

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



RIGORÓZNÍ PRÁCE

Mgr. Viktorie Mašková

**Proces léčby obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí
a dospívajících**

Process of treating obsessive-compulsive disorder in
children and adolescents

Praha 2023

Poděkování

Děkuji své konzultantce Mgr. Veronice Šporclové, Ph.D. za cenné rady a podporu, které mi v průběhu psaní práce poskytla. Dále chci poděkovat za rady týkající se výzkumné části práce doc. PhDr. Bc. Ivě Poláčkové Šolcové, Ph.D., Mgr. Cyrilovi Kaplanovi a Dr. Jarkovi Kriukowi. Také děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumného projektu a sdíleli se mnou své zkušenosti. Všechna setkání mi byla obohacujícími. V neposlední řadě děkuji Danielle Lieb-Foley, ATR, MA, MFT za konzultaci, díky níž jsem měla příležitost nahlédnout do praxe v souvislosti s léčbou obsedantně-kompulzivní poruchy v USA. Dále děkuji své rodině a přátelům, kteří mi byli během psaní práce oporou.

Prohlášení

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

V Praze dne 20. 8. 2023

.....

Viktorie Mašková

Abstrakt

Rigorózní práce je zaměřena na léčebné metody obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) u dětí a dospívajících. Literárně přehledová část zahrnuje základní informace o OCD u dětí a dospívajících, dále popis aspektů vztahujících se k léčebnému procesu psychických poruch u dané populace. Následuje popis léčebných metod OCD u dětí a dospívajících tak, jak je na ně nahlíženo v odborné literatuře. Dále je zde kapitola popisující situaci v České republice v souvislosti s péčí o děti a dospívající s OCD v kontrastu s možnostmi péče, které jsou dostupné v USA. Výzkumná část se skládá ze dvou částí, obě jsou kvalitativního charakteru a cílí na získání vhledu do psychoterapeutické a psychiatrické praxe v souvislosti s léčbou OCD u dětí a dospívajících. Metodou sběru dat je v obou případech polostrukturovaný rozhovor. Data získaná v rámci první výzkumné části jsou analyzována metodou tematické analýzy. Data získaná v rámci druhé výzkumné části jsou prezentována formou kazuistik a analyzována holisticky. Výsledky první části popisují, jaká klíčová témata se v souvislosti s průběhem léčby OCD u dětí a dospívajících vyskytují napříč výpověďmi pedopsychiatrů a psychologů, jaký léčebný přístup vybraní odborníci považují za nejlepší a jaké limity v souvislosti se systémem péče o děti a dospívající s OCD v České republice vnímají. Výsledky druhé výzkumné části popisují dosavadní zkušenosti dětí s OCD a jejich rodičů s diagnózou OCD a její léčbou.

Klíčová slova

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

Abstract (přeložit český abstrakt)

This rigorous thesis focuses on methods that treat obsessive-compulsive disorder (OCD) in children and adolescents. The literature review contains basic information about OCD in children and adolescents and a summary of the aspects concerning the process of treating mental disorders in this population. Following this is a summary of therapeutic methods in OCD-affected children and adolescents as found in scientific literature. Furthermore, there is a chapter describing the situation in the Czech Republic regarding care for children and adolescents with OCD in contrast to care practices available in the USA. The research consists of two parts, both qualitative in character. It aims to gain insight into psychotherapeutic and psychiatric practices in the context of treating OCD in children and adolescents using semi-structured interviews as a method of gathering data in both cases. The data acquired in the first part of the research is analyzed using thematic analysis. The data in the second part is presented casuistically and analyzed holistically. Results of the first part describe which key themes of the process of treating OCD in children and adolescents are common among pedopsychiatrists and psychologists, which therapeutic approach is regarded as best by certain experts, and what limits they perceive in the care system of OCD-affected children and adolescents in the Czech Republic. Results of the second part describe the experiences of individuals that were treated for OCD in their childhood and their parents' experience with the OCD diagnosis and the treatment process.

Keywords

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

Obsah

Úvod.....	9
Literárně přehledová část	13
1. Obsedantně-kompulzivní porucha u dětí a dospívajících.....	13
1.1 Symptomatologie	15
1.2 Etiologie	17
1.3 Diagnostika.....	20
1.3.1 Diferenciální diagnostika	23
1.4 Funkční dopady	26
2. Specifika léčebného procesu u dětí a dospívajících s psychickou poruchou	29
2.1 Psychoterapeutický proces	29
2.2 Klinicko-psychologické vyšetření a pedopsychiatrický proces	32
3. Léčebné postupy u dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou	35
3.1. Farmakoterapie.....	38
3.2 Kognitivně-behaviorální terapie.....	40
3.2.1 Průběh a techniky	40
3.2.2 Třetí vlna terapií	47
3.3 Rodinná terapie	48
3.4 Další psychoterapeutické přístupy	50
3.5 Alternativní a podpůrné možnosti léčby	53
4. Situace v České republice ve vztahu k léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí.....	57
4.1 Situace v USA v porovnání se situací v ČR.....	60
Výzkumná část	65
Výzkumná část I.....	65
5. Cíl výzkumu a výzkumné otázky	65
6. Design výzkumného projektu.....	66
6.1 Výzkumný soubor	67

6.2 Metody získávání dat	70
6.2.1 Pilotáž.....	71
6.2.2 Úvod a otázky polostrukturovaného rozhovoru	72
6.3 Metody zpracování a analýzy dat.....	73
6.4 Etika výzkumu.....	77
7. Výsledky.....	79
7.1 Proces léčby dětí s OCD.....	79
7.2 Faktory ovlivňující léčebný proces	95
7.3 Přesvědčení týkající se nejlepšího léčebného přístupu	102
7.4 Limitující faktory	106
7.5 Shrnutí výsledků výzkumu.....	111
Výzkumná část II	114
8. Cíl výzkumu a výzkumné otázky	114
9. Design výzkumného projektu.....	114
9.1 Výzkumný soubor	116
9.2 Metody získávání dat	117
9.2.1 Úvod a okruhy polostrukturovaného rozhovoru	118
9.3 Metody zpracování a analýzy dat.....	119
9.4 Etika výzkumu.....	120
10. Výsledky.....	122
10.1 Kazuistika 1 (Eliška).....	123
10.2 Kazuistika 2 (Tereza)	136
10.3 Kazuistika 3 (Anežka).....	149
10.4 Kazuistika 4 (Klára)	156
11. Diskuse	165
11.1 Limity výzkumu I a doporučení pro budoucí výzkum.....	168
11.2 Limity výzkumu II a doporučení pro budoucí výzkum.....	170

11.3 Návrh na zlepšení péče o děti s OCD v ČR	171
Závěr.....	175
Seznam použité literatury.....	177
Seznam tabulek	194
Seznam zkratk	195
Seznam příloh.....	196

Úvod

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

Rigorózní práci rozšiřuji svou diplomovou prací (Mašková, 2022) obhájenou na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy na podzim roku 2022. Kromě toho částečně navazují také na svou bakalářskou práci (Mašková, 2020), ve které jsem se zabývala primárně využitím kognitivně-behaviorální terapie (KBT) u dětí a dospívajících s OCD. KBT je přístupem, který je v souvislosti s léčbou OCD u dětí a dospívajících považován (spolu s farmakoterapií) odbornými guidelines za evidence-based metodu a zároveň metodu první volby. V rámci rigorózní práce věnuji pozornost kromě KBT také dalším terapeutickým přístupům. A to z toho důvodu, že dle informací, které jsem si před volbou tohoto tématu zjistila, jsou v ČR děti a dospívající s OCD velmi často v péči jiných než KBT terapeutů. Považovala jsem za vhodné tuto skutečnost ve své práci reflektovat a neopomíjet tak i jiné terapeutické možnosti. Hlavním cílem rigorózní práce je popsat léčebné metody obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí a dospívajících tak, jak je na ně nahlíženo v odborné literatuře a zjistit, jak jsou realizovány v ČR v praxi.

Literárně přehledová část práce zahrnuje čtyři hlavní kapitoly. V rámci první kapitoly se věnuji obecným informacím, které se vztahují k OCD u dětí a dospívajících. Zmiňuji poznatky

o prevalenci, popisují symptomy daného onemocnění, stručně se věnují jeho etiologii. Zabývám se diagnostikou, nejčastějšími komorbiditami, dopady OCD na běžný život dítěte. Druhá kapitola shrnuje obecné aspekty spjaté s procesem léčby dětí s psychickou poruchou. Třetí kapitola je věnována léčebným postupům ve vztahu k OCD u dětí. Pozornost je zaměřena především na evidence-based přístupy, tedy farmakoterapii a kognitivně-behaviorální terapii. Neopomím však další terapeutické možnosti, které sice nejsou v odborné literatuře tak často zmiňovány, v praxi se však s jejich užitím setkáváme. V rámci čtvrté kapitoly se věnuji situaci v ČR v souvislosti s péčí o děti s OCD. Což následně dávám do kontrastu se systémem péče v USA a možnostem, které mohou tamější rodiče a děti s OCD využít.

Na literárně přehledovou část navazuje část praktická. Cílem praktické části je získání vhledu do psychoterapeutické a psychiatrické praxe v souvislosti s léčbou OCD u dětí a dospívajících, a to jak z pohledu odborníků, tak z pohledu klientů a jejich rodičů. Je rozdělena na dvě části, jelikož se skládá ze dvou kvalitativních výzkumných šetření. V rámci prvního výzkumného šetření došlo k realizaci polostrukturovaných rozhovorů s odborníky, konkrétně se jednalo o 11 respondentů (5 pedopsychiatrů a 6 psychologů). Všichni měli zkušenost s terapeutickou prací s dětmi s OCD. Data byla analyzována metodou tematické analýzy. Výsledky prezentují to, jak odborníci s dětmi s OCD pracují, které techniky používají, jaký přístup k léčbě dětí s OCD považují za vhodný a jaké limity v systému péče o ně vnímají. Druhá výzkumná část doplňuje část první. Je zaměřena na exploraci dosavadních zkušeností s OCD a její léčbou z pohledu dětí s OCD a jejich rodičů, čímž dochází k získání dalšího úhlu pohledu na problematiku léčby OCD u dětí v ČR. Data byla získávána formou polostrukturovaných rozhovorů s dětmi s OCD a jejich rodiči. Byla analyzována holisticky a jsou prezentována ve formě čtyř kazuistik. Data v rámci jednotlivých kazuistik jsou členěna do 5 kategorií: základní anamnestické informace o dítěti, projevy OCD, psychosociální dopady, průběh léčby, vnímané limity a podpůrné faktory.

