

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Obsedantně-kompulzivní porucha u dětí**

**Obsessive-compulsive disorder in children**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Ivana Nováková

Autor:

Veronika Snopková

Praha 2022

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivaně Novákové za odborné vedení, vstřícnost na konzultacích a pomoc a rady při vedení této bakalářské práce.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Obsedantně-kompulzivní porucha u dětí“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 12. 12. 2022

.....

Veronika Snopková

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá obsedantně-kompulzivní poruchou u dětí. Teoretická část řeší vztah mezi úzkostnými poruchami a obsedantně-kompulzivní poruchou. Dále poskytuje definici obsedantně-kompulzivní poruchy, popis základních znaků. Zabývá se výskytem, příčinami vzniku a komorbiditou. Dále se zabývá specifiky obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí a jejími dopady na život dítěte. V neposlední řadě jsou popsány nejčastější možnosti léčby.

Praktická část se zaměřuje na problematiku obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí. Prostřednictvím případových studií zachycuje vznik poruchy u dětského pacienta, její rozvoj, účinek léčby a především dopady obsedantně-kompulzivní poruchy na život dítěte.

## **Klíčová slova**

Úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha, obsese, kompulze, farmakoterapie, kognitivně behaviorální terapie, dítě

## **Annotation**

This bachelor thesis deals with obsessive-compulsive disorder in children. The theoretical part deals with the relationship between anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder. It also defines obsessive-compulsive disorder and describes basic features. It deals with the incidence, causes and comorbidity. It also deals with the specifics of obsessive-compulsive disorder in children and its impact on the child's life. Finally, the most common treatment options are described.

The practical part deals with the issue of obsessive-compulsive disorder in children. Case studies capture the emergence of disorders in a child patient, its development, the effect of treatment, and the effects of obsessive-compulsive disorder on the child's life.

## **Keywords**

Anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, obsession, compulsion, pharmacotherapy, Cognitive behavioural therapy, child

# Obsah

Seznam zkratk .....	7
Úvod .....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1. Obsedantně-kompulzivní porucha .....	9
1.1. Znaky obsedantně-kompulzivní poruchy .....	10
1.1.1. Obsese .....	11
1.1.2. Kompulze.....	12
1.1.3. Vyhýbavé a zabezpečující chování .....	13
1.2. Výskyt obsedantně kompulzivní poruchy .....	13
1.3. Komorbidita .....	15
1.4. Klasifikace .....	19
1.5. Příčiny.....	21
2. Vliv obsedantně-kompulzivní poruchy na život dítěte.....	23
2.1. Dítě s OCD v rodině.....	23
2.2. Dítě s OCD ve škole.....	25
2.3. Dítě s OCD mezi vrstevníky.....	27
3. Léčba obsedantně-kompulzivní poruchy.....	29
3.1. Diagnóza.....	29
3.2. Psychoterapie .....	31
3.3. Farmakoterapie .....	34
3.4. Možnosti sociální práce .....	37
3.5. Relaps .....	38
PRAKTICKÁ ČÁST .....	41
4. Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	41
4.1. Charakteristika zkoumaného vzorku.....	41
4.2. Výzkumná metoda .....	42
5. Případová studie č. 1 .....	43
5.1. Rodinná anamnéza .....	43
5.2. Osobní anamnéza .....	44
5.3. Problémový stav.....	45
5.4. Hospitalizace na dětské psychiatrii .....	47
5.5. Současný stav.....	50
5.6. Pozorované zátěžové situace .....	52
5.6.1. Použití veřejné toalety.....	52

5.6.2.	Jídlo na veřejnosti .....	53
5.6.3.	Návštěva volnočasové aktivity .....	54
6.	Případová studie č. 2 .....	56
6.1.	Rodinná anamnéza .....	56
6.2.	Osobní anamnéza .....	57
6.3.	Problémový stav.....	58
6.4.	Hospitalizace na dětské psychiatrii .....	59
6.5.	Současný stav.....	62
6.6.	Pozorování zátěžových situací.....	64
6.6.1.	Usínání.....	64
6.6.2.	Volnočasová aktivita.....	65
7.	Případová studie č. 3 .....	66
7.1.	Rodinná anamnéza .....	66
7.2.	Osobní anamnéza .....	67
7.3.	Problémový stav.....	67
7.4.	Hospitalizace na oddělení dětské psychiatrie .....	69
7.5.	Současný stav.....	70
8.	Výsledky výzkumu.....	73
9.	Diskuse .....	74
	Závěr.....	76
	Seznam použitých zdrojů.....	77
	Seznam příloh .....	80

## **Seznam zkratek**

KBT – kognitivně behaviorální terapie

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

OCD – obsedantně-kompulzivní porucha

OCPD – obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

SNRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu

SRI – blokátory zpětného vychytávání serotoninu

SSRI – selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu

TCA – tricyklická antidepresiva

YBOCS – Yale-Brown Obsessive Compulsive Disorder

## Úvod

Téma bakalářské práce, kterým je obsedantně-kompulzivní porucha u dětí, jsem zvolila z důvodu velkého výskytu poruchy u dětí, přestože se většina literatury zaměřuje pouze na výskyt této poruchy u dospělých. Aktuálnost tématu podpořila také situace spojená s pandemií nového koronavirového onemocnění, která byla spojena s nárůstem strachu a úzkosti ve společnosti, čímž byl podpořen vznik obsedantně-kompulzivní poruchy.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké důsledky může mít obsedantně-kompulzivní porucha na život dítěte. Teoretická část bude zaměřena na definici úzkostných poruch a popis jejich základních znaků, kterými jsou obsese, kompulze a vyhybavé chování. Dále se bude zabývat výskytem, komorbiditou a příčinami této poruchy. Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o poruchu různorodou, bude se další část zabývat jejími nejčastějšími podobami. Další kapitola se bude zabývat specifícností obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí a možnými důsledky, se kterými se může dítě setkat. Poslední část se bude zabývat možnostmi léčby obsedantně-kompulzivní poruchy, konkrétně jejími podobami a účinností, ale také rizikem relapsu a jeho prevencí. Nelze opomenout ani skutečnost, že osoby s obsedantně-kompulzivní poruchou přicházejí během řešení svého problému do kontaktu se sociálními pracovníky. Tomuto kontaktu je v rámci léčby věnovaná samostatná podkapitola, neboť v odborných literaturách bývá sociální pracovník jako podstatný člen multidisciplinárního týmu opomíjen.

Praktická část se bude zaměřovat na zjištění důsledků obsedantně-kompulzivní poruchy u konkrétních dětí. Tyto důsledky budou zjišťovány sestavením případových studií prostřednictvím rozhovorů se samotnými dětmi, jejich rodiči a vedoucími volnočasových aktivit, ale také studiem zapůjčených dokumentů. Některé případové studie budou obsahovat také pozorování situací, které jsou pro konkrétního jedince náročné s cílem zjistit, jaké strategie řešení takovýchto situací konkrétní dítě volí a do jaké míry do situace zasahuje jeho okolí.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsedantně-kompulzivní porucha se dle Mezinárodní klasifikace nemocí (2008) řadí mezi neurotické poruchy. Někteří autoři, například Říčan (1997), tuto poruchu ve vztahu k dětem a dospívajícím specificky řadí mezi poruchy úzkostné, tedy vedle fobických úzkostných poruch, sociálních úzkostných poruch, panických poruch a posttraumatických stresových poruch. *„Úzkostné poruchy jsou charakteristické chronickou nepřiměřenou úzkostí, která se může projevovat vyhrocenými akutními atakami úzkosti nebo vystupňovaným iracionálním strachem“* (Vágnerová, 2005, str. 226). Úzkostné poruchy spočívají v narušení emočního prožívání. Emoce poskytují jedinci základ subjektivního hodnocení situace, které je ovlivňováno minulou zkušeností i mírou aktuálního uspokojení. Emoční hodnocení je ontogeneticky i fylogeneticky starší než hodnocení racionální, z toho důvodu je více závislé na vrozených mechanismech a méně ovlivnitelné učení. Vedle hodnotící funkce mají emoce další důležitou funkci. Jedná se o funkci autoregulační, tedy o schopnost jedince stimulovat či naopak tlumit. (Vágnerová, 2005)

*„Úzkost je definována jako nepříjemný citový stav, v němž převažují pocity napětí a obav neurčitěho obsahu“* (Vágnerová, 2005, str. 218). Úzkost funguje jako signál potenciálního nebezpečí, které je doposud nejasné. Pocit úzkosti jedince aktivizuje a dává mu tak možnost, aby reagoval účelným způsobem a připravil se na možnost aktuálního či budoucího ohrožení, které prozatím nemá konkrétní podobu. Sklon reagovat úzkostně je vrozený a bývá posilován negativními zkušenostmi. Strach je možné popsat jako prožitek obav z určitého, jde tedy o konkretizaci úzkosti. (Vágnerová, 2014) Úzkost i strach se velmi často objevují společně a je obtížné mezi nimi rozlišovat, navíc jsou doprovázeny podobnými pocity a projevy. U úzkosti i strachu dochází k aktivaci obranných reakcí a za normálních okolností se jedná o běžné a adaptativní fenomény. Patologickou se úzkost stává, pokud je nadměrná, přetrvávající a brzdí-li další vývoj dítěte. (Říčan, 1997) Pokud je pohotovost k úzkostnému reagování nadměrně zvýšena, pak úzkost ztrácí svou informační funkci a jedince zatěžuje tím, že očekává ohrožení i tam, kde žádné nehrozí. Úzkost se tak stává maladaptivní a navozuje neúčelné jednání – jedince zbytečně a nepřiměřeně aktivizuje. Jedinec pak reaguje i na běžné situace jako na ohrožující, je nepřetržitě v napětí, není schopen se uvolnit, prožívat radost či naplno využít svůj pracovní potenciál. Děti trpící úzkostnou poruchou se neustále něčeho obávají a zabývají se neexistujícím

ohrožením. Úzkostné děti jsou častěji v pozici přehlížených či odmítaných, protože jim vrstevníci nerozumí. (Vágnerová, 2005)

Obsedantně kompulzivní porucha, pro kterou se využívá zkratka OCD (z anglického obsessive compulsive disorder), je častá chronická duševní porucha, která je charakteristická vtíravými myšlenkami a iracionálním ritualizovaných jednáním (Pidrman, 1999). Pro tuto poruchu je charakteristické, že se jedinec zabývá vtíravými myšlenkami, tzv. obsesemi, kvůli kterým trpí silnou úzkostí a napětím. Jedinec se tuto úzkost snaží neutralizovat ritualizovanými úkony, tzv. kompulzemi, které na krátkou dobu dokáží úzkost snížit, avšak pouze do okamžiku, než se dostaví úzkost nová. Pro tuto poruchu je také charakteristické, že sám jedinec si je vědom iracionality vlastního chování, přesto ale pro něj není možné toto chování neprovádět. Toto vědomí také vede často k tomu, že se jedinec za své chování stydí a bojí se reakce okolí. (Praško, 2003) Z tohoto důvodu je především u dětí odhalení poruchy velmi obtížné a okolí na poruchu přichází až ve chvíli, kdy je OCD pro jedince již nadále nezvladatelnou zátěží.

## **1.1. Znaky obsedantně-kompulzivní poruchy**

Mezi hlavní znaky obsedantně-kompulzivní poruchy patří obsese, kompulze a vyhybavé a zabezpečující chování, které jsou blíže popsány v následujících podkapitolách. Průvodním znakem OCD jsou tělesné příznaky. Jejich souhrn uvádí Pidrman (2001), který mezi nejčastější příznaky řadí bušení srdce, stažení na hrudi, blednutí či červenání, neschopnost soustředit se, pocity zimy nebo tepla, pocení, svalové napětí, neklid prstů, svalovou únavu, bolesti hlavy a břicha, nechutenství či přejídání se především sladkostmi, průjem, pocity na omdlení, třes a točení hlavy.

Znaky obsedantně-kompulzivní poruchy vytvářejí bludný kruh, který je součástí stále se zrychlující spirály. Kruh odstartuje spouštěč vyvolávající obsesi, která jedinci přináší zatěžující emoce, nejčastěji úzkost a napětí, a tělesné pocity, jako je například zrychlený tep a dech, pocit sevřeného žaludku či pocit na omdlení. V okamžiku, kdy pro jedince přestane být úzkost vyvolaná obsesí zvladatelná, vykoná kompulzi, která v jedinci také vyvolá emoce a tělesné pocity. Mezi emoce vyvolané kompulzí patří především klid a uvolnění, mezi tělesné pocity se pak nejčastěji řadí klidný tep a dech a uvolnění svalového napětí. (Straková Jirků, 2018) Nelze ovšem opomenout, že s každým uzavřením tohoto kruhu se doba klidu a uvolnění zkracuje, čímž dochází ke zrychlování pomyslné spirály.

### 1.1.1. Obsese

„Obsese jsou vtíravé myšlenky charakteristické neodbytností, které v člověku vyvolávají silný pocit úzkosti, tísně, nervozity, nepohody. Jedná se o mimovolní myšlenky, které přicházejí samy či v reakci na určitý podnět, tj. spouštěč.“ (Straková Jirků, 2018, str. 11) Spouštěcím podnětem se může stát téměř cokoli, například dotyk madla v dopravním prostředku, zamykání dveří nebo pohled na ostrý předmět, ale spouštěčem mohou být také vzpomínky, vlastní chování nebo pocit. Pro větší přehlednost autorka rozděluje spouštěče na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní spouštěče se řadí myšlenky a vzpomínky, tedy vše, co přichází z nitra daného jedince. Vnějšími spouštěči je pak vše, co přichází z vnějšku, například místa, věci, lidé, situace či zprávy.

Obsese mohou mít podobu úzkostných, obávaných myšlenek, ale také mohou mít podobu odpudivých, nemravných či absurdních myšlenek. Jedinec trpící touto poruchou se obsesím brání a usilovně se pokouší vyhnout situacím, které by se mohly stát spouštěčem (Praško, 2008), ale tato snaha naopak velmi často vede k tomu, že se jedinec dostává do většího napětí. Jedinci trpící OCD si uvědomují, že tyto vtíravé myšlenky produkuje jejich mysl a jde tak o jejich myšlenky, čímž se obsedantně-kompulzivní porucha odlišuje od jiných psychických onemocnění, například od schizofrenie, u kterých mají nemocní pocit, že nepříjemné myšlenky nejsou jejich, ale že jim je do hlavy vsunul někdo jiný, který s nimi skrz tyto myšlenky manipuluje (Straková Jirků, 2018).

Obsese jsou svým obsahem velmi různorodé. Dle Pidrmana (2001) se u 60 % pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou vyskytují kombinované obsese, tedy více než jedna obsese. Mezi nejčastější obsah obsesí pak patří obava ze znečištění, která se vyskytuje u 45 % osob s diagnostikou této poruchy, druhou nejčastější obsesí, která se vyskytuje v 42 % případů, je neustálé pochybování a opakované kontrolování, na třetím místě je nutkavé zaobírání se tělesným stavem, se kterým se lze setkat u 36 % jedinců. Mezi další časté obsese dále patří potřeba symetrie a uspořádání, nutkavé myšlenky někomu ublížit nebo něco rozbít či obsese se sexuálním obsahem. Straková Jirků (2018) mezi nejčastější obsese řadí také obsese s náboženskou problematikou a magií, kde se nejčastěji jedná o obavy z ovládnutí něčím či někým a obavy z provinění se.

### 1.1.2. Kompulze

Kompulze je opakované, ritualizované jednání, které jedinec vykonává pod vlivem obsesí. Tímto jednáním se jedinec snaží neutralizovat úzkost, napětí a nepohodu, kterou v něm vyvolávají obsese. Kompulze mívají svůj přesně daný postup, počet opakování a další podmínky, které je třeba přesně dodržet. Pokud by nebylo možné tyto podmínky striktně dodržet, kompulze nebude dostačující a napětí bude nadále přetrvávat. Velmi často kompulzivní chování nemá žádnou logickou oporu. Jedinec nedovede vysvětlit, proč je třeba určité chování dělat a je si vědom nesmyslnosti svého jednání, přesto mu takového jednání přináší úlevu a je nucen ho opakovat. (Straková Jirků, 2018) Ovšem s každým opakováním kompulzivního jednání se stále více uzavírá spirála obsesí a kompulzí a je mnohem obtížnější tuto spirálu přerušit.

Kompulze mohou mít několik podob. Může se jednat o kompulzivní chování, tedy o zjevné a pozorovatelné úkony (Praško, 2003). Mezi zjevné kompulze lze také zařadit ujišťování od druhých, kdy se jedinec opakovaně dotazuje svého okolí, zda udělali vše tak, jak jedinec vyžaduje. Některé kompulze naopak probíhají skrytě, pouze v myšlenkách. Tyto kompulze lze nazvat mentálními kompulzemi a nejčastěji se jedná o počítání v duchu, přeřikávání modlitby či konkrétní věty. Mentální kompulze jsou tedy, stejně jako obsese, myšlenkami. Oproti obsesím má jedinec mentální kompulze plně pod kontrolou, protože je vyvolává svou vůlí. (Straková Jirků, 2018) Mentálním kompulzím je také podobná ruminace, tedy neproduktivní a zdlouhavý sled myšlenek na určité téma. Na rozdíl od mentálních kompulzí, které mají stereotypní charakter, jsou ruminace méně striktně vymezené. Mají dané téma, ale obsah úvah o tomto tématu je otevřenější. (Praško, 2008) Mezi nejčastější témata ruminací se řadí uvažování o smyslu života, konečnosti či nekonečnosti života a další filozofická a náboženská témata.

Podstatným rysem kompulzí je, že je jedinec provádí aktivně, přestože k tomuto výkonu pociťuje odpor. Často se jedinec výkonu kompulze brání, ale po určité době a po opakovaném selhání se tento odpor postupně snižuje. (Praško, 2003) U jedinců s dlouhodobou obsedantně-kompulzivní problematikou je tak možné pozorovat malý či nulový odpor vůči výkonu kompulzí.

Stejně jako obsese mají i kompulze širokou škálu svých obsahů. Dle Pidrmana (2001) se lze nejčastěji setkat s kontrolováním, které se vyskytuje u 60 % jedinců s OCD. U poloviny osob se lze setkat s kompulzemi zaměřenými na mytí a čištění, u 36 % osob je pak možné zaznamenat kompulze zaměřené na počítání. Mezi další časté zaměření

kompulzí patří potřeba symetrie a uspořádání či hromadění a sbírání. U 48 % osob je možné pozorovat kompulze kombinované, tedy více kompulzí najednou, které jsou již konstruovanými rituály.

### **1.1.3. Vyhýbavé a zabezpečující chování**

Jako vyhýbavé chování lze označit takové chování, kdy se jedinec snaží omezit obsese, především následnou úzkost, a důsledky vyplývající z kompulzí. Činí tak snahou nedostat se do takových situací, které obsese u něj vyvolávají (Praško, 2008). Jedinec se tedy pokouší vyhnout se takovým situacím a objektům, které lze v jeho případě označit za spouštěče obsesí. Straková Jirků (2018) podotýká, že vyhýbavé chování postupně omezuje život jedince natolik, že se jedinec do sebe čím dál více uzavírá, omezuje volnočasové aktivity a svůj čas postupně tráví aktivitami, které jsou nezbytné pro vyhnutí se spouštěčům. Jako příklady tohoto chování lze uvést nepoužívání dopravních prostředků, veřejných toalet, nedotýkání se klik nebo například odmítání pustit ostatní členy domácnosti ven, protože by jim hrozilo nebezpečí.

Zabezpečující chování lze definovat jako snahu vyhnout se domnělým katastrofickým následkům (Praško, 2008). Jedinec tak jedná v případě, kdy již není možné se spouštěčům obsesí vyhnout či snížit úzkost vyvolanou obsesí. Nemocný například nosí rukavice, aby zabránil přenosu bakterií z kliky na svou ruku, uklízí toaletu vlhčenými ubrousky či vyžaduje doprovod slabšího člena rodiny silnějším, aby v případě ohrožení byl schopen slabšího člena rodiny ochránit. K zabezpečujícímu chování patří také nucení okolí, nejčastěji členů rodiny, k určitému chování. Obsedantně-kompulzivní porucha pak neomezuje pouze nemocného jedince, ale zasahuje i do běžného chodu a fungování rodiny, do vztahů mezi jejími členy a do způsobu trávení volného času a společenského života rodiny. (Straková Jirků, 2018) Mezi příklady zatažení celé rodiny do OCD patří například nucení se po příchodu domů ihned vysprchovat a převléknout.

## **1.2. Výskyt obsedantně kompulzivní poruchy**

„*Obsedantně-kompulzivní poruchou trpí 2-3 % populace*“ (Vágnerová, 2014, str. 386). Pro představu je vhodné zmínit, že se jedná o každého 30. až 50. člověka, což z obsedantně-kompulzivní poruchy činí jednu z nejčastěji se vyskytujících psychických poruch. Například Praško (2003) považuje OCD za druhou nejčastěji se vyskytující

psychickou poruchu. Dle autora pomyslné první místo mezi psychickými poruchami zaujímá deprese. Také Pidrman (1999) řadí na první místo z hlediska četnosti výskytu afektivní poruchy, ovšem druhé místo v jeho seznamu nejčastěji se vyskytujících psychiatrických poruch zaujímají fobie, na třetím místě je nadužívání návykových látek a OCD se dle autora řadí svým výskytem na čtvrté místo. U obou autorů je ale OCD častější než například schizofrenie či poruchy příjmu potravy (Praško, 2003), které jsou ve společnosti známější.

Obsedantně-kompulzivní porucha se vyskytuje ve stejné míře u všech ras a etnických skupin (Praško, 2003). Na výskyt OCD nemá vliv ani sociální postavení, protože porucha se vyskytuje ve všech sociálních vrstvách. Na výskyt poruchy nemá větší význam ani pohlaví, vyskytuje se téměř ve stejné míře u mužů i žen. Praško (2008) udává, že OCD se vyskytuje častěji u žen, a to v poměru 1,5 : 1. Dle autora se první příznaky objeví v průměru dříve u mužů, u kterých je průměrný věk výskytu příznaků 19,6 let, zatímco u žen lze první příznaky pozorovat v průměru ve věku 21,4 let.

Z hlediska věku lze za ohroženou skupinu považovat především děti a dospívající. „*Obsedantně-kompulzivní porucha se dost často začíná projevat již v období dětství a na rozdíl od úzkostných poruch přetrvává do dospělosti. Postihuje 2 % dětí prepubertálního věku, ale již 4 % adolescentů.*“ (Vágnerová, 2014, str. 394) Nástup OCD je velmi často zaznamenán mezi 7. a 12. rokem. Jak již bylo zmíněno, projevy poruchy se dříve objevují u mužů, a proto u dětí převažuje výskyt u chlapců, konkrétně v poměru 3 : 2. Tento poměr se vyrovnává v průběhu dospívání. Potřeba specifikace obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí je dána také skutečností, že 60 % osob s diagnostikou OCD udává, že se u nich první potíže objevily před 25. rokem a u 30 % osob udává, že první příznaky se objevily mezi 5. a 15 rokem. (Straková Jirků, 2018)

Nelze však opomenout ani skutečnost, že obsese a kompulze se vyskytují i ve zdravé populaci. Praško (2008) udává, že až 80 % lidí občas zažívá vnucující se myšlenky, které jsou podobné obsesím. Ovšem na rozdíl od osob s diagnostikovanou OCD těmto myšlenkám nepřikládají velký význam a nemají potřebu tyto myšlenky neutralizovat kompulzemi. Vtíravé myšlenky vyskytující se ve zdravé populaci se od obsesí neliší z hlediska obsahu, ale rozdíl lze spatřit v kvantitě. Ve zdravé populaci se vtíravé myšlenky vyskytují méně často a způsobují jedincům minimální obtíže. Autor mezi nejčastější vtíravé myšlenky ve zdravé populaci řadí například myšlenku na neštěstí blízké osoby, myšlenku na sebevraždu či nutkání něco udělat. U podobné části zdravé populace se

vyskytují také kompulze. Nejčastěji se lze setkat s kompulzemi v podobě kontrolujícího chování, například při odchodu z domova si lidé kontrolují, zda jsou dveře opravdu zavřené a zamčené. Dalším častým chováním, které lze označit za kompulze ve zdravé populaci, jsou rituály, například vycházet z domu pravou nohou nebo vykonávání ranních rituálů, které mají přesně dané své pořadí a dobu trvání. V běžné společnosti se lze také setkat s pověrami. Hlavní spojitostí mezi obsesí a pověrou je fakt, že jedinec si je plně vědom jejich iracionality, přesto je však pro jistotu opatrný. Pod vlivem pověry se člověk chová určitým způsobem s cílem zabránit neštěstí, přičemž toto pověřivé chování je velmi podobné kompulzivnímu chování. I mezi pověrami a obsesemi je rozdíl především v kvantitě. Tato podobnost mezi pověrami a obsesemi, respektive mezi pověřivým a kompulzivním chováním, platí pouze v případě, kdy se jedná o pověru spojenou s neštěstím. (Praško, 2008) Cílem kompulzí totiž není přinést štěstí, ale naopak zabránit neštěstí, které by mohlo jedinci v případě nevykonání kompulzivního chování hrozit.

### **1.3. Komorbidita**

V praxi je možné se setkat se záměnou obsedantně-kompulzivní poruchy s jinou diagnózou, a to kvůli podobnosti jejich příznaků. Stejně jako jiné psychické poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha se nemusí vyskytovat pouze osamoceně, ale mnohdy se objevuje společně s dalšími poruchami. V takovém případě dochází ke komorbiditě, tedy k přítomnosti jednoho či více onemocnění, které se vyskytují současně s primárním onemocněním.

