. Maximálně se to bude držet nějakých konkrétních věcí, ale většinou se to rozlezá prostě do všeho. Takže*

*pracujeme právě s tím, aby ty rodiče tohle věděli. Ale většinou já s tím nemám problém, protože ke mně když už rodiče přicházejí, tak už vlastně jsou připravený na to, že s tím potřebují něco udělat.*

### **Rodinné a výchovné aspekty**

Osm respondentů hovořilo o vlivu rodinných a výchovných aspektů na průběh léčby. Primárně hovořili o pozitivním vlivu aktivní spolupráce rodičů v rámci terapie. Dále se objevovalo tvrzení, že děti úzkostně nastavených rodičů hůře prosperují v léčbě. Dle slov respondentů úzkostnost rodičů upevňuje úzkost dítěte. Tři respondenti hovořili také o tom, že prosperita v léčbě je negativně ovlivněna nedostatečnou pevností a režimem ve výchově. Je důležitá určitá důslednost rodičů, pěstování psychické odolnosti dítěte, avšak s přítomností dostatečné podpory. Což mnozí rodiče nedokáží vybalancovat.

*R12: Já bych nejvíc zachytil to, že když ta rodina je úzkostná, respektive někdo z rodičů speciálně jako matka, ale zažil jsem, že i táta byl úzkostnej, tak to je prostě to tam to dítě okopíruje a toho se těžko zbavujeme.*

*R5: Asi co vidím jako negativní aspekt je, že mám pocit, že ty rodiče často jako kdyby nepodporují to dítě, neposilují tu jeho psychickou odolnost, to otužování, vystavování se tomu. Naopak to vlastně jako brzděj, jo, že jsou sami dost úzkostní nebo nejsou dost pevný.*

*R2: Samozřejmě potom další faktory jako je spolupráce rodičů, jestli ta rodina je podporující, jestli nějak jako je tam ten laskavý přístup rodičů, ale zároveň i pevněj, aby opravdu ustáli takový ty tlaky toho OCD.*

### **Věk**

Polovina respondentů zmínila jako ovlivňující faktor věk. Lišili se však v tom, které věkové období dítěte považují v rámci terapeutické spolupráce za zatěžující faktor. Čtyři reportovali, že jim připadá komplikovanější práce s mladšími dětmi, dva reportovali, že s dospívajícími.

V případě mladších dětí byla jako zatěžující charakteristika zmiňována nižší schopnost identifikovat obsese a kompulze. Dále nižší kognitivní úroveň, která ztěžuje/znemožňuje efektivní práci s myšlenkami. Také se objevilo tvrzení, že mladší děti obvykle vykazují nižší míru motivace a zároveň je náročnější motivovat je ke spolupráci.

R1: *No určitě aspekt, že čím jsou starší, tak víc vnímaj ten průšvih a tím se daj snáz motivovat. Prostě rozumnější. A asi jsou i víc odolnější v tom zvládnání těch negativních emocí nebo líp se uměj naučit strategie to zvládat, zatímco ty menší děti, těm se to nechce chopit do vlastních rukou a o to to je těžší. Čím jsou starší, tak zaprvé si víc dokážou uvědomit, co jim to v tom životě komplikuje a třeba i samy chtěj. A taky víc porozuměj tomu, proč se jim to děje. A dá se potom líp i pracovat s těma myšlenkama, tzn. nejenom dělat ty základní věci, co se u OCD v terapii dělají, tzn. snažit se zabránit tomu udělat ten rituál, vydržet ten negativní pocit, a nějak to mapovat. Tak krom toho se dá s těma, co ty myšlenky uměj k tomu jako ještě najít, se dá pracovat i s těma myšlenkama. Což u těch mladších dětí moc nejde.*

Oproti tomu jedinci, kteří jako zatěžující aspekt zmiňovali období dospívání, uvedli, že v dospívání bývá OCD mnohdy více zafixovaná než u mladších dětí, tudíž lze hůře ovlivnit. Jeden respondent považoval za negativní okolnost dospívání vzhledem k vývojové fázi, kdy se má dítě odpoutávat od rodičů, ale v terapii je vyžadována určitá míra jejich vzájemné kooperace.

R3: *Když je to potom dospívající nad tu pubertu, nad těch 14–15 let, do těch 14 to ještě jde, nad těch 14–15 let, tak tam vlastně děláme to, že rodičům říkáme „hlídejte to dítě a budete mu říkat, tady se zkus vrátit, tady zkus udělat tohle, hele je to OCD nebo jenom lenost, jako co to vlastně je.“ A to dítě, který se přirozeně vývojově má odpoutávat od rodičů, tak my ho vlastně připoutáváme. Tam je to blbý. A když se to dítě prostě v 16 zasekne, řekne „já nic neudělám“, tak se s ním daleko hůř pracuje, než když se zasekne 11letý dítě a řekne „já to neudělám.“ Takže věk je faktor, kde když přichází mladší děti, tak je to víc šancí, než když přichází děti 15 a vejš, tam je míň šancí. Když ale přichází 16letej, kterej je motivovanej a chce, tak je to taky dobrý.*

### **Závažnost**

Šest respondentů považovalo za negativní faktor pozdní návštěvu odborníka. S tím se totiž většinou pojí vyšší stupeň závažnosti symptomů, jelikož OCD bez léčby graduje a stává se více zafixovanou, a tedy hůře léčitelnou.

R3: *Mám děti, který přichází s tím, že to vzniklo před pár měsíci/půl rokem, tak tam je ta šance dobrá. Pak mám děti, který přichází, že to začalo v 6 letech, dneska je jim 12, takže třeba po 6 letech. I to se velmi dobře dá, ale už je to složitější s každým dalším rokem.*

## **Komorbidity**

Dva respondenti zmínili jakožto léčbu komplikující faktor přítomnost komorbidního onemocnění.

R9: *A zároveň to stěžuje taky to, když je tam víc další psychopatologie k tomu navázané, tak je to problematický.*

## **Počet terapeutů**

Jeden respondent uvedl, že za negativní faktor považuje počet navštívených terapeutů. Má zkušenost s tím, že čím víc terapeutů dítě s OCD navštívilo, tím méně je motivováno k léčbě.

R2: *A kolikátého terapeuta už navštívilo. Tam samozřejmě ta motivace potom taky klesá. Jo, že opravdu nešťastný je ten případ, kdy to dítě přichází, má za sebou třeba 2, 3 terapeuty. To se doopravdy děje. A teď i ta rodina je tím vyčerpaná, byť to dítě už ty rituály zažívá několik let, tak to je. To je potom opravdu dlouhodobá práce.*

## **Přesvědčení o aspektech souvisejících s rozvojem OCD**

Napříč rozhovory se objevovalo téma aspektů, které dle respondentů souvisí/podílí se na rozvoji OCD a míře její závažnosti. V mnoha případech se pohled na dané aspekty promítal do způsobu poskytované péče.

Pět respondentů reportovalo, že se OCD rozvíjí za účelem **kontroly vnitřní úzkosti**/obranu před úzkostí. Symptomy bývají projevem vnitřní úzkosti, kterou dítě není schopno zpracovávat. OCD pak maladaptivním způsobem naplňuje potřebu jistoty a bezpečí.

R9: *Děti, které přicházely a vykazovaly tuhle symptomatiku, tak vlastně měly i symptomy generalizovaný úzkostný poruchy. Byly to takový ty děti kolem 10–12 let a vlastně ta OCD symptomatika hodně pramenila z toho znejištění ve světě, jo, a potřeby, jak zajistit bezpečí a stálost.*

R10: *Já jenom, že si myslím, že OCD je prostě kontrolní záležitost vůči masivní úzkosti.*

Čtyři respondenti hovořili o významném podílu **hereditárních faktorů**. Mnohdy se setkávají totiž s tím, že se symptomy OCD vyskytují i u rodiče dítěte.

R1: *Ono to často bývá vázaný hereditárně. To znamená, že ty rodiče s tím mají vlastní zkušenost. Takže často tomu rozumí, protože něco podobného zažívají nebo zažívali.*

Tři respondenti dávali do souvislosti rozvoj OCD ve spojitosti s **osobnostními charakteristikami**.

R12: *A na gymplu jich je docela dost. Protože ono to sedá na určitý typ osobnosti. Na ty perfekcionalisty, primárně úzkostný, nicméně chytrý.*

Tři respondenti zmínili rozvoj nebo zvýraznění symptomů OCD v návaznosti na **stresovou událost**. Zmiňované stresové události, se kterými mají respondenti zkušenost, byly především spory mezi dětmi ve školní třídě a rozvod rodičů. Zmiňován byl také stres každodenního života a stres spojený s koronavirovou epidemií.

R12: *Častým zdrojem jsou běžný šarvátky mezi dětma ve škole. Taky jako jo, to, co bychom absolutně nenazvali šikanou. Někdo řekne „ty jsi blbec nebo jo.“ Může to být cokoli. Můžou to být, jak já říkám, šarvátky mezi dětma nebo jako v dnešní době i takovej běžnej život.*

R12: *A teď mám zrovna takový čerstvý případ, kdy nás to tak jako úplně nenapadlo, jak to může souviset fakt zjevně s rozchodem rodičů a tady to opravdu na to nasedlo.*

R2: *Shodli jsme se kolegy, že teď to ještě hodně narostlo. Najednou to tak jako vypuklo. Samozřejmě díky tomu stresu, který teď ty děti zažívaly, a že to opravdu hodně odskákal v té covidový době. Řekl bych, že se to fakt hodně manifestovalo, že se to ukázalo možná u některých dřív, možná i v masivnější formě, než by to třeba museli zažívat.*

Tři respondenti zmínili také vliv **rodinných faktorů**. A to buďto ve smyslu výskytu napětí v rodině nebo ve smyslu nevhodného typu výchovy (například přílišného tlaku na výkon).

R12: *Někdy to je neuvědomovaný tlak rodičů na to dítě. Ať se to týká známek nebo chování.*

R9: *Někdy jsou rodiny, který fakt maj jako vztahovou patologii, to je jako blbý říct, ale vlastně tam jsou nějaký komunikační způsoby, který fixujou určitý vzorce a někdy taky ty symptomy toho dítěte, ať jsou jakýkoli.*

R11: *No, myslím si, že je hodně důležitý to sociální prostředí. To to ovlivňuje. Vlastně tam měly ty děti nebo ty mladý lidi, který jsem si teď vybavil, tak vždycky byl nějaký problém v rodině, v komunikaci v rodině. U těch dvou chlapců, tak ty tam měli problém v komunikaci nebo schopnosti porozumění s otcem, tenhle taky tatínek velmi obtížně komunikuje s maminkou, nefunguje, ten je u maminky víc. No a ten čtvrtý vlastně taky tam je rodina, že sice je úplná, ale*

*není to biologickéj otec. Takže taky jakoby maminka se pak znovu vdala, je tam prostě absence někde, možná i nějaký citový náplně v tý rodině no.*

Tři respondenti zmiňovali souvislost mezi určitým **věkovým obdobím**/vývojovou etapou a rozvojem symptomů OCD. Jejich častou zkušeností byl rozvoj OCD v mladším školním věku, kdy dítě začíná více přemýšlet o sobě samém a chápat koncept smrti.

*R9: A tohle je často takový to, jak se vyvíjí koncept smrti, třeba kolem 10–12 let, to je častý, že děti přicházej s tímhlectím třeba k nám. Já myslím, že velkou roli v tom hraje to, jestli ta symptomatika souvisí s nějakou jako tranzitorní situací, s nějakou vývojovou etapou. Anebo jestli to je něco už jako hloub založený v osobnosti. A v tomhle vnímám rozdíl. Že děti, který tu symptomatiku vykazují na základě najednou jako zvýšený úzkosti, protože se něco děje, a maj blízko k tomuhle řešení, tak tam se to daří líp.*

Polovina respondentů popisovala, že symptomatika OCD se mezi jejich klienty nevyskytuje pouze samostatně, ale často v mírné formě jako **součást dalších psychických poruch**.