Za hlavní přínos práce považuji zmapování metod, které odborná literatura v souvislosti s léčbou dětí a dospívajících s OCD zmiňuje, včetně výzkumů, které byly v dané oblasti realizovány. Ale také nahlédnutí do toho, jak probíhá léčba dětí a dospívajících s OCD v praxi v ČR z pohledu zkušených odborníků, přímých klientů/pacientů a jejich rodičů. Práce by také mohla poukázat na možnosti zlepšení kvality péče o děti a dospívající s OCD v ČR. Danou prací bych mimo jiné chtěla rozšířit existující v češtině psané literární zdroje, kterých je minimálně. V neposlední řadě bude přínosem této práce rošířená informační brožura, kterou jsem vytvořila a která je součástí příloh práce (Příloha 4). Je určena primárně rodičům dětí

a dospívajících s OCD, čerpat z ní však mohou i další lidé, kterých se daná problematika dotýká.

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

V rámci rigorózní práce čerpám primárně ze zahraniční literatury, která je zaměřena na OCD u dětí a dospívajících. Jedná se buď o knihy, které jsem si za účelem psaní práce zakoupila v zahraničí, případně o elektronické výzkumné články. Soustředila jsem se na to, abych čerpala v maximálním možném rozsahu ze zdrojů, které se týkají výhradně OCD u dětí a dospívajících, nikoli u dospělých. A to z důvodu, že závěrečných prací na téma OCD u dospělých bylo napsáno několik, a tudíž si myslím, že takto specifičtěji zaměřené poznatky by mohly činit práci přínosnější. Vyjma druhé kapitoly literárně přehledové části, která je obecněji zaměřená, se všechny kapitoly rigorózní práce vztahují výhradně k OCD u dětí a dospívajících. Usilovala jsem o to, abych do práce zahrнула co nejnovější výzkumy vztahující se k danému tematickému celku. V práci je citováno dle normy APA – 7. revize (American Psychological Association, 2020). Jména zahraničních autorek nejsou přechylována do českého jazyka.

V rigorózní práci došlo k rozšíření diplomové práce (Mašková, 2022) o jednu stěžejní kapitolu v rámci literárně přehledové části, která se zabývá aspekty léčebného procesu u dětí a dospívajících s psychiatrickou symptomatikou. Jedná se o jedinou kapitolu, která se nevztahuje specificky k diagnóze OCD u dětí a dospívajících. Zahrnutí této kapitoly jsem však považovala za stěžejní z důvodu doplnění kontextu celé problematiky léčby OCD u dětí. Dále došlo k doplnění některých subkapitol, například subkapitoly o diferenciálních diagnózách a třetí vlně terapií. V neposlední řadě došlo k doplnění některých aktualizovaných informací. Upravena a rozšířena byla také výzkumná část, konkrétně o kazuistiky vztahující se k léčebnému procesu dětí s OCD. Nutno také doplnit, že jsem v rámci vypracování rigorózní práce reflektovala podněty, které zazněly u obhajoby diplomové práce.

V rámci diplomové práce (Mašková, 2022) jsem se pokusila o přesah do praxe vytvořením stručné informační brožury o problematice OCD u dětí a dospívajících (Příloha 1). Praktickým přesahem práce rigorózní je patrně obsáhlejší informační brožura na stejné téma. Volbu informací, které rozšířená brožura zahrnuje, jsem předem diskutovala s rodičem dítěte s OCD, který mi předal užitečné podněty, jež ho jakožto rodiče zajímaly, ale měl potíž dané informace dohledat. Informace jsou podány takovou formou, aby byly srozumitelné i laické veřejnosti. Kromě tištěné brožury se zamýšlím také nad vytvořením internetové domény, na které by byly informace z brožury umístěné online. Dalším přesahem rigorózní práce by mohla být publikace sestavená primárně z teoretické části této práce. Zájem o ni projevilo nakladatelství Pasparta.

V rámci úvodu považuji za vhodné dodat, že mě při psaní rigorózní práce ovlivnily zkušenosti a znalosti, které jsem načerpala v rámci zaměstnání na pozici psychologa ve zdravotnictví v ordinaci klinické psychologie. Zde jsem získala, a stále získávám, zkušenosti s psychodiagnostikou i psychoterapií dětí, dospívajících i dospělých s různými typy diagnóz včetně OCD.

Literárně přehledová část

1. Obsedantně-kompulzivní porucha u dětí a dospívajících

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

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

Průběh OCD u dětí je ve většině případů dlouhodobý, chronický, s fluktuující manifestací symptomů (Hudak, 2011). Na kolísání závažnosti symptomů se podílí především stres (Stewart et al., 2004). Kolísání příznaků však může ovlivňovat také hormonální činnost, což dokládá například skutečnost, že u dívek dochází k zvýraznění symptomů v premenstruačním období (Malá, 2000a). Pokud k nástupu symptomů dojde během dětství, existuje větší pravděpodobnost celoživotního trvání (Raboch et al., 2015). Dle odborných odhadů u 1/3 dospělých jedinců s OCD došlo k rozvoji symptomů před 14. rokem a u 1/2 před 20. rokem života. Což dává období dětství a adolescence etiopatogenetický význam (Kocourková, 2006). Existující data zabývající se chronicitou onemocnění dochází k poměrně pesimistickým závěrům. Což bývá, dle prospektivních studií, považováno za následek nedostatku dostupné

adekvátní léčby pro děti s OCD (Piacentini & Langley, 2004). Malá (2000a) uvádí, že k chronickému průběhu s výrazným narušením sociálního fungování dochází u 10–15 % jedinců. U zbylých 85–90 % dochází k remisím, někdy úplným, někdy dojde pouze k mírnému zhoršení. Stewart et al. (2004) na základě metaanalýzy 22 studií uvádějí, že u 41 % z 521 dětí přetrvávala OCD v plné míře do dospělosti, u 39 % došlo k remisi. Závěrem zjištění bylo mimo jiné to, že dlouhodobá perzistence onemocnění je spojena s vyšší mírou závažnosti onemocnění, potřebou hospitalizace, časným nástupem onemocnění a přítomností komorbidního onemocnění. Nissen et al. (2014) zrealizovali 7letou prospektivní studii dětí s OCD po jejich prvním kontaktu s klinickým odborníkem. Výzkumníci cílili na zjištění prediktivních faktorů přetrvávajících symptomů. Více jak polovina pacientů (z celkového počtu 95) popisovala přetrvávající symptomy. Jako negativní prediktivní faktor se jevílo pozdní stanovení diagnózy, přítomnost komorbidit, diagnóza OCD v rodině. Zajímavým zjištěním autorů bylo, že závažnost symptomů ani omezený vhléd se nejevili jako negativní prediktory. Což je v rozporu s jinými výzkumnými studiemi.

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

Co se týče osobnostních charakteristik dětí s OCD, běžně vykazují vyšší míru perfekcionismu, bývají depresivně laděné. Často se jedná o děti s anankastickými či psychastenickými osobnostními rysy, děti úzkostlivé, nadměrně svědomité, vykazující vysokou snahu o kontrolu svých emocí. Bývá typická omezená schopnost rozhodovat se samostatně, pochybují samy o sobě (Krejčířová, 2001). Někteří autoři dokonce považují vyšší míru perfekcionismu a intolerance nejistoty za prediktor rozvoje OCD u dětí (Pozza et al., 2011). Kognitivně však bývají nadměrně vyspělé s předčasně zralou řečí a myšlením, normálním či nadprůměrným intelektem. Děti s OCD se častěji vyskytují v rodinách, kde jsou kladeny vyšší požadavky na

správnost chování a pečlivost. Horší výkon se u těchto dětí vyskytuje v oblasti exekutivních funkcí a paměti pro činnosti (Krejčířová, 2001). Děti mohou zejména při školní práci působit zamyšleně, roztržitě, apaticky (Diallo, 2017). Ačkoli dané charakteristiky byly odborníky na danou problematiku zaznamenány, musím dodat, že je nelze generalizovat na všechny případy.

1.1 Symptomatologie

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

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

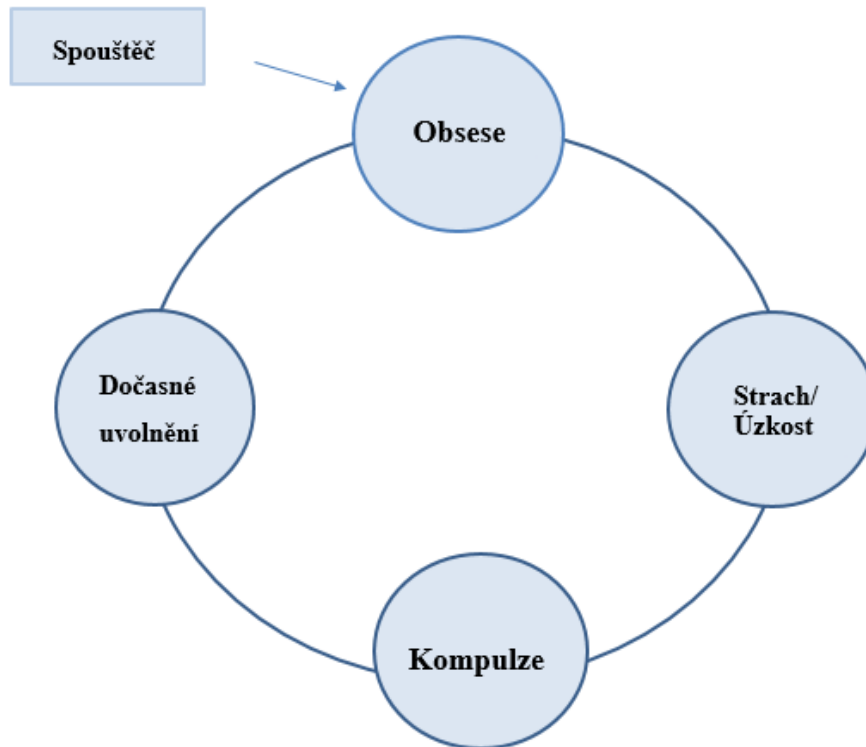
specifické a jedinečné pro dané dítě. Příklady zmíněné v rámci této subkapitoly jsou pouze nejčastějšími formami zaznamenanými autory či zrealizovanými studiemi.