Nejčastější komorbiditou OCD je deprese. Pidrman (2001) i Praško (2003) se shodují, že deprese se objevuje až u 80 % osob s obsedantně-kompulzivní poruchou. Základním projevem deprese je chorobná nálada neodpovídající reálné životní situaci jedince a narušuje jeho uvažování, chování i somatické funkce. Depresivní poruchy jsou jedním z nejčastějších psychických onemocnění, neboť se vyskytují až u 18 % populace. Oproti obsedantně-kompulzivní poruše však mají na depresi vliv klimatické a sociokulturní podmínky. U osob trpících depresí dochází vedle změny nálady také k odlišnému způsobu uvažování, kdy se u jedinců objevuje automatické negativní myšlení, a k poklesu energie a aktivity, v krajním případě může dojít až k depresivnímu stuporu, který je charakteristický nehybností a nereagováním na veškeré podněty. Dochází také k útlumu motivace a úbytku potřeb, což se projevuje neochotou a neschopností plánovat, rozhodovat i ztrátou zájmů, která může mít v extrémním případě až podobu negace smyslu života. Deprese ovlivňuje i

prožívání, jedinci s rozvinutou depresivní poruchou ztrácejí schopnost prožívat radost a přetrvává u nich pocit beznaděje, zoufalství a bezmoci. Mezi depresí a úzkostí lze najít společné znaky, například u obou dochází k vyvolání podobné tělesné reakce. Úzkost však často předchází depresi a při rozvoji deprese začíná úzkost ustupovat. (Vágnerová, 2014) Ovšem oproti OCD byla deprese popsána již u dětí kojeneckého věku, nicméně u OCD i u deprese lze pozorovat značně zvýšený výskyt v období pubescence (Říčan, 1997). Jak je zřejmé, mezi OCD a depresí existuje jasný vztah. Praško (2003) udává tři podoby vztahu mezi těmito poruchami. První podobou jsou obsese jako sekundární jev deprese. Obsese se vyskytují, pokud je jedinec v depresi a zmizí spolu s ústupem deprese. Nadpoloviční většina takovýchto obsesí má agresivní charakter, velmi často se sebevražedným obsahem, přičemž tento obsah obsesí je u osob s OCD vzácnější. Druhou podobou vztahu je prodělání depresivní epizody před začátkem deprese a třetí podobou je vznik depresivní epizody po vzniku obsedantně-kompulzivní poruchy. V případě třetího vztahu je vždy nutné pracovat nejprve na zmírnění deprese a teprve následně se pokusit o léčbu OCD, protože osoby s depresivní poruchou nereagují standardním způsobem na psychoterapii, především na kognitivně-behaviorální terapii.

Dle Pidrmana (1999) se u 5 % osob s obsedantně-kompulzivní poruchou vyskytuje Tourettův syndrom, který je vrozeným neurobiologickým onemocněním, které začíná v dětství, nejčastěji v období okolo začátku povinné školní docházky, nejpozději do osmnáctého roku věku. Pro Tourettův syndrom jsou charakteristické tiky, které mohou být jednoduché či komplexní. Mezi jednoduché patří tiky zvukové, které mívají nejčastěji podobu výkřiků, pokašlávání či vydávání různých zvuků, a pohybové, mezi které nejčastěji patří záškuby hlavou, mrkání či grimasování. Mezi komplexní tiky se řadí vykřikování celých vět, koprofalie či soubor pohybů. Osoby trpící tímto syndromem jsou za cenu silného napětí schopny na krátkou dobu tiky potlačit, ale nejsou schopny tiky zcela ovládat. Stejně jako u OCD se projevy tohoto syndromu zhoršují, pokud se jedinec nachází v situaci, která mu přináší větší stres. Nežádka jsou děti s Tourettovým syndromem považovány za nevychované a jsou jim, oprávněně i neoprávněně, přisuzovány specifické poruchy učení či porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Oproti OCD se porucha objevuje častěji u chlapců, a to v poměru 9 : 1. (Straková Jirků, 2018) Častěji se lze setkat s výskytem obsedantně-kompulzivní symptomatiky u osob s diagnostikovaným Tourettovým syndromem, konkrétně 70 % osob s tímto syndromem vykazuje symptomy obsedantně-kompulzivní poruchy (Pidrman, 1999).



U 25 % osob s OCD se lze setkat také s úzkostnými poruchami, nejčastěji pak s fobiemi (Pidrman, 1999). Pro úzkostné poruchy je charakteristická chronická nepřiměřená úzkost. Blízký vztah OCD a úzkostných poruch je dán i skutečností, že dle MKN-10 jsou tyto poruchy zařazeny do stejné kategorie, neboť jejich společným základním znakem je úzkost. Mezi úzkostné poruchy se řadí generalizovaná úzkostná porucha, pro kterou je charakteristická nepřiměřeně zvýšená úzkost přetrvávající delší dobu. Pocity ohrožení v tomto případě nejsou vázány na konkrétní situaci a vyvolávacím podnětem se tak může stát jakýkoliv bezvýznamný podnět. Další úzkostnou poruchou je panická úzkostná porucha, jejímž hlavním znakem jsou náhlé ataky silné úzkosti, které nelze předvídat a vznikají bez jasné příčiny. V neposlední řadě se mezi úzkostné poruchy řadí fobická úzkostná porucha, pro kterou je charakteristický iracionální a nepřiměřený strach z něčeho konkrétního, co objektivně není nebezpečné. (Vágnerová, 2014) Oproti jedinci s OCD má osoba trpící fobií tu výhodu, že pro poklidný život jí stačí vyhnout se konkrétnímu spouštěči, ale jedinec s OCD nemá možnost se vyhnout svému obsedantnímu myšlení a následným kompulzím.

Vzácněji je možné setkat se u osob trpících obsedantně-kompulzivní poruchou se schizofrenií, častěji pak dochází k záměně diagnóz. Schizofrenii lze definovat jako závažnou duševní chorobu projevující se narušením vnímání, emotivity a osobnostní integrity. Tato choroba mění vztah jedince k sobě a narušuje jeho schopnost přiměřeně jednat. Mezi hlavní znaky schizofrenie patří halucinace a bludy. Halucinace bývají sluchové, kdy nemocný slyší hlasy, zrakové, při kterých nemocný vidí různé bytosti, i tělesné, které přinášejí nejčastěji pocit, že se osoby někdo dotýká. Bludy jsou projevem poruchy myšlení, kdy nemocný prezentuje své přesvědčení. Mezi nejčastější patří bludy paranoidní, pod jehož vlivem má nemocný pocit, že je sledován či pronásledován, a blud ovlivňování a zasahování, při kterém má jedinec pocit, že je ovlivňován cizí bytostí, která mu vkládá myšlenky do mysli. Halucinace a bludy se stávají příčinami neobvyklého až bizarního chování, během kterého se může stát nemocný nebezpečným sobě i svému okolí, pokud mu hlasy nařídí ublížit sobě či jiné osobě. Hlavním příznakem je narušení orientace v realitě, neboť nemocný není schopen rozlišovat podněty z okolního světa a z vlastní mysli. Dochází k izolaci od okolního světa a zaměření se na sebe samotného, protože nemocný svému okolí nerozumí a často ho považuje za nebezpečné. U nemocných se často vyskytují problémy se sebeuvědomováním a dochází k pocitům depersonalizace neboli cizosti vlastních myšlenek, prožitků i vůle. (Vágnerová, 2014) Schizofrenie v dětském věku je nicméně vzácným onemocněním, pouze u 1 % nemocných se

schizofrenie objevila před 10. rokem věku, před 15. rokem se objevila pouze u 4 % a do 20. roku se objeví celkem u 20 % všech schizofrenních onemocnění. Bohužel je snadné zaměnit OCD a prodromální projevy schizofrenie, neboť v obou případech je dítě zvýšeně úzkostné, objevuje se magické myšlení, objevují se potíže ve škole, problémy ve vrstevnických vztazích a sklony k uzavření se před ostatními a depresivní ladění. Slabým vodítkem při rozlišení těchto poruch je skutečnost, že u schizofrenie si dítě není vědomo nesmyslnosti svých obsedantních myšlenek a kompulzivního jednání a není schopno rozlišit mezi realitou a fantazií, zatímco dítěti s obsedantně-kompulzivní poruchou toto nečiní problém. (Straková Jirků, 2018) Schizofrenie má horší prognózu, pokud se projeví již v dětském věku, proto je důležitý častý kontakt psychiatra a dítěte s OCD s podezřením na schizofrenii.

Jistou podobnost s obsedantně-kompulzivní poruchou je možné pozorovat také u poruch příjmu potravy (Train, 2001). Tyto poruchy jsou typické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, pod jehož vlivem dochází k neadekvátnímu hodnocení tělesných proporcí i hmotnosti a k následnému narušení vztahu k jídlu. Nejčastějšími zástupci poruch příjmu potravy je mentální anorexie a mentální bulimie. Především u mentální anorexie se nemocný nadměrně, až obsedantně, zabývá svou postavou a jídlem a nelze tyto myšlenky ovládnout vůlí. U mentální bulimie je běžná nutkavá tendence zbavit se požití potravy. (Vágnerová, 2014) Tyto projevy je pak možné zaměnit za příznaky OCD, například nutkavou tendenci zbavení se požití potravy lze vysvětlovat jako kompulzi na obsesi s obsahem možnosti kontaminace jídla jedem či jinou nebezpečnou chemickou látkou. K této záměně ale dochází poměrně vzácně.

Častá je ovšem záměna obsedantně-kompulzivní poruchy s obsedantně-kompulzivní poruchou osobnosti. Jedinci trpící touto poruchou, která bývá označována také jako anankastická porucha osobnosti, se vyznačují perfekcionismem, pořádkumilovností, zaujetím pro řád, bývají zaměřeni na detail a vyskytuje se u nich rigidní chování s nízkou schopností flexibility. U osob s obsedantně-kompulzivní poruchou osobnosti, pro kterou se používá zkratka OCPD, se vyskytuje černobílé vidění světa bez možnosti spektra šedi. To znamená, že co není dokonalé, to pro jedince s touto poruchou osobnosti není akceptovatelné. (Straková Jirků, 2018) Nesprávně bývá obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti zaměňována za obsedantně-kompulzivní poruchu, případně bývá OCD považována za vystupňovanou formu OCPD (Praško, 2003). V případě OCPD jde o trvalé osobnostní vlastnosti, které jedinec nevnímá jako zatěžující, zatímco u OCD vnímají jedinci své potíže jako zatěžující každodenní život. Vzhledem k tomu, že o poruchách

osobnosti lze uvažovat až po ukončení vývoje osobnosti, tedy až v dospělosti, neměla by tak být OCPD diagnostikována u dětí. (Straková Jirků, 2018)

#### 1.4. Klasifikace

Z popisu obsesí a kompulzí je zřejmé, že obsedantně-kompulzivní porucha může mít širokou škálu podob. Praško (2003) uvádí sedm základních typů této poruchy. Jako jeden z nejčastějších typů uvádí typ kontrolujících obsesí. „*V jejich jádru je nedůvěra ve vlastní smysly, paměť či schopnost kontroly, ze které plyne velký strach z možného způsobení neštěstí.*“ (Praško, 2003, str. 33) Mezi typické obsese tohoto typu pak řadí strach z vykradení či požáru, strach z ublížení sobě nebo jiným vinou své nedbalosti a strach z nepříjemností způsobených opomenutím či ztrátou. Klasickými rituály jsou pak opakované kontroly vypínačů, zásuvek, elektrického vedení, uzamčených dveří a zavřených oken, kontrolování peněženky, dokladů, ale také zapalovačů a popelníků.

Druhým uváděným typem jsou obsese týkající se strachu z nákazy, špíny a škodlivin. Obsahem obsesí u tohoto typu OCD je chorobný strach ze špinavých či zdraví škodlivých objektů. Tento strach může být konkretizovaný na jednu chorobu či látku, ale často se také vyskytuje v obecné podobě. Mezi charakteristické obsese této podoby nemoci patří přehnaný strach z onemocnění nakažlivou nemocí, ať již strach z nákazy konkrétní nemocí, nejčastěji se vyskytuje strach z AIDS, žloutenky, nově se lze také setkat se strachem z onemocnění virovým onemocněním covid-19, nebo může jít o strach z nákazy bez konkretizace nemoci. Další typickou obsesí vyskytující se u tohoto typu OCD je přehnaná štitivost, ale také se sem řadí méně častá obsese týkající se přehnaného strachu z jedů, kyselin a dalších nebezpečných chemických látek. Typické kompulze pro tento typ poruchy navazují na kompulze, jde tedy o kompulzi v podobě nadměrného mytí sebe či omývání svého okolí, nejčastěji pak potravin a dezinfikování bytu, vyhýbání se místům, kde je zvýšené riziko pro nákazu či zašpinění a v neposlední řadě autor uvádí zabezpečování se léky, alkoholem a dezinfekčními prostředky.

Do třetího typu lze zahrnout obsese vyžadující pořádek a symetrii. Jedinec má pod vlivem těchto obsesí neustálou potřebu mít ve všem dokonalý pořádek a řád. Lze u jedince pozorovat trvalé a propracované představy o provádění každodenních činností, a pokud by došlo k odklonu od těchto představ, dojde k nárůstu napětí a úzkosti. Mezi časté obsese sem patří nutkavá představa o přesně dané úpravě bytu a pracovní plochy i o obsahu skříní

a kapes. U jedinců s tímto typem OCD lze také pozorovat nutkavé upravování věcí kolem sebe do symetrických tvarů, případně také dodržování přesně dané úpravy vlastního vzhledu. U těchto jedinců pak dochází k přehnanému, až několikahodinovému uklízení a zarovnávání, srovnávání věcí do symetrických obrazců, přičemž často se objevuje potřeba kolmosti dvou předmětů, ale také u těchto jedinců dochází k perfekcionista a přehnané úpravě zevnějšku.

Často se také vyskytují obsese s magickým obsahem, které svou povahou připomínají pověry. Oproti pověrám, které se vyskytují i ve zdravé populaci, však tyto obsese s magickým obsahem přináší jedinci s obsedantně-kompulzivní poruchou dlouhodobý pocit silného napětí a očekávání zlého. Obsese jsou založeny na principu, že pokud by se něco neudělalo podle předem dané představy jedince, pak se stane něco zlého. Kompulze tohoto typu OCD mají podobu opakování běžných činností a následování předem určeného chování neobvyklé povahy, mezi které se často řadí například nepřekračování čar, chůze pouze po určité barvě dlažebních kostek, obouvání vždy pravé či levé boty jako první.

Pátým typem, který autor udává, jsou obsese způsobující nadměrné hromadění věcí, jejichž jádro spočívá ve strachu, že budu potřebovat věc, kterou vyhodím, prodám nebo daruji někomu dalšímu. Mezi typické chování osob s tímto typem OCD patří nadměrné hromadění zásob, jako jsou trvanlivé potraviny, čisticí prostředky, oblečení, náhradní díly a věci denní potřeby, jako například tužky, nářadí, látky, nitě, krabice nebo nádoby, ale také se lze setkat s nadměrným hromaděním zdrojů informací v podobě časopisů, novin a jejich ústřížků, účtů a účtenek. Jako šestý typ uvádí Praško (2003) ruminace, tedy obsese, jejichž podstatou je přehnaná snaha zapamatovat si všechny informace, které jedinec považuje za důležité. Jedinec má tak potřebu sbírat informace, zapamatovávat si je a následně si je vybavovat a častou obsesí je také nutkavé zabývání se určitým tématem. V rámci kompulzí si jedinec přeřikává naučené a často si také vede podrobné záznamy.

Posledním typem obsedantně-kompulzivní poruchy, který autor uvádí, jsou obsese s agresivním obsahem. „*Tyto obsese mají svůj původ v docela nevinných, tzv. kontrárních myšlenkách, které se vyskytují u všech lidí.*“ (Praško, 2003, str. 34) Dle autora jde o náhlé nápady popírající mravní či jiné zásady. Pokud dojde ke spojení těchto myšlenek spolu se strachem a vnitřním odsouzením u jedince nejistého ve vlastním pojetí, může se rozvinout až do podoby naprosto nepřijatelných agresivních obsesí. Mezi typické obsese lze zařadit nutkavý nápad někomu úmyslně fyzicky ublížit nebo nutkavý nápad něco úmyslně

poškodit, podpálit či nutkavý nápad udělat něco, co je jedincem považováno za nevhodné až trapné, například políbit neznámého člověka nebo vykřikovat na ulici nevhodné poznámky. Jedinci s těmito obsesemi se jim snaží bránit častým odříkáváním neutralizujících vět či myšlenek nebo vybavováním si ochranných představ.

## 1.5. Příčiny

Přesné příčiny vzniku poruchy nejsou plně známy. Vznik obsedantně-kompulzivní poruchy je podmíněn multifaktoriálně. Dle Vágnerové (2014) je rozvoj OCD z poloviny závislý na dědičných dispozicích a z druhé poloviny rozvoj poruchy ovlivňují vnější vlivy. Mezi významný faktor, který ovlivňuje rozvoj OCD se řadí vrozená biologická zranitelnost. U 35 % jedinců s diagnostikovanou obsedantně-kompulzivní poruchou lze mezi nejbližšími příbuznými najít osobu, která rovněž trpí touto poruchou. Pro význačný genetický přenos svědčí také vyšší konkordance u jednovaječných dvojčat oproti dvojčatům dvojvaječným. (Praško, 2008) Další významnou příčinou jsou biochemické faktory. U osob s OCD dochází k narušení regulace neurotransmiterových systémů, především serotoninového a GABA systému. *„Jedna z možných hypotéz předpokládá poruchu funkce presynaptických adrenoreceptorů, které za normálních okolností snižují aktivitu oblastí zaměřených na kontrolu úzkosti. Pokud tyto receptory standardním způsobem nefungují, zvyšuje se hladina noradrenalinu a narůstá sklon k úzkostnému reagování. Význam GABA systému spočívá v jeho tlumivé schopnosti, což se může projevit i ve vztahu k úzkostnému prožívání.“* (Vágnerová, 2014, str. 377) U osob s obsedantně-kompulzivní poruchou se předpokládá, že receptory pro GABA nejsou dostatečně citlivé či je jejich funkce jinak narušena. Serotonin slouží k redukci pohotovosti reagovat nadměrně úzkostně. Jeho nižší hladina se projevuje nárůstem úzkosti.

Mezi vnější faktory, které ovlivňují vznik a rozvoj obsedantně-kompulzivní poruchy, se řadí rodina. Základní potřebou každého dítěte je potřeba bezpečí. Pokud tato potřeba není naplněna, dítě si není jisté samo sebou a jistota mu schází i ve vzájemném kontaktu s druhými. U dítěte může dojít ke kompenzaci této potřeby tím, že kontroluje to, co je možné kontrolovat, například hygienu, činnosti či myšlenky. Protože není možné dosáhnout absolutní kontroly, dítě je nuceno kontrolování neustále opakovat. Významnou roli zde sehrává také učení nápodobou. Dítě pozoruje rodiče v jeho činnostech a má tendenci chovat se stejným způsobem. Pokud má rodič potřebu neustálého kontrolování, čistění a provádění rituálů, dítě po něm toto chování opakuje. Vliv rodičů na vznik OCD

lze spatřovat také ve výchovných stylech. Zejména u perfekcionistické a nadměrně kritizující výchovy dochází k rozvoji potřeby neustálé kontroly a zajišťování. Nelze však opomenout vliv opačného výchovného působení, kdy v rodině převažuje chaos. Nestálost, konflikty a nejasnosti mohou vést k tomu, že má dítě potřebu kontrolovat nepodstatné věci, aby si vytvořilo alespoň nějaký řád v životě. (Praško, 2008) Na vznik OCD mohou mít vliv také rysy osobnosti, které se u jedinců vyskytují. Jde především o tendenci k nadměrným starostem o každodenní záležitosti, perfekcionismus, výkonovou orientaci a obtíže s přijímáním kritiky. Dalším výrazným faktorem ovlivňující vznik poruchy je stres. (Praško, 2003) Jak již bylo zmíněno, OCD je multifaktoriálně podmíněnou poruchou, a proto stres samotný nemůže být příčinou vzniku poruchy, ale je převážně důvodem, proč dochází v určitém období k jejímu rozvoji či zhoršení.

Ke vzniku i rozvoji obsedantně-kompulzivní symptomatiky v nemalé míře přispěla také celosvětová pandemie onemocnění covid-19. Pandemie se stala příčinou zvýšeného výskytu závažných psychických problémů spojených se zvýšenou úrovní úzkosti a deprese, a to jak u psychiatrických pacientů, tak v běžné populaci. Koronavirová opatření znamenala pro většinu lidí stresovou situaci, neboť došlo k omezení sociálního kontaktu, jehož omezení mělo negativní důsledky především na zdravou populaci. Osoby v karanténě se často potýkali s podrážděností, nespavostí, stresem, strachem, úzkostí i s finančními problémy, frustrací a nudou. Nelze opomenout ani zhoršení stavu u osob s diagnostikovanou OCD, především u typu obsesí týkajících se strachu ze znečištění a následnými kompulzemi týkajících se mytí a dezinfikování. Rozsáhle prezentovanou prevencí proti nákaze novým onemocněním se stala zvýšená hygiena zahrnující časté a důkladné mytí rukou a používání dezinfekce. U osob, u kterých se objevovaly podobné kompulze, docházelo k signifikantnímu zhoršení stavu. Toto doporučení mělo negativní dopad také na osoby s ukončenou léčbou OCD, u kterých se vyskytovaly podobné kompulze, neboť téměř čtvrtina se ke kompulzím opět vrátila. Výraznější zhoršení stavu u všech typů OCD lze pozorovat u jedinců, u kterých došlo ke znemožnění studia či výkonu zaměstnání, ale také u jedinců žijících ve více početnějších rodinách. (Davide, 2020) U osob s obsesemi, které se netýkají strachu z nákazy, lze pozorovat zvýšený výskyt nových obsesí, které se již strachu z nákazy týkají (Khosravani, 2021). Naopak u osob s diagnostikovanou obsedantně-kompulzivní poruchou, u kterých probíhala farmakologická léčba prostřednictvím léků ze skupiny SSRI nedošlo k výraznějšímu zhoršení stavu pod vlivem pandemie (Moreira-de-Oliveira, 2022).

## 2. Vliv obsedantně-kompulzivní poruchy na život dítěte

V kapitole zabývající se výskytem obsedantně-kompulzivní poruchy již bylo zmíněno, že porucha se začíná projevovat obvykle ve středním školním věku až v rané adolescenci. Vznik poruchy v dětství a adolescenci potvrzuje skutečnost, že třetina dospělých osob s diagnostikovanou OCD udává, že se u nich první příznaky objevily před 15. rokem věku. Potíže spojené s touto poruchou se mohou objevovat náhle, bez viditelné souvislosti s vnějšími událostmi, někdy je možné určit spouštěcí faktory, mezi které nejčastěji patří zátěžové situace v rodině, například stěhování, rozvod rodičů či onemocnění, případně smrt člena rodiny. U dětí je také větší šance, že se spouštěčem stane zúzkostňující zážitek, který je prezentován prostřednictvím masmédií. (Říčan, 1997) Mezi takové spouštěče patří prezentování násilí, katastrof a nákaz prostřednictvím filmů, televize, internetu i počítačových her.

*„Jedinci, ale především děti, které trpí touto poruchou, se často projevují jako nejisté, úzkostné, perfekcionistické, bez smyslu pro humor a dospělejší v porovnání se svými vrstevníky. Bývají nadprůměrně inteligentní, zvýšeně morálně uvědomělé a s bohatým fantazijním prožíváním.“* (Juklová, 2009, str. 102) Zátěž spojená s poruchou vede k emočnímu ochuzení. U dětí převažuje úzkost, napětí, pocity ohrožení, často jsou děti také depresivně laděné a nejsou schopny prožívat radost. (Vágnerová, 2014)

Pro samotné dítě je obsedantně-kompulzivní porucha velkou zátěží. Dítě nemá tušení, co se s ním děje, bojí se výsměchu, odsouzení a nepochopení, proto se raději se svými problémy nesvěřuje, velmi často se za své chování stydí. (Straková Jirků, 2018) Z tohoto důvodu je u dětí podchycení obsedantně-kompulzivní poruchy v jejím rozvoji problematické. Dítě se snaží své obtíže skrývat, případně i lhát, aby se nemuselo svěřit se svými obtížemi.

### 2.1. Dítě s OCD v rodině

Obsedantně-kompulzivní porucha je velkou zátěží pro celou rodinu. Porucha zasahuje i do interakce mezi dítětem a rodičem. Bylo prokázáno, že děti s OCD jsou oproti dětem bez této poruchy v interakci s rodiči více odtahité a je u nich větší míra pochybností, přestože se rodiče chovají v interakci s dítětem stejně k dítěti s OCD i k dítěti bez psychické poruchy (Mantz, 2020). Rodič si tak může chování dítěte během interakce vysvětlit jako zhoršení vztahu dítěte k němu. Především u matek dětí s OCD lze pozorovat

zvýšený výskyt depresí, který ovšem klesá společně s účinností farmakoterapie a psychoterapie u dítěte (Gorenstein, 2015).

Dítě s OCD nezdědka vyžaduje od ostatních členů rodiny poskytnutí ujištění. Děje se tak prostřednictvím opakovaných otázek. Přestože je pro rodinu opakované poskytování ujištění únavné, raději ho poskytně. (Praško, 2008) Mezi nejčastější otázky dětí vyžadujících ujištění patří například otázka, zda dítě opravdu vykonalo činnost, která je součástí jeho kompulze, zda danou aktivitu vykonal správně dle svého rituálu, případně po poskytnutí ujištění se dítě ještě opakovaně zeptá, zda si je rodič svým potvrzením skutečně jistý. Počet otázek je často u dítěte stejný. Dítě například u čtvrté otázky již samotné potvrzení nepotřebuje, ale dožadování se odpovědi je již součástí jeho kompulze a v případě, že by rodič u předposledního ujištění neodpověděl správně, dítě by se znovu začalo ptát, dokud jeho počet otázek a počet ujištění nedosáhne předem daný počet rituálu.