*R12: Protože ono se to někdy kombinuje i s jinými poruchami, že jo. Já hodně pracuju s poruchami příjmu potravy a u těch tam jsou taky rysy OCD často.*

*R10: Ale musím říct, že mírně obsedantní symptomy se teda vyskytují i v hodně jiných diagnózách, nikoli jako OCD, ale jako taková kontrola úzkosti těmi obsedantními mechanismy, aniž to dosahuje síly OCD.*

Dva respondenti hovořili o tom, že se setkávají s výskytem symptomů OCD jakožto prodromů schizofrenie.

*R1: Ale jsou i děti, které to OCD mají jako takovou předzvěst jinech psychickéjch potíží. Dost často to bejvá jako takovej prodrom budoucích onemocnění schizofrenního okruhu. Že to začíná takhle. A to většinou to OCD je takový trošku zvláštní a hůř se léčí.*

*R7: Tak ono někdy ten vývoj vede do takové schizotypální nebo někdy až schizofrenní podoby. Tam samozřejmě je to prognosticky velice špatný.*



### 6.3 Přesvědčení týkající se nejlepšího léčebného přístupu

Toto téma se zabývá tím, jaký přístup k léčbě OCD u dětí považují respondenti za nejvhodnější a v jaké míře jsou otevření jiným než preferovaným možnostem.

Respondenti zmiňovali určité preference v souvislosti s léčebným přístupem k OCD u dětí, které se pak odrážely v jejich praxi. Jak již bylo zmíněno v rámci subtematu 1.3 Psychoterapeutické techniky, i zde bylo možné pozorovat podobnosti s výsledky studie od Valderhauga et al. (2004). Ne vždy psychoterapeutický přístup, který respondenti považovali za nejlepší pro léčbu OCD u dětí, korespondoval s přístupem, ve kterém mají absolvovaný výcvik či jej běžně uplatňují u jiné populace osob. Kromě vhodnosti různých psychoterapeutických přístupů se respondenti vyjadřovali i k tomu, za jakých okolností je vhodné zapojovat farmakoterapii, což už bylo částečně rozebráno v rámci prvního tématu. Zpracování tohoto tématu odpovídá na výzkumnou otázku: *Jaký přístup k léčbě OCD u dětí a dospívajících považují oslovení odborníci za vhodný?*

#### Tabulka 5

*Struktura tématu 3*

Subtémata	Koncepty
Řešení symptomů vs řešení příčiny	Důležitost KBT
	Porozumění příčině
	Kombinace přístupů
Otázka otevřenosti různým psychoterapeutickým směrům	

Všichni respondenti považovali psychoterapii za základní a nejdůležitější formu léčby OCD u dětí. Farmakoterapie byla respondenty považována za podpůrný mechanismus psychoterapie, který je však v mnoha případech nezbytný. U mírnějších forem OCD může být dostačující pouze psychoterapie. Farmakoterapie bez určité formy psychoterapie však většinou dostačující není.

#### Řešení symptomů vs řešení příčiny

Ústřední téma, které se v souvislosti s preferencí psychoterapeutického přístupu objevovalo, bylo zdůraznění redukce symptomů vs zdůraznění hledání příčiny OCD a její řešení. Krystalizoval se zde v podstatě rozpor mezi užitím KBT a přístupů, které cílí na porozumění

příčině, významu symptomů. Někteří respondenti preferují kombinaci těchto dvou cest práce spolu se zaměřením na širší kontext života dítěte.

Pět respondentů zmiňovalo **důležitost KBT**, považují ji za nejlepší metodu první volby (z toho byli tři terapeuti s KBT výcvikem). Mezi zmiňované přednosti KBT patřila hlavně její strukturovanost a rychlá evidentnost výsledků.

*R1: Já jsem přesvědčen, že ta KBT je prostě buď opravdu jako metoda první volby, ale myslím si takhle, ono to není jako tím, že bych byl proti ostatním směrům, to v žádném případě. Myslím si, že vlastně oni hodně dělají věci podobný, akorát třeba to není tak nastrukturovaný nebo to tak nepojmenovávají, ale mně ta KBT se tam hodně osvědčuje v tom, jak je strukturovaná, že přesně pro ty děti je to hrozně předvídatelný, takový jako jasný, má to nějaký systém.*

*R7: Hrozně důležitý je ten behaviorální nácvik. KBT je hrozně důležitý, alespoň z mého hlediska. Protože přece jenom ty rodiny jsou zajaty v takovém tom ujišťování a tak.*

*R3: Výhoda je ta, jak je to vlastně krátkodobý, tak já si tím ten čas úplně nezasekám a vím, že pak budu moct přijmout zase někoho dalšího.*

Další respondenti kladli důraz spíše na důležitost zjištění, jaký význam daný symptom má nežli na jeho cílenou redukci. Cílili na **porozumění příčině OCD**, případně následně na změnu okolností v životním kontextu dítěte. To, dle jejich slov, má následně svévolný pozitivní dopad na redukci symptomů. Někteří referovali, že tento způsob terapeutické práce má dlouhodobější trvání oproti terapiím cílícím pouze na redukci symptomů.

*R10: Tak, kam směřuju, snažíme se s tím dítětem porozumět významu toho symptomu. Co to vlastně taky znamená, jo. Co to vzbuzuje. Proč zrovna tohle, jo, a to po dlouhý době relativně, si myslím, že se nějak daří. Ale neříkám, že je to víte, neříkám, že to dítě vyjde úplně vyléčený. Říkám, že nějaký relikt zůstává často, ale není to tak, aby to omezovalo život v plné jeho kvalitě. Samozřejmě hitem současnosti je KBT, ale z mého hlediska, jak to vidím, má krátkodobý efekt. Jako má efekt, určitě, ale ten efekt není trvalý. To je moje zkušenost.*

Někteří respondenti preferují **kombinaci obou přístupů** v terapii. Tzn. zaměření se na redukci symptomů většinou pomocí KBT technik a zároveň pátrání po příčině či věnování pozornosti ostatním aspektům a potřebám v životě dítěte.

*R9: A někdy může být dobrá kombinace. Jo, mám kolegy, který si půjčují KBT techniky, který můžou být velmi šikovný třeba na redukci úzkosti. A může to být dobrá první pomoc, když ta*

*úzkost narůstá. Já se snažím tu kompulzi neudělat, a co v tu chvíli pro sebe můžu udělat. Což je taková jedna větev práce. Zároveň vedle toho se můžeme dívat, s čím to souvisí, co já vlastně potřebuju ve svém životě, ale mám tu podporu a pomoc, když mi je těžko, třeba technikama. A takhle mi přijde ten souběh vlastně šikovnej.*

*R12: Jo, a proto já jako tam na začátku, když to dítě mám na těch 3 nebo 5 individuálech, tam hodně používám prvky KBT, protože stejně tak jako třeba u panických poruch nebo tak, protože tam nejdřív potřebujeme zmírnit ty projevy a tu úzkost a vědět, co budu dělat když. Já tomu někdy i říkám první pomoc nebo krizová intervence, tak tam hodně je KBT a pak jdeme po těch příčinách a hloubš jako.*

### **Otázka otevřenosti různým psychoterapeutickým směrům**

Všichni respondenti se vyjadřovali k tématu otevřenosti jiným než jimi preferovaným psychoterapeutickým směrům. Jejich otevřenost byla různé míry a různého charakteru. Někteří odmítali určitý typ psychoterapeutického přístupu, jiní spíše odmítali terapeuty s nedostatečnou zkušeností. I když respondenti vyjadřovali určité preference, nakonec zmínili, že primární důležitost tkví v psychoterapeutickém vztahu spíše než v psychoterapeutickém přístupu. Tedy aby si terapeut s dítětem „sedl lidsky“. Dva respondenti však zmínili, že se na ně několikrát obrátili klienti mající zkušenost s předchozí dlouhodobou terapií, která však neměla pozitivní účinek.

*R2: Tam já i říkám prostě jakéhokoli terapeuta a hlavně že si budou prostě sedět jakoby vztahově s tím dítětem, ale aby tam opravdu to ošetřený bylo a ne že to dítě bude rok čekat, což u těch dětí je opravdu jako tristní.*

*R3: Kdyby se spousta terapeutů, kteří s tím nemaj zkušenosti a chtěj to dělat, tak ok, ať to dělaj někde pod supervizí, anebo pokud s tím nemaj zkušenosti a jenom si říkaj „pracuju s dětma, tak budu pracovat se vším“, tak aby to nedělali. Bohužel. Mě vždycky mrzí, když vidím ty děti, který opravdu jako ty rodiče to nenechali bejt, oni se snažili, hledali, ty děti chodili někam do terapie. Neříkám, že vždycky to musí vyjít, ale jako mrzí mě, že když někdo chodí 3 roky někam a vlastně ten terapeut... Oni to jsou skutečný příběhy, to si nevymejšlim. Ten terapeut pak řekne, že s tím vlastně jako neumí. To, že pracuju s dětma, ještě neznamená, že umím pracovat se všema dětma. Jo a OCD samo o sobě je specifický. Jak říkám, jsem příznivcem všech terapií, ale jsou určitý věci, na který prostě jako je potřeba se zacílit. A ty úzkosti nebo třeba konkrétně to OCD je jedna z věcí. OCD samotný s tím umí jako z terapeutů... Když prostě jako spousta těch terapií*

*na tohleto zaměřená není a když vám tam přijde někdo s OCD, tak je dobrý probírat jako rodinu, tady tohle tady tohle, ale většinou to nic nezmění. Jo, tam se fakt musí dělat něco konkrétně.*

*R12: Měl by to být někdo, kdo pracuje s dětma a já nevím ještě, jak bych to řekl, pracuje efektivně s dětma. Protože ta psychoanalýza zrovna nebo i imaginativní nebo na tělo zaměřená terapie, to je spíš jako sebepoznání nebo systematická práce pro dospělé, ale nevím, jestli úplně s těma dětma jako. Měl by to být někdo, kdo pracuje s rodinami a s dětmi, to by tam bylo kritérium, kdo je možná zaštitěnej nějakou teda spolkem nebo organizací. Ale na druhou stranu já to tak říkám, že i když jdou k tomu psychiatrovi nebo když je posíláme k těm psychologům, já vždycky říkám, pro psychoterapii je vždycky důležitější než třeba na chirurgii, jak si ty lidi sednou. A vy jste prostě odborníci na svůj život a jste zodpovědní i za to dítě. A když uvidíte, že vám nebo tomu dítěti to neseďí nebo že to nikam nevede, tak to prostě změňte. Problém je ten, že oni řeknou „no změňte, když není nikdo jinej.“ Tak to už jsme zase v tom začarovaným kruhu. Ale prostě měli bysme dát na tyhle své pocity. To je v tý psychoterapii strašně moc důležitý.*

*R3: A možná taky to, že prostě holt zkusit takový přístupy, který... Dát tomu prostě vždycky čas a vidět, jestli to funguje nebo nefunguje. Ono můžete taky dělat super KBT, ale neseďnete si lidsky nebo prostě jste zrovna v blbý fázi vývoje toho dítěte nebo tý rodiny.*

#### **6.4 Limitující faktory**

Všichni respondenti hovořili o nedostatcích, které v souvislosti s léčbou dětí s OCD v ČR vnímají. Hovořili o nich jako o faktorech, které zamezují tomu, aby mohla být co nejvíce dětem s OCD poskytována kvalitní péče. Mnoho z nich zároveň doplnilo návrhy, jakým způsobem by bylo možné systém péče vylepšit. Zpracování tohoto tématu odpovídá na výzkumnou otázku: *Jaké limity v systému péče o děti a dospívající s OCD v ČR respondenti vnímají?*

## Tabulka 6

### Struktura tématu 4

Subtémata	Koncepty
Nedostatek odborníků	Nedostatek dětských psychiatrů
	Nedostatek kvalifikovaných psychoterapeutů
	Dopady nedostatku odborníků
	Neprojojenost odborníků
	Subjektivní nekompetentnost psychoterapeutů
	Hospitalizační kapacita
Nízká informovanost	Nízká informovanost ve společnosti
	Nízká informovanost pedagogů a školních psychologů
	Nedostatek literatury
Limitované formy péče	Forma hospitalizace
	Formy podpory

### Nedostatek odborníků

Nedostatek odborníků poskytujících léčbu dětem s OCD bylo subtématem, o kterém hovořili všichni respondenti, a to opakovaně. Všichni zmínili, že je v České republice enormní **nedostatek dětských psychiatrů**. Nedostává se tak včasné farmakoterapeutické péče dětem, které ji potřebují. Někteří dodávali, že ačkoli je tento fakt ve společnosti všeobecně známý a mnohdy prezentovaný v médiích, nevnímají jakoukoli snahu, která by směřovala k vyřešení daného problému. Většina z respondentů také hovořila o nedostatku **kvalifikovaných psychoterapeutů**, kteří by s dětmi s OCD uměli pracovat. Někteří zmínili i nedostatek dětských klinických psychologů.