Zjišťováním zastoupení typů obsesí a kompulzí u dětí s OCD se zabývali například Jans et al. (2007). V rámci výsledků své německé studie reportují, že se ve výzkumném vzorku dětí a dospívajících s OCD nejfrekventovaněji vyskytovaly obsese týkající se kontaminace, katastrofy či sexuality a agrese. Nejčastějšími kompulzemi bylo umývání a čištění, kontrolování, opakování, počítání a srovnávání. Valleni-Basile et al. (1994) reportují nejběžnější výskyt podobných typů kompulzí, jednalo se o rovnání, počítání, sbírání a čištění. Chowdhury et al. (2016) reportují jako nejčastější obsese týkající se kontaminace, nejběžnějšími kompulzemi bylo umývání, kontrolování, opakování, srovnávání.

V rámci edukace pacientů či dalších osob se k vysvětlení OCD jak v odborné literatuře (př. Chansky, 2000), tak v praxi, často využívá tzv. „bludný kruh“ – viz obrázek 1. Demonstruje koloběh obsesí a kompulzí, ve kterém se jejich neustálým opakováním dítě víc a víc upevňuje. Vlivem spouštěče dochází ke vzniku nežádoucích obsedantních myšlenek s nepříjemným obsahem, čímž narůstá úzkost dítěte. Dítě má ověřenou strategii redukce úzkosti, což je provedení rituálu, kompulze. Tím úzkost klesá, ale pouze na krátkou dobu, respektive do chvíle, kdy se znovu setká se stresorem. Dítě se s úzkostí vlivem obsesí nezvládá vypořádat jiným efektivním způsobem, proto opakovaně používá kompulzivní chování, čímž se v „bludném kruhu“ upevňuje. Časem se však může navyšovat počet podnětů, které obsese vyvolávají, a tím se prohloubit závažnost symptomů, rozsah symptomů a funkční narušení dítěte. Příklad z praxe, kdy došlo k nahromadění symptomů v rámci ranní rutiny, může být následující. *Pokaždé, když má dítě jít do školy (spouštěč), musí si 10 minut mýt ruce, aby snížilo úzkost, kterou v něm vyvolaly obsese týkající se kontaminace. Následně musí 20× překročit práh u dveří, aby se něco špatného nestalo jeho matce. Po cestě do školy opakovaně počítá do desíti, aby se cítilo v pořádku.*

Obrázek 1

Bludný kruh OCD



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

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

1.2 Etiologie

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

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

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

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

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

Jak deklarují studie dvojčat a rodin, velký podíl na vzniku OCD mají genetické faktory. OCD dokonce vykazuje vyšší stupeň dědivosti oproti ostatním úzkostným poruchám (Vágnerová, 2006). Výsledky studií dvojčat deklarují, že genetickým podílem lze vysvětlit 45–65 % variance OCD u dětí (van Grootheest, 2005). Genetický podíl dokládá také častý výskyt OCD u příbuzných prvního stupně, tedy rodičů. Jedná se přibližně o 35 % případů (Praško & Prašková, 2008). Jiný údaj zmiňuje Malá (2000a), která píše, že u příbuzných prvního stupně se OCD vyskytuje odhadem ve 20 %. Dále zmiňuje, že se OCD vyskytuje u sourozenců dítěte s OCD v 9 %, u jednovaječných dvojčat v 80 %, u dvojvaječných v 50 %. Jak však píše Theiner (2014), je nepravděpodobné, že by existoval jediný gen zodpovědný za všechny příznaky OCD. Vysoký genetický podíl je však evidentní.

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

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

Existuje také hypotéza o vztahu mezi perinatálními rizikovými faktory a rozvojem OCD v dětství. Potenciální vztah dokládá například studie od Gellera a Smilanskyho (2019). Zjistili, že děti s OCD měly v anamnéze více postnatálních komplikací oproti kontrolní skupině a u matek docházelo oproti kontrolní skupině časteji k prenatálním komplikacím.

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

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

1.3 Diagnostika

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

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

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

- Přetrvávající výskyt obsesí a/nebo kompulzí.
- Vykonávání obsesí a kompulzí zabírá jedinci hodně času nebo vede k významnému distresu či narušení v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování. Pokud je běžné fungování zachováno, je to pouze díky značnému úsilí.
- Symptomy nejsou projevem jiné nemoci a nejsou způsobeny účinky látky nebo léku na centrální nervový systém včetně abstinčních účinků.

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

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

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

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

Rozpoznání diagnózy OCD u dětí může být zkomplikováno tím, že děti mnohdy nejsou schopné dostatečně popsat symptomy z důvodu omezeného vhledu a nedostatečné schopnosti identifikovat obsese a kompulze (Lewin, 2019). Omezený vhled se vyskytuje u necelých 20 % dětí a 6 % dospívajících (Geller, 2006). Obzvláště mladší děti mnohdy nejsou schopny diferencovat obsese od normálních myšlenek a identifikovat konexe mezi obsesemi a kompulzemi (Franklin, 2019). Důvodem může být i to, že dítě OCD nevnímá jako příliš

zatěžující, jelikož se naučilo vyhýbat stimulům, které u něj podmiňují výskyt obsesí/kompulzí (Lewin, 2019). Jak píše Geller et al. (1998), dle 10 studií byla OCD u respondentů diagnostikována v průměru 2,5 let od prvních příznaků. Jedná se však o poměrně starý literární zdroj. Je tedy možné, že v současnosti by se číslo mohlo lišit.

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

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

Klíčovým, do několika jazyků přeloženým a v literatuře nejvíce doporučovaným nástrojem je Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS; Scahill et al., 1997) a jeho revidovaná verze CY-BOCS II (Storch et al., 2019). Oba vykazují dobré psychometrické vlastnosti (Storch et al., 2019). Dané škály byly využity ve většině výzkumných studií, které jsem dohledala. Dají se použít jako pomocný nástroj v rámci diagnostiky, ale také k průběžnému monitoringu efektivity terapie (což je mimo jiné doporučováno v rámci různých manuálů pro práci s dětmi s OCD). Jsou určeny dětem ve věku 6-17 let. Dále bych zmínila také Obsessive-Compulsive Inventory-Child Version (OCI-CV; Foa et al., 2010). Jeho kvalitu zkoumali Rough et al. (2020) a hodnotili jej jako vhodný screeningový dotazník. Pro posouzení závažnosti symptomů lze použít také například Children's Obsessional Compulsive Inventory (CHOCI), jenž signifikantně koreluje s CY-BOCS (Shafran et al., 2003). Méně známým nástrojem k diagnostice OCD u dětí a dospívajících je metoda Diagnostikum für Zwangsstörungen im Kindes und Jugendalter (DZ-KJ; Goletz et al., 2020). Skládá se z několika dotazníků mapujících symptomy OCD a jejich dopad na rodinu. Dále zahrnuje podněty pro rozhovor v rámci diagnostiky onemocnění.

1.3.1 Diferenciální diagnostika

V rámci diagnostiky OCD je klíčové, aby byly vyloučeny jiné poruchy, které se svými projevy podobají symptomům OCD. V rámci této subkapitoly jsou dané poruchy zmíněny, včetně aspektů, na základě kterých je možné odlišit je od OCD.

Jak již bylo zmíněno výše, může se jednat o **PANDAS** (Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections). Je to streptokoková infekce, jež má za následek obsedantně-kompulzivní poruše podobné symptomy. Bývá považována za subtyp OCD. Vyznačuje se rychlým a náhlým (většinou ze dne na den) nástupem obsedantně-kompulzivních symptomů. Kromě toho lze často zaznamenat také tiky, zhoršení jemné motoriky (což lze pozorovat například na písmu či kresbě), potíže s příjmem potravy, především ve smyslu snižování jejího množství, přecitlivělost na sensorické podněty, pomočování aj. (Jirků, 2018). Co se její léčby týče, není zde stanoven všeobecný konsenzus, doporučená léčba se napříč odbornou literaturou liší (Sigra et al., 2018). Nejčastěji zmiňovanou však bývá léčba antibiotiky. V rámci diferenciální diagnostiky tedy pátráme především anamnesticky po tom, jak dlouho symptomy OCD rodiče a dítě pozorují, zda se symptomy rozvíjely postupně či začaly náhle. Také pátráme po tom, zda se vyskytují ještě nějaké další symptomy pro PANDAS typické. V souvislosti s PANDAS bývá zmiňována také PANS (Pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome), CANS (Childhood acute neuropsychiatric symptoms) a PITAND (Pediatric Infection-triggered autoimmune neuropsychiatric disorders). Všechna ze zmíněných neuropsychiatrických onemocnění se mohou manifestovat obsedantně-kompulzivními symptomy (Sigra et al., 2018).

Tiková porucha se vyznačuje náhlými, rychlými, opakovanými, nefunkčními pohyby či vokalizacemi (Raboch, 2015). Může se jednat o přechodnou tikovou poruchu, která je v dětství nejčastější, dále chronickou motorickou nebo vokální tikovou poruchu a Tourettův syndrom, jenž je nejzávažnější tikovou poruchou (Fiala, 2011). K rozlišení, zda se jedná o tiky nebo o kompulze, pomůže zmapování předchůdce symptomu. Čili zda rituálu předchází obsese (v případě OCD) či zda se jedná spíše o fyzický pocit, potřebu uvolnění (u tikové poruchy). Mladší děti však mnohdy nejsou schopny rozlišit, co přesně symptomu předchází. Zde se doporučuje položit dítěti otázku: „Co by se stalo, kdybys neprovedl/a tik/rituál?“ Děti s tiky většinou z této představy nemají takové obavy a odpovídají, že nic. Oproti tomu děti s OCD popisují obsah obsese, tedy například to, že zemře jejich matka (Lewin, 2019).

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) je onemocnění vyznačující se nadměrnou úzkostí a strachem týkající se každodenních aktivit. Jejich intenzita však poměrem neodpovídá reálné pravděpodobnosti či dopadu předpokládané události (Raboch, 2015). Oproti GAD bývají obavy v rámci OCD více iracionální, výstřední a vtíravé. Pacienti s GAD mohou v určité formě vykonávat rituály, například opakovaným hledáním ujištění či kontrolováním toho, zda opravdu zamkli dveře u domu. Avšak oproti OCD necítí tak intenzivní distres, pakliže rituál nevykonají (Lewin, 2019).