Výjimkou není ani vyžadování provádění stejných kompulzivních rituálů od členů rodiny nebo vyžadování dodržování pravidel chování. Porucha dítěte v takovém případě omezuje nejen dítě samotné, ale zasahuje také do rodinných vztahů i do běžného chodu rodiny. Především v počátečních fázích poruchy, kdy se OCD teprve rozvíjí a začíná zasahovat do chodu rodiny, mají rodiče, případně sourozenci, sílu vzepřít se požadavkům dítěte s poruchou. Otázka, zda dítěti vyhovět nebo nevyhovět potřebám dítěte, bývá často tématem dohadů mezi rodiči a dochází k celkovému napětí v rodině. V takovém případě dítě více inklinuje k rodiči, který je ochoten dítěti vyhovět. Především matky se snaží svým dětem vyhovět v jejich požadavcích, protože předcházejí pláči a vzteku dítěte, ale také mají pocit, že dítěti pomáhají ve zvládnání poruchy. Ve vztahu k rodiči, který se odmítá nárokům dítěte přizpůsobit, dochází častěji ke konfliktům. Rodičem, který se odmítá přizpůsobit, bývá většinou otec. (Straková Jirků, 2018) Ovšem přizpůsobivé chování, přestože je v očích dítěte velmi ceněno, má negativní dopad na život rodiče či jiného člena rodiny, protože pod vlivem narůstajícího přizpůsobování jsou nuceni omezit své pracovní aktivity, osobní zájmy a společenský život (Zaheer, 2021). Požadavky dítěte kladené na svou rodinu se však s rozvíjející se poruchou stupňují, až se stávají pro rodinu neúnosné. Ve většině případů je to okamžik, kdy i rodič, který se snažil dítěti vyhovět, je schopen uznat závažnost situace a začít stav dítěte řešit vyhledáním odborné pomoci.

Život rodiny mohou také zasáhnout fyzické projevy poruchy u dítěte. Napětí se u dítěte často projevuje bolestmi hlavy, břicha či zhoršeným spánkem a větší unavitelností. Obsedantně-kompulzivní porucha zasahuje také do spánku dítěte. U 42 % osob



s diagnostikovanou OCD byla zjištěna porucha spánku, během které dochází k problémům s usínáním, ke zkrácení doby spánku i k nočnímu buzení se ze spánku. Nekvalitní spánek má negativní dopad na pozornost, učení a paměť dítěte. (Coles, 2020) Některé podoby OCD mají negativní důsledky na zdravotní stav dítěte (Straková Jirků, 2018). Některé děti například omezují svůj jídelníček nebo vykonávají kompulze, které mohou vést ke kožním potížím, jako je například nadměrné mytí rukou a používání dezinfekce. Především tato forma obsedantně-kompulzivní poruchy je zátěží pro rodinný rozpočet. Pokud se obsese týkají strachu ze zašpinění či nákazy a následné kompulze zahrnují mytí a potřebu ochrany zdraví, pak dítě spotřebuje velké množství mýdla a dezinfekce, stoupá spotřeba vody a pracích prostředků. Některé děti například jako prevenci před nákazou používají jednorázové roušky, respirátory či rukavice. S rozvíjející se poruchou má dítě stále větší potřebu mytí a ochrany zdraví, s čímž stoupá i finanční náročnost obsedantně-kompulzivní poruchy u dítěte.

## 2.2. Dítě s OCD ve škole

Obsedantně-kompulzivní porucha může podstatně narušit výkon dítěte ve škole, přestože porucha nijak nezasahuje inteligenci dítěte. Porucha však omezuje kognitivní funkce, především pozornost. Většinu dne dítěti zabírají obsese a kompulze, proto na okolí může působit jako zasněné, nepozorné či líné. (Straková Jirků, 2018) U aktivit náročnějších na pozornost se objevuje specifický paměťový deficit. Děti s OCD bývají roztržité, ve větším napětí a hůře snáší stres. (Vágnerová, 2005)

Jak již bylo zmíněno, děti s obsedantně-kompulzivní poruchou bývají často popisovány jako perfekcionistické. Vágnerová (2005) udává, že úzkostnost u dětí s OCD se nejen ve školní práci projevuje nadměrnou pečlivostí a snahou o dokonalost. Dokonalosti pochopitelně není možné dosáhnout ani přes maximální snahu, která dítě vyčerpává. Z hlediska vlivu obsedantně-kompulzivní poruchy je důležité, jakým typem této poruchy dítě trpí. Popisovaná snaha o dokonalost ve školní práci se projevuje především u dětí, u kterých mají obsese povahu vyžadující symetrii a pořádek. Takové dítě se projevuje ve škole například pomalým psaním, kdy se dítě snaží, aby písmena měla dokonalý tvar. Tyto děti také velmi často gumují a opravují své výtvary a u učitelů bývají kritizovány za svou pomalost. (Straková Jirků, 2018) Pokud se dítě snaží dosáhnout dokonalosti a neustále své písmo opravuje, nemá šanci stihnout přepsat zápis z tabule do

sešitu nebo stihnout napsat diktát. Během vyučovací hodiny se tak dítě soustředí na své písmo a ztrácí přehled o aktuálně vyučované látce.

Život ve škole může zatěžovat také potřeba ujišťování. Dítě, u kterého se tato potřeba vyskytuje, se neustále vyptává učitele či spolužáka, neboť má potřebu opakovanými otázkami získávat jistotu, že všemu rozumělo. Takové chování bývá učiteli interpretováno jako rušivé, případně až jako provokativní. Nelze opomenout ani žáky, u kterých se vyskytují mentální kompulze. Tito žáci se přestávají soustředit na výklad a požadavky vyučujícího, neboť se snaží vykonat správně kompulze. V případě, že učitel tohoto žáka například vyvolá, dojde k přerušení výkonu kompulze a žák je následně nucen vykonat kompulzi znovu od začátku. Pro získání klidu k výkonu mentální kompulze mají žáci tendenci uvolňovat se na toaletu. (Straková Jirků, 2018) Časté uvolňování se na toaletu je možné pozorovat také u žáků, jejichž kompulze vyžadují mytí rukou. Přestože ve většině tříd bývá k dispozici umyvadlo, žáci se raději několikrát během vyučovací hodiny nechají uvolnit z hodiny a vykonají svou kompulzi na toaletě, kde mají na výkon větší klid a nehrozí jim nepříjemné pohledy spolužáků.

Problematickým se ve škole stává také chování dítěte s obsedantně-kompulzivní poruchou. Dítě je pod vlivem poruchy ve větším stresu a napětí, což vede k větší dráždivosti dítěte a k impulzivnímu jednání. (Straková Jirků, 2018) U dětí s OCD se lze setkat s výbuchy vzteku, které se mohou vyskytnout, pokud učitel vědomě či nevědomě zabrání dítěti ve vykonání kompulze.

Pokud se má dítě s obsedantně-kompulzivní poruchou cítit ve škole bezpečně, měl by být pro něj učitel oporou. Když dítě svému učiteli důvěřuje, svěří se mu se svými problémy a učitel je schopen potřeby dítěte lépe pochopit a přizpůsobit se jim. Učitel by měl být schopen porozumět projevům poruchy a pochopit, že se dítě takto nechová dobrovolně. Vhodné není trestání dítěte za chování, které souvisí s kompulzemi, ale vhodné není ani dítě chválit za perfektní práci, neboť by došlo ke zpevnění obsese týkající se symetrie a bezchybnosti. Učitel by měl být také schopen dítěti dopřát prožitek úspěchu, který může pomoci dítěti s jeho zhoršeným sebevědomím. (Straková Jirků, 2018) Problémem, který se ve školství velmi často objevuje, je zaměření učitelů na negativní projevy žáků. Učitelé věnují více pozornosti a času žákům, kteří se ve školách projevují rušivě, naopak žáci klidní a poslušní unikají pozornosti učitelů. (Kusák, 2001) V souvislosti s obsedantně-kompulzivní poruchou je nutno podotknout, že obsese a mentální kompulze nejsou zjevné a v mysli dítěte se odehrává velký boj. Takové dítě uniká pozornosti učitele a bývá

popisováno pouze jako dítě nepozorné. Z těchto důvodů je důležité informovat školu o potížích dítěte, předat učiteli informace o konkrétní povaze nemoci u dítěte. Doporučuje se také spolupráce se školským poradenským zařízením, které navrhne konkrétní úpravy ve vzdělávání dítěte, jako je například upřednostnění písemné či ústní formy zkoušení, ukládání méně domácích úkolů nebo doporučení pouštět dítě v hodině častěji na toaletu.

### **2.3. Dítě s OCD mezi vrstevníky**

U dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou lze pozorovat tendenci k sociálnímu stažení. Obsese a kompulze zabírají dítěti stále více času a porucha tak nutí dítě trávit doma volný čas, který by jinak věnovalo svým koníčkům, zálibám či kamarádům. Problém v sociální oblasti přináší také vyhýbavé chování, které vede taktéž k izolaci dítěte od vrstevníků. Dítě například raději nenavštěvuje kroužky, nechodí s kamarády ven, odmítá jet na školní výlety, školy v přírodě či letní tábory, protože by pobyt mimo domov mohl být zdrojem nákazy či nebezpečí. V některých případech děti odmítají trávit volný čas s vrstevníky, protože se za své kompulze stydí. Pro dítě je také nemyslitelné pozvat si kamaráda domů, neboť by mohl být zdrojem znečištění, nákazy či nebezpečí v prostředí, které je pro dítě, oproti například škole, bezpečným prostředím. Pokud se dítě vyhýbá sociálnímu kontaktu s vrstevníky delší dobu, pak může dojít k oslabování jeho sociálních dovedností. Pokud dítě pocítí toto oslabení vlastních dovedností, zvyšuje se v případných sociálních situacích jeho úzkost a posiluje se tendence k vyhýbavému chování. Nedostatek uspokojivých vrstevnických vztahů má vliv na sebevědomí dítěte. (Straková Jirků, 2018) Dítě si pod vlivem sníženého sebevědomí může připadat odlišné, proto je v rámci psychoterapie vhodné zaměřit se také na práci se sebevědomím dítěte.

Přestože se děti s obsedantně-kompulzivní poruchou snaží své chování maskovat a vrstevníkům se raději vyhýbají, dříve či později vrstevníci zaregistrují nepochopitelné chování svého kamaráda či spolužáka. Dítě s OCD se může stát terčem posměchu, případně i šikany. (Straková Jirků, 2018) Šikanu lze definovat jako záměrné chování, které má za cíl ublížit druhému člověku za použití agrese a manipulace. Kolář (2001) uvádí jako hlavní znaky šikany záměrnost, nerovnoměrné rozložení sil a opakování chování. Dle autora se obětí šikany může stát každý, přesto uvádí rizikové osobnostní charakteristiky zvyšující riziko, že dítě bude šikanováno. Mezi častý společný znak patří skutečnost, že se tento žák od svých spolužáků odlišuje a má vůči nim fyzický či psychický handicap. Mezi fyzický handicap lze zahrnout malou fyzickou sílu, obezitu, mimořádnost ve vzhledu či

neobratnost. Psychická znevýhodnění mají společný základ, kterým je odlišnost chápání a chování jedince. Takový spolužák je pro ostatní nesrozumitelný a je obtížné najít s ním společný zájem. Navíc se dle Janošové (2016) šikana nejčastěji vyskytuje na druhém stupni základní školy, tedy v období středního školního věku. Vzhledem k tomu, že ve stejném věku se obsedantně-kompulzivní porucha začíná projevovat, stoupá míra pravděpodobnosti, že se dítě s OCD stane obětí šikany. Školní šikana je pro dítě s OCD další zátěží. S postupným rozvojem šikany, tedy se stupňováním útoků, se dítě přestává ve škole cítit bezpečně a dostavuje se pocit ohrožení. Jakýkoliv požadavek na projevení se před ostatními znamená pro žáka další riziko kritiky a posměchu. Dlouhodobá šikana má podobné důsledky jako obsedantně-kompulzivní porucha, konkrétně stejnými důsledky je snížená sebeúcta, nadměrná úzkostnost a depresivita. (Janošová, 2016) Šikana tedy bývá častým důsledkem odlišného chování žáků pod vlivem obsesí a kompulzí, kterému spolužáci nerozumějí a díky kterému se žák s poruchou odlišuje a tím také vyčleňuje z kolektivu. Zároveň je nutno podotknout, že šikana je také udržujícím faktorem OCD, neboť přináší jedinci pocit ohrožení a zvýšenou úzkostnost. Škola či kontakt s vrstevníky se pak stává spouštěčem obsesí a následných kompulzí.

### 3. Léčba obsedantně-kompulzivní poruchy

Ještě v 60. letech minulého století nebyla obsedantně-kompulzivní porucha léčbou ovlivnitelná. K rozvoji možností léčby této poruchy došlo teprve v posledních desetiletích, především díky vývoji nových farmak a také v závislosti na propracování nových přístupů v kognitivně-behaviorální terapii. (Praško, 2008) Dnes je tedy možné označit OCD za nemoc léčitelnou, přestože u některých osob porucha v menším měřítku zůstává i po léčbě přítomná. Dle Pidrmána (2001) se podaří úplně vyléčit zhruba polovina pacientů, u čtvrtiny dojde pod vlivem léčby k výraznému omezení potíží a u zbylé čtvrtiny nemocných budou potíže spojené s poruchou přetrvávat nadále. U těchto osob dochází k sociálnímu i pracovnímu omezení a u závažných potíží může dojít až k rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu. „Podle údajů Světové zdravotnické organizace je OCD 10. příčinou invalidizace mezi všemi zdravotními důvody.“ (Pidrman, 2001, str. 13)

Léčba obsedantně-kompulzivní poruchy je léčbou dlouhodobou. Je tedy potřeba počítat s tím, že první známky zlepšení jedinec nepocítí hned, ale teprve po několika týdnech. Dle Pirdmána (2001) by se měl nemocný léčit minimálně po dobu jednoho roku, přičemž tento názor pak potvrzuje studie časné intervence, dle které může dojít k výraznějšímu zlepšení stavu až do konce devátého měsíce léčby (Brakoulias, 2021). Pokud je léčba úspěšná a dochází ke zmírnění či vymizení obsedantně-kompulzivní symptomatiky, tak je možné pozvolna léčbu ukončit. Za úspěšnou lze léčbu OCD považovat v okamžiku, kdy se jedinec přiblíží či zcela vrátí ke standardnímu způsobu života. Pro posouzení léčby za úspěšnou je využíváno kritérium zlepšení na škále YBOCS minimálně o 20 % v porovnání s výchozím stavem. (Pidrman, 1999) K posouzení zlepšení dle tohoto kritéria dochází nejdříve po ukončeném šestém týdnu léčby, a pokud je zde zlepšení alespoň 20 %, pak lze i nadále předpokládat zlepšování stavu pod vlivem léčby.

#### 3.1. Diagnóza

Před začátkem léčby je nejprve nutné stanovení diagnózy obsedantně-kompulzivní poruchy, které se provádí na základě komplexního psychiatrického vyšetření. Diagnostiku provádí psychiatr či jiný odborník zabývající se duševním zdravím. (Carr-Gregg, 2012). Ke stanovení diagnózy OCD se obsedantní a kompulzivní symptomatika musí vyskytovat po většinu dní nepřetržitě, a to alespoň po dobu dvou týdnů. Tyto symptomy jsou doprovázeny úzkostí a vedou k narušení běžných činností. Podstatným znakem také je, že

jedinec považuje chování za své vlastní a snaží se myšlenku nebo chování ubránit, ovšem bez úspěchu. Neméně důležitým znakem ke správnému diagnostikování OCD je skutečnost, že vtíravá myšlenka nebo provedení kompulzivního činu není jedinci příjemné. (Pidrman, 1999)

Problematikou stanovení správné diagnózy je skutečnost, že OCD většinou začíná nenápadnými projevy (Pidrman, 1999). Z toho důvodu bývá dlouho nepoznatelná a je výjimečné, že by se podařilo zahájit léčbu již v začátcích poruchy. Vyhledávání odborné pomoci tak jedinci odkládají až do okamžiku, kdy je symptomatika poruchy nezvladatelná a výrazně zasahuje do běžného života jedince. Dle Praška (2008) je průměrná doba mezi prvními příznaky a počátkem léčby 7-15 let, což potvrzuje ve svém výzkumu také Brakoulías (2021), který udává průměrnou dobu 9,4 let mezi prvními příznaky a vyhledáním odborné pomoci. Samozřejmě platí, jako u jiných nemocí, že čím dříve se podaří poruchu zachytit a zahájit léčbu, tím léčba trvá kratší dobu a je úspěšnější. Ovšem v dnešní době je již možné zmírnit příznaky poruchy i u osob, u kterých se první příznaky objevili před více než dvaceti lety.

Součástí stanovení diagnózy je také určení závažnosti obsedantně-kompulzivní poruchy. K tomu se nejčastěji využívá škála Yale-Brown Obsessive Compulsive Disorder, která má zkratku YBOCS. Tato škála se skládá z celkem deseti položek. První pětice položek hodnotí obsese, konkrétně se jedná o hodnocení času věnovaného obsesím, narušení činnosti obsesemi, úzkost a stres při obsesích, odolnost vůči obsesím a kontrola obsesí. Zbýlých pět položek hodnotí kompulze, kdy se hodnotí čas věnovaný kompulzím, narušení činnosti kompulzemi, úzkost a stres při kompulzích, odolnost vůči kompulzím a kontrola kompulzí. Posuzuje se intenzita daného kritéria na škále od 0 do 4, kdy 0 znamená absenci daného příznaku, 4 naopak znamená extrémně vyjádřený příznak. (Pidrman, 1999) Maximální skóre, kterého může jedinec dosáhnout, pokud ve všech deseti položkách získá plný počet bodů, je tedy 40. Pokud jedinec nepřesáhne ve škále YBOCS 15 bodů, pak se jedná o mírnou obsedantně-kompulzivní poruchu. V tomto případě se symptomy sice objevují pravidelně, ale většina dne probíhá bez příznaků. Nedochozí k narušení výkonnosti jedince, přestože jeho aktivity jsou poruchou mírně ovlivněny. V případě, že jedinec získá na škále YBOCS 16-26 bodů, je mu diagnostikována OCD významné závažnosti. U tohoto stupně poruchy jsou obsese nebo kompulze přítomny minimálně hodinu denně a dochází k narušení aktivit, a to pracovních i sociálních. Pokud jedinec dosáhne hodnocení 27 a více bodů, pak mu je diagnostikována závažná OCD, která znamená, že obsese nebo kompulze se objevují většinu dne a jsou výrazně narušeny běžné

sociální i pracovní aktivity. Při získání 30 a více bodů na škále YBOCS je běžné, že jedinec je natolik zatížen obsesemi či kompulzemi, že téměř není schopen opustit svůj pokoj či domov. (Pidrman, 1999) Je ovšem nutné podotknout, že hodnocení pomocí škály YBOCS je vždy modifikováno tím, jak sám jedinec příznaky hodnotí. Je tak možné, že dojde k zveličení symptomů, přestože se u jedince nachází pouze mírná forma poruchy. Na druhou stranu osoby se závažnou obsedantně-kompulzivní poruchou nemusí příznaky poruchy vždy hodnotit jako chorobné, například pokud jsou okolím projevy poruchy považovány za pozitivní povahové rysy, s čímž se lze setkat kupříkladu u dětí s typem poruchy zaměřeným na symetrii a pořádek, kdy tyto děti bývají i chváleny za svou pečlivost.

### **3.2. Psychoterapie**

Podstatnou součástí léčby obsedantně-kompulzivní poruchy je psychoterapie, která pomáhá porozumět, co se s jedincem děje a učí ho, jak pracovat s projevy poruchy a s problémy spojenými s OCD. Psychoterapie dále učí jedince, jak zlepšovat dovednosti, které mohou bránit rozvoji poruchy. Významným úkolem psychoterapie je také vytváření bezpečného prostoru, ve kterém se jedinec může svěřit se svými problémy. Samotná psychoterapie je účinnou léčbou u mírných a významně závažných úrovní OCD. V případě závažné obsedantně-kompulzivní poruchy se účinnost psychoterapie zvyšuje v kombinaci s farmakoterapií. (Praško, 2008) Důležitým předpokladem úspěšnosti psychoterapie je také motivace (Pešek, 2018). Pokud klient přichází dobrovolně a je rozhodnutý svůj stav zlepšit, pak má psychoterapie větší předpoklad k úspěchu, než je tomu u klientů přicházejících z donucení a bez samostatného rozhodnutí svůj stav zlepšit.

Nejúčinnější a nejčastěji využívanou metodou při psychoterapii u osob s OCD je kognitivně behaviorální terapie, která je známá pod zkratkou KBT. Kognitivně behaviorální terapie je poměrně novou metodou psychoterapie, neboť ji vyvinul Aaron Beck teprve na počátku 60. let 20. století. (Beck, 2018) Jak již název napovídá, tento psychoterapeutický směr vnikl spojením dvou původně samostatných směrů, a to terapie kognitivní a terapie behaviorální. Kognitivní terapie se zaměřuje na procesy myšlení a poznávání, které se dějí prostřednictvím myšlenek a představ, behaviorální terapie se naopak zabývá pozorovatelným chováním. KBT se zaměřuje na čtyři složky lidské psychiky, a to na myšlení, emoce, tělesné reakce a pozorovatelné chování. (Pešek, 2013) Kognitivně behaviorální terapie vychází z teorie, že příčinou psychických potíží jsou

chybné způsoby chování a myšlení, které jsou naučené a udržované vnějšími i vnitřními faktory. Jedinec je schopen se tyto chybné způsoby myšlení a chování přeučit, odnaučit či se naučit novým způsobům řešení problémů. (Gavendová, 2021) Jedná se o psychoterapii strukturovanou, krátkodobou a orientovanou na přítomnost, která je určena k léčbě depresí, k řešení aktuálních problémů a k úpravě dysfunkčního myšlení a chování (Beck, 2018).

Konkrétně v případě KBT s dětmi je potřeba si na začátku terapie vyslechnout první popisy potíží dítěte a edukovat dítě i rodiče o vztahu myšlení, prožívání a chování, aby lépe pochopili, co se s dítětem děje. Vhodné je nakreslit spirálu OCD a společně s dítětem si vysvětlit vztahy mezi jednotlivými částmi. V úvodu je také potřeba sdělit, že cílem KBT není zbavení úzkosti, ale cílem je natrénování snížení úzkosti na snesitelnou míru. Pro lepší pochopení je doporučeno zmínit se o pozitivních funkcích úzkosti a strachu, aby rodiče i dítě pochopili jejich nezastupitelnou roli a nesmyslnost požadavku jejich odstranění. Dalším krokem KBT je zmapování obtíží, kdy jsou zjišťovány aktuální obtíže, vývoj potíží v čase, spouštěče, popis obsesí, emoce, tělesné příznaky, popis kompulzí, vyhyčavé a zpevňující chování, omezení v životě, faktory pomáhající zmírnit či naopak faktory zhoršující situace a představy o cíli terapie a jejím výsledku. Poslední fází před zahájením samotné kognitivně behaviorální terapie je stanovení jejího cíle. Vždy je potřeba stanovit cíl dosažitelný, konkrétní a měřitelný, aby bylo možné zhodnotit jeho dosažení. (Straková Jirků, 2018)

Výhodou kognitivně behaviorální terapie je možnost přizpůsobit ji pacientům dle jejich individuálních potřeb. Přestože je KBT tvořena každému jedinci na míru, existují principy, které lze považovat za základ kognitivně behaviorální terapie. První princip udává nutnost založení terapie na neustále se vyvíjející formulaci pacientových problémů a individuální konceptualizaci případu každého pacienta. Druhý princip, podle kterého terapie vyžaduje zdravé terapeutické spojení, a třetí princip, že terapie klade důraz na spolupráci a aktivní účast, se zaměřují na vztah mezi klientem a terapeutem, kdy má docházet k utváření vzájemné důvěry a povzbuzování klienta terapeutem. Čtvrtý princip udává, že se kognitivně behaviorální terapie zaměřuje na problémy a soustředí se na cíle, čímž je možné stanovit si, co klient vnímá jako zátěžové a čeho by bylo dobré pomocí terapií dosáhnout. Pátým principem je doporučení zaměření terapie na přítomnost, především na jejím počátku. Šestý princip říká, že terapie je edukativní a klade důraz na relaps. Sedmý princip zdůrazňuje časové omezení KBT. Osmý princip se zabývá tím, že sezení kognitivně behaviorální terapie mají být strukturovaná, tedy mají mít úvodní část, jako je kontrola nálady, krátké zhodnocení uplynulého času, společná dohoda na programu



sezení, střední část zabývající se probíráním domácích úkolů, diskuzí o problémech, zadáním domácích úkolů a shrnutí, a závěrečnou část, kde dochází ke zpětné vazbě. Devátým principem je, že kognitivně behaviorální terapie učí klienty, jak mají určovat a hodnotit své dysfunkční myšlenky a přesvědčení a jak na ně reagovat. V tomto principu jde o to, že terapeut pomocí řízeného objevování, kdy pomocí dotazování klient hodnotí své myšlenky, a tak má možnost si sám přijít na to, které myšlenky jsou důležité a osvojit si realističtější a prospěšnější úhel pohledu, který vede ke zlepšení jeho emočního stavu, k funkčnímu jednání a ke zmírnění fyzických příznaků potíží. Poslední princip praví, že kognitivně behaviorální terapie používá řadu technik, jak změnit myšlení, náladu a chování. (Beck, 2018) Přestože tyto techniky platí pro všechny klienty, terapie se mohou značně lišit podle povahy potíží, životní fáze, vývojové a intelektové úrovně, pohlaví nebo například kulturního prostředí klienta. Důraz je však vždy kladen na konkrétní potíže konkrétního jedince.