R10: *Já si myslím, že v současné době, je tragická situace. U dětských psychiatrů nás je 3 a půl, prostě je to hrůza. A ty přívaly... Dnes a denně nám volají lidi.*

R4: *Psychoterapeutů i dětských klinických psychologů je málo.*

Většina z respondentů hovořila také o **dopadech nedostatku odborníků**. Zmiňovali, že se na ně obrací čím dál tím víc rodičů dětí s OCD s prosbou o přijetí do péče.

*R4: Z mé zkušenosti je jich moc. V pandemii došlo k velkému nárůstu. Dřív přišel 1 do měsíce, teď klidně 5–6.*

*R3: Děti, to je další specifikum, a děti s OCD to už je úplná specifita. Je jich hodně a je jich čím dál tím víc. Dřív to bylo takový, že občas se někdo vyskytl. Za celou tu dobu jsem jich měl určitě třeba přes 150. Jako teď kon třeba, nedokážu říct kolik ročně, třeba okolo 30 ročně.*

Téměř všichni respondenti je však musí v současnosti odmítat nebo jim nabízí velmi dlouhou čekací dobu. V rámci výzkumného vzorku se čekací doba u psychiatrů a psychologů pohybovala v řádu měsíců, u dvou to byl dokonce celý rok. Pouze jeden psycholog byl schopen přijmout dítě do 14 dnů. Respondenti se dostávají do situací, kdy by rodinám chtěli pomoci, ale nedisponují dostatečnou kapacitou. Zároveň nevědí, na koho dalšího by klienty odkázali.

*R2: Dříve jsem kapacitu ještě měl, ale teď už opravdu ne. Protože prostě ta čekací doba je u mě momentálně kolem roku. Což samozřejmě u těch dětí prostě nejde, tam je opravdu potřeba začít s nimi pracovat co nejdřív.*

*R4: Když nemám kapacitu, snažím se odkazovat jinam, ale vlastně mnohdy nevím kam, protože nejsou kapacity. Rodiče jsou ochotni zaplatit peníze, ale i tam jsou dlouhé čekací lhůty. Takže pak jsou rodiny často v úzkých.*

*R12: Za lepších časů se čekalo 4 až 6 měsíců. V tuhle dobu jsme víceméně obsazení. Paní asistentky nedělají nic jiného, než říkají, že nebereme ani do seznamu.*

Jeden respondent zmínil, že si není jistý, zda je problém v tom, že je v ČR nedostatek zkušených psychoterapeutů pracujících s dětmi s OCD, nebo spíš v tom, že **nejdou vzájemně propojeni**, neví o sobě.

*R3: Já nevím, jestli je to nedostatek lidí. Já si myslím, že tady po republice existuje určitě spousta šikovnejch lidí, který to dělají, dělají to i dobře, možná s tím mají i úspěchy, akorát o sobě nevíme.*

Potřeba propojenosti odborníků se objevovala u psychiatrů i psychologů také v kontextu potřeby systematické spolupráce mezi sebou. Pouze dva respondenti (psychologové) referovali, že mají navázanou určitou systematictější formu spolupráce s psychiatrem. U ostatních respondentů tato vzájemná spolupráce absentovala. Respondenti však hovořili o tom, že by úzkou mezioborovou spoluprací ocenili.

R11: *Já musím rodičům doporučit, aby si když tak nějakého psychoterapeuta našli. Protože já tady nikoho, kdo by se zabýval tadytou problematikou, neznám.*

R5: *Bohužel nemáme navázanou spolupráci s psychiatrem. My doporučujeme různě, třeba tady u nás v budově v prvním patře je paní..... tam jsme furt posílali, ale ta už taky nebere. Spíš tedy doporučuji nějaký co znám, ale není to tak, že by tam byla spolupráce, to ne.*

R9: *Vnímám, že by bylo potřeba, aby se snáz dalo domluvit s psychiatrem, aby ti psychiatři dobře komunikovali o tom, co dělají, co se jim zdá, čeho si všímají. To mi přijde zásadní.*

R3: *Ideální by bylo pouze to, kdyby se o tom zaprvé vědělo, za druhé se to rychle diagnostikovalo, za třetí kdyby psychologové a psychiatři velmi jako rychle dobře spolupracovali a mohlo se to rovnou řešit na obou těch liniích.*

V pěti případech se objevilo tvrzení, že je sice dost psychoterapeutů, kteří pracují s dětmi, ale mnoho z nich specificky odmítá práci s dětmi s OCD z důvodu **pocitu nekompetentnosti**.

R2: *Já vlastně znám spoustu skvělých terapeutů, kteří pracují s dětmi, ale bohužel hodně často se setkávám s tím „ano ano, ale OCD ne.“ Dost často se setkávám s tím, že je mezi terapeuty obava z toho OCD. Zním skvělou terapeutku, ale vlastně ten strach tam bohužel nějakým způsobem je, a není to jenom tahle jedna konkrétní, i když vím, že opravdu umí velmi hezky pracovat.*

R5: *A ještě mě možná napadlo, že je málo terapeutů, který si na to OCD troufnou, že oni říkají prostě „já to nedělám, nejsem KBT.“ Vlastně to je možná také to, že to je tak jako daný, že to musí nutně dělat někdo kdo má KBT výcvik. Já to vnímám tak, že to tak být nemusí a že pak ty začínající terapeuti nebo i jiný si na to netroufnou, ale je to vlastně škoda.*

R6: *A taky si myslím, že je spousta terapeutů, který nemají úplně třeba dostatečný klinický vzdělání, a ty pak třeba odmítají ty obsedantně-kompulzivní, ale není to o tom, že by se nechtěli zabývat jenom OCD. Oni odmítají, myslím si, paušálně jakoukoli psychiatrickou diagnózu.*

Někteří odborníci zmínili kromě nedostatečné kapacity v ambulantní péči z důvodu nedostatku odborníků také **nízkou hospitalizační kapacitu**. Referovali, že ačkoli by některým dětem s OCD mohla hospitalizace pomoci, setkávají se v praxi s jejich odmítáním. K hospitalizaci bývají ve většině případů přijímány pouze děti v ohrožení života.

R1: *V dnešní době jsou akutní hospitalizace opravdu pro děti, který jsou na tom opravdu hrozně špatně. Ty, co jsou na tom jenom trochu špatně, ty se teď nikam nevejdou. Není pro ně teďka místo v konkurenci těch vyloženě nebezpečných problémů, který jsou o životě a smrti.*

### **Nízká informovanost**

Deset respondentů hovořilo o tom, že vnímají ve **společnosti obecně nízkou informovanost** o problematice OCD u dětí. A to jednak o tom, co onemocnění obnáší a že se může týkat dětí, ale také o tom, co vlastně obnáší psychoterapie a farmakoterapie.

R10: *Myslím, že je tady minimální informovanost. Nebo že není jako u dětí, víte, jako myslím si, že u těch dospělejch přece jenom ta informovanost je. Ale myslím si, že u těch dětí je minimální. Ale co se týče OCD, tam si myslím, že ta informovanost je malá. Malá v tom smyslu, že se to týká dětí a i malejch dětí.*

R11: *Myslím si, že je tady minimální informovanost. Já si myslím, že se o tom prakticky nemluví. Teďka všichni mluví jenom o autistech, ADHD a ještě pak ta anorexie, ale tohle si myslím, že málokoho napadne, že by se to mohlo týkat i dětí.*

Třetina respondentů hovořila o tom, že rodiče často mají mylnou představu o tom, v čem tkví psychoterapie. Považují psychoterapii za léčbu, které se nemusí nikterak účastnit. Předpokládají, že psychoterapeut problém během pár sezení vyřeší.

R12: *Většinou ty rodiče objednávají dítě nebo maj tendenci objednat dítě, ať je menší nebo větší. A sebe berou jako takovej nutnej doprovod, protože to dítě je nezletilý. A já už tam na začátku trvám na tom, aby přišli celá rodina, že je potřebuju vidět celý ten systém, jako trošku odmítám, já používám ten termín, odmítám brát dítě jako do servisu.*

Dva respondenti zmínili, že se v praxi setkali s **nízkou obeznámeností s problematikou ze stran pedagogů a školních psychologů**. Což považují za tristní, jelikož právě oni mohou přispět k včasnému zachytu problému. Jeden respondent zmínil v návaznosti na dané tvrzení vlastní pozitivní zkušenost s tím, že ve Velké Británii zaznamenal ve školách existenci informačních brožur o různých psychiatrických diagnózách.

R6: *I když taky jsem to zažil v Británii, že prostě tam nějakým způsobem existují brožúrky prostě na škole o tom, co je která diagnóza, prostě jsou tam k dispozici.*



Respondenti zmiňovali, že se na nízké informovanosti může podílet *nedostatek literatury*, která by o dané problematice informovala. O nedostatku relevantních a v češtině psaných literárních zdrojích, ze kterých by rodiče, děti, učitelé či další odborníci mohli čerpat, hovořilo 11 respondentů. Dva respondenti znali a doporučují jedinou knihu o OCD u dětí psanou v češtině *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících* od Lucie Strakové Jirků. Většina z respondentů doporučuje jiné knihy, které se problematiky alespoň dotýkají. Hojně zmiňovali například brožury od prof. Jána Praška, které se týkají OCD u dospělých. Dále například knihy: *Jak přežít, když se často bojím* nebo *Brouci v hlavě*. Jeden respondent uvedl, že některým rodičům poskytuje zahraniční informační materiály. Dva respondenti zmínili, že si vytváří materiály vlastní, často s pomocí existujících zahraničních materiálů.

R6: *Vnímám, že je tu nedostatek literatury, jako zejména v tom edukativním smyslu, i třeba pro ty rodiče. Oni si koupěj nebo jim doporučím ty jako různé příručky od Praška, ale takový jako cíleně i na ty děcka toho moc není. Já třeba mám jako postahovanejch spousty z těch britskejch jako dětskejch organizací, pak jim to třeba přeposílám. Spousta těch lidí zvlášť tady už bejvá jako i v těch jazycích zdatná, tak jako nějak si sami s tím třeba pracujou. Jako tam co mně přijde super, že jako tam je mnohem víc propracovaný, takový jako kde to je pro ty děti i nějakou jako zábavnější formou a prostě jako hezky graficky a tak. Tady prostě bohužel nic moc nemáme.*

R11: *No spíše edukuju já, protože ty literatury moc není. Mám tady nějaký příručky o úzkostech, tak to jim třeba dám, ale je toho strašně málo. A pro děti prakticky nic, no.*

R2: *Já nevím, já jsem si všechny materiály vytvořil. Ale tak samozřejmě já vždycky odkazuju na knihu Lucie Strakové Jirků na OCD u dětí a u dospívajících. To, co tak nějak u těch starších dětí rád používám teďkon, tak jsou Brouci v hlavě. Taky jsem si vytvořil informační materiály, pracovní listy, takže tohle všechno vlastně jako používám, to se mi tak nějak jako osvědčuje. A jsou to vlastně hodně jako překladový věci. Takže hodně čerpám ze zahraniční literatury.*

### **Limitované formy péče**

Někteří respondenti hovořili o tom, že vnímají mezery ve formách péče, které jsou pro děti s OCD a jejich rodiny k dispozici. Jednalo se především o *kvalitu péče v rámci hospitalizace*.