Mentální anorexie je onemocnění vyznačující se třemi znaky: přetrvávající omezení energetického příjmu, intenzivní obava z nárůstu hmotnosti a mylná představa o vlastní hmotnosti či postavě (Raboch, 2015). U jedinců s mentální anorexií lze pozorovat obsese a rituály, které se však výlučně týkají tělesného vzhledu, jídelního chování či cvičení. U OCD bývají ve většině případů obsese a kompulze zaměřené i na jiné oblasti. Nutné je zmínit, že OCD může též vést k význačné váhové redukci například v případě, kdy se dítě obává, že je jídlo kontaminované. Tito pacienti se však většinou neobávají příbytku hmotnosti a nemají zkreslený pohled na vlastní tělo (Lewin, 2019).

Deprese bývá častým komorbidním onemocněním OCD, obzvláště při jejím delším průběhu a sociální izolaci dítěte. Většinou se jedná o sekundární diagnózu, avšak může se jednat také o paralelní průběh. Na to je důležité se zaměřit zejména z důvodu volby vhodného léčebného postupu, respektive volby, na které z onemocnění je nutno zaměřit se primárně. V případě obsesí, které se týkají sebepoškozování či sebevraždy, je důležité zhodnotit, zda se jedná o obsese či reálné ideace (Lewin, 2019).

Porucha autistického spektra se vyznačuje, kromě dalšího, stereotypními zájmy nebo chováním. Daná diagnóza sama o sobě komplikuje diagnostiku OCD. Klinický pracovník by při vyloučení PAS měl mapovat oblast sociální komunikace a sociální interakce. Ptát se na vývoj jazykových dovedností, pragmatickou rovinu jazyka, obtíže s reciproční sociální interakcí. Vodítkem je také to, zda dítě považuje symptomy jako egodystonní (svědčí pro OCD) či egosyntonní (svědčí pro PAS) (Lewin, 2019).

Patologické shromažďování nebo také hromadící porucha či Diogenův syndrom je charakterizované excesivním shromažďováním věcí nehledě na jejich hodnotu. Dříve bylo klasifikováno jako OCD, v rámci DSM-V je však separováno jako samostatná diagnóza (Lewin, 2019). V rámci MKN-10 zařazeno není. Lidé, u nichž se patologické shromažďování vyskytuje, se odmítají předmětů zbavit z důvodu domnělé hodnoty, potřeby v budoucnu, či

k nim mají emocionální vztah. Tím dochází k diskomfortnímu zaplnění bytových prostor, což nezdědka vede ke konfliktům s dalšími členy domácnosti. Ačkoli může být hromadění jedním ze symptomů OCD, u patologického shromažďování se nejedná o hromadění následkem obsesí (Lambertová et al., 2016).

Emetofobie je extrémní a iracionální strach ze zvracení, v rámci kterého se u dítěte mohou vyskytovat nejrůznější rituály, jimiž se snaží předejít potenciálnímu zvracení. Mohou se také potýkat s vtíravými myšenkami, jejichž obsah se zvracením souvisí. Za symptom OCD jsou rituály předcházející možnému zvracení považovány ve chvíli, kdy se u dítěte vyskytuje i jiný typ obsesí, a kdy rituály reálně nesouvisí se zvracením jako takovým (Lewin, 2019). Také u dalších typů fobií se vyskytuje vyhýbavé chování, které je typické i pro OCD, avšak u nich absentuje chování rituální (Jirků, 2019).

Hypochondrie je strach z onemocnění, který se často projevuje i u dětí s OCD. U hypochondrie je však strach více orientován na současnost a bývá založen na přítomnosti tělesného symptomu. Oproti tomu u OCD je strach směřován více do budoucnosti a je spojován s kompulzí (Lewin, 2019) – např.: „Pokud nebudu stoupat pouze na tmavé dlaždičky, onemocním rakovinou.“

Dysmorfofobická porucha je až obsedantní zabývání se subjektivně vnímanými tělesnými defekty. Jedinci mohou například opakovaně kontrolovat svůj nos. U dětí tato porucha nebývá příliš častá a od OCD ji lze odlišit tím, že se týká výhradně nadměrného zabývání se fyzickým vzhledem/částí těla (Lewin, 2019).

Onemocnění schizofrenního okruhu (SSDs)

Přetrvání nezralého magického myšlení je typickým znakem jak pro onemocnění schizofrenního okruhu, tak pro OCD. Výskyt SSDs je však u dětí poměrně vzácný. (Rodowski et al., 2008). Určitým vodítkem pro jeho odlišení od OCD je kromě prevalenčních studií to, zda je dítě schopno rozlišit mezi fantazií a realitou, zda si je vědomo nesmyslnosti svých obsesí a kompulzí (Jirků, 2018). Vodítkem může být také to, zda dítě považuje obsese jako produkt vlastní mysli (OCD) či nikoli (SSDs), jaký má vhléd. Dále by k rozlišení mělo dopomoci podrobné zmapování symptomů a rodinná anamnéza (Rodowski et al., 2008). Vodítkem může být také to, jaký vliv mají zvolené intervence na existující symptomy (Lewin, 2019).

Jirků (2018) hovoří v souvislosti s diferenciací diagnostikou i o zneužívání omamných látek a patologickém hráčství. V daném případě se však vyskytuje craving a chování je pro jedince

potěšující. Obsedantní a kompulzivní chování jsou při diagnóze OCD jedincem vnímány spíše jako nepříjemné, nechtěné.

Nutno také zmínit, že některé jednání, které by svou povahou bylo možné zařadit pod symptomy OCD, se může vyskytovat napříč normální populací osob. Dané jednání však nenarušuje běžné fungování, nezabírá tolik času. Jedná se o návyky, které dítě dělat chce, vyskytují se běžně u mnoha dalších dětí, jejich vykonání není pro dítě natolik důležité (Chansky, 2000).

1.4 Funkční dopady

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

Family accommodation (FA) je v souvislosti s obsedantně-kompulzivní poruchou a jejími funkčními dopady jeden z nejklíčovějších a nejvlivnějších aspektů, kterému je v odborné literatuře i výzkumech věnována v posledních letech zvýšená pozornost. Nedohledala jsem adekvátní český ekvivalent daného termínu, proto budu používat jeho anglickou podobu, případně jeho zkratku. Jedná se o jev, který se nejvýznamněji podílí na narušení rodinného prostředí dítěte. Významem daného termínu je přizpůsobování se rodičů či dalších osob rituálům dítěte. Může se jednat o asistenci při rituálech, opakované ujišťování dítěte, modifikaci denní rutiny tak, aby dítě nezažívalo úzkost spojenou s OCD (Lebowitz et al., 2012). Do „bludného kruhu“ OCD se tedy dostává celá rodina. FA může v rodině vypadat například

následovně. *Dítě má obavu z nákazy v případě dotyku něčeho, co označuje za špinavé. Obsahem obsesí je však i to, že pokud se jeho rodiče, případně sourozenci, dotknou něčeho, co považuje za špinavé, mohou „nemoc“ přenést na dítě. Proto po rodičích požaduje, aby si po příchodu domů, před jídlem, po jídle, před tím, než se dítěte dotknou, umyli a vydezinfikovali ruce. Vyžaduje, aby si rodiče při dotyku nakoupeného zboží z obchodu vždy nasadili gumové rukavice. V případě, že to rodiče neudělají, dítě začne prožívat úzkost spojenou s obsesemi. Rodiče se mnohdy snaží dítěti v „dobré víře“ vyhovět. To však ještě více upevňuje „bludný kruh“.*

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

Jak již bylo zmíněno, kromě rodinného prostředí může mít OCD značný vliv na školní výkon dítěte. Děti s OCD většinou reportují potíže s koncentrací na školní práci, při plnění domácích úkolů, při vyplňování testů, ale také potíže s chozením do školy na čas z důvodu ranních rituálů (Piacentini et al., 2003). Problémy, se kterými se žáci s OCD setkávají během studia, se mj. zabývala Pokorná (2012) v rámci své diplomové práce. Mezi největší komplikace patřila neschopnost plně se soustředit na výuku a psát si poznámky z důvodu rozptylování se obsedantními myšlenkami, což ústilo ve zhoršený prospěch v rámci některých předmětů. U dvou dětí se vyskytla negativní zkušenost s přístupem učitele k danému problému. Jak píše Diallo (2017), ideálně by učitelé měli být v rámci vzdělávání edukováni natolik, aby byli schopni zjevné symptomy OCD rozpoznat a zvolit adekvátní následující postup.

Nelze opomenout také vliv OCD na sociální sféru života dítěte. Borda et al. (2013) zjistili, že děti s OCD vykazují oproti běžné populaci dětí signifikantně horší sociální fungování a větší strach z negativního hodnocení ze strany okolí. Také mají oproti běžné populaci dětí méně přátel. Po kamarádech většinou touží, mají však potíže přátelství navázat. Piacentini et al. (2003) píše, že v rámci sféry sociálních vztahů děti s OCD považují za největší problém strávit noc u kamaráda doma a trávit čas se skupinou cizích lidí. Dle výzkumu Storcha et al. (2006) jsou děti s OCD častěji obětmi šikany oproti normální populaci dětí i oproti dětem s diagnózou diabetu I. typu. Piacentini et al. (2003) píše, že závažnost symptomů OCD koreluje se závažností funkčního narušení v rámci sociálního života dítěte.

2. Specifika léčebného procesu u dětí a dospívajících s psychickou poruchou

To, jakou léčbu dítě či dospívající jedinec s psychickými potížemi absolvuje, se většinou odvíjí od volby rodičů. Lze předpokládat, že velkou roli bude hrát dostupnost odborníků a jejich kapacita. Léčebný proces může zahrnovat péči psychologa, klinického psychologa, psychoterapeuta, pedopsychiatra. Je však nutno neopomenout také alternativní léčebné varianty ve formě poskytovatelů služeb, kteří se nedají zahrnout pod odborníky na psychické zdraví dětí. Návštěvu daných odborníků může podnítit nedostatečná informovanost rodičů, ale také například jejich větší dostupnost. Pro účely této kapitoly se však zaměřím pouze na psychoterapii, pedopsychiatrii a vyšetření u klinického psychologa. Tato kapitola cílí na shrnutí obecných faktů či obecných zásad, které se k léčebnému procesu dětí a dospívajících s psychickou poruchou vztahují. Poskytuje kontextuální rámec následujících kapitol literárně přehledové části, ale také části výzkumné. Podrobnějšímu zaměření na léčbu dětí s OCD jsou věnovány následující kapitoly.