V rámci kognitivně-behaviorální terapie velké množství forem. Patří mezi ně i expoziční terapie (Beck, 2018), která bývá využívána k léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy. Hlavním principem expoziční léčby je vystavování se obávanému podnětu, který přináší úzkost. *„Jedná se o systematicky propracované postupné snižování úzkosti v situacích, které ji vyvolávají, a to na základě vystavování se těmto situacím bez provedení rituálu.“* (Straková Jirků, 2018, str. 57) Cílem expozičních je pochopení, že úzkost poklesne i bez vykonání kompulze, pokud ji jedinec dokáže po dostatečně dlouhou dobu odolávat. Jedinec také získá možnost poznat, zda je jeho obava oprávněná, k čemuž v případě vyhybavého chování nemůže dojít. Expozice se vždy provádějí během sezení psychoterapeuta a klienta a postupuje se od nejjednodušší po nejtěžší. Psychoterapeut musí počítat s tím, že během expoziční narůstá úzkost klienta, která do třiceti minut odezní. Pokud ovšem u klienta na začátku expoziční nenaroste míra úzkosti, může docházet k mentální kompulzi, která úzkost blokuje. Především u dětí je potřeba zajistit, aby dítě dosáhlo úspěchu a následně jej za zvládnuté expoziční ocenit. Expozice mohou mít reálnou podobu, kdy se jedinec osobně setkává se spouštěčem úzkosti, ovšem v případě magického myšlení nebo pokud je pro dítě obtížné vystavit se reálným situacím je využíváno expoziční v představě, prostřednictvím imaginace. (Straková Jirků, 2018)

Kognitivně behaviorální terapie u dětí však není určena pouze jim samotným, ale také jejich rodičům, kteří mohou změnou svého chování pomoci ke změně svému dítěti. Kognitivně behaviorální terapie velmi účinně působí na zlepšení sebeovládání i sebehodnocení dítěte a přispívá tak k pozitivnímu osobnostnímu rozvoji. (Hort, 2000)

Je však nutné počítat s rozdíly v psychoterapii dětí od psychoterapie dospělých. V psychoterapii dětí je potřeba počítat s odlišnou emoční, kognitivní i behaviorální úrovní, která je odvozena od aktuálního vývojového období. Psychoterapeut by se měl vždy snažit o pochopení dětského subjektivního prožívání, které nemusí být vždy v souladu s objektivním posuzováním dítěte a s okolnostmi jeho života. Vhodným komunikačním prostředkem, který terapeutovi může umožnit poznání subjektivního prožívání dítěte, je hra. Podstatným rozdílem mezi dětským a dospělým klientem je fakt, že dítě samo pomoc od odborníka téměř nikdy nevyhledává. Zahájení terapie, její volba i délka trvání záleží na rodičích a jejich schopnosti spolupracovat s rodiči. Skutečnost, že psychoterapeut uzavírá s rodiči kontrakt o provedení terapie zvětšuje pocit dítěte, že psychoterapeut bude zaujímat stejný postoj jako rodiče a vidí psychoterapeuta jako spojence rodičů, nikoliv jako osobu, která by mu měla pomoci s jeho obtížemi. Psychoterapeut si také musí být vědom specifčnosti dětské komunikace. Převážně mladší děti komunikují prostřednictvím chování a vnějších projevů, i proto by měl u menších dětí využívat terapii formou hry, neboť se s dítětem snadněji naváže kontakt, ale také nám dítě prostřednictvím hry sdělí informace, které není schopno verbalizovat. Někdy je možné setkat se u dětí s pocitem viny, že se svěří se svými problémy raději cizí osobě než rodičům. U dětí hrozí také větší riziko fixace na terapeuta, ale také se častěji vyskytují hostilní postoje vůči terapeutovi, než je tomu u psychoterapie s dospělou osobou. (Hort, 2000)

### **3.3. Farmakoterapie**

Farmakoterapie u dětí bývá využívána jako doplnění kognitivně behaviorální terapie. O jejím využití se rozhoduje v závislosti na závažnosti potíží, celkové úzkostnosti a vlivu poruchy na život dítěte. U silných forem obsedantně-kompulzivní poruchy se objevují stavy silné úzkosti a depresivní ladění, a v takových případech není možné zahájit psychoterapii, neboť je dítě vysílené. (Straková Jirků, 2018) Pokud se u dítěte vyskytuje komorbidita s depresí, pak je potřeba nejprve farmakoterapií či psychoterapií řešit depresi.

Jak již bylo řečeno, u osob s obsedantně-kompulzivní poruchou dochází ke změně rovnováhy serotoninu na některých nervových zakončeních v mozku. Z toho důvodu jsou při léčbě OCD účinné léky, které blokují zpětné vychytávání serotoninu, čímž umožňují organismu, aby znovu získal zdravou rovnováhu v procesu přenosu informace mezi buňkami v mozku. (Praško, 2008) Do kategorie blokátorů zpětného vychytávání serotoninu, pro kterou se používá anglická zkratka SRI, patří dvě skupiny léků. První

skupinu tvoří klasická tricyklická antidepresiva, pro která se používá zkratka TCA. Tato skupina antidepresiv byla vyvinuta v 60. letech 20. století a pro léčbu OCD se využívá pouze jediný zástupce, kterým je Anafranil. Tento lék je považován za klasický v léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy, neboť jsou s ním nejdéle zkušenosti. Úspěšné podání tohoto léku je popsáno již v roce 1967 ve Španělsku, čímž se ukázalo, že antidepresiva jsou při léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy efektivnější než léky jiných skupin. Od ostatních tricyklických antidepresiv se Anafranil, který je známější pod výrobním názvem clomipramin, liší především tím, že má vyšší afinitu k ovlivnění serotoninergního systému, čímž jeho první úspěšné použití poukázalo na potřebu ovlivnění serotoninergního přenosu ve farmakoterapii pro OCD. Anafranil je jediným zástupcem skupiny TCA, u něhož byl potvrzen úspěch při léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy. (Pidrman, 2001)

Druhá skupina léků, která se využívá při léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy, je označována anglickou zkratkou SSRI neboli selective serotonin reuptake inhibitors, čili selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu. Do této skupiny se řadí celkem pět léků. Prvním zástupcem je Prozac neboli Deprex, jehož výrobní název je fluoxetin. Tento lék je využíván v Evropě i v USA a po Anafranilu je o něm ve spojitosti s léčbou OCD nejvíce publikací. Jeho použití k léčbě OCD je prvně uváděno v roce 1985, kdy byla zaznamenán úspěch při redukci symptomatiky obsedantně-kompulzivní poruchy. Pod vlivem tohoto léku výrazně ustupovala také depresivní symptomatika u osob s OCD. Dalšími zástupci této skupiny, u nichž byl prokázán účinek při léčbě OCD je Seropram, jehož výrobní název je citalopram a Seroxat, který je znám pod výrobním názvem paroxetin. Účinek při léčbě OCD u obou zástupců byl prokázán teprve v druhé polovině devadesátých let. Pro léčbu obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí se ovšem nejvíce využívají poslední dva zástupci. Od 6 let věku je možné používání Zoloftu, který je známý také pod svým výrobním názvem sertralín. Od 8 let věku se pro léčbu OCD využívá také Fevarin se svým výrobním názvem fluvoxamin. (Pidrman, 2001) K léčbě OCD je možné využít také escitalopram, který je řazen do skupiny allosterických inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, pro které se používá zkratka ASRI. Dále je možné využít také venlafaxin, který se řadí do skupiny SNRI neboli selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu. (Praško, 2008) Úkolem léků z těchto skupin je snížení frekvence obsesí a kompulzí a jejich emočního dopadu, snížení celkové úzkosti, zlepšení nálady a zmírnění síly obsesí a kompulzí. Výhodou skupiny SSRI je dobrá účinnost a skutečnost, že na těchto lécích si nelze vytvořit závislost.

Existence většího množství rovnocenných léků je výhodou pro pacienta i lékaře. Obsedantně-kompulzivní porucha se u každého pacienta mírně odlišuje, navíc se běžně proměňuje také v čase, především v průběhu různých věkových období. Dostupnost více obdobných alternativ dává lékaři možnost najít nejvhodnější možné řešení pro konkrétního pacienta. Již dle popisu přípravků je zřejmé, že nejrozdílnější alternativou je jediný zástupce skupiny TCA, kterým je Anafranil. Ten zasahuje také do biochemických procesů. Ale i mezi zástupci skupiny SSRI lze najít drobné rozdíly, kdy se jednotlivé léky liší délkou účinku, cestou odbourávání z těla, rychlostí vstřebávání i tím, jak silně ovlivňují serotoninový systém. Pokud lékařem předepsaný lék nemá dostatečné účinky, díky existenci alternativ je vhodné vyměnit ho za některý další. Změnit medikaci je vhodné také v případě, že se u jedince objeví některé z nežádoucích účinků. Z hlediska vedlejších účinků lze označit za nejproblematictější Anafranil, u kterého se v prvních týdnech užívání objevuje motání hlavy, útlum, sucho v ústech, lehce rozmazané vidění, přibírání na váze a zažívací potíže. (Pidrman, 2001) Přestože má clomipramin dle Strakové Jirků (2018) vyšší účinnost při léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy, nebývá z důvodu popsaných vedlejších účinků v praxi využíván pro léčbu OCD u dětí. K jeho využití u dětských pacientů dochází především v případech, kdy je jedinec rezistentní vůči lékům, které se řadí do skupiny SSRI. S vedlejšími účinky léků z této skupiny se lze setkat v menší míře. Nejčastěji je možné setkat se s poruchami spánku, nechutenstvím a zvracením u osob, které často trpí bolestmi hlavy. Jako vedlejší účinky udává autorka také sexuální dysfunkce, které jsou negativně prožívány především adolescentními chlapci. Vedlejší účinky u těchto léků však trvají kratší dobu, proto pokud tyto problémy přetrvávají déle než týden, je vhodné situaci prodiskutovat s psychiatrem.

Ovšem je potřeba zdůraznit, že samotná farmakoterapie ve většině případů není řešením. Účinnost samotné farmakoterapie bývá udávána v rozsahu 40-60 %. Nelze opomenout ani skutečnost, že účinek antidepresiv se nedostaví ihned. K úpravě rovnováhy dle Praška (2008) dochází v průměru za 3-8 týdnů pravidelného užívání. Účinek farmakoterapie na obsese a kompulze se může dostavit ještě o něco později, bývá udáváno až za 3 měsíce. V praxi se může stát problematickým předčasné ukončení farmakoterapie. Pro trvalý úspěch farmakoterapie autor udává, že je potřeba pokračovat v podávání léků ještě po dobu 18-24 měsíců po odeznění obsesí a kompulzí. Bohužel léčba není všemocná a u některých pacientů je nutno užívat léky po celý zbytek života.

### 3.4. Možnosti sociální práce

Osoby s obsedantně-kompulzivní poruchou, stejně jako osoby s dalšími psychickými nemocemi, se velmi často v průběhu léčby setkávají se sociálními pracovníky. „*Většina lidí s psychickými problémy potřebuje od sociálního pracovníka cílenou pomoc (informace v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního a rodinného práva a pomoc s problémy v těchto sférách, rodinnou intervenci) či specifické intervence (poradenství, rodinná psychoterapie).*“ (Matoušek, 2005, str. 133) Osoby s dlouhodobým duševním onemocněním, které je omezuje po delší dobu ve více oblastech, vyhledávají především komplexní zdravotně-sociální péči.

Pacient s OCD přichází do kontaktu se sociálním pracovníkem nejčastěji v institucích, jako jsou psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic, ale také v komunitních zařízeních, mezi která patří například krizová centra či centra denních aktivit. Základním úkolem sociálního pracovníka je vytvoření vztahu s pacientem a vztah založený na vzájemné úctě a respektu, přičemž je důležité ke každému klientovi přistupovat individuálně, protože i osoby se stejnou diagnózou se liší svým zázemím, potřebami, možnostmi, hodnotami, cíli, charakteristikami osobnosti či životními zkušenostmi. Sociální pracovník se často stává spojkou mezi osobou s OCD a komunitou a cílem jeho práce je podpora readaptace, která zahrnuje jedincovo přijetí sebe samotného, smyslu života a adaptaci sebe na obsedantně-kompulzivní poruchu, ale také je podstatná podpora sociální integrace, tedy změnu postoje veřejnosti vůči osobám s psychickým onemocněním.

Pokud má být sociální práce účinná, je potřebné, aby sociální pracovník měl základní znalosti o symptomatice obsedantně-kompulzivní poruchy, ale také o možnostech a limitech její léčby. Má být také schopen posoudit způsob účinné péče, neboť v případě nevhodně zvolené léčby může dojít k rozvoji institucionalizačního syndromu, neboli hospitalismu, který je výsledkem kombinace vlivů duševní poruchy a prostředí, a v jeho důsledku dochází k apatii, ztrátě zájmu a iniciativy, poddajnosti, zhoršené péči o sebe samotného či k pocitům nespravedlivému chování personálu, ale může dojít až ke ztrátě individuality. Jedinec se pak může stát závislým na nadměrné podpoře, která mu je poskytována v rámci pomáhajícím pracovníkem. Takový jedinec bývá okolím označován za nemotivovaného, neboť se u něj ztrácí pocit vlastní odpovědnosti a nechává za sebe rozhodovat druhé. (Matoušek, 2005)

Sociální pracovník získává informace o klientovi od jeho rodiny, širšího okolí, zainteresovaných odborníků i od klienta samotného. K tomu využívá svou komunikační kompetenci, která obsahuje schopnost navázat s klientem kontakt, vést rozhovor, být schopen aktivního naslouchání a schopnost umět pozorovat projevy komunikačního partnera. Sociální pracovník musí také umět komunikovat s ostatními členy multidisciplinárního týmu a být schopen stát se koordinátorem péče členů tohoto týmu o daného klienta. Důležitým úkolem sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je provedení sociálního šetření, které obsahuje pozorování interakcí klienta s okolím, popis bydlení, finanční a sociální situace klienta i informace o rodinném i dalším podpůrném systému klienta. (Vrtišková, 2009)

V případě hospitalizace klienta je úkolem sociálního pracovníka také příprava na odchod ze zařízení a začlenění se do přirozeného prostředí. Sociální pracovník by měl být schopen zajistit odpovídající návaznou péči a pomoci klientovi se zabezpečením základních životních podmínek, jako jsou vztahy, bydlení či finanční zabezpečení. Matoušek (2005) popisuje tento úkol sociálního pracovníka jako budování mostu, po kterém se klient může vrátit z instituce zpět do domácího prostředí, ale přitom pokračovat v léčbě, například ambulantní formou.

Náplní práce sociálního pracovníka s osobami s psychickými poruchami není pouze práce s klientem, ale také práce s jeho rodinou. Sociální pracovník pomáhá rodině pochopit podstatu onemocnění dítěte, napomáhá sladit potřeby rodiny i klienta a učí rodinu zvládat projevy nemoci a krizové situace, které u dítěte s obsedantně-kompulzivní poruchou mohou nastat. Spolu s rodinou klienta a klientem samotným stanovuje sociální pracovník dosažitelné cíle, kterých je možné v rámci léčby i fungování celého rodinného systému dosáhnout. (Matoušek, 2005) Pracovník klade důraz na to, aby sestavované cíle odpovídaly potřebám a zájmům všech členů rodiny, neboť často dochází k situaci, kdy daný cíl upozaďuje potřeby některého ze členů rodiny.

### **3.5. Relaps**

Bohužel nelze opomenout skutečnost, že u obsedantně-kompulzivní poruchy hrozí vysoké riziko relapsu neboli návratu potíží i po úspěšné léčbě. V případě relapsu se u jedince začnou znovu symptomy OCD, tedy obsese, kompulze, vyhýbavé chování, ale také úzkost a napětí. Největším rizikem návratu obtíží je dle Praška (2003) okamžik vysazení

léků. Velké množství pacientů samostatně ukončí farmakoterapii v okamžiku, kdy se jejich obtíže zmírní či zcela vymizí. Pokud však dojde k ukončení farmakoterapie do roka po vymizení příznaků, jedná se o předčasné ukončení léčby a dle autora je riziko relapsu až 80 %. Z tohoto důvodu je potřeba pacientům zdůrazňovat, že užívání léků by mělo pokračovat alespoň 12 měsíců po dosažení zlepšení stavu.

Velkým rizikem pro vznik relapsu je také nadměrný stres. Proto je důležité i po ukončení psychoterapie pracovat na zvyšování odolnosti vůči stresu, k čemuž může posloužit sestavení krizového plánu. Krizový plán obsahuje plánování zvládnutí náročných situací a způsob vyrovnávání se s neúspěchy. Plán sestavuje konkrétní osoba, nejčastěji za pomoci odborníka, a při sestavování je potřeba se zamyslet nad situacemi, které by mohly v nejbližší době nastat a které by jedinci mohly přinést napětí a stres. Pro takové situace si pak jedinec sestaví konkrétní přípravu pro jejich zvládnutí i nouzový plán v případě zhoršení dané situace. (Praško, 2008)

V rámci prevence relapsu je vhodná i změna životního stylu. Dle Praška (2003) by si měl jedinec sestavit denní program a uspořádat si v něm své aktivity. Do programu by měl jedinec zařadit především relaxační okénka, která zaberou pouze pár minut, přesto však mohou relaxační techniky jedinci pomoci. Do každého dne autor doporučuje zařadit také něco, co jedinci přinese potěšení, které vede k uvolnění napětí. Při sestavování plánu dne je potřeba myslet i na své hranice, aby nedocházelo k únavě a vyčerpání, protože by se taková aktivita mohla stát zdrojem napětí, stresu či úzkosti. Autor doporučuje jedincům v rámci změny životního stylu chovat se vždy asertivně a nevyhýbat se tomu, čeho se bojí, neboť je nutné se takové situaci postavit čelem a naplánovat si malé kroky, po kterých dojde k odbourání strachu.

Vhodné je rovněž dbát na dostatek pohybu, jehož nedostatek má negativní vliv i na nervový systém. „*Na psychický život působí zejména aerobní cvičení. Aerobní cvičení je takové, které trvá nejméně 20 minut, je v přiměřeném tempu, plynulé (bez přestávky) a procvičuje svaly dolní poloviny těla. Typickým příkladem je vytrvalostní běh nebo jízda na rotopedu.*“ (Praško, 2003, str. 108) Aerobní cvičení působí na duševní život podle autora tím, že uvolňuje endorfiny, které přivádějí mozek do stavu relaxované bdělosti a klidu, přičemž právě endorfiny působí proti depresivní náladě. Dalším pozitivním důsledkem tohoto cvičení je podpora růstu nervových spojení a zrychlování vybavování paměťových dat. Je však nutné, především u dětí, dbát na to, aby cvičily dobrovolně, nikoliv nuceně. Pokud jedinec cvičí proti své vůli, lze očekávat menší příznivý účinek, navíc se objevuje

stres z donucení, který nezřídka převažuje nad přínosem cvičení. Z toho důvodu je vhodné pohybové aktivity dětem převádět do zábavných forem a vhodným způsobem je motivovat.

U jedinců, především u dětí, zůstává i po úspěšné léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy snížené sebevědomí. Jak již bylo řečeno v kapitole týkající se důsledků OCD na život dítěte, dětský pacient pod vlivem poruchy omezuje své zájmy a kontakty s vrstevníky. Po vyléčení poruchy je potřeba zapracovat na zvýšení sebedůvěry a sebevědomí. Samozřejmě je vhodné pracovat na zvýšení sebevědomí u dětí formou hry. Straková Jirků (2018) uvádí několik zajímavých aktivit, které jsou vhodné ke zvýšení sebevědomí dítěte. První aktivitou je malování erbu, kdy erb rozdělíme na čtyři části a dítě má za úkol do každého pole namalovat znak dle zadání. Jako zadání je vhodné zvolit malování toho, v čem je dítě dobré, co mu dělá radost, za co je chváleno. Společně s dítětem je pak vhodné hotový erb zhodnotit a zdůraznit, že vytvořený erb je něco jako jeho vizitka a nachází se v něm aktivity a dovednosti, na které má být hrdé a kterými se může prezentovat. Dlouhodobější aktivitou je vedení deníku, kdy má dítě každý den za úkol napsat alespoň tři věci, které se mu povedly, ze kterých měl radost nebo za co byl od ostatních oceněn. Nemusí jít o velké události, mnohem cennější jsou denní maličkosti, které mají větší šanci stát se každodenními záležitostmi. Pokud si dítě tyto drobnosti zaznamenává po delší dobu, může si deník zpětně pročitat a zjistit, co vše se mu povedlo a v čem je pro druhé prospěšný. Zpětné pročitání pak dodá dítěti příjemný pocit a dodá mu sebevědomí.



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Primárním cílem praktické části je zachytit pomocí sestavení případových studií významné momenty v životě jedinců s obsedantně-kompulzivní poruchou, konkrétně stav před propuknutím OCD, první příznaky a rozvoj poruchy, přijetí nemoci jedincem a jeho blízkým okolím, zahájení a průběh léčby, ústup nemoci a vztahy jedince s rodinou a okolím před propuknutím, během léčby a po jejím ukončení.

Sekundárním cílem v rámci střednědobého pozorování je popis různých situací, které jsou pro jedince zátěžové a dochází v nich k propuknutí poruchy. Pozorování je zaměřeno především na popis zátěžové situace, změny v chování jedince v průběhu zátěžové situace a na řešení dané situace.

Praktická část má stanovené následující výzkumné otázky:

- Výzkumná otázka č. 1: Jaký důsledek má OCD na zdravotní a psychický stav dítěte?
- Výzkumná otázka č. 2: Jak ovlivňuje obsedantně-kompulzivní porucha rodinné a sociální vztahy?
- Výzkumná otázka č. 3: Jak účinné jsou zásahy blízkých osob během probíhajících obsesí a kompulzí?
- Výzkumná otázka č. 4: Mohou volnočasové aktivity snižovat dopady obsedantně-kompulzivní poruchy na jedince?
- Výzkumná otázka č. 5: Jaký dopad na poruchu měla pandemie koronavirového onemocnění?

### 4.1. Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro praktickou část byly vybrány celkem tři děti ve věku od 9 do 14 let s diagnostikovanou obsedantně-kompulzivní poruchou. U všech dětí došlo k hospitalizaci na oddělení dětské psychiatrie ve Fakultní Thomayerově nemocnici. Oddělení bylo zřízeno již v roce 1964 a aktuálně disponuje kapacitou 30 lůžek. Lůžková část dětské psychiatrie provádí léčebnou a diagnostickou péči pro děti od 2 let. Na oddělení pracují 4 psychiatři, 2 psychologové, logoped, speciální pedagogové, vychovatelka, sociální pracovníce a 13 dětských sester. Specializují se zde na diagnostiku a léčbu neurotických projevů, hyperkinetických poruch, emočních poruch, poruchy chování, tikové poruchy, deprese,

mentální retardaci, specifické vývojové vady řeči a na děti postižené syndromem CAN. Během hospitalizace zde děti navštěvují ústavní mateřskou školu a základní školu, kde probíhá zkrácená výuka malotřídním způsobem vyučování a během pobytu se také dětem věnuje několik dobrovolníků, kteří se starají především o volnočasové aktivity dětí.

Všechny zkoumané děti jsou v občasném vzájemném kontaktu. Přestože se vzájemně neznají, kontaktovaly se na sociálních sítích, kde prostřednictvím textových zpráv sdílejí své zkušenosti z hospitalizace na dětském psychiatrickém oddělení, kde byly hospitalizovány v průběhu let 2018-2021.

## **4.2. Výzkumná metoda**

Kvalitativní výzkum bakalářské práce je proveden prostřednictvím případových studií. Případové studie mají svou strukturu, konkrétně jsou rozděleny na rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, problémový stav, následuje část pojednávající o průběhu hospitalizace na dětské psychiatrii a poslední částí případové studie je popis současného stavu. Případové studie byly sestaveny na základě polostrukturovaných rozhovorů, které byly provedeny s dětmi s diagnostikovanou obsedantně-kompulzivní poruchou, alespoň s jedním z jejich rodičů, dále s učitelem dítěte a u dvou případových studií bylo možno provést rozhovor také s vedoucím volnočasové aktivity. Rozhovory byly provedeny v přímém kontaktu s respondenty, a to v osobním kontaktu nebo prostřednictvím videohovoru. Rozhovory měly předem danou základní strukturu a dle odpovědí respondentů byly pokládány doplňující otázky. Základní struktura rozhovoru je uvedena v příloze č. 1.

Ke zpracování případových studií bylo využito také metody analýzy dokumentů, které byly k sepsání bakalářské práce propůjčeny. Těmito dokumenty jsou zprávy z pedagogicko-psychologických poraden, rozsudky soudu, výsledek IQ testu společnosti Mensa a zprávy z dětské psychiatrie v Thomayerově nemocnici Krč.

Další využitou výzkumnou metodou je nestandardizované zúčastněné pozorování, které má za cíl popis zátěžové situace, popis reakce zkoumaného jedince na danou situaci, jeho chování a řešení situace a zachycení zásahů blízkých osob do této situace a sledování důsledku tohoto zásahu.

## 5. Případová studie č. 1

Prvním uvedeným případem je případ čtrnáctileté dívky, u které se objevily obsese obsahující obavy ze znečištění a následné kompulze zaměřené na mytí rukou.

### 5.1. Rodinná anamnéza

Matka dívky, narozena roku 1975, má vystudované střední odborné učiliště. Je již přes 20 let zaměstnaná v domově seniorů. Matka je zdravá, nekuřačka, alkohol nepožívá, je klidné povahy. Její matka, narozena 1950, je plně zdravá, v důchodovém věku stále pracuje, nekuřačka, alkohol užívá pouze příležitostně. Povahou je společenská a komunikativní. Otec matky, narozen 1948, trpí diabetem 2. typu, lupénkou, zánětem jícnu, hůře slyší a užívá léky na vysoký krevní tlak, je silný kuřák, alkohol požíval pouze příležitostně, vzhledem k užívání léků již alkohol nepožívá. Matka má mladšího bratra, narozen 1977, který je zdravý, stýkají se zřídka. Povahou je introvertní a klidný.

Otec, narozený 1972, také má vystudované střední odborné učiliště, zaměstnán mimo obor, zaměstnání velmi často mění. V dětství mu byla diagnostikována oční vada, má tedy silné brýle, jinak je zdravý. Zatěžujícími faktory je silná neléčená závislost na alkoholu a také fakt, že je silný kuřák. Jeho rodiče již nežijí. Matka otce, narozena 1949, byla až na oční vadu zdravá, byla také silnou kuřačkou a také ve velké míře požívala alkohol. Zemřela v roce 2016 během nehody, kdy pod vlivem alkoholu během spánku vzplanul nedopalek cigarety. Povaha byla dle rozhovoru s matkou dívky dána především závislostí na alkoholu a projevovala se tak nespolehlivost a verbální agrese. Otec otce, narozen 1922, kromě zrakové vady plně zdravý, silný kuřák, alkohol užíval ve větší míře. Zemřel v roce 2002 na zástavu srdce během spánku. Otec dívky má starší sestru, narozenou v roce 1970, která je zdravá, ale vzájemně se od dosažení dospělosti nestýkají.