R7: *No, protože někdy ten průběh je opravdu komplikovanej a závažnej, tak největším limitem jsou podle mě hospitalizace. Který v současnosti jsou vedený buďto v léčebnách, kde je často*

*mnoho poruch chování, anebo na psychiatrické klinice, kde de facto absentuje psychoterapie. Takže dva extrémy. Nemám možnost posílat na nějaké psychoterapeutické dětské oddělení.*

*R6: Takže zvlášť u těch, kde je to skutečně až jako ohrožující, takový ty fakt jako umejvači, co se umejvaj třeba 120x denně a už maj všechno zničený, tak tam je to hodně i na tom zhodnocení, jestli by tam přicházela v úvahu nebo byla vhodná nějaká hospitalizace. Kde teda já osobně za sebe narážím na obrovskou problém, že skutečně jako s čistým svědomím nedokážu doporučit žádný vhodný místo, kde by je mohli hospitalizovat, protože bohužel tak nějak jako vím, jak to tam chodí.*

Někteří respondenti hovořili o tom, že by považovali za vhodné, kdyby došlo k rozšíření **forem podpory** pro děti s OCD a jejich rodiny. Mezi možné návrhy patřilo zavedení specializovaných center, podpůrných skupin pro děti i rodiče či zavedení specializované poradenské linky.

*R2: Já bych to viděl na nějaký specializovaný pracoviště, kde by probíhala spolupráce psychiatrů a psychoterapeutů a zároveň peer konzultantů.*

*R5: Možná by byla fajn, kdyby byla nějaká linka na to zaměřená. Kde by se třeba ty rodiče mohli informovat, to by mi přišlo dobrý. Třeba i, já nevím, pět hodin denně, že by si tam zavolali.*

V rámci analýzy dat nebyla doposud zodpovězena vedlejší výzkumná otázka: *Jak se ve svých výpovědích liší pedopsychoiatri a psychologové?* V rámci analýzy dat nebyly zaznamenány žádné významné rozdíly ve výpovědích, které by se odvíjely od příslušnosti k dané skupině respondentů.

## **6.5 Shrnutí výsledků výzkumu**

### ***Jak oslovení odborníci pracují s dětmi a dospívajícími s OCD?***

Ačkoli se způsob práce odborníků s dětmi s OCD částečně odvíjí od psychoterapeutického směru, ve kterém mají absolvovaný výcvik, případně směru, který pro léčbu dětí s OCD považují za vhodný, napříč rozhovory se v souvislosti s léčbou dětí s OCD vyskytovalo mnoho společných bodů (konceptů). Základní struktura terapeutického procesu, na které se shodovali všichni respondenti, je následující: objednání dítěte, mapování, psychoedukace, aplikace psychoterapeutických technik, případně farmak, monitoring efektu poskytované léčby, ukončení terapie na základě dosažení předem stanoveného cíle, kterým je většinou v případě psychoterapie stabilizace dítěte, v případě farmakoterapie úplné vymizení příznaků. Všichni respondenti zdůrazňovali nezbytnost zapojení rodičů do terapeutického procesu. Vyskytovaly

se různé formy a důvody jejich zapojení. Většina odborníků komunikuje s rodiči na prvním sezení, následně je příležitostně informuje o průběhu terapie. V případě potřeby dochází k zařazení rodinného sezení. Důvodem jejich zapojení bylo primárně získávání doplňujících informací a jejich edukace ohledně vhodného přístupu k dítěti. To, jak dlouho terapeut s dítětem pracuje a na co se při práci zaměřuje, by se dalo seskupit do dvou větví – zaměřenost na redukci symptomů (krátkodobé trvání) vs zaměřenost na příčiny vzniku OCD, případně životní kontext dítěte (delší trvání). Ačkoli se v souboru vyskytovaly vyhraněné případy těchto dvou pólů, mnozí terapeuti se přiklání k jejich kombinaci.

Respondenti hovořili také o tom, jaké faktory léčebný proces ovlivňují. Z jejich výpovědí bylo patrné, že se na mnohé z nich v terapii zaměřují a uzpůsobují jim průběh terapie. Jako ovlivňující faktory zmiňovali motivaci dítěte (i rodičů), výskyt FA, věk dítěte, rodinné a výchovné aspekty, závažnost symptomů. Méně často byl zmiňován také výskyt komorbidního onemocnění a počet již navštívených terapeutů. Do poskytované péče se promítala také přesvědčení respondentů o aspektech souvisejících s rozvojem OCD.

### ***Které techniky oslovení odborníci aplikují při práci s dětmi a dospívajícími s OCD?***

Co se týče farmakoterapie, panovala mezi respondenty jednoznačná shoda v předepisování SSRI antidepresiv, v závažnějších případech dochází k podpoře antipsychotiky. Co se týče psychoterapeutických technik, zde byly výpovědi rozmanitější. Respondenti se lišili v tom, zda konkrétní psychoterapeutické techniky používají u všech klientů s OCD či více dbají na individuálnitu dítěte a s pomocí experimentů techniky eklekticky vybírají. Většina respondentů však zmiňovala, že vždy volí některé KBT techniky (hlavně ERP) a externalizaci. Respondenti dále zdůrazňovali nezbytnost zapojení hry a tvůrčí činnosti. Nadpoloviční většina používá zadávání domácích úkolů, aby došlo k terapeutické práci v určité formě i mezi sezeními. Polovina respondentů využívá relaxační metody a zaměřuje se na zvyšování sebevědomí dítěte. Dále bylo zmiňováno využívání terapeutického pískoviště a práce se životním kontextem dítěte.

### ***Jaký přístup k léčbě OCD u dětí a dospívajících považují oslovení odborníci za vhodný?***

Všichni respondenti zdůrazňovali nezbytnost psychoterapie. Tu je třeba v případě závažnější symptomatiky podpořit farmakoterapií. Co se týče preference psychoterapeutického přístupu, názory se napříč výpověďmi lišily. Nutno zmínit, že preferovaný přístup ne vždy odpovídal přístupu, ve kterém měl jedinec absolvovaný psychoterapeutický výcvik. Ve výpovědích se v podstatě krystalizovaly tři názorové skupiny. Někteří respondenti zdůrazňovali, že je

nejdůležitější zaměření se na redukci symptomů pomocí KBT technik. Jiní zdůrazňovali nutnost zaměření se na příčinu OCD, čímž by následně mělo dojít k déletrvajícím efektu terapie. Někteří preferují kombinaci KBT technik spolu se zaměřením na příčinu OCD a životní kontext dítěte. Ačkoli se jedinci lišili mírou otevřenosti jiným než jimi preferovaným psychoterapeutickým přístupům, ve výsledku se většina z nich shodla na tom, že primární důležitost tkví v dobrém psychoterapeutickém vztahu.

### ***Jaké limity v systému péče o děti a dospívající s OCD v ČR respondenti vnímají?***

Za hlavní limit respondenti považují nedostatek pedopsychiatrů a kvalifikovaných dětských psychoterapeutů. To má za následek dlouhé čekací doby či odmítání klientů, a tedy neposkytnutí včasné péče dětem, které ji potřebují. Byla zmiňována také potřeba stabilní mezioborové spolupráce a potřeba vzájemné propojenosti kvalifikovaných psychoterapeutů, kteří by přijali dítě s OCD do péče. Dalším zmiňovaným limitem byla nízká informovanost o OCD u dětí a dospívajících ve společnosti. Na čemž se může, kromě jiného, podílet tristní nedostatek v češtině psané literatury týkající se daného tématu. Dále byla zmiňována potřeba zvýšení kvality a dostupnosti hospitalizace pro děti s OCD a rozšíření možností podpory pro děti a jejich rodiny, které se s OCD potýkají.

### ***Jak se ve svých výpovědích liší pedopsychiatři a psychologové?***

V rámci analýzy dat nebyly zaznamenány žádné významné rozdíly ve výpovědích, které by se odvíjely od příslušnosti k dané skupině respondentů.

## 7. Diskuse

Hlavním cílem diplomové práce bylo popsat léčebné metody obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí a dospívajících tak, jak je na ně nahlíženo v odborné literatuře a zjistit, jak jsou realizovány v ČR v praxi. Hlavním cílem výzkumné části bylo získat vhled do průběhu léčby OCD u dětí a dospívajících v ČR. Na základě poznatků uvedených v práci hodnotím, že celkový cíl diplomové práce byl naplněn, stejně jako cíl výzkumné části. Také došlo k zodpovězení hlavní i vedlejších výzkumných otázek.

Za přínos práce považuji to, že v jejím rámci došlo k souhrnu teoretických a výzkumných poznatků vztahujících se k tématu OCD u dětí a dospívajících. Na podobné téma existuje pouze minimum v češtině psané odborné literatury a studenckých prací, výzkumná činnost takřka absentuje. Za přínosné považuji dále to, že v jejím rámci byla v souvislosti s léčbou OCD u dětí věnována pozornost i jiným terapeutickým přístupům, než je KBT a farmakoterapie. Jak již bylo v práci mnohokrát zmíněno, na užití jiných psychoterapeutických směrů se odborná literatura a výzkumná činnost zaměřují spíše okrajově. Myslím si však, že i přes to, že efektivita daných směrů u dětí s OCD nebyla prokázána, měla by jim být věnována pozornost z důvodu, že v praxi se s jejich užíváním u dané populace běžně setkáváme. Zároveň je nutno konstatovat, že KBT terapeutů pracujících s dětmi pravděpodobně není tolik, aby měli možnost přijmout do péče všechny děti s OCD. Je tedy potřeba, aby s danými dětmi pracovali i terapeuti jiného zaměření, proto by neměli být opomíjeni.

Za pozitivum práce považuji i to, že částečně poukazuje na potenciální směřování výzkumné oblasti v budoucnu. Jednalo se například o zmínění několika preliminárních studií a teoretických poznatků k metodám, jejichž využívání a výzkum jsou teprve v začátcích, určitý potenciál však vykazují – Sand play, ICBT, ACT, DBT aj. Nedošlo k jejich podrobnějšímu rozpracování z důvodu omezeného rozsahu diplomové práce. Zvažuji však jejich podrobnější rozpracování v práci rigorózní. Práce poukázala také na možné využití moderních technologií, které nabyly na své užitečnosti obzvláště v období koronavirové epidemie. Jejich využití v různých formách by mohlo být potenciálním dočasným řešením pro rodiny, kterým se z kapacitních či jiných důvodů nedostává adekvátní péče. Je však nutno brát v potaz nevýhody, které jsou s nimi spojené. Práce poukazuje také na oblasti, v rámci kterých je v souvislosti s danou problematikou v českém prostředí prostor pro odbornou činnost – překlad a standardizace dotazníků a škál, překlad odborné literatury a pracovních sešitů, skupinové terapie, překlad počítačových programů atd. Poznátky uvedené v práci se mohou stát inspirací

pro budoucí výzkum v ČR. Mohou mít také informační hodnotu pro odborníky, ale i další jedince, kterých se problematika OCD u dětí a dospívajících týká (rodiče dětí s OCD apod.).

Přínosem výzkumné části je nahlédnutí do praxe. Tedy porozumění tomu, jak vypadá farmakoterapeutická a psychoterapeutická práce s dětmi s OCD v ČR. Kromě toho výzkumná část přispěla poznatky, které by spolu s informacemi uvedenými v literárně přehledové části mohly do budoucna sloužit jako podněty pro zkvalitnění péče o děti s OCD a jejich rodiny v ČR. Jsem si vědoma, že současná situace neumožňuje následovat zahraniční metody a formy péče stejně jako doporučení respondentů v plném rozsahu. Vypracovala jsem proto několik návrhů uvedených v subkapitole 7.2, které by mohly být v současné době realizovatelné. Také považuji za podstatné zmínit, že cestou ke zkvalitnění péče by mohl být zisk finančního příspěvku pro vykonávání výzkumné činnosti od IOCDF, který by, dle mého názoru, mohl být poskytnut i odborníkům z České republiky.