2.1 Psychoterapeutický proces

Psychoterapeutickým procesem rozumíme systematické užívání psychologických prostředků k léčbě, respektive k nastolení specifických žádoucích a prospěšných změn. Jedná se o léčbu, jinak řečeno o překonání nežádoucích odchylek a obnovu zdravé funkce jedince, která zaujímá postavení vedle dalších terapeutických přístupů, jako je například farmakoterapie, chirurgie apod. (Langmeier et al., 2000). Jak píše Langmeier et al. (2000, 30), „psychoterapeutickým procesem rozumíme soustavnou, cílenou a plánovitou práci zaměřenou k dosažení určité změny a využívající určitých soustavně uspořádaných postupů.“

Jak píše Bremsová (2018), je obtížné vymezit obecně platnou strukturu psychoterapeutického procesu vzhledem k individualitě dítěte i přístupu psychoterapeuta. Pro přehledové a edukativní účely se pokusím v rámci této subkapitoly implementovat sdružené informace na dané téma z různých literárních zdrojů, čímž určitou domnělou obecnější strukturu tvoří. Je však nutno mít na paměti, že psychoterapeutický proces, s dětmi obzvláště, bývá velmi flexibilní a individualizovaný.

Psychoterapeutický proces většinou začíná úvodním rozhovorem s dítětem, případně i s rodiči. Terapeut se snaží získat maximum informací o potížích dítěte, ale i o kontextuálních skutečnostech (Geldard & Geldard, 2008). Jelikož právě v nich lze hledat protektivní faktory, ale také stresory, se kterými se v psychoterapii dále pracuje. Také by, dle Geldarda a Geldard (2008), mělo dojít k uzavření terapeutického kontraktu s rodiči. Rodiče by měli být edukováni

o tom, že nebudou vědět vše, ale o terapii jako celku budou pravidelně informováni. Zároveň by sdělení určitých skutečností rodičům měla předcházet domluva s dítětem. Následuje navázání vztahu mezi terapeutem a dítětem. Jak píše Langmeier et al. (2000), navázání bezpečného terapeutického vztahu je klíčovou součástí psychoterapeutického procesu. Je důležité, aby se dítě ve společnosti psychoterapeuta cítilo bezpečně. Způsob, jakým dochází k nastolení pozitivní, pro dítě bezpečné atmosféry se odvíjí od věku dítěte. Dle Balcara (2006) je třeba dát dítěti adekvátním způsobem najevo, že psychoterapeut je primárně partnerem dítěte, nikoli další z učitelů či zástupce rodičů. Jak píše Geldard a Geldard (2008), k navázání psychoterapeutického vztahu je vhodné užít různých prostředků, které jsou středem zájmu dítěte – hra, kamarádi, sportovní kroužek či jiná zájmová činnost apod. Následuje hlubší rozhovor o potížích, se kterými se dítě potýká. Po shromáždění informací o dítěti a jeho obtížích tvoří terapeut předběžnou hypotézu o problému a vhodnosti jeho řešení. Následuje aplikace intervencí dle psychoterapeutické orientace psychoterapeuta, případně dle jeho preferovaných postupů. K závěru psychoterapie by mělo dojít k prevenci relapsu a závěrečnému zhodnocení terapeutického pokroku. V ideálním případě také k nabídnutí znovukontaktování psychoterapeuta v situaci zhoršení stavu, či k domluvě udržovací psychoterapie. Jak píše Balcar (2006), psychoterapii je vhodné ukončit v případě, kdy se dítě do dostatečné míry zbavilo příznaků psychické poruchy a je schopno fungovat v běžném životě. Podobně jak píše Langmeier et al. (2000), psychoterapeutickým cílem je obnova psychického zdraví. Jak však píše Burchi et al. (2018), OCD je na základě výsledků longitudinálních studií považována za poměrně perzistentní onemocnění. Tedy za poruchu léčitelnou, nikoli vyléčitelnou. Langmeier et al. (2000) píše, že psychoterapeutická změna je náročnější v případě, kdy došlo k hlubšímu zakořenění poruchy do osobnosti. Čím déle se psychická porucha u dítěte vyskytuje, tím dochází k jejímu hlubšímu zakořenění do osobnosti, a tedy je psychoterapeuticky hůře měnitelná.

V rámci psychoterapie dětí je nutné klást zvýšený důraz na vývojové hledisko. Oproti dospělým jedincům u dětí probíhají vývojové změny v rychlejším tempu a ve větším rozsahu. Tomu je třeba uzpůsobovat způsob spolupráce, komunikace, volbu psychoterapeutických intervencí (Langmeier et al., 2000). Jinak by měla vypadat psychoterapeutická práce s dětmi ve věku 6–12 let, které ještě nejsou, dle Piagetovy teorie (Piaget & Inhelderová, 2007), schopné abstraktního myšlení, jinak s dětmi staršími 12 let, které toho schopné jsou.

V rámci psychoterapie s dospělými bývá primárním prostředkem terapeutické práce rozhovor. U dětí je však mnohdy třeba využití jiných možností k vyvolání potřebných terapeutických

prožitků, k vyjádření problému a náhledu na něj. V mladším školním věku slouží k danému účelu primárně hra. Díky ní může dítě efektivně komunikovat s terapeutem, ale může také být sama o sobě činností zmírňující vnitřní napětí dítěte (Langmeier et al., 2000). Jedná se totiž o konkrétní, bezprostředně hmatatelnou činnost, kterou je možno přizpůsobit dětské spontaneitě a potřebám. Je pro dítě přirozenou a bezpečnou činností, což poskytuje vhodný kontext pro sebevyjádření a prožitky (Balcar, 2006). Efektivita a vhodnost hrové terapie u dětí ve věku 7–10,5 byla ověřena v rámci několika studií, které formou metaanalýzy shrnuli Bratton et al. (2005). Okolo osmi let dítěte nabývá na své účinnosti také cílená praktická činnost, jež slouží k dosažení konkrétního výsledku. Může se jednat o nácvik dovedností, společenskou hru, pobyt v přírodě apod. Hru i cílenou činnost by měl doplňovat rozhovor, který je nutno přizpůsobit věku a jazyku dítěte (Langmeier et al., 2000). Rozhovor se hlavním nástrojem psychoterapie stává přibližně od 14 let věku dítěte. V daném věku by již dítě mělo být plnohodnotně schopné abstraktního myšlení a dvojí reflexe zkušenosti. Podoba rozhovoru je ovlivněna kognitivní úrovní dítěte, jeho slovní zásobou, schopností vyjádřit pocity (Langmeier et al., 2000), jeho iniciativou, ale také terapeutickým záměrem (Balcar, 2006) a psychoterapeutickým směrem, který terapeut následuje.

Geldard a Geldard (2008) klasifikovali činnosti a zprostředkující média v rámci psychoterapie dle vhodnosti ve vztahu k věku jedince. Zde uvedu některé příklady:

- 6–10 let: práce s hlínou, kreslení, malba prsty, imaginativní hra, hra s plyšáky, pískoviště, pracovní listy, ...
- 11–13 let: práce s hlínou, kreslení, imaginativní putování, figurky zvířátek, pískoviště, pracovní listy, práce se symboly a loutkami, ...
- 14–17 let: práce s hlínou, kreslení, imaginativní putování, pískoviště, práce se symboly, ...

Nutno doplnit, že postoj ke kresbě se většinou v průběhu vývoje mění. Děti v mladším školním věku mívají ke kresbě vesměs pozitivní postoj, v období prepubescence a pubescence se děti za své výtvořky mnohdy stydí, tudíž postoj ke kresbě může být odmítavý. Kromě výše zmíněných činností lze dále užít téměř v jakémkoli věku pohybových her nebo také určitou formu dramatizace. Může se jednat o hru „na něco“ či „na někoho“, může se jednat o hraní alternativních či požadovaných scénářů chování (Langmeier et al., 2000). Dále lze pro dané účely využít práci s texty, příběhy, pohádkami (Langmeier et al., 2000). Pro vyjádření emocí a nálady je možné využít například hudební nástroje či materiály jako je emoční termometr nebo kolo emocí.

2.2 Klinicko-psychologické vyšetření a pedopsychiatrický proces

Na základě studia odborné literatury, ale také vlastních zkušeností, jsem se rozhodla informace vztahující se k procesu klinicko-psychologického vyšetření a k pedopsychiatrickému procesu sdružit do jedné subkapitoly. A to z důvodu, že mnoho jejich aspektů se překrývá. Malá (2000b) píše, že psychologické vyšetření má v rámci psychiatrického vyšetření významné postavení. Vzhledem k oboru, v rámci kterého je tato práce vyhotovená, je pedopsychiatrickému procesu věnován v rámci této subkapitoly menší prostor.

Klinicko-psychologické vyšetření

Klinicko-psychologické vyšetření je realizováno klinickým psychologem, dětským klinickým psychologem nebo psychologem ve zdravotnictví pod supervizí klinického psychologa. Jeho cílem většinou bývá stanovení diagnózy, případně popis jevů, které se pravděpodobně skrývají za potížemi dítěte.