Rodiče spolu žili od roku 1996 nesezdáni, v bytě otce. V roce 1997 se jim narodila první dcera. V průběhu vztahu rodičů docházelo k častým hádkám, které byly zapříčiněny finanční situací rodiny a otcovou závislostí na alkoholu, kdy se vracel domů opilý a byl agresivní. V roce 2007 se narodila druhá dcera. Matka a otec se rozešli v roce 2008, kdy si otec našel jinou partnerku, která již měla čtyřletou dceru, u které byl otec neznámý, otec si dívku adoptoval. Spolu s partnerkou bydlel v polovině bytu a matka s dcerami v druhé polovině bytu. Docházelo zde k častým hádkám, otcova partnerka často zabírala společné prostory jako kuchyň a koupelnu, aby ji matka s dcerami nemohla používat. Nakonec otec

matku s dcerami z bytu vyhodil, v roce 2009, kdy se oženil. Od té doby žije matka s dcerami u svých rodičů v malém bytě. Soudně byly dívky svěřeny do péče matky, otec o dcery neprojevil zájem, soudně stanovené výživné platí nepravidelně, v minulosti již trestně stíhán a za neplacení alimentů byl ve dvouleté podmínce, která skončila v prosinci roku 2018. Soužití matky s dcerami a jejími rodiči je občas problematické, dochází ke sporům kvůli výchově mladší dcery a životnímu stylu otce matky, který je bez pohybu a bez jakéhokoliv zájmu žije denním stereotypem, u kterého těžce nese jeho narušení. Otec od odstěhování dcery neviděl a neprojevuje snahu o vzájemný kontakt. Starší dcera o kontakt s ním nestojí, mladší dcera si na svého otce nepamatuje a nyní, v období dospívání, velmi často klade otázky týkající se jejího otce, ale setkat se s ním odmítá.

## **5.2. Osobní anamnéza**

Během těhotenství se neobjevily žádné komplikace, porod byl spontánní, v termínu. Po narození dívka vážila 3 970 g a měřila 51 cm. Kojena byla do 2 měsíců, od narození s příkrmem. Dívka se narodila se 6 prsty na noze – na levé noze měla zdvojený malíček. K odstranění došlo v 9 měsících věku, byla nutná reoperace, která proběhla v 6 letech. Neuropsychický vývoj je v normě, první slova kolem roku věku, do 1,5 roku komunikovala dívka ve větách. Ve výslovnosti jsou horší hlásky R, Ř. Hlávka V byla zaměňována za H, po krátké logopedické péči je výslovnost v pořádku. Dívka nemá žádné alergie, je řádně očkovaná, nemocnost je minimální. Neprodělala žádné velké úrazy, v nemocnici byla hospitalizována třikrát – v 9 měsících operace prstu na noze, reoperace a přišití uší v 6 letech a hospitalizace na dětské psychiatrii v 10 letech.

V péči matky byla do 3 let věku, poté byla umístěna do mateřské školy. V mateřské škole byla jediná tříletá mezi předškoláky, adaptace byla velmi dobrá, podle učitelek mateřské školy byla hodná a kamarádká, od starších dětí si nenechala nic líbit. Do základní školy šla bez odkladu, ve 2.třídě ji paní učitelka poslala do PPP z důvodu nesamostatnosti a roztěkanosti. Podle vzpomínek dívky dětí paní učitelka na děti neustále křičela a do školy se přestala těšit. Pedagogicko-psychologická poradna neshledala u dívky nic závažného. V roce 2018 se dívka podrobila IQ testu společnosti Mensa, kde jí byl stanoven výsledek vynikající intelekt, který odpovídá IQ 130 a více. Spánek dívky byl vždy v normě, tzn. spala celou noc, občas mluví ze spaní. S jídlem také nemá žádný problém, pouze s polykáním léků, které odmala není schopna spolknout.

Dle přijímací zprávy k hospitalizaci je osobnost dívky bázlivá, než se v kolektivu zapojí je nejistá, je velmi snaživá a snaží se mít vše dokonalé a vše udělat správně. Je kamarádká, citlivá, lítostivá, pokud ji něco nejde nebo ji někdo našťve, umí být vzteklá. Mezi dívčiny hlavní zájmy patří zvířata, o které se velmi zajímá formou samostudia i různých přírodovědných kroužků, které odmala navštěvuje. Mezi aktuálně navštěvovaný kroužek patří přírodovědný kroužek provozovaný Zoologickou zahradou v Praze. Dalším jejím zájmem je krasojízda na kole, které se závodně věnuje od 6 let, ke sportu ji přivedla starší sestra. Také ji baví kreslení, ke kterému si postupně nachází vztah, především ráda kreslí zvířata. Aktuálně je osobnost dívky pod vlivem dospívání, velmi často je tak dochází k uzavření se do sebe, k výkyvům nálad i k uzavření se do sebe.

### **5.3. Problémový stav**

První příznaky obsedantně-kompulzivní symptomatiky nastaly v létě v roce 2017, kdy se dívka odmítala chytat madel v dopravních prostředcích. Tomuto příznaku matka nevěnovala větší pozornost, domnívala se, že jde pouze o chvilkovou záležitost. Po Vánocích roku 2017 začala být dívka častěji a déle v koupelně. Začala si všimnout, že si děda nemyje po toaletě ruce, začala se více vzdalovat od dědy, když byl cítit cigaretou a odmítala chodit na záchod chvíli poté, co na ní byl děda s cigaretou. Začala matce vyčítat, že ji poslala v létě na sportovní soustředění, protože tam byla špína, přičemž na soustředění nebyla poprvé. Jezdila na stejné místo od 6 let se starší sestrou a na špínu si nikdy nestěžovala ani ona, ani sestra a další účastníci. Potíže se stupňovaly, dívka si častěji a úporněji myla ruce, domnívala se o všech členech rodiny, že jsou špinaví. Před použitím toalety si vždy toaletu utřela vlhčeným ubrouskem. V noci před usnutím následoval několikahodinový bludný kruh, kdy si po ulehnutí potřebovala umýt ruce, po příchodu z koupelny si převlékla pyžamo, nechala si matkou navléknout ponožky a lehla si do postele. Po ulehnutí do minuty vždy měla potřebu umýt si ruce a celá situace se tak opakovala. Potřebu umýt si ruce po ulehnutí zdůvodňovala, že se dotkla zdi, postelového dřeva nebo například vlastního nosu. Pokud bylo dívce zabráněno jít si umýt ruce, začala být verbálně i fyzicky agresivní na matku a sestru. Postupem času po příchodu z mytí rukou měla potřebu i převléknout povlečení polštáře a peřiny. Do druhého dne potřebovala mít vše vyprané a připravené na noc. Po zhruba dvou hodinách tohoto rituálu vyčerpáním usnula. Začátkem ledna 2018 se začala v noci budit a tento rituál pokračoval, ale postupem času se po probuzení chodila sprchovat a mýt si vlasy. Od té doby, co v lednu začala škola, myla si ruce mnohem více i přes den a pokud se ji někdo dotkl, šla se ihned vysprchovat.

Ve škole na ni ovšem nic nepoznali, ani prospěchově se nezhoršila. Své problémy přiznala pouze své nejlepší kamarádce ze třídy. Vztahy v rodině byly od Vánoc velmi napjaté. Babička chování dívky považovala za nevychovanost a rozmazlenost a požadovala po matce, aby dívku za toto chování trestala. Děda není schopen jakékoliv změny, i po prosbách matky stále kouřil na záchodě a hygienu nedodržoval. Vztah mezi matkou a dívkou je velmi napjatý, dívku mrzí, že na matku křičí, ale nedokáže se ovládat, matka je velmi zklamaná, že se dívky již nesmí ani dotknout. Vztah mezi sestrami se také změnil, přesto je starší sestra jediná, kdo dívce smí sáhnout na čisté prádlo. Dívka své obtíže nechtěla většinou rozebírat, pokud se toto téma objevilo, snažila se téma změnit nebo začala křičet, že se o tom nemá dotyčný bavit.

Dívka si myla ruce vždy velmi úporně a stejným způsobem – vždy nejprve vodou, poté důkladně ruce drhla tekutým mýdlem až po zápěstí, mýdlo smyla a tento postup opakovala třikrát, než byly ruce důkladně čisté. Vzhledem k tomu, že si dívka ruce přes den umyla až 20krát a v noci až 35krát, měla velmi zničenou pokožku a ruce po umytí krvácely. Matka se snažila dívku donutit, aby si mazala ruce krémem, ale vzhledem k tomu, že si dívka po chvíli ruce umyla, tento způsob nepomáhal. Matka se tak rozhodla navštívit pediatričku, která dívce předepsala jak mast na zničené ruce, tak doporučení k dětskému psychologovi. Rodina dívky tak pochopila závažnost situace a matka volala na dětské psychiatrie, zda by si dívku mohly vzít do péče. Dle slov matky „*umístit dítě do psychiatrické péče bylo téměř nemožné, všude nám dali termín nejdříve začátkem dubna, což byly 3 měsíce. Představa dalších 3 měsíců, kdy se dcera ani celá rodina nevyspí, byla velmi skličující. Naštěstí se nám ozvala sestřička z Krče, že se jim uvolnilo místo 24. 1. 2018. Ten pocit úlevy ani nejde popsat*“. Připravit dívku na návštěvu dětského psychologa bylo podle matky velmi náročné. Dívka o této skutečnosti nechtěla ani slyšet a byla utvrzena v tom, že tam nepůjde. Matka říká, že spolu se starší dcerou musely dívku na dětskou psychologii z auta skoro doslova donést. Pan psycholog si nejprve vzal do ordinace matku, starší dcera zůstala s dívkou na chodbě, kde se k nim připojila zdravotní sestřička, aby předešla problémům. Poté si psycholog pozval dovnitř dívku a snažil se s ní bavit o jejich zájmech, o škole, a hlavně o aktuálních problémech. Dívka byla usměvavá, komunikativní, ale své problémy zapírala, proto si psycholog pozval do ordinace i starší sestru. Před dívkou se jí zeptal, zda je pravda, že si dívka téměř nemyje ruce, jak tvrdí, a zda jí stačí jedno pyžamo na noc, jak tvrdí. Pro starší sestru byla tato situace velmi složitá, neboť po položení otázky se na ni sestra podívala a snažila se ji pohledem poprosit, ať nic neříká. Sestra nakonec ale řekla pravdu, za což na ni mladší

sestra byla naštvaná a odmítala s ní komunikovat. Psycholog diagnostikoval dívce OCD a doporučil hospitalizaci na dětské psychiatrii v místní nemocnici. Dle slov matky: „*Když jsme slyšely, že se nemoc dá pojmenovat a zjistili jsme, že se s tím dá něco dělat, byla to pro nás všechny velká úleva.*“ K hospitalizaci měla dívka nastoupit o necelý týden později, 30. 1. 2018. Cestou domů byla podle matky velká hádka, proč ji matka i sestra zradily, což si dívka nenechala vysvětlit a byla plně přesvědčena, že do nemocnice nenastoupí. Matka se starší dcerou očekávaly večer výrazně zhoršený stav dívky při usínání a předpokládaly o několik hodin delší usínání. K překvapení celé rodiny si dívka umyla ruce pouze pětkrát a poté usnula. Po celou dobu před hospitalizací byl stav dívky zlepšený, přes den si ruce myla vždy pouze po toaletě a před jídlem, převlékání bylo také omezeno a usínání již nebylo několikahodinové, ale proběhlo vždy do hodiny.

#### **5.4. Hospitalizace na dětské psychiatrii**

Dívka byla hospitalizována na dětském psychiatrickém oddělení v pražské Thomayerově nemocnici od 30. 1. 2018. Nástup na hospitalizaci na dětské psychiatrické oddělení byl problémový. Matka dceru na hospitalizaci připravovala, snažila se ji vysvětlit, z jakého důvodu je pobyt v nemocnici potřeba a snažila se najít nějaké výhody, například v podobě canisterapie, zdravotních klaunů a dalších aktivit, které by zde mohly být k dispozici. Dívka měla okamžiky, kdy se do nemocnice těšila a tašku si s radostí zabalila, jako kdyby jela na dovolenou, ale převládal stav, kdy nástup do nemocnice odmítala. V den nástupu do nemocnice přijela dívka s matkou a starší sestrou. Dívka byla velmi psychicky rozrušená, střídala se u ní agresivita v podobě verbální agrese, kdy matce a sestře vyčítala, že sem přijela a opakovala, že je nemá ráda, a lítostivost, kdy dívka plakala a říkala, že pobyt zde nezvládne a prosila matku, aby si to rozmyslela a vzala si ji domů. Při příjmu se matky ujala sociální pracovnice, která ji vysvětlovala, jak se nyní bude s dívkou postupovat a předávala ji kontakty, kam si může kdykoliv zavolat pro informace o dceři. Také matce vysvětlila, že každou středu, po svolení ošetřujícího lékaře, si smí dceru vzít kamkoliv od 13 do 18 hodin a po svolení ošetřujícího lékaře si smí vzít dceru na víkend, a to v pátek od 18 hodin do neděle stejného času. Během matčina rozhovoru se sociální pracovnicí se dívka zvedla z čekárny a snažila se po schodech utéct. Matka se sestrou dívku chytily, na situaci zareagovala sociální pracovnice urychleným převzetím dívky na uzavřené oddělení dětské psychiatrie, kde si dívku vzala na starost vrchní sestra. Po vyplnění potřebných dokumentů se sociální pracovnicí absolvovala matka rozhovor s psychiatrem, který bude dívčiným ošetřujícím psychiatrem. Ten z rozhovoru vytvořil

rodinnou a osobní anamnézu, provedl i rozhovor se sestrou dívky a stanovil plán hospitalizace. Během čekání v čekárně vrátila vrchní sestra matce nadbytečné věci, které měla dívka zabalené s sebou – šlo především o spoustu pyžam a hygienických potřeb.

Podle propouštěcí zprávy při přijímacím rozhovoru s psychiatrem sdělila dívka jako hlavní problém, že si často myje ruce. O problematice přemýšlí, ale neví, co se vlastně děje. Je si vědoma skutečnosti, že se téměř každá nemoc dá vyléčit a sama tak neví, proč si ruce často myje. Domnívá se, že ani špína ji nevadí. Před zimou ji nevadilo, dotknout se cizího člověka, nyní je pro ni i podání ruky s někým, koho nezná, velmi nepříjemné. Psychiatrovi sdělila, že si dříve ruce myla 10 - 13x denně, ale od stanovení diagnózy se snažila a situaci zlepšila. Pyžamo si podle ní převlékala až 4x za noc, nyní pouze 2x. Přemýšlí o tom, proč si pyžamo tak často mění, těžko se jí to vysvětluje, jde především o pocit, že je pyžamo nějak špinavé. Když si pyžamo převlékne nebo si umyje ruce, pocit zmizí. Pokud to neudělá, má špatný pocit, kterého se nemůže zbavit, bojí se, že se pak nevyspí a bude jí špatně. Celou situaci sama chce zlepšit, ale i když se snaží, tak situaci zlepšit jen trochu, celého problému se jí nedaří zbavit. Do školy chodí ráda, mají aktuálně novou paní učitelku, která je sice přísnější, ale dívka si jí oblíbila za její znalosti. Známkový výborný, na vysvědčení měla pouze jednu dvojku z matematiky, kázeňské problémy žádné. Ve škole má spoustu kamarádů. Doma se snaží problém překonat, s problémem se nejvíce baví se sestrou, poměrně často i s mámou. Hádky jsou v rodině ojedinělé, dívka se nejvíce hádá s babičkou, kterou vnímá tak, že se snaží o všem rozhodovat. Vzpomíná si na jejich hádku, kdy babičce vadilo, že bude velký účet za vodu kvůli mytí rukou. Na otázku, jakou má nejčastěji náladu, dívka odpověděla, že nejčastěji dobrou, smutná moc nebývá. Ve volném čase chodí na kroužky, dlouhodobě na krasojízdu a nově i na kroužek o zvířatech. Dívka je smutná z toho, že během pobytu zde přijde o své volnočasové aktivity.

Dívka byla hospitalizována v úterý ráno, v odpoledních hodinách si matka volala pro informace o dceři. Bylo jí psychiatrem sděleno, že je dívka klidná, kamarádká, ruce si nemyje a není s ní nejmenší problém. Také jí sdělil, že si může dívku další den odpoledne vzít na vycházku. Dle rozhovoru s matkou byla z této informace zmatená, nevěděla, zda je dobrý nápad si dívku vzít, aby nebyl problém ji vrátit. Druhý den ale se starší dcerou za dívkou přijela a vzaly si ji do cukrárny, která je v objektu nemocnice. *„Na dceři bylo vidět, že je pod medikací. S radostí nás přivítala, dokonce se nechala i pohladit. V cukrárně celou dobu vyprávěla o nových kamarádech, o panu učiteli a snědla snad 5 zákusků, ale byla vidět únava, měla jsem pocit, že každou chvíli usne. Strach z vrácení dcery na oddělení byl zbytečný, odevzdaně šla k pavilonu U, kde se její oddělení nacházelo a cestou*



*mi řekla, že se tam vlastně těší, protože tam má nové kamarády. Před dveřmi psychiatrie nám jen řekla ahoj a v klidu odešla. Se starší dcerou jsme byly z této situace až do večera zmatené.“ říká matka. Psychiatr dal matce povolení vzít si dceru i na víkend. „Víkend proběhl v pořádku, ruce si téměř nemyla a v noci ji stačily tři pyžama. Nejhorší byla neděle, kdy začala být opět přesvědčená o tom, že se tam nechce vrátit, začala se vztekat a slibovat, že už si ruce mýt tak často nebude.“*

Rozhovor s matkou byl v oblasti hospitalizace zaměřen na vzájemnou spolupráci a komunikaci rodiny s dětskou psychiatrií. Jak již bylo zmíněno, matka měla možnost kdykoliv na oddělení zavolat a dozvědět se aktuální informace, které ji ihned poskytl jak ošetřující psychiatr, který sdělil informace ohledně jejího vyšetření, tak i zdravotní sestry a sociální pracovnice, které poskytly informace o chování, náladě a aktivitách dívky, ale také informace ohledně aktuálního stavu oblečení a hygienických potřeb, zda je třeba přinést čisté prádlo, dokoupit hygienické potřeby nebo sladkosti. Pro špinavé oblečení si matka mohla přijít kdykoliv a kdykoliv mohla přinést čisté oblečení nebo jakoukoliv věc, kterou dívka potřebovala. Z rozhovoru je zřejmé, že předávání věcí proběhlo vždy mezi zdravotní sestrou a matkou, dívka u předání nebyla přítomna. Matka tak velmi kladně hodnotí přístup všech pracovníků dětské psychiatrie, kteří s dívkou pracovali.

V hospitalizaci byla nakonec 3 týdny, do 23. 1. 2018. V rozhovoru se dívka nechce k tématu hospitalizace příliš vracet, proto pro práci není moc informací o tom, jak léčba postupovala. Z rozhovoru se podařilo alespoň zjistit, že se dívce velmi líbilo v ústavní škole, o které říká: *„Měli jsme úžasného pana učitele, který se nám svěřil, že má vysoké IQ. Nejprve jsme vždy měli český jazyk, matematiku, pak hodinu na přírodopis, zeměpis a podobné předměty, a nakonec vždy hodinu, kdy nám pan učitel dával různé hlavolamy a hádanky. Hned první den mi řekl, že jsem moc šikovná a naučil mě za to složit jednu stranu Rubikovy kostky.“* Dívce se také líbil program, který byl v nemocnici zajištěn dobrovolníky. Z rozhovoru dále bylo zjištěno, že každý druhý týden na oddělení docházeli zdravotní klauni, přičemž klauny byli známé osobnosti, především herci. Každý pátek docházela dobrovolnice, která vedla s dětmi výtvarnou činnost, kdy pro ně vždy měla připravenou spoustu variant a děti si tak mohly vybrat podle zájmu a nálady, co chtějí vytvářet.

Z propouštěcí zprávy lze vyčíst, že dívce byla stanovena diagnóza F42, tedy obsedantně nutkavá porucha, konkrétně F42.2 smíšené nutkavé myšlenky a činy. Dívka byla přijata na hospitalizaci na doporučení ambulantního psychiatra k diagnosticko-terapeutickému pobytu pro obsedantně kompulzivní symptomatiku. Od prvního dne byla

dívce předepsána Asentra 100mg 1xdenně, vždy ráno, a Chlorprothixen 15mg, 1xdenně, vždy před spaním. Koncem prvního týdne hospitalizace dívka obtíže prezentuje jako téměř vymizelé. Bylo zjištěno, že dívka měla snahu o volní potlačení symptomů především z důvodu provinilých pocitů vůči okolí, které si o ni v souvislosti zhoršeného stavu dělalo větší starosti. Víkendové propustky dle psychiatra zvládala, došlo postupně k výraznému zmírnění OCD symptomatiky. Psychiatr doporučil nadále pravidelné kontroly v dětské psychiatrické ambulanci.

## 5.5. Současný stav

Po propuštění z nemocnice se stav dívky zlepšil. Podle matky se největší pokrok projevil v usínání, kdy dívce stačilo pouze 1 pyžamo na noc a téměř hned usnula. Menší pokrok se ale projevil v mytí rukou, které si sice myje pouze po toaletě, příchodu domů a při viditelném zašpinění, ale ruce si stále myje podle svého rituálu, tedy 3x použije a smyje tekuté mýdlo, které vždy zmáčkne 3x, aby ho na ruku měla dostatečné množství. Dochází zhruba jednou měsíčně na ambulantní dětskou psychiatrii, kde psychiatr vidí pokroky a dochází ke snižování Asentry na 50mg denně. Chlorprothixen byl do měsíce vysazen. Podle rozhovoru s dívkou se po návratu z nemocnice výrazně zlepšily vztahy v rodině: *„Když jsem se vrátila z nemocnice, babička na mě už tolik nekřičela a snažila se se mnou bavit. S babičkou jsme začaly chodit i na procházky, vždy chce vědět něco nového o papoušcích, tak ji odpovídám a povídáme si spolu o nich a dalších zvířatech.“* Z dalších rozhovorů s dívkou i s matkou je patrné, že vztah mezi dědou a dívkou zůstal problematický. Děda více dodržuje hygienu, když má dívka náladu, je ochotna požádat ho o pomoc s domácím úkolem z matematiky nebo fyziky, ale stále kouří, již alespoň mimo byt. Před použitím toalety se tak dívka však stále ujišťuje, kdo zde byl poslední. Pokud byl na toaletě poslední děda, donutí matku k dezinfekci toalety, stejně tak, když se jde po něm sprchovat. Je také pro dívku problematické jet s dědou na chatu, kde je zvyklý si sednout a kouřit mnohem více než doma. Po chvilce tak dívka začne být nervózní a žádá matku o odjezd domů. Dále je pro dívku stresující jeho problém při jídle, kdy kvůli špatnému jícnu není schopen polknout určitá jídla, která ale i přesto jí a poté celý den zvrací. Dívka je tak celý den plačtivá a situaci nezvládá. Od roku 2020 se vztah mezi dědou a dívkou výrazně zlepšil, ale jeho dotek stále nesnese a pokud k němu dojde, jde se ihned umýt.

Velkým pokrokem ve stavu dívky je také skutečnost, že do nového pokojíčku dostala morče. Přestože do pokojíčku nesmí nikdo vejít bez jejího souhlasu, kdy dovnitř pustí pouze sestru a matku, aby nedošlo k ušpinění pokojíčku, zvíře přijala velmi dobře. Morče

smí chodit po stole, kde má jídlo a hraje si s ním i na posteli. Podle slov matky bylo pořízení morčete velké dilema, zda je to dobrý nápad a nezpůsobí mnohem větší problémy, nebo zda ji může pomoci. Nakonec se matka rozhodla pro pořízení zvířete, i dle slov dívky je morče velmi užitečné, pokud dívka cítí úzkost nebo je rozrušená, hlazení morčete ji uklidní místo toho, aby byla verbálně agresivní na rodinu.

Po návratu z nemocnice se ale zhoršila situace, kdy je dívka ve společnosti. Pokud se nachází například na náměstí nebo v obchodním domě, kde je velké množství lidí, straní se jich a snaží se vyhnout jakémukoliv fyzickému kontaktu s nimi. Pokud má jíst nebo pít na veřejnosti, hlídá si, aby v jejím okruhu zhruba 2 metrů nikdo nebyl a jídlo či pití odkládá v situaci, kdy slyší jakýkoliv tělesný projev, například zakašlání.

Po návratu se zhoršilo také její usínání. Nejprve se v pokojíčku zavřela a usnula bez problémů, postupně ale začala vyžadovat otevřené dveře a něčí přítomnost v pokoji při usínání. Problém s usínáním měla také v případě, že je druhý den ve škole fyzika. Matka situaci s fyzikářem řešila, ten byl však nepřístupný jakémukoliv kontaktu. Situace se dále řešila se zástupkyní, která se na celou situaci snaží dohlížet. S tou je také domluveno, že se dívka nesmí účastnit preventivních přednášek o kouření, drogách a podobných tématech, které by ji byly nepříjemné a po kterých by se několik dnů cítila zle. Bohužel ale škola tyto akce již párkrát neuhlídala a dívku na preventivní programy pustila. Byla po nich vždy několik dní nesvá a dalo práci přivést ji na jiné myšlenky.

Ke dvanáctým narozeninám dostala dívka její vytoužené přání, a to pár papoušků. Samička však byla mladší a musela se ze začátku dokrmovat kaší z ovoce a piškotů. Krmení se dívce nelíbilo, protože ji kaše připomínala zvratky. Nejprve z pokoje odcházela a na krmení se nemohla dívat, postupně si však zvykla a papouška sama krmila. Dle dívky ji papoušci pomáhají v zvládnutí svých emocí, protože z ní lehce vycítí agresi a odmítají kontakt. Z toho důvodu se dívka učí relaxační techniky, aby se jí papoušci nebáli.

Pro dívku byla také velmi zátěžová situace ohledně nového koronaviru. Překvapivě pro ni není zátěžová zvýšená hygiena a šíření nemoci, ale pobyt doma. Tráví tak celý den v pokoji, kde má během distanční výuky hodně volného času, ve kterém má možnost přemýšlet nad tím, zda je v bytě dodržována hygiena. Proto se jí matka snaží neustále zaměstnávat a vymýšlet aktivity či hry, díky kterým nebude mít možnost přemýšlet nad hygienou. Dívka se však snaží nechodit ven, aby se nenakazila. Pokud ale ven musí, používá velké množství dezinfekce, což je vzhledem k jejímu stavu pokožky na ruce (viz příloha č. 2) velmi bolestivé. Během karantény však měla čas o svých potížích přemýšlet, naučila se relaxační techniky a již věří, že poruchu jednou zvládne překonat.