Výzkumná zjištění do určité míry odpovídala poznatkům uvedeným v literárně přehledové části. Například základní struktura terapie, na které se shodovala většina respondentů, z velké části odpovídala struktuře uvedené v manuálu od Franklina et al. (2019). Také bylo zjištěno, že někteří respondenti upřednostňují a aplikují jiný přístup, než ve kterém mají absolvovaný psychoterapeutický výcvik, podobně jako tomu bylo deklarováno ve výzkumu od Valderhauga et al. (2004). Respondenti hovořili o faktorech, které dle jejich názoru ovlivňují efekt léčby. Faktory, které zmínili, většinou odpovídaly faktorům, které byly identifikovány ve výzkumech od Garcia et al. (2010), Torpa, Dahl, Skarphedinssona, Comptona et al. (2015) a Merlo et al. (2010). Respondenti však kladli menší důraz na problematiku výskytu komorbidních onemocnění a vlivu závažnosti symptomů. Naopak uvedli i další faktory, které mohou efektivitu terapie ovlivňovat – rodinné a výchovné aspekty, počet navštívených terapeutů. Někteří respondenti považovali nižší věk za faktor komplikující zprostředkování efektivní terapie. Což je v rozporu s poznatkami od Torpa, Dahl, Skarphedinssona, Comptona et al. (2015), kteří nižší věk hodnotí jako faktor pozitivní. Poznatky ohledně užívání farmakoterapeutických postupů se též shodovaly s teoretickými poznatkami – dochází primárně k předepisování SSRI antidepresiv, někdy k antipsychotikům. Stejně jako ve výzkumném zjištění Lewina et al. (2014) se respondenti setkávají s odporem rodičů k medikaci, nikoli však ve všech případech. Techniky, které respondenti využívají, byly z velké části zmíněny v literárně přehledové části. Respondenti však kladli větší důraz na potřebu hry a tvůrčí činnosti. Vyskytlo se také téma zaměření se na sebevědomí dítěte a práce s životním kontextem. Respondenti upozornili na podobné limity v systému péče o děti s OCD, jako ty, které byly uvedeny ve třetí kapitole

literárně přehledové části. Primárně byl zmiňován nedostatek pedopsychiatrů, kvalifikovaných dětských psychoterapeutů a dětských klinických psychologů, což dle jejich slov má za následek pozdní diagnostiku a absenci včasné léčby. Co se týče dalších poznatků získaných v rámci výzkumu, je zde problematické srovnat je s jinými studiemi, jelikož jsem studie podobného zaměření nedohledala.

Kromě poznatků, které se shodovaly s informacemi uvedenými v literárně přehledové části, přinesl výzkum i poznatky nové, které v literárně přehledové části zmíněné nebyly. Což je ve výsledcích analýzy patrné. Jako příklad mohu uvést získání informací o tom, jaké techniky jsou realizovány napříč terapeutickými přístupy – externalizace, ERP, písčoviště atd.

### **7.1 Limity výzkumu a doporučení pro budoucí výzkum**

Ačkoli s sebou kvalitativní design nese mnoho výhod a tematické zaměření výzkumu je v mnoha ohledech přínosné, je nutné reflektovat jejich nevýhody a limity. Jednou z nevýhod je vliv subjektivity výzkumníka. Ta byla do výzkumu vnesena jednak při sběru dat, tak v rámci jejich zpracování. Za nevýhodu daného designu lze považovat také to, že neumožňuje získaná data generalizovat. Dalším limitem prezentovaného výzkumu je jednostranný pohled na zkoumanou problematiku. Přínosné by bylo hovořit o daném tématu nejen s odborníky, ale také s jejich klienty. Což z důvodu zachování diskrétnosti nebylo možné. Respondenti nesouhlasili s předáním kontaktu na jejich klienty, ani s tím, že by jim účast ve výzkumu nabídli osobně. Přímo v souvislosti s tímto konkrétním výzkumem považuji za nevýhodu nemožnost brát v potaz limity a doporučení předchozích výzkumů zabývajících se danou problematikou, jelikož žádný podobný výzkum nebyl doposud realizován.

Vzhledem k tématu výzkumu a výzkumným otázkám byla nutná určitá úroveň redukcionismu. Nebylo možné zmapovat komplexně celý proces terapie dětí s OCD. Je nutné reflektovat, že se terapie může napříč prací s různými klienty odlišovat. Výsledky jsou tedy spíše zjednodušeným pohledem do praxe, nalezením společných bodů mezi respondenty nežli komplexním popisem procesu léčby. Tvoří základ k dalšímu zkoumání.

Dalším limitem je způsob výběru respondentů, tedy nepravděpodobnostní záměrný výběr, což mohlo do určité míry způsobit zkreslení výsledného pohledu na danou problematiku. Limitující je také složení výzkumného souboru. Soubor nezahrnoval zástupce dalších psychoterapeutických směrů, jako je například integrativní psychoterapie, logoterapie aj. Psychoterapeutické směry nebyly v rámci vzorku zastoupeny rovnoměrně. To, že byli do výzkumného souboru zahrnuti respondenti z různých míst České republiky, s různými

psychoterapeutickými výcviky a různými povoláními, vneslo do výzkumu heterogenitu, a díky tomu rozmanitost výpovědí, zkušeností, pohledů. Bylo by však možné namítnout, že výsledný pohled je až příliš široký a absentuje koherentní souhrnný výsledek.

Do výzkumu mohlo vstoupit mnoho dalších nežádoucích proměnných. Mohla to být například neochota respondentů sdělit pravdivé informace. Je možné, že by v rámci anonymního dotazníkového šetření sdělili informace jiné než v rámci přímého rozhovoru. Vliv mohla mít také přítomnost nahrávacího zařízení. Výpovědi dále mohl ovlivnit aktuální fyzický a duševní stav respondenta, situační faktory, motivační faktory aj. Nutno zmínit, že nebylo možné zajistit v rámci všech rozhovorů identické podmínky, tj. stejné prostory, denní dobu, formu rozhovoru (tváří v tvář vs online) aj.

Metoda analýzy dat, tedy tematická analýza, s sebou nese mnoho výhod. Je to hlavně její již zmíněná flexibilita, tedy uplatnitelnost v širokém spektru výzkumných témat, nebo možnost zařadit do výsledné analýzy výpověď, která není ve vzorku široce zastoupena, avšak je v daném kontextu přínosná. Za limit tematické analýzy lze považovat fakt, že její výsledky poskytují spíše popis dat nežli jednotný výsledek. Nebo také to, že na její přesné podobě a postupu nepanuje všeobecná shoda. Tím pádem může být pro výzkumníka náročnější daný přístup aplikovat.

Co se týče doporučení pro budoucí výzkum, jednou z možností je realizace kvantitativního výzkumného šetření. Mohlo by se jednat například o dotazníkové šetření, které by mapovalo přibližný počet dětí s OCD vyskytujících se v péči psychiatrů a psychologů. Také by bylo zajímavé zjistit, jaké je rozložení dětí s OCD napříč psychologickou péčí různých směrů. Dále by mohlo dojít pomocí dotazníku k ověření či doplnění získaných kvalitativních dat. Ve výpovědích respondentů se objevilo tvrzení, že se setkávají ze strany psychologů s odmítáním dětí s OCD. Bylo by zajímavé zjistit, proč daní psychologové s dětmi s OCD nechtějí pracovat. V rámci budoucího výzkumu by dále bylo přínosné zaměřit se prospektivně na klienty odborníků zastupujících jednotlivé psychologické směry. Vzhledem k tomu, že výzkumy efektivity terapie OCD u dětí existují především v souvislosti KBT a farmakoterapií, prospektivní studie by mohla přinést preliminární informace o efektivitě jiných psychologických směrů. Zároveň by bylo zajímavé zjistit, jak dlouho redukováná symptomatika u dětí přetrvává. Mohlo by tak například dojít k ověření či popření argumentu, že hlubinně zaměřené směry vedou k dlouhodobějšímu zlepšení oproti směrům orientovaným na redukci symptomů.



V rámci budoucího výzkumu by též mohlo dojít k rozšíření výzkumného souboru a zaměření se podrobněji na konkrétní psychoterapeutický přístup. Případně k rozdělení výzkumného souboru dle toho, zda se daný odborník orientuje spíše na redukci symptomů nebo na zjištění příčiny a životní kontext dítěte. Také by bylo zajímavé zaměřit se podrobněji na to, zda se v některých oblastech liší výpovědi odborníků ze soukromého a státního sektoru. V neposlední řadě by bylo přínosné doplnit výpovědi odborníků výpověďmi dětí a jejich rodičů.

## **7.2 Návrh na zlepšení péče o děti s OCD v ČR**

Na základě informací uvedených v literárně přehledové části a na základě poznatů odborníků získaných v rámci výzkumného šetření jsem zformulovala návrhy, jejichž realizace by mohla přispět ke zvýšení kvality a dostupnosti péče dětem s OCD a jejich rodinám. Snažila jsem se doporučení volit a formulovat tak, aby byla v českém prostředí potenciálně realizovatelná. Jedná se pouze o návrhy, které by následně bylo třeba více specifikovat a vzít do úvahy možné přínosy, ale také nástrahy.

### **Seznam psychoterapeutů pracujících s problematikou OCD u dětí**

Někteří respondenti reportovali, že se setkávají ze strany některých psychoterapeutů s odmítáním dětí a dospívajících s OCD. Nebyly tím míněny kapacitní důvody, ale odmítání pracovat specificky s tímto typem klientů. Několikanásobné odmítnutí může mít vliv na snížení motivace rodin vyhledávat odpovídající léčbu. Také samotná orientace ve velkém množství odborníků na internetu může být pro rodiče komplikovanou. Na základě tohoto faktu, ale i podnětu ze strany dvou respondentů, by mohla ke zkvalitnění péče přispět existence seznamu psychoterapeutů, kteří by dítě s OCD přijali do péče. Rodiče by tak přímo mohli kontaktovat psychoterapeuta, který se k práci s tímto typem klientů cítí kompetentní. Což by u rodin vedlo k přesnému nasměrování, a tedy i ušetření času.

### **Specializované centrum**

Velký přínos by měla existence centra, v rámci kterého by se sdružovali odborníci na léčbu OCD. Inspirací pro tento podnět mi byla centra existující v USA, ale také v jiných zemích (např. Austrálie, Kanada). Tento podnět byl též předmětem dvou rozhovorů v rámci výzkumu, jenž je součástí této diplomové práce. Podoba centra by mohla být různá. Klíčová by však byla přítomnost odborníků, kteří pracují s problematikou OCD u dětí na jednom místě. V ideálním případě by se jednalo o psychoterapeuty i dětské psychiatry, což se však vzhledem k nedostatku pedopsychiatrů v současné době jeví jako méně reálná varianta. Možností by však mohlo být,

vzhledem k úzké specializaci, to, že by centrum operovalo například pouze jeden den v týdnu. V jeho rámci by mohly být kromě individuálních psychoterapií poskytovány i psychoterapie skupinové jak pro děti, tak pro rodiče. Ideální by bylo, kdyby se jednalo přímo o instituci zaštitěnou organizací (po vzoru IOCDF), která by kromě toho vyvíjela další aktivity týkající se dané problematiky. Například zaštitění letních táborů pro děti s OCD, workshopy, internetové poradenství apod.

### **Internetová stránka**

Velkým přínosem by nepochybně byla internetová stránka obsahující relevantní informace týkající se problematiky OCD u dětí. Dle výsledků americké studie získává většina rodičů informace ohledně volby léčebného postupu na internetu (Lewin et al., 2014). Po vzoru internetové stránky IOCDF by tato stránka mohla obsahovat základní teoretické informace psané jazykem, kterému by porozuměla laická veřejnost. Tedy informace o tom, co OCD je, jak se u dětí projevuje, jak je častá, co mohou rodiče pro své dítě udělat, jaké metody léčby existují a kde je hledat. Dále by mohla obsahovat odkazy na české a zahraniční knihy, videa, internetové stránky, které se dané problematiky týkají. Mohla by obsahovat také fórum, kde by se rodiče dětí s OCD, případně děti samotné, sdružovali a kde by mohli veřejně či neveřejně pokládat dotazy. Jak uvedla matka dívky s OCD, kterou jsem zmínila v úvodu práce, komunikace s rodinami v podobné situaci jí pomohla nejen sehnat odborníka na léčbu, ale také získat podporu od někoho, kdo se potýká s podobným problémem. Daná stránka by mohla též sloužit jako platforma propojující odborníky, kteří se dané problematice věnují. Případně jako zdroj informací o konferencích a workshopech na dané téma, které se pořádají v zahraničí.