Jak píše Říčan (2000b), klinicko-psychologické vyšetření by mělo začínat předběžným studiem dokumentace pacienta, pokud nějaká existuje. Následně by mělo dojít k setkání s rodiči. Říčan (2006b) doporučuje, aby prvnímu setkání byli přítomni nejen rodiče, ale i dítě, aby mohl psycholog pozorovat rodinnou interakci. Neexistuje však všeobecně platné doporučení průběhu úvodního rozhovoru. Důležité je individuální zhodnocení případu klinickým pracovníkem. Dle Říčana (2006b) by na počátku vyšetření mělo dojít k zisku anamnestických údajů. Ačkoli je anamnéza podstatnou součástí psychologického i psychiatrického vyšetření, nebude se její strukturou podrobněji zabývat, abych se v rigorózní práci příliš nevzdalovala od jejího tematického zaměření. Poté by mělo následovat vlastní vyšetření spolu s diferenciálně-diagnostickou rozvahou. Dochází k rozhovoru o problémech, pozorování, případně hodnocení konkrétních vývojových oblastí. K tomu mohou být využity některé testové metody jako jsou škály, projektivní testy (význam má obzvlášť Rorschachův test) apod. V některých případech je vhodné administrovat určité psychologické dotazníky či jiné metody rodičům. Jak píše Říčan (2006a), vlastní vyšetření by vždy mělo směřovat ke konkrétnímu cíli, nemělo by dojít ke zkosnatělé kombinaci testů, jelikož se může stát, že testy nebudou vzhledem k diagnostické otázce relevantní. Následkem toho také dochází k vystavování klienta neopodstatněné námaze a času. Cíl vyšetření by měl být stanoven tak, aby odpovídal zájmům dítěte.

Vyšetření dítěte je vhodné frakciovat. A to nejen z důvodu omezení zátěže dítěte s ohledem na jeho schopnost udržet pozornost apod., ale i za účelem sledování dynamiky potíží. Během vyšetření je důležité motivovat dítě ke spolupráci. Pokud dítě odmítá komunikovat, lze

vyzkoušet rozvinutí kontaktu přes hračku, případně začít testovými metodami, při kterých hovořit nemusí (Říčan, 2006a).

V rámci diagnostické rozvahy je vhodné integrovat informace z různých zdrojů – lékařské dokumentace, informací od učitele ze školy, pozorování dítěte, spontánních výtvorů dítěte, z anamnézy, dotazníků, projektivních testů a dalších psychodiagnostických metod (Říčan, 2006a). Neměla by být opomenuta diferencíální diagnostika, aby nedošlo k záměně s diagnózou s podobnými symptomy. Po stanovení diagnózy/popisu charakteru potíží by mělo dojít k sepsání psychologického nálezu, případně zprávy z vyšetření (Říčan, 2006b). Nemělo by být opomenuto doporučení adekvátních intervencí, jež by měly vést ke zlepšení stavu dítěte (Malá, 2000b). Případně k doporučení dalších vyšetření, které mohou mít význam v rámci diferencíální diagnostiky či v rámci upřesnění charakteru problému. Může se jednat o doporučení individuální psychoterapie, rodinné psychoterapie, farmakoterapie, neurologického vyšetření, hospitalizace apod. Sdělení výsledků rodičům, popř. dítěti, by mělo proběhnout citlivě (Říčan, 2006b).

Pedopsychiatrický proces

Jak budu specifičtěji a podrobněji pojednávat v této práci níže, psychoterapii dětí a dospívajících s psychickou poruchou jakéhokoli typu je mnohdy třeba podpořit farmakoterapií. Spolupráce pedopsychiatra a psychologa bývá v četných případech nezbytnou pro dosažení maximálního léčebného úspěchu (Malá, 2000b). Pedopsychiatrický proces léčby začíná psychiatrickým vyšetřením, které by se mělo skládat z „odebrání podrobné zdravotní a sociální anamnézy, seznámení se s předchozí zdravotnickou dokumentací dítěte, z vlastního psychiatrického vyšetření, vyhodnocení získaných informací a stanovení diagnózy s terapeutickým plánem.“ Případně může dojít k indikaci neurologického, endokrinologického či jiného vyšetření za účelem potvrzení či vyvrácení hypotetické diagnózy (Malá, 2000b, s. 43). Malá (2000b) píše, že důležitou součástí pedopsychiatrického vyšetření je kromě rozhovoru s dítětem také rozhovor s rodiči, pozorování dítěte, v určitých případech může být vhodné užít posuzovací stupnice. Na psychiatrické vyšetření navazuje (v případě indikace) předpis medikace v určité dávce. Pacient poté dochází na pravidelné kontroly za účelem odborného sledování efektu medikace a také proto, aby v případě intenzivních vedlejších negativních účinků či nedostatečného efektu mohlo dojít k její modifikaci. Jak píše Hrdlička (2000), pedopsychiatrická léčba by měla obsahovat nejen psychofarmakologickou léčbu, ale také prvky

psychoterapeutické. Pedopsychiatr by měl být schopen prvky obou terapeutických principů skloubit ve vztahu ke konkrétnímu případu.

3. Léčebné postupy u dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou

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

Existuje několik studií, které výše zmíněná doporučení podporují. Velmi často citovanými (př. Stone et al., 2023; Adam et al., 2022), nejrozsáhlejšími, cenné informace poskytujícími, avšak, dle mého názoru, eticky trochu spornými studii jsou „The pediatric OCD treatment studies“ (POTS). Autorem je tým odborníků, kteří se důkladně zabývali zkoumáním efektivit KBT monoterapie, SSRI monoterapie, kombinace KBT a SSRI a placebo na redukci symptomů u dětí a dospívajících s OCD. Randomizované klinické studie se zúčastnilo 112 pacientů ve věku 7–17 let (The pediatric OCD treatment study team, 2004). Design studie je podrobně popsán v rámci článku od Franklina et al. (2003). Jak popisuje The pediatric OCD treatment study team (2004), účastníci studie byli rozděleni do 4 skupin dle typu léčby, kterou v průběhu 12 týdnů obdrželi: KBT, SSRI, kombinace KBT a SSRI, placebo. V porovnání s placebem vyšly všechny terapeutické přístupy signifikantně – KBT ($P=0.003$), SSRI ($P=0.007$), kombinovaná léčba ($P=0.001$). Remise symptomů byla u KBT 39,3%, u SSRI 21,4%, u kombinované léčby 53,6% a u placebo 3,6%. Všechny tři léčebné přístupy se na základě výsledků studie jeví jako vhodné, dle autorů byly všechny dobře snášeny. Autoři v návaznosti na výsledky studie doporučují, stejně jako AACAP, započít léčbu dítěte buď kombinací KBT a SSRI nebo samostatnou KBT. K podobným závěrům došli i Franklin et al. (2011) v rámci druhé POTS studie se stejným zaměřením. Vyjma POTS studií podporují efektivitu daných metod i další studie (př. Abramowitz et al., 2005; Öst et al., 2016). Dlouhodobé trvání účinku evidence-based přístupů bylo ověřeno v rámci follow-up studie autorů Melina et al. (2018). Kromě toho, že samostatná KBT se jeví jako efektivnější než SSRI monoterapie, vyskytuje se po jejím absolvování také méně relapsů (Franklin et al., 2015).

Je nutné brát v potaz, že účinnost léčby může ovlivnit mnoho faktorů. Garcia et al. (2010) se zabývali tím, jaké faktory predikují a moderují efektivitu léčby (konkrétně farmakoterapie a KBT) OCD u dětí. Léčba byla úspěšnější u dětí s méně závažnými symptomy, nižším funkčním narušením, lepším vhladem, méně komorbiditami a nižší úrovní FA. Děti, které měly v rodinné anamnéze diagnózu OCD, hůře prosperovaly v rámci psychoterapeutické léčby.

Autoři studie zmiňují, že u těchto dětí je vyšší pravděpodobnost nutnosti kombinace KBT s farmakoterapií. Merlo et al. (2010) považují za negativní aspekt v souvislosti s prosperitou v léčbě nízkou motivaci dítěte. Děti totiž mnohdy vnímají rituály jako něco, co je drží v bezpečí. Určitým způsobem jim přináší zisk, kterého se nechtějí zbavit. Je to pro ně dobře známý způsob, kterým zabraňují vzniku a potenciálnímu „dopadu“ obsesí. Torp, Dahl, Skarphedinsson, Compton et al. (2015) dále považují věk za signifikantní prediktor odpovědi na léčbu (konkrétně KBT). Tvrdí, že čím mladší dítě je, tím existuje vyšší šance na významný pokles osbedantně-kompulzivních symptomů v návaznosti na léčbu. V rámci vzorku jejich studie vykazovaly starší děti závažnější OCD symptomatiku, vyskytovalo se u nich významnější narušení psychosociální oblasti života a hůře reagovaly na léčbu.

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

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

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

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

Nazeer et al. (2020) a Piacentini a Langley (2004) píší, že je zde minimální evidence pro vhodnost užití jiných psychoterapeutických přístupů nežli KBT. Tvzení autorů podporuje fakt, že jsem nedohledala jedinou studii zabývající se efektivitou jiného terapeutického přístupu, než je KBT a farmakoterapie. Vyjma několika případů, které sice efektivitu jiného přístupu zkoumaly, ale většinou na velmi malém vzorku (n=3 apod.) a často jakožto augmentaci KBT. Některé zmiňuji v subkapitole 3.4 a 3.5. Co se týče studií jiného typu, dohledala jsem pouze jednotky případových studií demonstrující užití daného psychoterapeutického přístupu při práci s dítětem s OCD. Absence studií na dané téma však nevypovídá o tom, že by psychoterapie jiného než KBT směru nemohla dítěti s OCD pomoci. Jak píše Dembo (2014), i ostatní psychoterapeutické přístupy mohou mít pozitivní efekt na zmírnění symptomů OCD, avšak doposud neexistuje dostatek evidence pro jejich efektivitu. Proto dochází k upřednostňování KBT. Autorka článku však hovořila spíše o integraci dalších přístupů do KBT léčby nežli o jejich samostatné aplikaci. Podobného názoru jsou i Gold-Steinberg a Logan (1999), kteří zmiňují, že jiné psychoterapeutické přístupy se mohou stát efektivním podpůrným mechanismem evidence-based léčby.

V rámci této kapitoly bych ráda stručně zmínila klíčový poznatek z knihy, jejíž autory jsou Lilienfeld et al. (2008). Autoři nepovažují za pravdivé tvrzení, že „vždy je lepší dělat něco, nežli nic“. Tedy, že v každém případě je lepší použít jakoukoli formu psychoterapie nežli žádnou. I když se jeví, že určitá forma psychoterapie funguje, nemusí to tak ve skutečnosti být. Což autoři vysvětlují tzv. „naivním realismem“. Proto zdůrazňují nutnost experimentálních studií, které by měly pomoci zodpovědět otázku, zda je daná forma psychoterapie v rámci dané diagnózy opravdu efektivní, či se jedná o důsledek jiného efektu. Dle mého názoru však může být užití experimentálního výzkumu v kontextu efektivity terapie u dětí s OCD v mnoha případech eticky sporné. Ke studiím zaměřujícím se na efektivitu KBT se staví kriticky Pagsberg et al. (2022). Tvrdí, že dané výzkumy podléhají zkreslení, a to primárně z důvodu, že

neumožňují zaslepení účastníků a výzkumníků. Také tvrdí, že mnoho studií neuvádí úplné údaje o výsledcích.