## **5.6. Pozorované zátěžové situace**

V rámci pozorování byly pozorovány situace, ve kterých se u dívky OCD projevuje. Pro možnost porovnání účinnosti léčby jsou situace pozorovány před hospitalizací na dětské psychiatrii a po jejím ukončení. Pozorování je zaměřeno na změny v chování dívky, na reakce jejího okolí, průběh celé situace a vyřešení zátěžové situace.

### **5.6.1. Použití veřejné toalety**

Pozorování této situace bylo provedeno necelý měsíc před hospitalizací. V průběhu návštěvy zoologické zahrady potřebovala dívka na toaletu. Nejprve se snažila situaci vydržet až domů a situaci tak neřešit. Po chvíli ale začala být nervózní, postupně začala brečet, být vzteklá a začala po matce požadovat okamžitý odjezd ze zoologické zahrady domů. To matka dívce neumožnila, její vzteklost se tak stupňovala. Po necelé hodině se dívka rozhodla jít na veřejnou toaletu, kde se od matky dožadovala důkladného vyčištění toalety před jejím použitím, což matka pro uklidnění situace udělala. Po použití toalety si dívka potřebovala umýt ruce, ale vodovodní kohoutek zde nebyl na pohybové čidlo, ale na stisknutí. Dívka tak zůstala stát u umyvadla a čekala na matku, než ji vodu stiskne, to samé s dávkovačem tekutého mýdla. Po umytí rukou, které proběhlo zdlouhavým dívčím rituálem, se dívka uklidnila, ale určitá míra psychické nepohody u ní byla znatelná, což se projevovalo především nevnímáním okolí, roztržitostí a zamyšleností, dále také tím, že na otázky reagovala agresivněji, neustále se matky ptala, zda toaletu důkladně vyčistila a přála si jet domů. Po příjezdu domů dívka situaci nevydržela a musela se jít vysprchovat, protože měla pocit, že je stále špinavá. Po osprchování se ale stále u matky ujišťovala, zda toaletu opravdu důkladně před jejím použitím vyčistila, požadovala i přesný popis úklidu. Nadále však byla úzkostná a měla potřebu se jít znovu osprchovat. Tato situace se neustále opakovala, úzkost pozorované dívky neklesala, po určité době měla i potřebu umýt si vlasy, kterou zdůvodňovala tím, že se určitě vlasy dotkly špatně vyčištěné toalety. V rodině stoupalo napětí, kdy především prarodiče po dívce požadovali, aby se již nešla vysprchovat a zdůvodňovali to plýtváním vody a její cenou. Matka nevěděla, jak dívce pomoci, dívka ji neustále obviňovala ze špatného vyčištění toalety, matka tak neměla sílu situaci nadále řešit a po několika zákazech ji tak nechala chodit se sprchovat dle její potřeby. Celá situace se uklidnila až okolo 2 hodiny ranní, kdy dívka vyčerpáním usnula.

Měsíc po ukončení hospitalizace navštívila matka s dívkou opět zoologickou zahradu, ve které se zdržovaly po delší dobu a dívka tak po čase potřebovala na toaletu.

Dívce se na veřejnou toaletu nechtělo, ale nakonec se rozhodla ji použít. Narazila zde na znečištěnou toaletu, dveře tak rychle zavřela a toaletu opustila. Přestože ji tato situace rozhodila, matka ji dokázala ujistit, že jsou zde paní uklízečky, které toalety pravidelně čistí, a tak dívka použila jinou toaletu. Po jejím použití si stoupla k umyvadlu, kde si sama spustila vodu a použila dávkovač mýdla. Pouze vypnutí vody za ni musela udělat matka, protože nechtěla sahat po umytí rukou na špinavý kohoutek. Po opuštění toalety byla celá situace zapomenuta, po příjezdu domů si matka s dcerou hrály deskové hry, navečer se dívka jednou vysprchovala a bez problémů usnula.

### **5.6.2. Jídlo na veřejnosti**

Necelé dva týdny před hospitalizací navštívila matka s dívkou rychlé občerstvení, které ji koupila na cestu vlakem. Dívka po matce požadovala, aby jídlo schovala do kabelky. Při čekání na vlak, kdy bylo nástupiště plné dalších čekajících cestujících, navrhla matka dívce, že může během čekání začít jíst. S tímto návrhem dívka nesouhlasila, ani po promluvě s matkou, že tak stihne sníst vše ještě před výstupem z vlaku. Jídlo na nástupišti plném lidí připadalo dívce nepřipustné, nebyla však schopná matce sdělit racionální důvod jejího odmítavého chování. Po nastoupení do vlaku si dívka odmítala sednout, téměř po minutě se podařilo ji usadit na sedadlo. Matka položila jídlo na stoleček a očekávala, že dívka začne jíst. Té ovšem vadilo, že matka položila sáček na stůl a začala přemýšlet, zda je stůl čistý a zda se přes papírový pytlík nedostane špína a nemoci k jídlu. Matka dívku přesvědčovala, že se jídlu položením na stůl nic nestalo. Přestože přesvědčování zabralo téměř celou cestu vlakem, dívka se nakonec jídla nedotkla a po příjezdu domů vyžadovala jiné jídlo.

Podobná situace se opakovala zhruba 2 měsíce po propuštění z hospitalizace. Matka dívce koupila jídlo do vlaku. Dívka si sáček donesla do vlaku v ruce. Na nástupišti plném lidí si dívka na výzvu matky bez váhání vyndala jídlo. Během jídla ale pán stojící vedle dívky kýchnul, dívka odsunula jídlo od úst, znechuceně se podívala na matku a jídlo vyhodila do odpadkového koše. Po nástupu do vlaku se bez váhání posadila a položila si jídlo na stůl. Nejprve se ohlédla, zda za ni někdo nesedí. Když zjistila, že za ni nikdo není, začala jíst. Na další stanici nastoupil muž, který si sedl na sedačku zády k dívce. Ta se ihned ohlédla, zjistila jeho přítomnost a jídlo odložila. Po vystoupení z vlaku jídlo bez problémů jedla dál, dokud si vedle ní nestoupla paní s rýmou. Dívka se opět znechuceně podívala na matku a jídlo předala matce.

### 5.6.3. Návštěva volnočasové aktivity

Zde je pozorováno chování dívky na krasojízdě, kam dochází každý páteční večer. Situace byla pozorována několik dní před hospitalizací. Problémem byla již doprava dívky na kroužek. V metru bylo poměrně dost lidí, což dívce nijak nevadilo. Před rozjezdem metra se odmítala chytit tyče, během jízdy se tak držela matky za rameno. V průběhu cesty se uvolnilo několik míst k sezení, sednout si ale odmítala s argumentem, že by měla špinavé kalhoty a bundu. Celou cestu tak trávila snahou ničeho se nedotknout a držet se matky tak, aby nespadla. Po vystoupení z metra zbyl ještě čas, a protože dívka zapoměla doma pití, rozhodla se matka pro návštěvu samoobsluhy s cílem menšího nákupu. Během celého nakupování bylo na dívce vidět, že se odmítá čehokoliv dotknout a situace je pro ni nepříjemná. Zprvu dala matka dívce minci na vozík, dívka se na matku pouze úzkostně podívala a minci si nevzala, proto matka pro vozík došla sama a během nákupu ho vezla pouze matka. Během nákupu se dívka nevěnuje nakupování, ale veškeré její myšlenky a úkony směřují k tomu, aby se ničeho nedotkla. Když matka požádala dívku, aby donesla do košíku balíček sušenek, dívka reagovala úzkostnou prosbou, zda by nemohla matka vzít balíček sama. Během platby se dívka odmítá dotknout peněz, argumentuje tím, že na peníze sahá spousta lidí a peníze neustále kolují, mohly je tak mít v ruce i lidé bez domova či nemocní lidé. Zboží neuklízí do tašky a odmítá vrátit vozík na své místo. Po příchodu na trénink se dívka převléká v šatně ve stoje a odmítá si sednout na lavičku, neboť na ni již sedělo hodně sportovců, kteří jsou po tréninku upocení a dívka nechce mít na sobě cizí pot. Při jízdě na kole se nesoustředila na správné provedení cviků ani na jejich ujetou dráhu, během trénování sestavy si nebyla schopna zapamatovat správné pořadí cviků, dokonce nevnímala ani pokyny trenérky. Ve volné chvíli stála u kola, a vyhýbala se komunikaci s ostatními dětmi. Během hodinového tréninku odešla osmkrát na toaletu, kde trávila v průměru 4 minuty, během kterých si opakovaně umývala ruce. Trenérka během rozhovoru potvrdila, že na tréninku byla velmi nesoustředěná, nesvá a kdyby od matky nevěděla, jaké problémy má, poslala by ji domů si odpočinout.

O půl roku později byla stejná situace pozorována znovu. Během jízdy metrem se dívka pouze velmi neochotně chytla madla, stále preferovala držení se matky. Při uvolnění místa k sezení se dívka posadila, ale pouze na kraj sedačky tak, aby nebyla opřena o opěradlo. Zde ji ovšem vadili lidé sedící za jejími zády. Během celé jízdy metrem bylo možné pozorovat, že dívce již tolik nevádí otázka hygieny jako takové, ale je pro ni stresové velké množství lidí. Při nastupování bylo ve vagonu pár lidí, kteří většinou seděli, dívka tak s matkou jako jedny z mála během jízdy stály. Na dívce bylo vidět, že ji situace

vyhovuje. Na další stanici nastoupilo větší množství lidí, okolo dívky stáli další cestující a byla na ni viditelná nervozita, především v mimických projevech a v projevech fyzických, kdy dívka od cestujících ustupovala směrem k matce a ošívala se, aby se jí nikdo cizí nedotkl. Nervozita a úzkost ustupovaly v průběhu cesty, kdy cestující vystupovaly. Když se posadila výše uvedeným způsobem, neustále kontrolovala, zda za ni někdo sedí. Během jedné stanice, kdy za ni nikdo nesesedl, seděla dívka opřená a byla na ni vidět spokojenost a klid. Při další stanici, kdy si cestující sedl na sedadlo za ni, dívka poskočila na sedadle, sedla si na okraj a neustále se ohlížela, kdo za ni sedí. V tuto chvíli na ni bylo opět možné pozorovat napětí a úzkost. Po vystoupení ze soupravy byla na dívce vidět úleva, že má celou situaci již za sebou. Během nákupu v samoobsluze dívce již nevadilo tlačit nákupní vozík. Matka dala dívce minci na vozík, dívka pro něj došla a držela ho běžným způsobem. Během nákupu si prohlíží zboží, pokud chce nějakou věc přidat do vozíku, stráví u regálu delší dobu tím, že si vybírá kus, který je až na konci řady s argumentem, že na tento výrobek sáhlo méně lidí. Když ji matka požádá o přinesení zboží do vozíku, bez váhání jde k regálu, opět vezme zadní kus zboží a přidá ho do vozíku. Během nákupu lze ale pozorovat, že je dívka ve stresu, pokud se kolem ní nachází více cizích lidí. Při průchodu užší uličkou se dívka začala soustředit na to, aby se nikoho nedotkla. Další uličkou, kde víc zákazníků, dívka odmítla projít, že by se někoho dotkla. Při čekání na matku stála dívka v uličce s vozíkem u regálu a přišla do její blízkosti paní, která si chtěla prohlédnout zboží za dívkou. Ta velice plaše s vozíkem odjela dál a snažila se najít místo, kde se nebude nikdo pohybovat. Při příchodu matky byla na ni verbálně agresivní a dávala matce za vinu, že ji nechala čekat v přeplněné uličce plné divných lidí a požadovala rychlé opuštění obchodu, což matka záměrně přehlížela a dívka se po chvíli uklidnila. Ve frontě u pokladny se dívka neustále ohlíží, kdo stojí za ní, dává si pozor, aby se nedotkla nikoho cizího. Během placení dívka skládá zboží do tašky a na vyzvání matky podá prodavačce peníze a vezme si od ní vrácené peníze. Trénink však probíhá na úplně jiné úrovni. V šatně se dívka posadí na lavičku a převlékne se. Již při příchodu do tělocvičny se dívka snaží navázat komunikaci s ostatními dětmi. Na výkon během jízdy je již více soustředěná, hlídá si správnost cviků i jejich potřebnou dráhu. Během nacvičování závodní sestavy si pořadí cviků pamatuje a během jízdy se snaží zajet nejlépe, jak umí. Toaletu navštívila během hodinového tréninku pouze jednou. Dle slov trenérky je o mnoho veselejší, více koncentrovanější a snaží se naučit se spoustu nového. S dětmi více komunikuje, někdy je pro trenérku obtížné ukončit jejich konverzaci a donutit ji znovu nasednout na kolo. Sama dívka si trénink více užívá a krasojízda ji mnohem více baví.

## 6. Případová studie č. 2

Druhá případová studie se zabývá devítiletým chlapcem, u kterého se objevují obsese zaměřené na možná neštěstí s následnými kontrolujícími kompulzemi.

### 6.1. Rodinná anamnéza

Matka chlapce, narozena v roce 1982, vysokoškolského vzdělání, nyní pracuje jako obsluha benzinové stanice, druhým zaměstnáním je práce v herně. Matka se narodila na Ukrajině, do České republiky přišla spolu s otcem chlapce v roce 2008. Narodila se zdráva, ani během svého života se neseetkala s výraznějším onemocněním. Její rodiče a sourozenci zůstali na Ukrajině, během letních prázdnin za nimi posílá syna na polovinu prázdnin. V rodině matky se nevyskytují žádné závažnější onemocnění, pouze její otec se léčí s vysokým krevním tlakem. S rodiči se však matka nestýká, protože nesouhlasili s jejím odchodem do České republiky.

Otec chlapce se také narodil na Ukrajině, vystudoval střední odborné učiliště, obor kuchař a po celý život toto zaměstnání vykonával. Během dětství neprodělal žádná závažná onemocnění, ale v roce 2018 byla otci diagnostikována rakovina mozku, na kterou v roce 2019 zemřel. Rodiče otce zemřeli na následky autonehody v devadesátých letech a matka chlapce nemá žádné informace o případných onemocněních v rodině otce.

Rodiče chlapce se seznámili v roce 2004, ke sňatku došlo v roce 2007. O rok později se rozhodli přestěhovat do České republiky z důvodu lepších pracovních i životních podmínek. Po příchodu byli oba rodiče pracovníčně velmi vytíženi a pod vlivem časté únavy docházelo k drobnějším hádkám, jinak byl jejich vztah dle matky harmonický. V roce 2012 se rodičům narodil první syn, po jehož narození matka skončila v zaměstnání a přivydělávala si pouze občasnými brigádami v době, kdy byl otec doma se synem. Otec měl se synem dle matky krásný vztah, neboť se mu otec v každé volné chvíli věnoval a učil ho sporty, v létě především fotbal a v zimě učil chlapce lyžovat a bruslit. V roce 2018 se rodičům narodil mladší syn. Krátce po jeho narození se otec začal potýkat se zdravotními potížemi, které byly příznakem nemoci, která byla otci diagnostikována téhož roku. Nemoc byla již v pokročilém stadiu a otcův zdravotní stav se rychle zhoršoval. Během hospitalizace v nemocnici za účelem léčby se otcův zdravotní stav výrazně zhoršil a po pár dnech nemoci podlehl.



## 6.2. Osobní anamnéza

Chlapec se narodil v lednu roku 2009 v Praze bez jakýchkoliv komplikací. Porodní váha byla 3 200 g a míra 52 cm. Během dětství netrpěl závažnějšími onemocněními. Ve věku 3 let začal navštěvovat mateřskou školu, ale z důvodu jazykové bariéry byla adaptace na mateřskou školu méně úspěšná – dle matky se chlapec do mateřské školy netěšil, často si před odchodem z domova stěžoval na bolesti břicha, jejich příčina ani po četných lékařských vyšetřeních nebyla známa. Během předávání chlapce do mateřské školy velmi často brečel, po odchodu matky se začal projevovat agresivně a impulzivně. V průběhu celé docházky do mateřské školy si učitelky stěžovaly na chlapcovu neposlušnost, agresi a zvýšenou aktivitu.

Do základní školy se chlapec netěšil, dle slov matky celý zápis probrečel a neplnil zadané úkoly. Chlapec byl i přesto přijat do školy bez odkladu, kde se jeho třídní učitelkou stala dle rozhovoru s matkou starší paní učitelka, která se chlapci velmi věnovala a dokázala ho učením zaujmout i přes jazykovou bariéru. Přesto však paní učitelka požádala o konzultaci s matkou, během které ji doporučila návštěvu pedagogicko-psychologické poradny. S návštěvou poradny matka souhlasila a v rámci doporučení PPP získal chlapec individuální vzdělávací plán z důvodu jazykové bariéry. Matka se domluvila s třídní učitelkou, která chlapci poskytovala doučování z českého jazyka, které vedla zábavnou formou a chlapec se na tyto hodiny těšil. Změna ve vztahu ke škole u chlapce přišla s nástupem do druhé třídy, kdy měl chlapec novou třídní učitelku. Dle rozhovoru s matkou se jednalo o mladou paní učitelku, která ještě dokončovala studium. Matka se s paní učitelkou několikrát sešla, aby se domluvila na úlevách chlapce doporučených PPP, paní učitelka však podle matky žádné úlevy chlapci neposkytovala. Dle rozhovoru s chlapcem byla paní učitelka na děti nepřijemná, věnovala se převážně dívkám a o chlapce se nezajímala. Chlapec chodil domů s kázeňskými poznámkami, které matka řešila konzultacemi s paní učitelkou, která ovšem argumentovala chlapcovou impulzivitou a nadměrnou aktivitou. Od druhé třídy se chlapec do školy netěší, má více zameškaných hodin kvůli bolestem břicha, které často mívá po probuzení. Přestal se snažit také v českém jazyce a je pro něj příjemnější komunikovat ukrajinsky.

Povahově je chlapec dle přijímací zprávy k hospitalizaci roztržitý, impulzivní, ale zároveň dobrosrdečný a ohleduplný. Během rozhovoru s chlapcem bylo možné pozorovat jeho zvýšenou pohybovou aktivitu, kdy během sezení na židli měl neustále v ruce předměty ze stolu, se kterými si hrál a několikrát měl potřebu se zvednout a projít se po místnosti.

Povahově je však k druhým velmi laskavý, během rozhovoru několikrát nabízel donesení vody či jídla. Také matka potvrdila, že chlapec se rád stará o druhé, především o mladšího bratra, s jehož péčí matce pomáhá.

Ve volném čase chlapec navštěvuje fotbalové tréninky, kde hraje na pozici obránce. Dle slov chlapce je pro něj fotbal velmi důležitý, protože si tak vždy vzpomene na tátu, navíc je po tréninku vždy příjemně unavený a lépe se mu usíná. Chlapec navštěvuje ve škole volejbalový kroužek, který vede paní učitelka druhého stupně. Tuto paní učitelku si chlapec velmi cení, protože je na děti hodná, trpělivá a vše jim několikrát mile vysvětlí. Dle jeho slov se již těší na druhý stupeň a doufá, že tato paní učitelka se stane jeho třídní paní učitelkou. Matka se s paní učitelkou již setkala, aby ji sdělila diagnózu chlapce a jeho obtíže a paní učitelku si také velmi chválila. Chlapcovým zájmem je především elektronika a počítačové hry, které hraje dle vlastních slov často, nejčastěji cestou do školy a o přestávkách.

### **6.3. Problémový stav**

První pozorovatelné symptomy obsedantně-kompulzivní poruchy se u chlapce objevily koncem roku 2019, krátce po úmrtí otce. Dle rozhovoru s chlapcem se po úmrtí otce začal více obávat o své blízké, také matka potvrzuje, že se chlapec chovat opatrněji. Jako příklad obezřetného chování na počátku propuknutí poruchy poukazuje matka na vztah s mladším bratrem, kdy se o něj začal více starat, například ho hlídal kdykoliv mladší bratr nebyl v postýlce a dohlížel, aby nespádl či nespokl nevhodný předmět. Matka zpětně lituje, že tuto změnu chování u staršího syna nebrala jako varovný signál propuknutí poruchy, ale pokládala toto chování pouze za důsledek strachu ze ztráty další blízké osoby. Po úmrtí manžela byla matka z finančních důvodů nucena chodit v noci vypomáhat do herny. *„Syny jsem nechala s dcerou sousedky, která u nás byla přes noc a musela jsem jít do herny, abych byla schopna uživit rodinu. Jako varování začínající poruchy jsem měla také brát to, že mi starší syn častěji volal do práce a ptal se na banální otázky. Frekvence jeho hovorů se postupně zvyšovala a také se měnit obsah telefonátu. Nejprve mi volal asi každé dvě hodiny a ptal se například na pokračování písničky, kterou chtěl zazpívat mladšímu synovi jako ukolébavku a tvrdil mi, že zapomněl, jak písnička pokračuje. Postupně mi však volal častěji, krátce před návštěvou psychiatra to bylo i každých deset minut a obsahem hovoru byla nejčastěji otázka, zda jsem v pořádku. Když jsem se*

*rozzlobila, aby mi každou chvíli nevolal bezdůvodně, ihned po zvednutí hovoru a prvním mém slovu hovor zavěsil.“*

Zvýšená potřeba kontrolování se také projevila při usínání. Po vykoupání se krátce po ulehnutí do postele chlapec zvedl a šel se podívat, zda je okno opravdu zavřené. Po návratu do postele byl klidný, ale pouze na pár minut. Opět vstal a šel zkontrolovat, zda jsou dveře zamčené. Postupem času se naučil kontrolovat také vypnuté vařiče, umístění sirek a zamčení skříňky s chemickými prostředky používanými na úklid. Rituál kontrolování trval u chlapce nejprve několik minut, postupně však docházelo ke zkracování doby klidu a chlapec byl tak v téměř permanentním pohybu až celých pět hodin. Dle matky zrychloval také tempo kontroly, ke konci již ke kontrolovanému objektu běhal, čímž byl neustále zpocený a několikrát ze svého tempa nebyl schopen popadnout dech. Usínal většinou vyčerpáním, kdy fyzicky již nebyl schopen pokračovat ve svém rituálu. Matka mu prý kontrolování umožňovala, protože chlapec jinak začal křičet a byl na matku hrubý, proto raději ustoupila a nechala ho provádět kompulze bez omezení.

Před stanovením diagnózy se změnil také vztah chlapce ke škole. Zvýšil se jeho počet omluvených hodin, protože se u něj častěji objevovaly bolesti břicha. Matka byla s chlapcem u několika lékařů, kteří však nenašli příčinu těchto bolestí. Pokud chlapec do školy šel, po příchodu domů se vracel s rozbitými věcmi a několikrát matce tvrdil, že ztratil telefon. Večer byl pak více neklidný a potřeba kontroly se u něj zvyšovala. Pokud nešel do školy a měl v ten stejný den fotbal či volejbal, bylo mu odpoledne lépe a trval na účasti na této aktivitě. Dle trenérů byl chlapec unavený a nezvládal držet tempo s ostatními. Mnohokrát byl také zamyšlený a nedokázal se na danou činnost soustředit, proto byl z fotbalového tréninku několikrát poslán do šatny, kde ale byl chlapec sám ze sebe zklamaný a choval se zde agresivně. Dle rozhovoru s matkou byl po sportovních aktivitách chlapec vždy více uvolněný a večerní rituál býval kratší a nenabíral extrémní tempo jako ve dnech, kdy chlapec žádnou sportovní aktivitu neměl.

#### **6.4. Hospitalizace na dětské psychiatrii**

K hospitalizaci na dětské psychiatrii byl chlapec přijat 10. 3. 2020, kdy byl o den dříve v průběhu noci hospitalizován na dětském oddělení kvůli dýchacím obtížím. Dle matky přišel chlapec toho dne ze školy silně rozrušený, přičemž večerní rituál začal probíhat již odpoledne a trval téměř do půlnoci, kdy se upocený chlapec dle slov matky při

jednom z běhů za kontrolou zamčených dveří svalil k zemi a nebyl schopen popadnout dech, proto nechala chlapce převézt do nemocnice. Zde bylo po zlepšení dýchání rozhodnuto a přesunutí chlapce na dětskou psychiatrii, s čímž ale matka odmítala souhlasit. V dokumentech z příjmu k dětské hospitalizaci stojí, že matka opakovaně odvolávala špatný psychický stav svého syna na špatné chování třídní učitelky, která má chlapci psychicky ubližovat a odrazovat ho od kontaktu s ostatními dětmi. Přesto po několikahodinovém rozhovoru s psychiatry a se sociální pracovnící matka svolila, že zde chlapce nechá několik dní si odpočinout od školy.

Dle propouštěcí zprávy se chlapec během pobytu na dětském psychiatrickém oddělení svěřil s tím, že má strach, že se někomu něco stane, proto musí vše důkladně zkontrolovat, aby měl jistotu, že je vše v pořádku a nemůže se nic stát. Chlapec se svěřil také s tím, že ho časté kontrolování obtěžuje, protože je na volnočasových aktivitách unavený a nepodává tak výkony, jaké by si přál podávat. Přiznal také, že například ví, že jeho mladší bratr by nebyl schopný odšroubovat víčko od dezinfekčního prostředku, ale i přesto má pocit, že musí zkontrolovat zamčení skříňky, i když sám nechápe, proč by se měl bát skříňku nechat odemčenou.

Při přijímání se matce věnovala také sociální pracovníce, která ji předala telefonní kontakt, na který si může kdykoliv během hospitalizace zavolat a zjistit aktuální stav svého syna. Také bylo matce sděleno, že si může každou středu chlapce na odpoledne ven a pokud to bude schváleno psychiatrem, může si také vzít chlapce na víkend domů. Dle informací z propouštěcí zprávy matka volala pro informace o svém synovi každé dvě hodiny, proto byla pozvána na konzultaci k sociální pracovníci a společně se domluvily, že bude volat jednou ráno a jednou večer. Dále se také domluvily, že pokud by se chlapci něco stalo, bude sociální pracovníce matce neprodleně volat a informaci ji sdělí. Matka si během pobytu syna brala každou středu odpoledne na vycházky i každý víkend, ale návrat syna byl pro matku složitý a několikrát se dožadovala ukončení pobytu svého syna.