### **Literatura**

Jak jsem v práci opakovaně zmiňovala, v České republice téměř absentuje literatura týkající se problematiky OCD u dětí a dospívajících. Což bylo reflektováno téměř všemi účastníky výzkumu. Na základě toho musím konstatovat, že by ke zkvalitnění péče přispěly v češtině psané materiály buďto originální, popřípadě přeložené z anglického jazyka. Mohlo by se jednat o knihy či pracovní sešity určené dětem s OCD a jejich rodičům. Svůj přínos by měly také obsáhlejší informační brožury, které by mohly být k dostání pro případ potřeby v pedopsychiatrických, psychologických a psychoterapeutických pracovnách. Respondenti v rámci rozhovorů reportovali, že by přítomnost takových brožur ve své pracovně ocenili. Dané brožury by mohly být k dostání také v prostorách škol, například u tamějších školních

psychologů. Vytvoření obsáhlejší informační brožury by mohlo být součástí rigorózní práce, kterou bych na práci diplomovou ráda navázala.

Domnívám se, že vytvoření literárních zdrojů v českém jazyce, které by se týkaly OCD u dětí a dospívajících, by mohlo být jednou z cest, jak zvýšit povědomí populace o dané problematice. Stejně tak by rodiče a děti, kterých se problematika OCD týká, měli k dispozici více relevantních zdrojů v mateřském jazyce. Nabízela by se zde argumentace, že lze čerpat z literatury o OCD u dospělých, které je znatelně více. Myslím si však, že výskyt této poruchy u dětí má mnoho specifik, které v literatuře týkající se dospělé populace zachycené nejsou. Kromě literatury si myslím, že by mohlo přispět natočení krátkých informačních videí, které by byly snadno dostupné na platformě YouTube.

### **Školení**

Někteří respondenti zmínili, že postrádají dostatečnou edukaci školních psychologů, psychologů v pedagogicko-psychologických poradnách a učitelů na to, aby byli schopni zachytit symptomy OCD u žáků a odkázat je na adekvátního odborníka. Řešením by kromě existence v češtině psaných příruček a jiné literatury mohla být jim určená školení. Daná školení by mohla být zaměřena buďto specificky na OCD, případně na širší rozsah psychických onemocnění.

### **Škály a dotazníky**

V literárně přehledové části práce jsem zmínila, že v českém prostředí neexistuje dotazník či škála zjišťující závažnost symptomatiky OCD u dětí ani související problematiku (FA apod.). V zahraničí je podobných dotazníků a škál mnoho. Otevírá se zde tedy určitý prostor pro výzkumnou činnost ve formě oficiálního překladu a standardizace zahraničních dotazníků/škál. Dle mého názoru by mělo primárně dojít k překladu CY-BOCS. Existence škál by mohla pomoci objektivizovat získaná data v rámci diagnostické rozvahy, monitorovat efekt terapie v praxi, případně by jejich existence mohla nalézt uplatnění v rámci potenciálních výzkumů týkajících se problematiky OCD u dětí. Dotazníky zaměřující se například na funkční narušení rodiny v důsledku OCD u dítěte by mohly odborníkům umožnit hlubší nahlédnutí do života klienta, a na základě toho uzpůsobit užívané intervence.

## **Konference**

V průběhu realizace výzkumného šetření jsem zjistila, že se s problematikou OCD u dětí a dospívajících v praxi běžně potýkají jak pedopsychoiatri, tak psychologové, ale i psychoterapeuti s nepsychologickým vzděláním. Svůj přínos by mohla mít konference na téma OCD u dětí, kde by odborníci mohli diskutovat své případy a vzájemně se informovat o způsobech práce s tímto typem klientů. Také by díky ní došlo k propojení odborníků napříč psychoterapeutickými přístupy a povoláními.

## **Zvýšení počtu odborníků**

Ačkoli se jedná o velmi ambiciózní cíl, ke zlepšení kvality péče by pomohlo zvýšení počtu odborníků pracujících s dětmi a dospívajícími s OCD. Vyšší počet pedopsychoiatri, dětských klinických psychologů a dětských psychoterapeutů by rozšířil kapacity, a tím umožnil včasnější a rozsáhlejší péči dětem a dospívajícím s OCD. Nedostatek těchto odborníků je však dlouhodobějším problémem, který přesahuje problematiku OCD u dětí a je na něj upozorňováno jak v odborných kruzích, tak v kruzích laické veřejnosti. Jak bylo zmíněno v literárně přehledové části, částečným řešením by mohlo být zlepšení platových podmínek a zkrácení předatestační přípravy u pedopsychoiatri a dětských klinických psychologů.

## Závěr

Předložená diplomová práce byla zaměřena na léčebné metody obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí a dospívajících. Literárně přehledová část byla rozdělena do tří hlavních kapitol a zahrnovala jak teoretické poznatky, tak výsledky výzkumů na dané téma. První kapitola se zabývala obecnými informacemi, které se týkají OCD u dětí a dospívajících. Došlo k popisu symptomů, etiologie, diagnostiky, funkčních dopadů. Druhá, stěžejní kapitola byla zaměřena na léčebné metody. Důraz byl kladen především na evidence-based přístupy – KBT a farmakoterapii. Dále došlo k popisu možného využití jiných psychoterapeutických přístupů, alternativních přístupů a metod, které mohou podpořit průběh léčby. Třetí kapitola byla zaměřena na popis situace v České republice ve vztahu k léčbě dětí s OCD, což bylo následně dáno do kontrastu s možnostmi, které se v souvislosti s léčbou OCD u dětí vyskytují v USA.

Poznatky uvedené v literárně přehledové části byly čerpány především ze zahraniční literatury, jelikož se dané téma v české odborné literatuře vyskytuje minimálně. Bylo cíleno na to, aby došlo v maximální možné míře k využití literatury specificky zaměřené na OCD u dětí a dospívajících, aby se práce stala co nejpřínosnější.

Cílem výzkumné části práce bylo získání vhledu do průběhu léčby OCD u dětí a dospívajících v ČR. Hlavní výzkumná otázka cílila na zjištění, jak odborníci v českém prostředí pracují s dětmi a dospívajícími s OCD. Kromě toho výzkumné otázky cílily na zjištění, jaký léčebný přístup považují odborníci za vhodný a jaké limity v souvislosti s péčí o děti s OCD v ČR vnímají. Výzkum byl kvalitativního charakteru. Výzkumný vzorek tvořilo 5 pedopsychiatrů a 7 psychologů s vlastní psychoterapeutickou praxí. Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Pro analýzu dat byla využita metoda tematické analýzy. V rámci analýzy dat se vykryštovala 4 ústřední témata: proces léčby dětí s OCD, faktory ovlivňující léčebný proces, přesvědčení týkající se nejlepšího léčebného přístupu, limitující faktory.

Hlavní výzkumná zjištění byla následující. Všichni respondenti reportovali tuto strukturu terapeutického procesu při práci s dítětem s OCD: objednání dítěte, mapování, psychoedukace, aplikace psychoterapeutických technik, případně farmak, monitoring efektu poskytované léčby, ukončení terapie na základě dosažení předem stanoveného cíle. Preferovaným léčebným přístupem OCD u dětí byla jednoznačně psychoterapie, kterou je zapotřebí v případě závažnější symptomatiky podpořit farmakoterapií. Přesvědčení ohledně vhodného psychoterapeutického přístupu byla různorodá. Jako léky první volby pro zmírnění příznaků OCD a pro podporu psychoterapeutického procesu byla jednoznačně zmiňována antidepresiva ze skupiny SSRI,

v případně závažnější symptomatiky dochází k podpoře antipsychotiky. Mezi nejčastěji zmiňované a využívané psychoterapeutické techniky patřily ERP, externalizace, hrové a kreativní techniky různé formy. Dále využití domácích úkolů týkajících se pozorování obsesí a kompulzí, případně tréninku expozic. Byla zdůrazňována nezbytnost zapojení rodičů do terapeutického procesu. Nejčastěji zmiňovanými faktory, které ovlivňují průběh a efektivitu poskytované terapie, byla motivace dítěte, family accommodation, rodinné a výchovné aspekty, věk dítěte. Za hlavní limity v souvislosti s péčí o děti s OCD v ČR respondenti považovali nedostatek pedopsychiatrů a kvalifikovaných dětských psychoterapeutů, nízkou informovanost o problematice OCD u dětí ve společnosti, nedostatek literatury týkající se daného tématu. Dále byla zmiňována potřeba zvýšení kvality a dostupnosti hospitalizace pro děti s OCD a rozšíření možností podpory pro děti a rodiny, které se s daným problémem potýkají.

Na základě výzkumných zjištění a poznatků uvedených v literárně přehledové části byly vypracovány návrhy, jejichž uskutečněním by potenciálně mohlo dojít ke zkvalitnění péče o děti a dospívající s OCD v ČR. Také došlo k vypracování informační brožury určené primárně rodičům dětí, které se potýkají se symptomy OCD.

## Seznam použité literatury

- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 36*(1), 55–63. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80054-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80054-1)
- Abramson, A. (2022, 1. ledna). Children's mental health is in crisis. *Monitor on Psychology, 53*(1). <https://www.apa.org/monitor/2022/01/special-childrens-mental-health>
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2019, duben). Workforce Issues. [https://www.aacap.org/aacap/Resources\\_for\\_Primary\\_Care/Workforce\\_Issues.aspx](https://www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Workforce_Issues.aspx)
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (n.d.). Frequently asked questions. [https://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Resource\\_Centers/Obsessive\\_Compulsive\\_Disorder\\_Resource\\_Center/FAQ.aspx#question5](https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Resource_Centers/Obsessive_Compulsive_Disorder_Resource_Center/FAQ.aspx#question5)
- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association (7th Ed.)*. American Psychological Association.
- Aspvall, K., Andrén, P., Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., & Serlachius, E. (2018). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for young children with obsessive-compulsive disorder: development and initial evaluation of the BIP OCD Junior programme. *BJPsych open, 4*(3), 106–112. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.10>
- Aspvall, K., Lenhard, F., Serlachius, E., & Mataix-Cols, D. (2019). New technologies to deliver CBT for young children with obsessive-compulsive disorder. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 348–364). Cambridge University Press.
- Banting, R., & Lloyd, S. (2017). A case study integrating CBT with narrative therapy externalizing techniques with a child with OCD: How to flush away the Silly Gremlin. A single-case experimental design. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing, 30*(2), 80–89. <https://doi.org/10.1111/jcap.12173>
- Beig, I., Döpfner, M., Goletz, H., Plück, J., Dachs, L., Kinnen, C., & Walter, D. (2017). Alltagswirksamkeit kognitiver verhaltenstherapie bei kindern und jugendlichen mit zwangsstörungen in einer ausbildungsambulanz [Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorders treated in an outpatient clinic]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 45*(3), 219–235. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000416>
- Berg, C. J., Rapaport, J. L., & Flament, M. (1986). The Leyton Obsessional Inventory-Child Version. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25*(1), 84–91. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60602-6](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60602-6)
- Bergman, R. L., & Rozenman, M. (2019). New wave therapies for pediatric OCD. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 506–521). Cambridge University Press.