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

3.1. Farmakoterapie

První zvolenou medikací by dle guidlinů AACAP měla být SSRI antidepressiva jak pro jejich prokázanou efektivitu, tak pro dobrou toleranci (Geller & March, 2012). Jedná se o třetí generaci antidepressiv se selektivní inhibicí zpětného vychytávání serotoninu. Jejich efektivitu podporuje řada studií (Kotapati, 2019). Krátkodobé nežádoucí účinky, které při požívání mohou nastat, patří nevolnost, zvracení, únava, bolest břicha, snížení chuti k jídlu. Možným dlouhodobým nežádoucím účinkem je snížená sexuální reaktivita. Zmíněné nežádoucí účinky však většinou bývají klasifikovány jako relativně příznivé (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Signifikantní efekt v rámci pediatrické populace s OCD byl oproti placebo prokázán u těchto léčivých látek: sertralin, fluvoxamin, fluoxetin a paroxetin. Kromě těchto čtyř je možné využít také citalopram. Vyjma SSRI antidepressiv prokázal svůj efekt v léčbě OCD u dětí a dospívajících klomipramin spadající do skupiny tricyklických antidepressiv. Ačkoli se klomipramin dle výsledků studií jeví jako účinnější než SSRI antidepressiva, neměl by být první volbou z důvodu vedlejších účinků (Geller et al., 2003). Mezi jeho možné vedlejší účinky patří retence moči, sucho v ústech, zácpa, přibývání na váze či sedace (Theiner, 2014). Antidepressiva by děti měly užívat minimálně 6 měsíců a jejich nasazení by mělo probíhat pozvolně, tedy od nižší dávky k vyšší, za pečlivého sledování efektu (Malá, 2013). Pokud u dítěte s OCD dochází k agresivním projevům, což je relativně častou přídatnou problematikou, je doporučováno

podávat atypické neuroleptikum tiaprid. V případě přítomnosti excesivní úzkosti podpořit medikaci clonazepamem (Malá, 2000a).

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

Pozornost je věnována také možnému užití atypických antipsychotik jakožto augmentace v případě neúplné odpovědi na SSRI. Existují data, která podporují jejich užívání u dospělé populace osob s OCD (De Nadai et al., 2011). Dohledala jsem však minimum studií, které by se zabývaly užíváním antipsychotik u dětí s OCD. Nicméně v praxi (minimálně v USA a Švédsku) předepisovány bývají (Smith et al., 2017; Melin et al., 2018).

V současnosti probíhá výzkum využití také jiných léčiv, většinou formou augmentace evidence-based metod. V posledních letech je například uvažováno o d-cykloserinu jako o bezpečné a efektivní augmentaci KBT. Jedná se o antibiotikum určené k léčbě tuberkulózy. Dle studií se totiž jeví, že by daný lék mohl mít vliv na urychlení „extinction learning“ neboli snížení reakce na stimul, spouštěč obsesí. U dětí se však jeho užití jakožto podpory KBT zkoumalo pouze v rámci 4 studií, které došly k rozporupným výsledkům. V této oblasti je tedy zapotřebí další výzkumné činnosti (Schneider & Storch, 2019). V případě nedostatečné odezvy na KBT a SSRI je uvažováno také o augmentaci N-acetylcysteinem (NAC). Jeho efekt u dětí a dospívajících s OCD zkoumali Ghanizadeh et al. (2017). Výsledky studie podporují hypotézu, že augmentace citalopramu pomocí NAC přispívá jeho účinku. Výhodou je mimo jiné to, že je NAC velmi dobře snášen. Je však třeba dalších studií v dané oblasti. Výzkumníci také uvažovali o užití riluzolu jakožto augmentace běžné léčby u farmakorezistentních pacientů s OCD. Jedná se o lék primárně užívaný k léčbě amyotrofické laterální sklerózy. Grant et al. (2014) jeho užití u farmakorezistentních dětských pacientů s OCD zkoumali. Zmiňují, že lék byl dětmi poměrně dobře tolerován. Výsledky studie však nebyly signifikantní.

Je známo, že k užívání psychofarmak u dětí převládá ve společnosti spíše odpor (Malá, 2013). Lewin et al. (2014) píše, že obavy z farmakoterapie v rámci jejich studie reportovalo 70 % ze

137 rodičů dětí s OCD. Obavy se týkaly vedlejších efektů, narušení vývoje dítěte a bezpečnosti medikace. Někteří rodiče všeobecně hájili postoj odporu k medikaci jako takové.

3.2 Kognitivně-behaviorální terapie

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

KBT se jakožto přístup vyznačuje následujícími obecnými charakteristikami. Je relativně krátká, časově vymezená, přesně plánovaná a strukturovaná. Zaměřuje se na konkrétní, přesně vymezené problémy. Soustředí se na řešení přítomných obtíží, avšak snaží se porozumět podmínkám, za nichž daný problém vznikl. Využívané terapeutické postupy a techniky by měly být teoreticky podloženy. Zaměřuje se spíše na faktory udržující problém než na vypátrání příčiny problému. Jejím konečným cílem je dosažení samostatnosti klienta (Praško & Prašková, 2007). V kontextu tématu této práce tedy dosažení toho, aby dítě bylo schopno samo (případně za pomoci rodičů) pracovat s obsedantními myšlenkami, samo bylo schopno realizovat některé z KBT technik, případně si říci o pomoc. S využitím různých technik se cílí na změnu myšlení a chování (Jirků, 2018). KBT s dětmi s OCD má oproti práci s dospělými mnohá specifika. Je to především nezbytnost zapojení rodičů do psychoterapeutického procesu (March & Mulle, 1998), ale také nutnost reflektování vývojového stupně dítěte. Je nutné zvažovat volbu věku adekvátních technik a formu jejich realizace, vhodně volit formu a stupeň zapojení rodičů do terapie. Dále adresovat specifické psychosociální oblasti funkčního narušení související s daným věkem, tj. škola, kamarádi, zájmové kroužky, FA (Piacentini & Langley, 2004).

3.2.1 Průběh a techniky

V rámci své bakalářské práce (Mašková, 2020) jsem v souvislosti s průběhem KBT čerpala primárně z knihy od Marcha a Mulle (1998). Jedná se o poměrně podrobný a strukturovaný KBT manuál určený psychoterapeutům, kteří pracují s dětmi či dospívajícími s OCD. Na tento manuál se též odkazuje mnoho autorů publikací na dané téma. V rámci rigorózní práce budu vycházet primárně z novodobějšího manuálu, který publikovali Franklin et al. (2019). Autoři se inspirovali výše zmíněným manuálem od Marcha a Mulle (1998). Cílili však na to, aby byl více uzpůsoben „reálnému světu“. Reflektovali to, že ne vždy se lze v rámci terapie řídit předem stanoveným plánem, u dětí obzvláště. Proto v rámci manuálu nepopisují ukázkový průběh každého terapeutického sezení s dítětem, jako tomu činili jejich předchůdci. Spíše shrnují, které techniky lze (a jak) v rámci KBT s dítětem s OCD využít. Do knihy vložili ukázkové

kazuistiky, aby byly pro čtenáře zmiňované postupy lépe představitelné. Také se v knize soustředí na problémy, se kterými se terapeut může při práci s dítětem s OCD potýkat (nízká motivace dítěte, rodinné konflikty, nekomunikativnost dítěte, neplnění domácích úloh atd.), včetně doporučení, jak s nimi pracovat. Klíčové techniky, které jsou součástí daného manuálu, popisují níže. Některé z nich by se daly zařadit pod obecné psychoterapeutické principy, které se pravděpodobně využívají ve většině psychoterapeutických přístupů (například psychoedukace, mapování symptomů, prevence relapsu). Informace však řadím pod kapitolu KBT, jelikož kniha, ze které čerpám, se specificky vztahuje k realizaci KBT u dětí s OCD. Specifika práce s dítětem s OCD z pohledu dalších psychoterapeutických směrů nejsou v literatuře na rozdíl od KBT podrobně popsána. A jak jsem avizovala v úvodu práce, snažila jsem se cílit primárně na volbu takových literárních zdrojů, které jsou vyloženě spjaté s tematikou OCD u dětí. Specifika práce s dítětem s OCD z pohledu dalších směrů popisují v následujících subkapitolách.

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

Mapování

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

Rozpoznání pacientových symptomů a porozumění jejich funkčnímu významu pomocí důkladného mapování je základním aspektem efektivní terapie. Začíná buďto již ve výše zmíněném primárním telefonickém či jiném kontaktu s rodiči, většinou však probíhá v rámci prvního psychoterapeutického sezení. Pro objektivizaci a komplexnější porozumění problému

je vhodné získat informace o problému nejen od dítěte, ale také od rodičů, dalších členů rodiny, případně jiných osob, které s dítětem přichází do styku, například od učitele. Díky důkladnému zmapování potíží lze volit adekvátní postupy pro práci s dítětem i rodinou (Jirků, 2018).

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

Psychoedukace

V rámci psychoedukace by rodiče i dítě měli od odborníka obdržet primárně podrobné informace o tom, co OCD je. V KBT se pro srozumitelnost používá výše zmíněný „bludný kruh“, který demonstruje propojenost spouštěčů, myšlenek, emocí a chování (Jirků, 2018). Dále informace o tom, jak OCD vzniká, jaké léčebné možnosti existují, co od nich očekávat. Psychoedukace by také měla cílit na redukci pocitu stigmatizace, zlosti a viny u dítěte i rodičů. Mělo by dojít k zdůraznění, že se s daným problémem potýká na světě poměrně hodně dětí. Dále by mělo dojít k vysvětlení, proč je KBT vhodnou metodou léčby, jak bude probíhat, jak budou rodiče do procesu zapojováni, jak mohou pomoci. Obzvlášť klíčové je dobře vysvětlit podstatu ERP techniky spolu s jejím konkrétním příkladem. Dále je vhodné demonstrovat křivku úzkosti, která znázorňuje rostoucí úzkost či distres po neprovedení rituálu. A to se zdůrazněním faktu, že úzkost neroste do nekonečna, v určitém bodě se zastaví a začne klesat. Lze ji připodobnit například habituaci při vstupu do studeného bazénu. Je těžké odhodlat se ke vstupu do vody, protože prvním pocitem je velký chlad a diskomfort. Po pár minutách se však tělo na původně diskomfortní podmínky adaptuje (Piacentini & Langley, 2004). Vědomí tohoto faktu může snížit obavy dítěte z vystavení se úzkosti/distresu. Dále se jeví žádoucí, aby rodiny obdržely odkaz na relevantní literaturu, v rámci které se mohou dozvědět další informace. Dítěti i rodičům by měl být poskytnut dostatečný prostor na dotazy.