Z propouštěcí zprávy je zřejmé, že byl chlapci diagnostikován závažný stupeň obsedantně-kompulzivní poruchy, neboť se chlapec během psychoterapie svěřil, že několikrát nebyl schopen opustit dům ze strachu, že by mohla spadnout na zem krabička zápalek a mohli by doma všichni uhořet. Měl také strach odejít z domu, protože se bál, že nikdo nebude hlídat mladšího bratra, který by mohl například vypadnout z okna, jehož zavření bylo špatně zkontrolováno.

Během hospitalizace bylo také zjištěno, že se chlapec stal obětí šikany. Z následného rozhovoru s chlapcem bylo zjištěno, že od druhé třídy si přestal rozumět se spolužáky a přisuzuje to špatnému chování paní učitelky, která vždy poukazovala pouze na jeho chyby, za které se mu ostatní spolužáci začali smát, a to především za jeho chyby v českém jazyce. Chlapec se nejprve snažil navázat se spolužáky kontakt, ale po několika neúspěšných pokusech se rozhodl, že se bude snažit zlepšit v českém jazyce. Po příchodu ze školy se chlapec začal tajně učit češtinu, aby mamince nepřidělával starosti. Ovšem při prvních příznacích obsedantně-kompulzivní poruchy chlapec ztratil zájem a dle svých slov i čas a energii na učení. Vztah se spolužáky se nadále nesnažil zlepšit, navíc pod vlivem kompulzí, kdy ve škole každou přestávku, poté i o hodinách, chodil kontrolovat školní kuchyň, zda je vše v pořádku a nehoří, si spolužáci začali všimnout další jeho odlišnosti. Postupně se mu začali smát i za jeho chování a začali ho napodobovat. *„Když jsem šel o přestávce ke školní kuchyni, ostatní šli za mnou a pořád se mě ptali, co dělám. Odmítal jsem jim to říct, protože jsem se styděl, tak jsem mlčel. Začali se smát, že jsem se zamiloval do kuchařky a začali to říkat ostatním dětem ve škole. Nebylo mi to příjemné a byl jsem sám na sebe naštvaný, že tam chodím, ale nešlo to omezit.“* Postupně se zvyšovala agrese ostatních dětí vůči chlapci, kdy mu začali podrážet nohy, když šel k tabuli, schovávali mu jeho věci a rozbili mu několik mobilních telefonů. Chlapec se nechtěl svěřit matce se svými starostmi, proto vždy tvrdil, že věci ztratil nebo že upadl a při pádu došlo k rozbití. Před matkou skrýval také modřiny, které v posledních týdnech před hospitalizací obdržel od svých spolužáků. O šikaně ale chlapec nechtěl příliš mluvit, proto nejsou k dispozici detailnější informace.

Chlapec během hospitalizace navštěvoval ústavní školu, kde byl spokojený. Paní učitelka na něj byla hodná a věnovala se ve volných chvílích zlepšování jeho češtiny. Hodiny ho bavily více než ve škole, protože paní učitelka dávala všem dětem stejný prostor se projevit a do hodin zapojila také hry, které chlapce bavily. Během hospitalizace chlapec velmi dobře spolupracoval také s dobrovolníky, kteří měli na starost volnočasové aktivity. Vždy jim byl nápomocný v přípravě aktivit a pomáhal mladším dětem s výkonem složitějších aktivit. Během hospitalizace byl chlapec léčen psychoterapií, se kterou se odmítá svěřovat, a také farmakoterapií, kde mu byl předepsán Sertralin. Na léčbu chlapec dobře reagoval a hospitalizace tak byla po pěti týdnech ukončena.

## 6.5. Současný stav

Po ukončení hospitalizace zůstává chlapec nadále v ambulantní péči dětského psychiatrického oddělení. Jeho stav se poměrně zlepšil. Vzhledem ke zlepšení stavu požaduje matka ukončení užívání psychofarmak, protože dle jejího názoru již nejsou potřebná a chlapci tato chemie škodí.

Zlepšený stav je možné pozorovat po odchodu matky z bytu. Pokud matka odejde do nočního zaměstnání, matka chlapci zavolá v okamžiku, kdy do práce dojde a poskytne tak chlapci ujištění, že je v pořádku v zaměstnání. Matka se původně s chlapcem domluvila, že mu bude psát v každou celou hodinu zprávu, že je v pořádku. Tuto nabídku chlapec ale nepřijal, protože by matka nemusela být v pořádku a zprávu by mohl poslat někdo jiný. Aby měl jistotu, že je matka v pořádku, potřebuje ji slyšet, a proto mu matka volá v každou celou sudou hodinu. Pandemie nového onemocnění přinesla chlapci také nové obsese. Nově vždy několikrát kontroluje, zda má matka při odchodu dostatečné množství respirátorů. Z rozhovoru vyplynulo, že se chlapec nebojí o své zdraví, ale hlavně o zdraví matky. Pokud by měla s sebou pouze jeden respirátor, mohl by se rozbít a matka by se mohla nakazit. Chlapec se však nebojí nákazy jako takové, ale bojí se především toho, že by se u matky mohly objevit komplikace a mohla by zemřít.

Zlepšil se také večerní rituál kontrolování, kdy chlapec si před spaním vyfotí všechny předměty a místa, které dříve kontrolovat. Pokud se mu v hlavě objeví myšlenka s obsahem možného nebezpečí, chlapec se podívá na fotografii a nemusí již provádět kontrolující kompulzi vyčerpávajícím způsobem. Více je tento nový rituál popsán v rámci pozorování zátěžových situací. Chlapec pozitivně hodnotí vliv fotbalových tréninků na usínání. Po tréninku se prý dostaví příjemná úleva a večer zvládne usnout i bez jakéhokoliv kontrolování. Po volejbalu je unavený méně, přesto má i tato volnočasová aktivita vliv na zmírnění obsesí a kompulzí.

Po ukončení hospitalizace byl chlapec umístěn na jinou školu, kam ovšem od začátku nedocházel, a to kvůli uzavření škol v rámci pandemických opatření. Se svou novou třídou se setkal prostřednictvím online výuky, kde pro vzájemnou interakci a navazování kamarádských vztahů nebyla příležitost. V okamžiku, kdy mohl chlapec nastoupit do školy, snažil se zapojit do nového kolektivu. Někteří spolužáci ho zprvu přijali a zvali ho do společných aktivit, ale u chlapce se pozvolna objevila potřeba kontroly správně zavřené vody, aby nedošlo k zaplavení a následnému utonutí některého z menších dětí. O přestávkách tak tráví většinu času obcházením toalet a nezbyvá mu čas na udržování

kamarádských vztahů. Ve třídě tak začíná pociťovat, že do kolektivu nezapadá. „*Myslím, že se svých problémů nikdy nezbavím. Asi si budu muset zvyknout, že jsem prostě jiný než ostatní děti. Budu si muset zvyknout na to, že si se mnou nebudou zas hrát. Nebo mě budou zase provokovat. Nevím. Ale asi s tím nic neudělám.*“ O stavu chlapce matka informovala novou třídní učitelku, která se situaci snaží řešit, ale podle matky by mohla pro syna udělat více, proto matka dochází na časté konzultace, kde žádá učitelku o větší úlevy a ochranu chlapce. Prospěchově se však chlapec lepší.

Aktuálně se u chlapce začínají objevovat nové obsese pod vlivem války na Ukrajině, kam jezdil každé prázdniny za zbytkem rodiny. Informace o probíhající válce silně zasáhla matku i chlapce a oba se k aktuálnímu stavu nechtějí příliš vyjadřovat. Chlapec se však svěřil, že od chvíle, co se dozvěděl o válce, cítí se více v nebezpečí, je ve větším napětí a častěji se u něj objevuje úzkost. Novou obsesí, kterou dle slov matky spustilo sledování televizních zpráv a zpráv na internetu, je myšlenka, že pokud chlapec nevykoná aktivitu, tak zemře člen rodiny na Ukrajině. „*Když třeba večer sedím a hraju hru, najednou mám v hlavě myšlenku, že si musím stoupnout a udělat deset dřepů. Někdy mě to nutí sundat si tričko a dát si ho naruby. Nebo třeba musím jít hned do rohu místnosti. V hlavě mi běží, že když to neudělám, tak umře babička nebo někdo další z rodiny na Ukrajině. Vím, že je to hloupost a že to, že udělám deset dřepů ničemu nepomůže, ale udělat to musím, jinak nemám klid.*“ Jak je zjevné, chlapec si je vědom iracionality obsese, ale přesto je nucen kompulzi vykonat. Dále se svěřil, že doma mu výkon kompulze tolik nevadí, ale není mu příjemné vykonávat podobné kompulze ve škole nebo na volnočasových aktivitách, kde je mezi vrstevníky. Sám říká, že pro ostatní musí vypadat divně, když se zvedne a jde se dotknout tabule nebo si během tréninku musí sednout na trávník a vyměnit pravou ponožku za levou, ale má obavy o zbytek rodiny, proto raději nesmyslnou kompulzi vykoná. Matka si chování syna všímá a na příštím setkání s psychiatrem má v plánu tuto situaci s ním řešit.

Do budoucna by se chlapec rád svých obtíží zbavil, ale není si jistý, zda toho bude schopen. Poruchu popisuje jako bojovou počítačovou hru, kdy má za úkol bojovat proti mnohem silnějšimu soupeři, který při ústupu umí nabrat novou podobu a získat tak novou sílu, na kterou se nejde připravit.

## 6.6. Pozorování zátěžových situací

V této případové studii jsou situace pozorovány během hospitalizace na dětském psychiatrickém oddělení, kdy se pozorování uskutečnilo během vycházek a víkendů. Následně jsou stejné situace pozorovány po ukončení hospitalizace.

### 6.6.1. Usínání

Pozorování proběhlo první víkend od počátku hospitalizace. Matka si chlapce vzala na víkend domů a umožnila uskutečnit pozorování. Krátce po sedmé hodině se chlapec vykoupal, vyčistil si zuby a začal se chystat do postele, zatímco matka se chystala na noční směnu do herny. Zaznamenávání pozorovaných aktivit začalo po odchodu matky z bytu, tedy v 19:30. Na chlapci byla pozorovatelná značná nervozita a po chvíli volá matce, zda je v pořádku. Během hovoru se chlapec zeptal sedmkrát, zda je matka opravdu v pořádku a vyžadoval sedmkrát ujištění od matky. Po zavěšení hovoru chlapec ulehl do postele, ve které vydržel pouhé 3 minuty, poté se zvedl a zkontroloval, zda jsou dveře opravdu zamčené. Za kliku vzal sedmkrát velmi silně, aby měl jistotu. Od dveří jde k oknu v pokoji, ve kterém spal mladší bratr a sedmkrát se snažil přitáhnout madlo okna, aby měl jistotu, že je okno opravdu zamčené. Od okna šel do koupelny k malé skříňce s úklidovými prostředky a ujistil se, že je skříňka opravdu zamčená a klíč je položený na vysoké skříni, kam mladší bratr nedosáhne. Z koupelny se vydal do kuchyně, kde sedmkrát zkontroloval, že jsou všechny variče opravdu vypnuté. V kuchyni se také přesvědčil, že krabička sirek se nachází v uzavřené skleněné nádobě, přičemž se tuto nádobu pokusil sedmkrát otevřít, aby se ujistil o jejím zavření. Poté se vrátil do postele a zavolal matce, zda je v pořádku. Následovalo krátké období klidu, kdy bylo na chlapci vidět uvolnění. Ovšem klidné ležení v posteli vydrželo pouhých 6 minut, a poté své kolečko byl nucen zopakovat, vše ve stejném pořadí. Tato kolečka se opakovala po celý zbytek večera, dokud chlapec v 1:50 neusnul vyčerpáním. Délku kompulzí i hovorů lze pozorovat v tabulce (viz příloha 3), přičemž průměrná doba kompulzí se odvíjela od chlapcovi rychlosti přesunů, kdy nejprve se dokázal držet v klidu, ale postupně se zvyšovalo napětí a mezi místy běhal. Jednotlivé kompulze trvaly vždy stejnou dobu a na trvání celého bloku kompulzí neměly větší vliv.

Další pozorování proběhlo necelý rok po ukončení hospitalizace. Po odchodu matky chlapec v klidu čekal, až mu matka zavolá, že dorazila do zaměstnání. Po telefonátu matky v 19:58 se chlapec zvedl z postele a s mobilním telefonem šel ke dveřím, kde si sedmkrát



dveře vyzkoušel, zda jsou zamčené a následně vyfotil. Od té doby vyžadoval naprosté ticho. Stejným způsobem pokračoval i u okna, v koupelně a v kuchyni, tedy nejprve se sedmkrát ujistil a následně si místo vyfotil. Následně šel do postele, kde hrát na mobilu hru a vyžadoval naprosté ticho. V případě, že uslyšel zvuk, začal pokládat ujišťující otázky, zda nešlo o dveře, okno či jiný kompulzemi kontrolovaný předmět. Většinou si vystačil s ujišťujícími otázkami a pohledem na pořízené fotografie, pouze třikrát se musel jít přesvědčit a znovu si vše vyfotit. Chlapec usíná již ve 22:45.

### **6.6.2. Volnočasová aktivita**

Během středeční vycházky se zúčastnil fotbalového tréninku. Při odchodu z oddělení pokládal matce množství ujišťujících otázek, například zda si je jistá, že doma správně zavřela okno a zda činnost opravdu zkontrolovala. Chlapec pokaždé vyžadoval sedmkrát ujišťující odpověď, že matka skutečně danou činnost vykonala a zkontrolovala správnost úkonu. Po příchodu na trénink je chlapec zamyšlený a v šatně s ostatními nekomunikuje, což pokračuje až do nástupu na hrací plochu. Během rozvíčky působí chlapec unaveným a nepřítomným dojmem, trenér mu musel několikrát opakovat, co má dělat. Po začátku utkání je chlapec postaven do hry, ale není schopen reagovat na hru, proto jej trenér posílá na toaletu. Zde je chlapec sám na sebe našťvaný, protože fotbal miluje a chce se zlepšovat, ale není schopen se soustředit. Nejspíše u chlapce probíhaly také mentální kompulze, které ovšem odmítal potvrdit. Po návratu do hry byl chlapec klidnější a po krátkou dobu si hru dokázal užívat, ale za chvíli byl znovu nepozorný. Po tréninku následovaly směrem na matku stejné ujišťující otázky jako před tréninkem. Před předáním chlapce na oddělení proběhl krátký rozhovor, kde chlapec potvrdil, že ho trénink i přes jeho potíže bavil a cítí se příjemněji, než kdyby nešel. Druhý den bylo matce sděleno, že chlapec byl po zbytek večera klidnější a rychleji dokázal usnout.

Stejná situace byla pozorována téměř po roce od ukončení hospitalizace. Po cestě se ještě objevila jedna ujišťující otázka. Matka chlapci odpověděla a dále pokračovala bez jeho vyzvání v ujišťujících odpovědích na další, chlapcem dříve tázané, otázky. V šatně se chlapec dokázal bavit se spoluhráči, přesto zde byl vidět vzájemný odstup. Během hry se však chlapec dokázal plně soustředit a hru si užíval. Nastal pouze jeden okamžik, kdy chlapec hru méně vnímal. Sám se trenéra zeptal, zda by se mohl jít opláchnout a po chvíli byl zpět ve hře. Po konci tréninku proběhla cesta domů bez jediné ujišťující otázky ze strany chlapce. Večer dle slov matky usnul bez večerních kontrolujících kompulzí.

## 7. Případová studie č. 3

Druhý případ se zabývá dvanáctiletou dívkou, u které se porucha rozvinula na počátku pandemie spojené s onemocněním covid-19. Vzhledem k aktuálnosti obtíží nebylo možno u této případové studie provést pozorování a veškeré rozhovory byly provedeny prostřednictvím videohovorů.

### 7.1. Rodinná anamnéza

Matka dívky, narozena 1975, má ukončené pouze základní vzdělání. Aktuálně pracuje jako poštovní doručovatelka, ale velmi často střídá zaměstnání. Matka je zdravá, po celý život bez zdravotních komplikací. Je silnou kuřačkou, alkohol požívá příležitostně. Matka je cholerické povahy. Její matka, narozena 1952, trpí obezitou, požívá téměř denně alkohol a je také silnou kuřačkou. Otec matky, narozen 1950, nejspíše je zdravý, ale žije delší dobu v zahraničí a s rodinou není v kontaktu. Matka má sestru, narozenou 1974, která trpí obezitou, obtížemi se štítnou žlázou a je také silnou kuřačkou a denně požívá alkohol.

Otec dívky, narozen 1973, vystudoval střední odborné učiliště a nyní pracuje v oboru. Je plně zdravý, silný kuřák a alkohol požívá pouze příležitostně. Jeho rodiče jsou zdraví. Otec má ještě staršího bratra, se kterým se nestýká.

Rodiče se seznámili v zaměstnání, ke sňatku došlo v roce 1999. Vtáh mezi rodiči byl dle slov vždy problematický, partneři si vzájemně nerozuměli a docházelo k častým hádkám, především z finančních důvodů. V roce 2010 se jim narodila nejstarší dcera, o dva roky později další dcera a v roce 2017 syn. Rodiče se v roce 2019 rozvedli, jako důvod matka udává dluhy otce, které však po rozvodu nadále splácela také ona. Zůstala s dětmi ve společném domě se sestrou a jejím synem, který je ovšem ve velmi špatném stavu a obě sestry se tak musely znovu zadlužit z důvodu nutných oprav. Dle matky se občas se sestrou pohádají, ale jinak se jim společně bydlí dobře. Otec má již novou partnerku a společně mají syna. Pravidelně si k sobě bere mladší dceru a syna, ale nejstarší dcera k němu jezdit odmítá. Jako důvod uvádí, že ji otec zradil a nechce s ním mít nic společného.

## 7.2. Osobní anamnéza

Dívka se narodila v roce 2012 s porodní váhou 2 990 g a 49 cm. Porod proběhl v pořádku, dívka byla plně kojena. V dětství ji byla diagnostikována porucha štítné žlázy, která je u dívky příčinou obezity. Dívka také trpí astmatem. Mezi další fyzické potíže patří vysoký krevní tlak.

Do mateřské školy dívka nastoupila ve čtyřech letech a adaptaci zde zvládala bez problémů. Obtíže se objevily až s nástupem do školy, neboť se u dívky projevovala horší výslovnost hlásek R a Ř. Matka s dcerou na logopedii nechodila, a tak je u dívky nadále pozorovatelná horší výslovnost. Prospěchově je dívka již od první třídy problémová, největší potíže má v matematice, ze které má na vysvědčení vždy nejlépe trojku. V třídním kolektivu byla na začátku povinné školní docházky dobře začleněná, v poslední době však do kolektivu nezapadá. V první třídě byla dívce doporučena návštěva PPP, kde ji byla nalezena specifická porucha učení, konkrétně dyslexie.

Povahově je dívka cholerickejší. Velmi rychle se dokáže naštvat, ale stejně rychle se zas uklidní. Je spíše introvertní povahy, raději tráví čas sama ve svém pokoji, než aby trávila čas s ostatními členy rodiny. Dívka je také velmi empatickejší, a to především ke svým mladším sourozencům.

Dívka se ve volném čase zajímá o vaření a pečení, které ji baví. Také ji baví starat se o kočky, které mají doma. Žádné volnočasové aktivity nikdy nenavštěvovala, dle slov matky z finančních důvodů. Svůj volný čas tráví dívka dle jejích slov doma starostí o mladšího bratra, o kterého se musí starat, než se máma vrátí z práce. Starost o bratra ji však nebaví a matce často vyčítá, že se o něj musí starat. Vztah s matkou je problematickejší také kvůli pobytům v ozdravně, kam dívka odmítá jezdit, ale matka ji tam vždy zařídí pobyt.

## 7.3. Problémový stav

První potíže na sobě dívka zaznamenává v dubnu 2020, tedy na začátku pandemických opatření u nás. „*Dívala jsem se na televizi a všude říkali, jak nebezpečná nová nemoc je.*“ Dívku zasáhla především tvrzení odborníků, kteří se k nové nemoci vyjadřovali a popisovali její průběh a důsledky na zdraví člověka. Negativní dopad měly na dívku také televizní rozhovory s občany ohledně strachu z nové nemoci. Dívka v rozhovoru zmínila, že v tuto dobu cítila tak silný strach z nemoci, že nemohla spát ani

jíst, a také došlo ke zhoršení dýchání. Dle slov matky se dívka každou noc dusila, ale lékařskou pomoc odmítala přijmout, což dívka zdůvodňuje zpětně tím, že se bála návštěvy zdravotnických zařízení, protože by se tam mohla setkat s novým onemocněním.

Během pandemie došlo také k vydání opatření k ochraně proti nákaze koronavirového onemocnění. Mezi tato opatření patří především časté a důkladné mytí rukou společně s užíváním dezinfekce. Dívka toto často prezentované doporučení považuje za spouštěč svých obsesí a kompulzí. „*Všude říkali, jak si správně mýt ruce a jak používat dezinfekci, protože se tím dají zničit viry. Jak jsem to v televizi poslouchala každý den, tak mi postupně začala naskakovat myšlenka, že jsem to neprovedla správně a viry jsem nezničila. Proto jsem se hned zvedla a šla do koupelny, kde jsem si okamžitě ruce umyla a použila dezinfekci. Jednou, když v televizi říkali, jak se zvyšuje počet denních úmrtí, našla jsem si na internetu plakát, jak správně mýt ruce, a tenhle postup jsem se naučila dodržovat.*“ Podle matky zabralo mytí rukou zhruba 2 minuty se složitým postupem. Nejprve si dívka ruce namočila, poté použila dávkovač na mýdlo, následně krouživými pohyby mýdlo roztřela po dlaních, dále se soustředila na prsty a vnější stranu ruky. Po spláchnutí mýdla použila dezinfekci, kterou nanášela stejným způsobem jako mýdlo. Z rozhovoru je také možné zjistit, že dívka měla na iracionalitu svého chování náhled. „*I když jsme byli všichni celý den doma a nikdo tak nemohl nákazu přinést, ruce jsem si myla. Věděla jsem, že nemusím, protože na nich viry nejsou, ale když jsem se snažila na mytí zapomenout, začala jsem být vzteklá a byla jsem v takovém napětí, že mě začala bolet hlava a hůře se mi dýchalo, proto jsem raději šla a ruce jsem si umyla. Za chvíli se mi ale v hlavě objevila myšlenka, že jsem si ruce špatně umyla a viry tam pořád jsou. Říkala jsem si, jak by bylo všechno lehčí, kdyby byly viry okem vidět a já se jen podívala a věděla bych, že tam nejsou.*“ Stejně chování začala postupně vyžadovat i od ostatních členů rodiny. Do koupelny nalepila obkreslený plakát a všechny členy rodiny tento postup naučila. Dle slov matky častokrát stála v koupelně a pozorovala, zda si dotyčný myje ruce správným způsobem. Pokud tomu tak nebylo, začala být agresivní a ruce mu umyla sama.

U dívky se také objevilo omývání potravin. Krátce před hospitalizací pak jedla jen taková jídla, která se dala omýt, jako je například ovoce a zelenina, nebo taková jídla, která se prodávají zabalená. Dívka tak dokázala sníst různé sušenky, bonbony, brambůrky či jogurty. Nemyslitelné pro ni bylo koupit si nebalené pečivo, maso či uzeniny z masny nebo koupit si v restauraci hotové jídlo. Změnil se tak nákupní seznam rodiny a matka musela kupovat pouze balené potraviny. Vzhledem k finanční situaci rodiny to ale bylo značně problematické, neboť balené pečivo a vakuované uzeniny jsou dražší. Těsně před

hospitalizací dívka nedůvěřovala všem obalovým materiálům. Například se nesměla domů koupit mouka a cukr balené v papírovém obalu, protože přes něj by mohly viry proniknout do potraviny. Veškeré kupované potraviny tak musely být baleny v plastovém obalu bez jakéhokoliv porušení.

Dalším opatřením, které mělo negativní vliv na psychický stav dívky, bylo omezení sociálních kontaktů. Vzhledem k distanční výuce neměla dívka potřebu chodit ven. Odmítala chodit na procházky a nákupy a postupně požadovala také po zbytku rodiny, aby nevycházel ven. Matka byla na začátku pandemie nezaměstnaná a nebyl tak u ní problém zůstat doma, problém ale nastal, když se matce podařilo najít si zaměstnání. Dívka na tuto informaci reagovala agresivně a odmítala matku pustit z domu. Když dívka začala ráno vstávat a bránila matce v odchodu do práce, rozhodla se matka situaci řešit telefonickou konzultací s dětským psychologem.

#### **7.4. Hospitalizace na oddělení dětské psychiatrie**

Dětský psycholog doporučil okamžitou návštěvu dětské psychiatrie. Matka nad tímto krokem váhala, ale nakonec, v září 2021, se rozhodla pro návštěvu psychiatra. Nejprve však přišla bez dívky, protože ta odmítala opustit domov kvůli strachu z nákazy. Psychiatr po rozhovoru s matkou stanovil termín hospitalizace dívky na oddělení dětské psychiatrie. K hospitalizaci přijela dívka ve dvou respirátorech a gumových rukavicích, neboť se dle jejích slov oddělení nachází v nemocnici, kde se léčí také osoby s nemocí covid-19.

O příjmu a průběhu hospitalizace nejsou známy informace ze strany odborných pracovníků, neboť matka ztratila veškerou dokumentaci týkající se hospitalizace dcery. Dívka však na hospitalizaci odmítla zůstat z důvodu možné nákazy, neboť se nacházela v nemocnici a mezi větším počtem cizích lidí. Matka dceru během první středy nenavštívila kvůli pracovním povinnostem a dívka ji to vyčítala, protože se na matku těšila a bez její návštěvy si připadala ostrčená. Na první víkend si však matka dceru vzala domů. Dle matky probíhal víkend stejně jako dny před hospitalizací. Dívka si celý den myla ruce a používala dezinfekci, omývala potraviny a dohlížela na to, aby všichni zůstali doma a umývali si ruce požadovaným způsobem. V neděli večer se dívka odmítala vrátit na hospitalizaci a matka se rozhodla dceru v jejím rozhodnutí podpořit. Rozhodla se tak pro předčasné ukončení hospitalizace přes nesouhlas lékařů.