- Berman, A. I. (2019). *The use of somatic experiencing in the treatment of an adolescent with trauma-based obsessive-compulsive disorder* [Disertační práce]. University of Johannesburg.
- Boddy, C. R. (2016). Sample size for qualitative research. *Qualitative Market Research*, 19(4), 426–432. <https://doi.org/10.1108/QMR-06-2016-0053>
- Bohm, K. R. (2019). EMDR's efficacy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 333–336. <https://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.333>
- Böhm, K., & Volderholzer, U. (2010). Use of EMDR in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case series. *Verhaltenstherapie*, 20, 175–181. <https://doi.org/10.1159/000319439>
- 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, and Allied Disciplines*, 52(12), 1269–1278. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02419.x>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage.
- Bryan, W., & Ryan, K. (2019). *Stand up to OCD!*. Jessica Kingsley Publishers.
- Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J., Van Noppen, B. L., & Price, L. H. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: Instrument development and assessment of family behavior. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(10), 636–642. <https://doi.org/10.1097/00005053-199910000-00008>
- Carr, A. (1998). Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20, 485–503. <https://doi.org/10.1023/A:1021680116584>
- Cuijpers, P., Veen, S., Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 49(3), 165–180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>
- Cusimano, A. (2018). EMDR in the treatment of adolescent obsessive-compulsive disorder: A case study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(4), 242–252. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.242>
- Český rozhlas (2021, 14. září.). Psychiatr Höschl: Dětských psychiatrů je jako šafránu. Poptávka po nich ale nesmírně vzrostla [audio podcast]. <https://dvojka.rozhlas.cz/psychiatr-hoschl-detskych-psychiatru-je-jako-safranu-poptavka-po-nich-ale-8575555#volume>



- De Nadai, A. S., Storch, E. A., McGuire, J. F., Lewin, A. B., & Murphy, T. K. (2011). Evidence-based pharmacotherapy for pediatric obsessive-compulsive disorder and chronic tic disorders. *Journal of Central Nervous System Disease*, 3, 125–142. <https://doi.org/10.4137/JCNSD.S6616>
- Dembo J. S. (2014). "The ickiness factor:" Case study of an unconventional psychotherapeutic approach to pediatric OCD. *American journal of psychotherapy*, 68(1), 57–79. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.1.57>
- Derisley, J., Heyman, I., Robinson, S., & Turner, C. (2008). *Breaking Free from OCD*. Jessica Kingsley Publishers
- Diallo, K. (2017). Žák s obsedantně-kompulzivní poruchou. *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání*, 7(2), 7–25. <https://doi.org/10.11118/lifele201707027>
- Dyason, K. M., Farrell, L. J., & Waters, A. M. (2019). Innovations in treating OCD: Brief, intensive treatments. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 392–406). Cambridge University Press.
- Farrell, L. J., Oar, E. L., Waters, A. M., McConnell, H., Tiralongo, E., Garbharran, V., & Ollendick, T. (2016). Brief intensive CBT for pediatric OCD with e-therapy maintenance. *Journal of anxiety disorders*, 42, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.005>
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Portál.
- Fiala, O. (2011). Tiky a Touretteův syndrom. *Neurologie pro praxi*, 12(1), 18–21.
- Fitzgibbons, L., & Pedrick, Ch. (2003). *Helping your child with OCD*. New Harbinger Publications.
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., Walter, S., & Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 764–771. <https://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00018>
- Foa, E. B., Coles, M., Huppert, J. D., Pasupuleti, R. V., Franklin, M. E., & March, J. (2010). Development and validation of a child version of the Obsessive Compulsive Inventory. *Behavior Therapy*, 41(1), 121–132. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.02.001>
- Franklin, M. E., Freeman, J. B., & March, J. S. (2019). *Treating OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral approach*. The Guilford Press.
- Franklin, M. E., Kratz, H. E., Freeman, J. B., Ivarsson, T., Heyman, I., Sookman, D., McKay, D., Storch, E. A., & March, J. (2015). Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Empirical review and clinical recommendations. *Psychiatry Research*, 227(1), 78–92. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.009>
- Franklin, M. E., Sapyta, J., Freeman, J. B., Khanna, M., Compton, S., Almirall, D., Moore, P., Choate-Summers, M., Garcia, A., Edson, A. L., Foa, E. B., & March, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: The pediatric OCD treatment study II (POTS II) randomized controlled trial. *JAMA*, 306(11), 1224–1232. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1344>

- Franklin, M., Foa, E., & March, J. S. (2003). The pediatric obsessive-compulsive disorder treatment study: Rationale, design, and methods. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *13*(1), 39–51. <https://doi.org/10.1089/104454603322126331>
- Fylan, F. (2005). Semi-structured interviewing. In J. Miles & P. Gilbert (Eds.), *A handbook of research methods for clinical and health psychology* (s. 65–78). Oxford University Press.
- Gallant, J., Storch, E. A., Valderhaug, R., & Geffken, G. R. (2007). School psychologists' views and management of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, *22*(2), 205–218. <https://doi.org/10.1177/0829573507306448>
- Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. B. (2010). Predictors and moderators of treatment outcome in the pediatric obsessive compulsive treatment study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*(10), 1024–1033. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.06.013>
- Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *The Psychiatric Clinics of North America*, *29*(2), 353–370. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.012>
- Geller, D. A., & March, J. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(1), 98–113. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.09.019>
- Geller, D. A., Biederman, J., Stewart, S. E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T., & Faraone, S. V. (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *160*(11), 1919–1928. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.1919>
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., & Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *37*(4), 420–427. <https://doi.org/10.1097/00004583-199804000-00020>
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., Bahraini, S., Keshavarzi, Z., Firoozabadi, A., & Alavi, S. A. (2017). Efficacy of N-acetylcysteine augmentation on obsessive compulsive disorder: A multicenter randomized double blind placebo controlled clinical trial. *Iran Journal of Psychiatry*, *12*(2), 134–141.
- Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie*. Grada.
- Gold-Steinberg, S., & Logan, D. (1999). Integrating play therapy in the treatment of children with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Orthopsychiatry* *69*(4), 495–503. <https://doi.org/10.1037/h0080397>
- Goodman, W. K., Grice, D., Lapidus, K. A. B., & Coffey, B. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *37*(3), 257–267. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.06.004>

- Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T., & Apter, A. (2004). Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *45*(3), 192–1988. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.02.010>
- Grant, P. J., Joseph, L. A., Farmer, C. A., Luckenbaugh, D. A., Lougee, L. C., Zarate, C. A. Jr., & Swedo, S. E. (2014). 12-week, placebo-controlled trial of add-on riluzole in the treatment of childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, *39*(6), 1453–1459. <https://doi.org/10.1038/npp.2013.343>
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. Sage Publications.
- Greenberg, E. L., & Geller, D. A. (2019). Phenomenology and standard care of OCD in children and adolescents. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 289–312). Cambridge University Press.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Portál
- Heyman, I. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *The British Journal of Psychiatry*, *179*(4), 324–329. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.4.324>
- Højgaard, D. R. M. A., Skarphedinsson, G., Ivarsson, T., Weidle, B., Nissen, J. B., Hybel, K. A., Torb, N. Ch., Melin, K., & Thomsen, P. H. (2019). Hoarding in children and adolescents with obsessive–compulsive disorder: Prevalence, clinical correlates, and cognitive behavioral therapy outcome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(8), 1097–1106. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-019-01276-x>
- Howitt, D. (2016). *Introduction to qualitative research methods in psychology*. Pearson.
- Hudak, R. (2011). Introduction to obsessive-compulsive disorder. In R. Hudak & D. D. Dougherty (Eds.), *Clinical obsessive-compulsive disorders in adults and children* (s. 1–19). Cambridge University Press.
- Huebner, D. (2007). *What to do when your brain gets stuck*. American Psychological Association.
- Chansky, T. E. (2000). *Freeing your child from obsessive-compulsive disorder*. Three Rivers Press.
- Chowdhury, M. H., Mullick, M. S., & Arafat, S. M. (2016). Clinical profile and comorbidity of obsessive-compulsive disorder among children and adolescents: A cross-sectional observation in Bangladesh. *Psychiatry Journal*, *2016*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2016/9029630>
- Ierodiakonou, C. S., & Ierodiakonou-Benou, I. (1997). Short-term psychoanalytic psychotherapy with obsessive preadolescents. *American journal of psychotherapy*, *51*(4), 569–579. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1997.51.4.569>

- Jans, T., Wewetzer, Ch., Klampfl, K., Schulz, E., Herpertz-Dahlmann, B., Remschmidt, H., & Warnke, A. (2007). Phänomenologie und komorbidität der zwangsstörung bei kindern und jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35(1), 41–50. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.35.1.41>
- Jirků, L. S. (2018). *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících*. Pasparta.
- Karush, R. K. (1998) The use of dream analysis in the treatment of a nine-year-old obsessional boy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 53(1), 199–211. <https://doi.org/10.1080/00797308.1998.11822483>
- Kennan, P., Farrell, D., Kennan, L., & Ingham, C. (2018). Treating obsessive compulsive disorder (OCD) using eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) therapy: An ethno-phenomenological case series. *International Journal of Psychotherapy*, 22(3), 74–91.
- Kocourková, J. (2006). Obsedantně-kompulzivní porucha. In P. Říčan & D. Krejčířová, (Eds.), *Dětská klinická psychologie* (s. 230–233). Grada.
- Kotapati, V. P., Khan, A. M., Dar, S., Begum, G., Bachu, R., Adnan, M., Zubair, A., & Ahmed, R. A. (2019). The effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors for treatment of obsessive-compulsive disorder in adolescents and children: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*, 10, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00523>
- Kratochvíl, S. (2012). *Psychoterapie*. Portál.
- Krebs, G., & Heyman, I. (2015). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 100(5), 495–499. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306934>
- Krejčířová, D. (2001). Neurotické a emoční poruchy. In M. Svoboda (Ed.), D. Krejčířová, & M. Vágnerová, *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (s. 580–616). Portál.
- Lafleur D. L., Petty, C., Mancuso, E., McCarthy, K., Biederman, J., Faro, A., Levy, H. C., & Geller, D. A. (2011). Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Is there a link? *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 513–519. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.005>.
- Laforest, M., Bouchard, S., Bossé, J., & Mesly, O. (2016). Effectiveness of in virtuo exposure and response prevention treatment using cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A study based on a single-case study protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 7(99), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00099>
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Portál.
- Lebowitz, E. R. (2021). *Breaking free of child anxiety and OCD*. Oxford University Press.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, 12(2), 229–238. <https://doi.org/10.1586/ern.11.200>

- Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Rück, C., Vigerland, S., Högström, J., Hillborg, M., Brander, G., Ljungström, M., Ljótsson, B., & Serlachius, E. (2017). Therapist-guided, internet-delivered cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *56*(1), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.09.515>
- Lewin, A. B. (2019). Evidence-based assessment of child obsessive-compulsive disorder (OCD). In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 313–331). Cambridge University Press.
- Lewin, A. B., McGuire, J. F., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Editorial Perspective: The importance of considering parent's preferences when planning treatment for their children - the case of childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*(12), 1314–1316. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12344>
- Malá, E. (2000). Obsedantně-kompulzivní porucha. In V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, & E. Malá (Eds.), *Dětská a adolescentní psychiatrie* (228–234). Portál.
- Malá, E. (2013). Psychofarmaka v pedopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*, *14*(3), 106–110.
- Malá, K. (n.d.). *Dětská klinická psychologie – informace*. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/klinicka-psychologie/detska-klinicka-psychologie-informace>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative health research*, *26*(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- March, J. S. (2007). *Talking back to OCD*. The Guilford Press.
- March, J. S., Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*. The Guilford Press.
- Marsden, Z., Lovell, K., Blore, D., Ali, S., & Delgadillo, J. (2017). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *5*(1), 10–18. <https://doi.org/10.1002/cpp.2120>
- Mašková, V. (2020). *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou pohledem rodičů* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/119221/130278088.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Matta, R. M., & Ramos, D. G. (2020). The application of sandplay therapy in children with obsessive compulsive disorder. *Psychologia*, *62*, 106–125. <https://doi.org/10.2117/psysoc.2020-B009>
- Mazzoni, G. P., Pozza, A., La Mela, C., & Fernandez, I. (2017). CBT combined with EMDR for resistant refractory obsessive-compulsive disorder report of three cases. *Clinical Neuropsychiatry*, *14*(5), 345–356.