Během hospitalizace byla dívka stanovena diagnóza obsedantně-kompulzivní poruchy. Byla u ní zahájena farmakoterapie, konkrétně jí byl předepsán Fevarin. Jeho užívání hodnotí dívka kladně, neboť se cítí uvolněnější a nemá takový strach z nákazy. O psychoterapii se dívka nezmiňuje. Během krátké hospitalizace navštěvovala ústavní školu, kde se dívka věnoval učitel, který byl dle jejích slov hodný a dokázal ji učivo vysvětlit lépe než učitel v běžné škole. Dívce se také velmi líbily volnočasové aktivity poskytované dobrovolníky. Především se jí líbilo vyrábění bramborových razítek a duhových listů, které si doma již několikrát sama vyrobila a naučila to i své mladší sourozence. Zpětně považuje dívka předčasné ukončení hospitalizace za škodu, protože by se lépe vypořádala se svými problémy, ale především by se mohla od dobrovolníků naučit více zábavných aktivit.

## **7.5. Současný stav**

Po ukončení hospitalizace dívka užívala psychofarmaka a během měsíce byla dle matky bez vnějších projevů obsedantně-kompulzivní poruchy. Po vymizení příznaků se však dívka rozhodla, že když již netrpí žádnými obsesemi a následnými kompulzemi, není potřeba psychofarmaka užívat. Zlepšený stav tak vydržel pouze do února 2022, kdy se stav opět zhoršil.

Obsese o možném nakažení virovým onemocněním nadále přetrvávají, došlo včas ke změně kompulzí. Mytí rukou se stalo krajním řešením. Nově, s rozvojem antigenních testů, si dívka každé ráno dělává test. Výsledek testu nosí po celý den v kapse a pokud má pocit, že by mohla být virem nakažená, podívá se na test a napětí se zmírní. Test prý kontroluje zhruba dvakrát do hodiny. Pokud je celý den doma, tato kompulze postačí, pouze pokud má dle jejích slov špatný den, tak si v průměru desetkrát za den umyje ruce a použije dezinfekci stejným způsobem, jako dříve.

Vzhledem k rozvolnění opatření se dívka potýká s novými problémy. Dělá ji problém pobyt mimo domov, což se podepisuje také na její školní docházce. Do školy dochází v průměru dvakrát týdně. Vzhledem k tomu, že matka dívky odchází do zaměstnání brzy ráno, není doma a není tak schopna dohlédnout na odchod dívky do školy. Zhoršená školní docházka byla poměrně rozsáhlým obsahem rozhovoru. Dívka sdělila, že napětí a úzkost, které zažívá ve škole, je pro ni tak zatěžující, že raději zůstane doma. Dle jejích slov je hádka s matkou přijatelnější než den ve škole. Z důvodu horší docházky dívka přišla o kamarádky. V rozhovoru sdělila, že dříve ji kamarádky psaly a ptaly se, proč není ve škole

a posílaly ji probranou látku. Nyní dívku mrzí, že se jí již nikdo ze školy neozve a pokud někoho poprosí o zápisky, pak jí je nikdo neposkytne. „*Vlastně se jim ani nedivím. Do školy nechodím a když tam jsem, chovám se jak blázen. Pořád koukám na výsledek antigenního testu, chodím si mýt ruce a stříkám na sebe dezinfekci. Taky jsem si sedla sama do lavice, abych byla dva metry od ostatních. To je fakt nedivím, že se mnou nikdo nechce mluvit. Musím jim připadat divná.*“ Z rozhovoru s dívkou je zřejmá začínající šikana vůči dívce. Dle jejích slov jí nejprve odstranili ze společného třídního chatu, následně ji však do konverzace znovu přizvali, nejspíše pod vlivem rozhovoru matky s třídním učitelem. V konverzaci se dle dívky často objevují narážky spojené na její zhoršenou docházku i na její kompulze. Podle dívky začínají někteří spolužáci vytvářet i urážlivé obrázky, více však dívka odmítla sdělit a konverzaci odmítla ukázat.

Další problematikou, která ovlivňuje sociální život dívky i celé rodiny, je zákaz návštěv. Dívka již nemá potřebu omývat potraviny, které jsou doma déle, ale odmítá pustit domů jakoukoliv návštěvu. Dle jejích slov ví, že tato její úvaha nedává smysl, nemůže si však nijak pomoci. Pokud by domů přišla návštěva, znamenalo by to pro dívku riziko nákazy a kontaminace veškerých potravin. Matka se svěřila, že jednou pozvala domů svou kamarádku i přes zákaz dcery. U dcery se začala objevovat slovní i fyzická agrese a po urychleném odchodu návštěvy dívka v gumových rukavicích omyla potraviny, které je možné omýt. Zbylé potraviny, které není možno omýt, umístila do velkého igelitového pytle a odnesla do popelnice. Matka tuto situaci popisuje jako zátěžovou také na finanční stav rodiny, neboť dívka vyhodila velké množství zásob trvanlivých potravin, které rodina měla. V přípravném stupni této případové studie dívka přes zprávu sdělila, že by ji nevadilo setkat se, ale je potřeba mít u sebe negativní antigenní test. Den před domluveným setkáním však schůzku zrušila, proto po vzájemné dohodě s matkou došlo k domluvě, že veškeré rozhovory budou raději provedeny prostřednictvím videohovoru.

Zajímavý je postoj matky k řešení situace. Ta odmítá situaci řešit další hospitalizací a je toho názoru, že by si měl dívku dočasně vzít do péče otec, který je ráznější a dokáže dívku, dle slov matky, vychovat. Vztah mezi matkou a dcerou se tak změnil, neboť matka se snaží dceru umístit do péče otce, to však dcera považuje za nespravedlivé a dochází k častým hádkám s matkou. Tento zhoršený vztah dívku demotivuje ke snaze k dalším sociálním interakcím. „*Když mě nepochopí vlastní máma, tak mě nepochopí ani nikdo cizí.*“ Matka tak svým chováním zjevně podporuje vyhýbavé chování dívky.

Pohled do vlastní budoucnosti je podle pro dívku složitý a lze pozorovat také snížené sebevědomí, kdy dívka sama není přesvědčena o vlastních schopnostech a dovednostech, z čehož plyne také její pesimistické očekávání budoucnosti. *„Do budoucna bych si nejvíc přála být normální a najít si kamarády. Ale nemyslím si, že se mi to povede. Nemám na to změnit se, nedokážu to. Vždycky, když se snažím, tak je to silnější než já a nedokážu to zastavit. Svoji budoucnost tak vidím, že skončím školu a budu bydlet někde sama. Hlavně abych nemusela chodit tolik ven, protože když jsem venku, tak je to pak horší. Radši budu celý den doma sama a budu v klidu, i když mě ostatní budou mít za blázna.“* Dle posledních informací matky se u dívky objevilo sebepoškozování. Matka je již v kontaktu s otcem a od nového školního roku by si měl dívku vzít do péče on. Tuto informaci ovšem dívka špatně nese, s čímž souvisí také zhoršení obsedantně-kompulzivní poruchy. Nově se u ní objevují obsese vyžadující symetrii a pořádek s následnými kompulzemi v podobě uklízení a srovnávání. O této nové situaci však již dívka nechce mluvit.



## 8. Výsledky výzkumu

U první případové studie byl zachycen popis obtíží od výrazného zhoršení stavu až po aktuální situaci. U dívky se objevily obsese spojené se strachem znečištění. Tyto obsese byly zdrojem úzkosti a napětí, které dívka zmírňuje kompulzemi, které probíhají v podobě zdlouhavého a předem daného rituálu mytí rukou. Lze pozorovat také ujišťující chování v podobě otázek směrem na matku. Tuto případovou studii doprovází především mezigenerační vztahové problémy, přičemž starší generace do stanovení diagnózy nechápe závažnost situace a kompulzivní jednání je považováno za nevychovaní. Po stanovení diagnózy obsedantně-kompulzivní poruchy lze pozorovat zlepšení těchto vztahů. Hlavní formou léčby se zde stala farmakoterapie, která se ukázala jako účinná. Pozitivní důsledek na zmírnění OCD lze pozorovat u ambulantní léčby na oddělení dětské psychiatrie, ale také díky kontaktu se zvířaty. U tohoto případu trvá léčba nejdéle dobu, přičemž je možné se zde setkat s pozitivním očekáváním budoucnosti ve spojitosti s OCD.

Druhá případová studie se zabývala případem chlapce, u kterého se objevily obsese s obsahem možných neštěstí a následně kontrolující kompulze. Nejpravděpodobnějším spouštějícím faktorem této poruchy se stala smrt otce. U této případové studie bylo možno pozorovat hyperprotektivní chování matky vůči chlapci. Chlapce od dětství provázejí komplikace s kolektivem vrstevníků, do kterého kvůli odlišnému mateřskému jazyku nezapadá. Během rozvoje obsedantně-kompulzivní poruchy je možné sledovat rozvoj těchto potíží, které vedou až k šikaně chlapce. U tohoto případu je motivace k léčbě dána především zhoršením zdravotního stavu chlapce. Léčba je kombinací farmakoterapie a kognitivně behaviorální terapie a je možné pozorovat značný výsledek této léčby. Velký vliv na tento případ mají především události ve světě.

U třetí případové studie je s největší pravděpodobností spouštěčem poruchy situace týkající se pandemie koronavirového onemocnění. U dívky se objevují kompulze s obsahem týkající se možné nákazy a následně kompulze zahrnující mytí předmětů, umývání i dezinfekci rukou, používání zdravotnických ochranných pomůcek i tendence k sociální izolaci jako prevence před možnou nákazou. U tohoto případu bylo možné pozorovat zhoršený vztah mezi dívkou a matkou, především matčiny nevhodné zásahy do řešení situace. U této případové studie nedošlo k dlouhodobějšímu výraznému zlepšení.

## 9. Diskuse

První výzkumná otázka se týkala důsledků obsedantně-kompulzivní poruchy na psychický a zdravotní stav dítěte. Bezesporu lze potvrdit, že obsedantně-kompulzivní porucha má dopad na zdravotní stav dítěte. Toto tvrzení lze předložit případovou studií č. 1, kdy důsledkem kompulzivního umývání rukou došlo ke zničení ponožky až ke krvácení kůže na ruku dívky (viz příloha č. 2). U druhé případové studie lze pozorovat výskyt psychosomatických obtíží, především před diagnostikování poruchy. Během výkonu kompulzí, které postupně získaly až extrémní tempo, docházelo k dýchacím obtížím, přičemž vyvrcholením bylo vyčerpání organismu. Zdravotní důsledky lze zaznamenat také v třetí případové studii, kde u dívky došlo ke změně jídelníčku pouze na takové potraviny, které se dají omýt či jsou zabalené v plastovém a neprodyšném obalu. Pod vlivem zvyšující se úzkosti dívka také popisovala zhoršení dlouhodobého respiračního onemocnění. V rámci této výzkumné otázky je také možné potvrdit dopad OCD na psychický stav dětí. U všech případových studií je možné pozorovat tendenci jedinců k větší introverzi i snížené sebevědomí zkoumaných dětí. Například u druhé případové studie je chlapec sám zklamaný ze svého sníženého výkonu a společně s dívkou ze třetí případové studie se popisují jako vrstevníkům odlišní, a z toho důvodu jim nedostateční.

Druhá výzkumná otázka se zabývala ovlivněním rodinných a sociálních vztahů touto poruchou. V první případové studii je možno v období před hospitalizací pozorovat především vznik mezigeneračních konfliktů, kdy dochází k nepochopení OCD jako příčiny změny chování. Tyto konflikty však ustupují v okamžiku stanovení diagnózy a dochází ke vzájemné snaze o zlepšení vztahu. Po ukončení hospitalizace je zde ovšem možné pozorovat tendenci k odtažitosti od cizích osob, která se projevuje vyhýbavým chováním vůči různým společenským situacím. V rámci druhé případové studie lze pozorovat primárně změnu vztahu chlapce k vrstevníkům, neboť výkon kompulzí se stal pro spolužáky záminkou k odstartování šikany. Vyhýbavé chování je také nejpravděpodobnějším spouštěčem šikany vyskytující se ve třetí případové studii. V poslední studii je možné pozorovat značné zhoršení vztahu mezi dívkou a matkou. U všech případových studií lze zaznamenat agresivní vystupování vůči osobě, která jakýmkoliv způsobem naruší kompulzivní jednání dítěte nebo jedince dostane do situace, která je z pohledu jeho obsese nebezpečná.

Úkolem třetí výzkumné otázky bylo zjištění, jaké zásahy vykonávají blízké osoby. U třetí případové studie lze zaznamenat několik nevhodných zásahů matky, mezi které patří

především předčasné ukončení hospitalizace za nesouhlasu odborníků. Pod vlivem tohoto rozhodnutí znemožnila matka účast dcery na psychoterapii, která by mohla přinést další úspěchy v léčbě OCD. Mezi další nevhodný zásah matky lze zařadit snahu o předání dívky do péče otce, se kterým nemá dobrý vztah. Méně vhodné bylo ze strany matky také nenavštívení dcery během hospitalizace, neboť tím přispěla ke snížení sebevědomí dívky. Ovšem ani hyperprotektivní zásahy matky u chlapce z druhé případové studie nelze označit za vhodné. Mezi takové zásahy patří žádost o ukončení farmakoterapie či poskytování ujištění, o které chlapec ani v danou chvíli nežádal. Za vhodné nelze označit ani přesvědčování matky při pozorovaných situacích u první případové studie, ovšem za vhodnou reakci, v daném okamžiku, lze zařadit nereagování na úzkostný požadavek dívky, neboť tím dívce nebylo umožněno úniku z dané situace. Situaci tak byla dívka nucena zvládnout, což se jí úspěšně podařilo a příště může mít v takové situaci větší sebedůvěru.

V rámci čtvrté výzkumné otázky bylo zkoumáno, zda mohou volnočasové aktivity snižovat dopad obsedantně-kompulzivní poruchy. Největší pozitivní vliv lze pozorovat u chlapce z druhé případové studie, který se věnuje fotbalu. Volnočasová aktivita mu přináší příjemnou únavu a chlapec tak lépe zvládá večerní obsese a je schopen omezit následný výkon kompulzí. U první případové studie lze zaznamenat vliv domácích mazlíčků na projevy obsedantně-kompulzivní poruchy, kdy dochází se snaze zůstat klidnější či se prostřednictvím kontaktu se zvířetem zbavit úzkosti a napětí. U třetí případové studie nelze na tuto výzkumnou otázku odpovědět, neboť je zde absence pravidelných volnočasových aktivit.

Poslední výzkumná otázka se zabývala dopadem pandemie nemoci covid-19 na děti s obsedantně-kompulzivní poruchou. U první a druhé případové studie lze pozorovat omezení sociálních kontaktů pod vlivem distanční výuky i omezení volnočasových aktivit. U druhého případu je také možné pozorovat rozšíření obsesí a následných kompulzí na oblast týkající se nové nemoci. Největší vliv je možné najít u třetí případové studie, kde se pandemie společně se svými opatřeními stala spouštěčem obsedantně-kompulzivní poruchy a narušila tak celý život dívky.

U všech případových studií dochází k zajímavé shodě, a to že ve všech případech jde o děti z neúplných rodin. Ovšem vzhledem ke kvalitativnímu pojetí výzkumu v této bakalářské práci není možné touto shodou potvrdit hypotézu, proto by se tato skutečnost mohla stát předmětem dalšího, nejlépe kvantitativního zkoumání.

## Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí. Teoretická část se zabývala definicí obsedantně-kompulzivní poruchy a popisem základních znaků této poruchy, kterými jsou především obsese, kompulze a vyhubavé chování. V kapitole týkající se výskytu obsedantně-kompulzivní poruchy se ukázalo, že porucha vzniká u více než poloviny pacientů v dětském věku, proto je důležité zabývat se touto poruchou u dětí. Tímto tématem se zabývala především druhá kapitola, která popisovala důsledky OCD na život dítěte. Kapitola byla rozdělena na důsledky poruchy na život dítěte v rodině, ve škole a mezi vrstevníky. Poslední kapitolou teoretické části byla kapitola týkající se léčbou, která zmiňovala nejčastější možnosti léčby. Podkapitola psychoterapie popisovala nejčastější a nejúčinnější metodu v léčbě OCD, a to kognitivně behaviorální terapii. V podkapitole zabývající se farmakoterapií pak byly popsány léky, které se využívají při léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy, a to s ohledem na dětský věk. Kapitola se dále zabývala rizikem relapsu a jeho prevencí a také prací sociálního pracovníka, který je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu.

Praktická část se zabývala dopadem obsedantně-kompulzivní poruchy na život konkrétního dítěte. V rámci kvalitativního výzkumu byly sestaveny celkem tři případové studie, které byly sestaveny prostřednictvím hloubkových rozhovorů s rodiči, volnočasovými pedagogy i s dětmi samotnými. K sestavení případových studií bylo využito také metody analýzy dokumentů. Dvě ze tří případových studií byly doplněny o pozorování situací, které jsou pro jedince zátěžové a bylo sledováno, jak si jedinec s danou situací poradí a jaké zásahy do situace poskytuje jeho okolí. Výzkumem bylo zjištěno, že obsedantně-kompulzivní porucha má nemalý dopad na život dítěte. Porucha ovlivňuje nejen zdravotní a psychický stav dítěte, ale také jeho rodinné a sociální vztahy, především pak vztahy s vrstevníky, kde bylo možné setkat se u dvou případů se šikanou. Dále bylo zjištěno, že volnočasové aktivity vedou u dítěte ke zmírnění napětí a úzkosti a mohou tak po zbytek dne pomoci dítěti lépe vzdorovat obsesím a následným kompulzím. Poslední výzkumná otázka se zabývala dopadem pandemie nemoci covid-19 na děti s OCD. U obou případových studií došlo pod jejím vlivem k omezení sociálních vztahů, u jednoho případu došlo k rozvoji nových obsesí a u třetí případové studie se pandemie stala spouštěčem obsedantně-kompulzivní poruchy. Je tedy nutno podotknout, že obsedantně-kompulzivní porucha neřídí pouze myšlení a chování dítěte samotného, ale dokáže skrz dítě ovládat celou rodinu. Ve vrstevnických vztazích se pak OCD stává důvodem ostrakismu a šikany.

## Seznam použitých zdrojů

BECK, Judith S. *Kognitivně behaviorální terapie: základy a něco navíc*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-525-2.

Brakoulias, V., J. Pineda, a V. Fimmano. Short communication: A report of the first twelve months of an early intervention service for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Comprehensive Psychiatry* [online]. 2021 [cit. 13.6.2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152268>

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0062-8.

Coles, M. E., J. Schubert, E. Stewart, K. M. Sharkey, a M. Deak. Sleep duration and timing in obsessive-compulsive disorder (OCD): evidence for circadian phase delay. *Sleep Medicine*, 2020, 72, 111–117.

Davide, P., P. Andrea, O. Martina., A. Escelsior, D. Davide a A. Mario. The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry Research* [online]. 2020, [cit. 13.6.2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113213>

GAVENDOVÁ, Nora. *Kognitivně-behaviorální přístupy v praxi pedagoga*. Praha: Grada, 2021. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-2501-2.

Gorenstein, G., C. Gorenstein, M. C. de Oliveira, F. R. Asbahr a R. G. Shavitt. Child-focused treatment of pediatric OCD affects parental behavior and family environment. *Psychiatry Research*, 2015. 229(1), 161–166.

HORT, Vladimír, Michal Hrdlička, Jana Kocourková, Eva Malá a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

JANOŠOVÁ, Pavlína, Lenka KOLLEROVÁ, Kateřina ZÁBRODSKÁ, Jiří KRESSA a Mária DĚDOVÁ. *Psychologie školní šikany*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2992-3.

JUKLOVÁ, Kateřina a Radka SKORUNKOVÁ. *Základy psychopatologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-815-4.

Khosravani, V., F. Aardema., S. M. Samimi Ardestani a F. Sharifi Bastan. The impact of the coronavirus pandemic on specific symptom dimensions and severity in OCD: A comparison before and during COVID-19 in the context of stress responses. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, [online]. 2021, **29**(1) [cit. 13.6.2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100626>

KOLÁŘ, Michal. *Bolest šikanování: cesta k zastavení epidemie šikanování ve školách*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-513-x.

KUSÁK, Pavel a Pavel DAŘÍLEK. *Pedagogická psychologie - A*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-244-0294-7.

Mantz, S. C a M. J. Abbott. Parent-child interactions and childhood OCD: Comparing OCD families with other clinical and non-clinical families. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, [online]. 2020, **26**(3) [cit. 25. 3. 2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100549>

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2., aktualiz. vyd. [Praha]: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.

Moreira-de-Oliveira, M. E., G. B. de Menezes, C. P. Loureiro, L. D. Laurito, L. Albertella a L. F. Fontenelle. The impact of COVID-19 on patients with OCD: A one-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 2022, **147**(8), 307–312.

PEŠEK, Roman, Ján PRAŠKO a Petr ŠTÍPEK. *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0501-2.

PEŠEK, Roman. *Sám sobě psychoterapeutem, aneb, Co opravdu pomáhá zvládat úzkosti a deprese: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88163-85-5.

PIDRMAN, Vladimír. *Nemocný s obsedantně kompulzivní poruchou: příručka pro pacienty*. Praha: Lubomír Houdek, 2001. ISBN 80-86257-28-2.

PIDRMAN, Vladimír. *Obsedantně kompulzivní porucha: příručka pro lékaře*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-041-x.

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-531-4.

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

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2.

STRAKOVÁ JIRKŮ, Lucie. *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících: příručka pro terapeuty, psychology i rodiče : pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88163-89-3.

TRAIN, Alan. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.

VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-877-6.

Zaheer, M., R. Kausar a A. Farooq. Research article family accommodation , caregiver burden and psychological distress in family members of patients with obsessive compulsive. *Journal od Psychiatry*, 2021, 22(9), 1–9.

## Seznam příloh

Příloha č. 1 – základní struktura rozhovorů.....	I
Příloha č. 2 – důsledek kompulzivního mytí rukou .....	II
Příloha č. 3 – záznam kompulzí v průběhu hospitalizace .....	III



## **Příloha č. 1 – základní struktura rozhovorů**

V rámci bakalářské práce bylo pro sestavení případových studií využito polostandardizovaných rozhovorů. Zde je uvedena základní struktura rozhovorů, která obsahuje okruhy otázek, které obsahoval rozhovor s každým respondentem. V následující struktuře jsou uvedeny okruhy otázek, nikoliv přímé otázky, aby bylo možné jednotlivé rozhovory nechat volně rozvíjet a nebyl tak kladen důraz na přesnou formulaci otázek.

- Zjištění, kdy z pohledu respondenta byly znatelné první příznaky OCD a popsání těchto prvních příznaků.
- Který okamžik či časové období udává respondent jako zlomový ve zhoršení příznaků a popsání zhoršení stavu z jeho pohledu. Jak tuto situaci respondent vnímal.
- Kdy bylo dle respondenta nutno začít situaci řešit s pomocí odborníků.
- Jak byla respondentem vnímána hospitalizace.
- Jak respondent hodnotí hospitalizaci a její efekt.
- Jak je respondent spokojený s aktuálním stavem.
- Jak se v průběhu poruchy měnily vztahy respondenta s dítětem, v případě rozhovoru s dítětem jak se měnily její vztahy s ostatními osobami.
- Zda by se dala aktuální situace podle respondenta ještě zlepšit.
- Jak vidí respondent vývoj obsedantně-kompulzivní poruchy do budoucna.

## **Příloha č. 2 – důsledek kompulzivního mytí rukou**

V této příloze se nachází fotografie rukou dívky z případové studie č. 1. Fotografie byla pořízena 12. 5. 2022, tedy po čtyřech letech kompulzivního mytí rukou.



### Příloha č. 3 – záznam kompulzí v průběhu hospitalizace

Zde je uvedena tabulka k případové studii č. 2. Následující tabulka se týká pozorované zátěžové situace, kterou je pro chlapce usínání. Pozorování se uskutečnilo v průběhu hospitalizace chlapce na oddělení dětské psychiatrie.

Čas	Aktivita	Délka trvání
19:38	Hovor matce	2 minuty
19:40	Klid – chlapec leží v posteli	3 minuty
19:43	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	19 minut
20:02	Hovor matce	3 minuty
20:05	Klid – chlapec leží v posteli	6 minut
20:11	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	18 minut
20:29	Hovor matce	2 minuty
20:31	Klid	9 minut
20:40	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	20 minut
21:00	Hovor matce	5 minut
21:05	Klid	3 minuty
21:08	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	16 minut
21:24	Hovor matce	3 minuty
21:27	Klid	2 minuty
21:29	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	17 minut
21:38	Hovor matce	6 minut
21:44	Klid	8 minut
21:52	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	14 minut
22:06	Hovor matce	4 minuty
22:10	Klid – chlapec hraje na mobilu, téměř usíná	50 minut
23:00	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	12 minut
23:12	Hovor matce	4 minuty
23:16	Klid	3 minuty
23:19	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	11 minut
23:30	Hovor matce	8 minut
23:38	Klid	3 minuty

23:41	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	12 minut
23:53	Hovor matce	6 minut
23:59	Klid	2 minuty
0:01	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	13 minut
0:14	Hovor matce	4 minuty
0:18	Klid	5 minut
0:23	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	14 minut
0:37	Hovor matce	4 minuty
0:41	Klid	2 minuty
0:43	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	11 minut
0:54	Hovor matce	5 minut
0:59	Klid	4 minuty
1:03	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	11 minut
1:14	Hovor matce	6 minut
1:20	Klid	3 minuty
1:23	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	10 minut
1:33	Hovor matce	2 minuty
1:35	Klid	1 minuta
1:36	Kontrolující kompulze – dveře, okno, koupelna, kuchyň	10 minut
1:46	Hovor matce	4 minuty
1:50	Klid, chlapec usíná	4 hodiny 10 minut