- McBain, R. K., Kofner, A., Stein, B. D., Cantor, J. H., Vogt, W. B., & Yu, H. (2019). Growth and Distribution of Child Psychiatrists in the United States: 2007-2016. *Pediatrics*, *144*(6), Article e20191576. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1576>
- McGehee, R. H. (2005). Child psychoanalysis and obsessive-compulsive symptoms: The treatment of a ten-year-old boy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *53*(1), 213–237. <https://doi.org/10.1177/00030651050530011301>
- McGrath, C. A., & Abbott, M. J. (2019). Family-based psychological treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents: A meta-analysis and systematic review. *Clinical Child Family Psychology Review*, *22*(4), 478–501. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00296-y>
- McKay, D., Abramowitz, J., & Storch, E. (2019). *Ineffective and potentially harmful psychological interventions for obsessive-compulsive disorder*. International OCD foundation. <https://iocdf.org/expert-opinions/ineffective-and-potentially-harmful-psychological-interventions-for-obsessive-compulsive-disorder/>
- Melicharová, H., Klímová, L., Jarkovský, J., & Soukupová, J. (2021a). *Psychiatrická péče 2020 zdravotnická statistika*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. <https://www.uzis.cz/res/f/008375/psych2020.pdf>
- Melicharová, H., Klímová, L., Jarkovský, J., & Soukupová, J. (2021b). *Psychiatrická péče 2019 zdravotnická statistika*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. <https://www.uzis.cz/res/f/008348/psych2019.pdf>
- Merlo, L. J., Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., & Geffken, G. R. (2010). Cognitive-behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Cognitive Behaviour Therapy*, *39*(1), 24–27. <https://doi.org/10.1080/16506070902831773>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (n.d.). *Co je to „off-label“ použití registrovaných léčivých přípravků?*. Národní zdravotnický informační portál. <https://www.nzip.cz/clanek/305-co-je-to-off-label-pouziti-registrovanych-lecivych-pripravku>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Morgan, J., Caporino, N. E., De Nadai, A.S., Truax, T., Lewin, A. B., Jung, L., Park, J. M., Khan, Y. A., Mutphy, T. K., & Storch, E. A. (2013). Preliminary predictors of within-session adherence to exposure and response prevention in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Youth Care Forum* *42*, 181–191. <https://doi.org/10.1007/s10566-013-9196-z>
- Myrick, A. C., & Green, E. J. (2012). Incorporating play therapy into evidence-based treatment with children affected by obsessive compulsive disorder. *International Journal of Play Therapy*, *21*(2), 74–86. <https://doi.org/10.1037/a0027603>
- Návratová, L. H. (2019). Rodinná terapie v ambulantní psychiatrické péči. *Psychiatrie pro praxi*, *20*(3), 130–132. <https://doi.org/10.36290/psy.2019.029>

- Nazeer, A., Latif, D., Mondal, A., Azeem, M. W., & Greydanus, D. E. (2020). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and management. *Translational Pediatrics*, *9*(1), 76–93. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.10.02>
- Nelson, E. L., & Patton, S. (2016). Using videoconferencing to deliver individual therapy and pediatric psychology interventions with children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *26*(3), 212–220. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0021>
- Nissen, J. B., Højgaard, D., & Thomsen, P. H. (2020) The immediate effect of COVID-19 pandemic on children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *BMC Psychiatry* *20*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02905-5>
- Nissen, J. B., Nikolajsen, K. H., & Thomsen, P. H. (2014). A 7 year follow-up of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: An analysis of predictive factors in a clinical prospective study. *The European Journal of Psychiatry*, *28*(3), 183–193. <https://doi.org/10.4321/s0213-61632014000300006>
- O'Neill, J., Piacentini, J., Chang, S., Ly, R., Lai, T. M., Armstrong, C. C., Bergman, L., Rozenman, M., Peris, T., Vreeland, A., Mudgway, R., Levitt, J. G., Salamon, N., Posse, S., Helleman, G. S., Alger, J. R., McCracken, J. T., & Nurmi, E. L. (2017). Glutamate in pediatric obsessive-compulsive disorder and response to cognitive-behavioral therapy: Randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology*, *42*(12), 2414–2422. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.77>
- Öst, L. G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., & Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *43*, 58–69. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.08.003>
- Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., & Geller, D. A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, *15*(6), 410–424. <https://doi.org/10.1038/nrn3746>
- Piacentini, J., & Langley, A. K. (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *60*(11), 1181–1194. <https://doi.org/10.1002/jclp.20082>
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *13*(1), 61–69. <https://doi.org/10.1089/104454603322126359>
- Piacentini, J., Peris, T. S., Bergman, R. L., Chang, S., & Jaffer, M. (2007). Functional Impairment in childhood OCD: Development and psychometrics properties of the Child Obsessive-Compulsive Impact Scale-Revised (COIS-R). *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *36*(4), 645–653. <https://doi.org/10.1080/15374410701662790>
- Pinto, A., Van Noppen, B., & Calvocoressi, L. (2013). Development and preliminary psychometric evaluation of a self-rated version of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *2*(4), 457–465. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.06.001>

- Praško, J., & Prašková, H. (2007). KBT obsedantně kompulzivní poruchy. In J. Praško, P. Možný, & M. Šlepecký (Eds.), *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. (s. 502–645). TRITON.
- Praško, J., & Prašková, H. (2008). *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Galén.
- Praško, J., Grambal, A., Šlepecký, M., & Vyskočilová, J. (2019). *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Grada.
- Puliaficio, A. C., & Robin, J. A. (2017). *The OCD workbook for kids*. New Harbinger Publications.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.
- Radiožurnál (2019, 7. března). *V Česku chybí dětské klinické psychologové. Roli hraje délka studia i finanční ohodnocení* [audio podcast]. <https://radiozurnal.rozhlas.cz/v-cesku-chybi-detsti-klinicti-psychologove-roli-hraje-delka-studia-i-financni-7779741>
- Rees, C. S., Anderson, R. A., & Finlay-Jones, A. (2015). OCD? Not Me! Protocol for the development and evaluation of a web-based self-guided treatment for youth with obsessive-compulsive disorder. *BMJ open*, 5(4), Article e007486. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007486>
- Rees, C. S., Anderson, R. A., Kane, R. T., & Finlay-Jones, A. L. (2016). Online obsessive-compulsive disorder treatment: Preliminary results of the "OCD? Not Me!" Self-guided internet-based cognitive behavioral therapy program for young people. *JMIR mental health*, 3(3), 1–11. <https://doi.org/10.2196/mental.5363>
- Rice, T. R., Kostek, N. T., Gair, S. L., & Rojas, A. (2017). Summer camp program for children with obsessive-compulsive disorder: Description and preliminary observations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 142–151. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.03.006>
- Robinson, S., Turner, C., Heyman, I., & Farquharson, L. (2013). The feasibility and acceptability of a cognitive-behavioural self-help intervention for adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(1), 117–122. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000562>
- Rough, H. E., Hanna, B. S., Gillett, C. B., Rosenberg, D. R., Gehring, W. J., Arnold, P. D., & Hanna, G. L. (2020). Screening for pediatric obsessive-compulsive disorder using the Obsessive-Compulsive Inventory-Child Version. *Child Psychiatry & Human Development*, 51, 888–899.
- Sapyta, J. J., & Cowperthwait, C. M. (2019). Enhanced family approaches in childhood OCD. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 428–443). Cambridge University Press.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., Cicchetti, D., & Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844–852. <https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00023>



- Shafran, R., Frampton, I., Heyman, I., Reynolds, M., Teachman, B., & Rachman, S. (2003). The preliminary development of a new self-report measure for OCD in young people. *Journal of Adolescence*, *26*(1), 137–142. [https://doi.org/10.1016/s0140-1971\(02\)00083-0](https://doi.org/10.1016/s0140-1971(02)00083-0)
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy*. The Guilford Press.
- Schneider, S. C., & Storch, E. A. (2019). Pharmacologic-augmented treatments. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 407–427). Cambridge University Press.
- Smith, J. L., McBride, N. M., & Storch E. A. (2017). Outpatient treatment patterns of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *27*(6), 509–515. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0011>
- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. V. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. *110*(1), 4–13. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00302.x>
- Stopková, P. (2017). Nové trendy v léčbě obsedantně kompulzivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, *18*(3), 114–119.
- Storch, E. A., Caporino, N. E., Morgan, J. R., Lewin, A. B., Rojas, A., Brauer, L., Larson, M. J., & Murphy, T. K. (2011). Preliminary investigation of web-camera delivered cognitive-behavioral therapy for youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *189*(3), 407–412. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.047>
- Storch, E. A., McGuire, J. F., Wu, M. S., Hamblin, R., McIngvale, E., Cepeda, S. L., Schneider, S. C., Rufino, K. A., Rasmussen, S. A., Price, L. H., & Goodman, W. K. (2019). Development and psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *58*(1), 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.05.029>
- Storch, E., Merlo, L., Keeley, M., Grabill, K., Milsom, V., Geffken, G., Ricketts, E., Murphy, T. K., & Goodman, W. (2008). Somatic Symptoms in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical characteristics and cognitive-behavioral therapy response. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*(3), 283–297. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004335>
- Tanir, Y., Karayagmurlu, A., Kaya, I., Kaynar, T. B., Türkmen, G., Dambasan, B. N., Meral, Y., & Coskun, M. (2020). Exacerbation of obsessive compulsive disorder symptoms in children and adolescents during COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, *293*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113363>
- The pediatric OCD treatment study 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. <https://doi.org/10.1001/jama.292.16.1969>

- Theiner, P. (2014). Obsedantně-kompulzivní porucha v dětství. *Pediatric pro praxi*, 15(1), 25–27.
- Thomas, S. (2020). ‘Hiccups of the mind’: Psychotherapy with a young boy with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychotherapy*, 46(2), 206–223. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2020.1822427>
- Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Compton, S., Thomsen, P. H., Weidle, B., Hybel, K., Valderhaug, R., Melin, K., Nissen, J. B., & Ivarsson, T. (2015). Predictors associated with improved cognitive-behavioral therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(3), 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.007>
- Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., Valderhaug, R., Weidle, B., Melin, K. H., Hybel, K., Nissen, J. B., Lenhard, F., Wentzel-Larsen, T., Franklin, M. E., & Ivarsson, T. (2015). Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behaviour research and therapy*, 64, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.005>
- Trapková, L. (2018). Možnost rodinné terapie dětí u obsedantně kompulsivní poruchy. *Psychoterapie*, 12(1), 47–61.
- Valderhaug, R., & Ivarsson, T. (2005). Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European Children & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 164–73. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0456-9>
- Valderhaug, R., Gunnar Göttestam, K., & Larsson, B. (2004). Clinicians' views on management of obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. *Nordic journal of psychiatry*, 58(2), 125–132. <https://doi.org/10.1080/08039480410005503>
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., & Cuffe, S. P. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(6), 782–791. <https://doi.org/10.1097/00004583-199407000-00002>
- van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: A review. *Twin Research and Human Genetics: The Official Journal of the International Society for Twin Studies*, 8(5), 450–458. <https://doi.org/10.1375/183242705774310060>
- Výbor Asociace dětské a dorostové psychiatrie. (n.d.). Síť pedopsychiatrických lůžek v ČR. <https://www.addp.cz/informujeme/sit-pedopsychiatrickych-luzek-v-cr.html>
- Weidle, B., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2015). Quality of life in children with OCD before and after treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(9), 1061–1074. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0659-z>
- Weidle, B., Jozefiak, T., Ivarsson, T., & Thomsen, P. H. (2014). Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12 (152), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0152-x>

- Whiteside, S. P. H., Ale, C. M., Vickers Douglas, K., Tiede, M. S., & Dammann, J. E. (2014). Case examples of enhancing pediatric OCD treatment with a smartphone application. *Clinical Case Studies, 13*(1), 80–94. <https://doi.org/10.1177/1534650113504822>
- Whiteside, S. P., & Jacobsen, A. B. (2010). An uncontrolled examination of a 5-day intensive treatment for pediatric OCD. *Behavior Therapy, 41*(3), 414–422. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.11.003>
- Whitney, D. G., & Peterson, M. D. (2019). US national and state-level prevalence of mental health disorders and disparities of mental health care use in children. *JAMA Pediatrics, 173*(4), 389–391. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.5399>
- Wolters, L. H., Ball, J., Brezinka, V., Bus, M., Huyser, C., & Utens, E. (2021). Brief intensive cognitive behavioral therapy for children and adolescents with OCD: Two international pilot studies. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 29*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100645>
- World Health Organization. (2015). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Fifth edition, 2016*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208>
- World Health Organization. (2021). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Výzkumný soubor.....	55
Tabulka 2: Ukázka tvorby konceptů, sebtémat a témat.....	62
Tabulka 3: Struktura tématu 1.....	65
Tabulka 4: Struktura tématu 2.....	81
Tabulka 5: Struktura tématu 3.....	89
Tabulka 6: Struktura tématu 4.....	93

## Seznam zkratk

AACAP	American Academy of Child & Adolescent Psychiatry
ACT	Acceptance and commitment therapy
APA	American Psychological Association
CY-BOCS	Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
DBT	Dialectical behavior therapy
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing
ERP	Exposure and response prevention
FA	Family accommodation
IOCDF	International OCD Foundation
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí – 10. revize
MKN-11	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí – 11. revize
NAC	N-acetylcystein
OCD	Obsessive-compulsive disorder
PANDAS	Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections
POTS	Pediatric OCD treatment studies
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors
WHO	World Health Organization

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Příloha 2 – Informační brožura