Kognitivní restrukturalizace

Kognitivní restrukturalizace je technikou, v jejímž rámci se dítě učí pracovat s obsedantními myšlenkami tak, aby bylo schopno se s jejich přítomností lépe vypořádat, a díky tomu odolat kompulzivnímu chování. To probíhá především pomocí debaty o pravděpodobnosti, že kritická situace obsažená v obsesích opravdu nastane. Například terapeut může dítěti se strachem z kontaminace při dotyku kliky pokládat následující otázky: „Jaká je pravděpodobnost, že když se dotknu kliky u dveří, tak onemocním?“, „Kolik znáš lidí, kteří se dotkli kliky a onemocněli?“, „Pokud je dotýkání se kliky tak ohrožující, jak to, že se ostatní nebojí?“ Tyto otázky a odpovědi na ně může dítě použít v rámci expozičních cvičení (expoziční rozebírání v rámci této subkapitoly níže). Tedy například si může před dotykem kliky opakovat, že přátelé, terapeut, rodiče se kliky dotýkají několikrát denně a nemocní nejsou, proč by to tedy mělo být tak nebezpečné. Užití kognitivní restrukturalizace při práci s dítětem s OCD však předpokládá jeho určitou kognitivní zralost. Pokud dítě nedosahuje dostatečné kognitivní úrovně, musí se terapeut spolehnout převážně na techniky behaviorální (Piacentini & Langley, 2004). Většinou se v rámci této techniky zapojuje externalizace, kterou však podrobněji popisují v subkapitole 3.3 Rodinná terapie.

Hierarchizace

Vytváření hierarchie čili v daném kontextu vytváření asociací mezi repetitivním/vyhýbavým chováním, obsesemi, spouštěči a mírou strachu, který s nimi souvisí, je podstatnou součástí KBT. Slouží jednak k orientaci v symptomech pro dítě i terapeuta, jednak jako podklad k realizaci ERP techniky. Jedná se o specifickou hierarchii, v rámci které dítě samo (případně s dopomocí terapeuta) sepíše všechny situace, které u něj vyvolávají obsese a strach. Popíše, jaké obsese u něj daná situace vyvolává a jaké rituály musí provést, aby obsese odezněla (Franklin et al., 2019). Dále každou situaci označí hodnotou 1–10 dle toho, jak velký distres dítěti způsobuje, případně dle toho, jak moc obtížné by pro něj bylo nevykonat v jeho návaznosti kompulzi. Při vytváření seznamu je vhodné použít anxiometr (Piacentini & Langley, 2004), u menších dětí semafor. Jedná se o grafické znázornění stupnice ve tvaru teploměru (případně semaforu), kde je u každého z bodů uvedený popis nálady či emotikon reprezentující svým výrazem míru strachu. Tato forma vizualizace by měla dítěti usnadnit ohodnocení situací.

Příklad mohu uvést následující. *Dítě (například Lukáš) se obává dotyku kliky z důvodu strachu, že se kvůli tomu nakazí vážnou nemocí. Proto se kliky nedotýká. Spouštěčem je tedy dotyk kliky, obsesí je onemocnění, kompulze se projevuje formou vyhýbavého chování. Míru strachu*

související s dotykem kliky Lukáš označil číslem 6. Dotyk kliky u něj tedy vyvolává poměrně velkou obavu, ale ne až natolik excesivní. Dále se obává toho, že když nebude stoupat po cestě do školy pouze na tmavé dlaždičky, jeho matka zemře. Představa, že by měl po cestě do školy stoupat také na světlé dlaždičky, u něj budí velký strach, označí ho číslem 9. Dále se obává kontaminace v případě, kdy použije ručník, který před ním použil někdo jiný. Pokud se ho omylem dotkne, musí si 15 minut umývat ruce. Dotyk ručníku, kterým si utírali ruce ostatní členové domácnosti, však u něj nevyvolává až tak velkou úzkost, proto tento spouštěč hodnotí číslem 2.

Expozice se zábranou rituálu

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

Expozice znamená vystavení se objektu, situaci, myšlence, které evokují strach/obsedantní myšlenky. Zábranou rituálu je míněno zabránění provedení kompulze, tedy rituálu či vyhýbavého chování (March & Mulle, 1998). Sestavení výše zmíněné hierarchie je nezbytným podkladem pro realizaci ERP, jelikož se od ní odvíjí volba expozic. Typicky se začíná od těch lehčích (s nižším ohodnocením) po náročnější, jelikož je důležité, aby dítě z počátku zažilo úspěch. Během realizace expozic by stále mělo docházet k určitému dialogu mezi psychoterapeutem a dítětem. Pořád se jedná o psychoterapii, nikoli prostý nácvik. Psychoterapeut dítě na jeho cestě doprovází, podporuje ho. Po vystavení se objektu/situaci je nutno počkat, až úzkost odezní (zde je nezbytné, aby dítě bylo obeznámeno s křivkou úzkosti), aniž by došlo k provedení rituálu. Do doby čekání lze zapojit nějakou formu herní či tvůrčí aktivity, která částečně odvede pozornost od strachu navazujícího na expozici. V průběhu je

využíván výše zmíněný anxiometr – jeho zapojení budu demonstrovat na ukázkovém příkladu níže (Franklin et al., 2019).

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

Pro lepší představu realizace ERP uvedu následující příklad expozice v rámci sezení (inspirací mi byl případ od Franklina et al., 2019). *Terapeut se s dítětem (například Kájou) dopředu domluvil při pohledu na sestavenou hierarchii na tom, že se budou v rámci sezení soustředit na dotyk kliky, který je v hierarchii ohodnocen čtyřkou a běžně po něm následuje 30minutové umývání rukou. Domluvili se, že se v rámci sezení budou kliky postupně dotýkat bez toho, aby k umývání rukou došlo. Následně se terapeut Káji zeptal, na jakém stupni anxiometru se nachází. Kája zmínil číslo 6. Terapeut se následně zeptal, zda se má dotknout kliky před ním, aby viděl, že se dotyku kliky neobává. Kája souhlasil. Poté ho terapeut pobídl, ať se pokusí kliky také rychle dotknout. To se Kájovi podařilo. Dotyky probíhaly ve stupňující se intenzitě – nejdříve rychlý dotyk, následně dotyk v délce tří vteřin, poté desetivteřinový dotyk atd. Po každém dotyku kliky si terapeut s Kájou hráli s míčem nebo si povídali. Po chvíli se terapeut Káji opět zeptal, na jakém stupni anxiometru se právě nachází. Kája odpověděl číslo 1.*

Většinou děti v tento moment referují nižší stupeň než ten, který je napsaný v hierarchii a než ten, který zmínily před provedením expozice. Tím dítě získává vlastní zkušenost s tím, že úzkost se nestupňuje do nekonečna a po čase klesá. A také s tím, že negativní scénáře, jež jsou součástí obsesí, nenastávají.

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

Prevence relapsu

Ačkoli bývá prevence relapsu klíčovou součástí posledních terapeutických sezení s dítětem, dle Franklina et al. (2019) by správně měla v jisté formě začít již na prvním sezení. A to tím, že je v rámci psychoedukace dítěti i rodině řečeno, že neurobiologická vulnerabilita činí dítě náchylnějším k zažívání nechtěných myšlenek v porovnání s jeho vrstevníky. Může se tedy stát, že se nechtěné myšlenky budou u dítěte objevovat i po skončení terapie. V rámci prevence relapsu terapeut edukuje rodinu a dítě o tom, co mají dělat, když se symptomy opět vyskytnou. Jedná se především o aplikaci ERP, případně znovukontaktování psychoterapeuta. Jirků (2018) jako součást prevence relapsu zmiňuje i práci na zvýšení sebevědomí dítěte, nácvik řešení problému, dodržování léčebného režimu (léků, domluveného plánu), ale také pravidelnost tělesných aktivit.

Další

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

V odborné literatuře bývá zdůrazňována také nezbytnost práce mimo psychoterapeutická sezení. Součástí KBT bývá zadávání domácích úkolů navazujících na konkrétní sezení. Může se jednat o zaznamenávání obsesí, kompulzí a spouštěčů do záznamového archu. Také o realizaci ERP v domácím prostředí. Domácími úkoly mohou být pověřeni i rodiče. Například

formou dopomoci s ERP (Franklin et al., 2019). Dále to může být například zvyšování podpory dítěte ze strany rodičů, omezování FA, změna způsobu komunikace o příznaku aj.

Práce s rodinou

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

3.2.2 Třetí vlna terapií

V současné době je v souvislosti s OCD u dětí a dospívajících v odborné literatuře diskutováno užití tzv. „třetí vlny“/„nové vlny“ psychoterapeutických přístupů. Pod novou vlnu terapií spadá mnoho intervencí, avšak tři z nich se jeví jako potenciálně efektivní v souvislosti s léčbou OCD jak u dospělých, tak u dětí. Jedná se o „Mindfulness-based interventions“, „Acceptance and commitment therapy“ (ACT) a „Dialectical behavior therapy“ (DBT). Všechny přístupy využívají některé klasické KBT techniky. Od klasické KBT se však odlišují tím, že necílí na změnu či zpochybnění nežádoucích myšlenek, ale spíše na rozvoj schopnosti myšlenky zaznamenat, následně akceptovat, a tím zvýšit schopnost jedince tolerovat emocionální distres v souvislosti s obsesemi (Bergman & Rozenman, 2019).

Mindfulness je záměrné uvědomění si přítomného momentu a jeho prožívání bez hodnocení (Kabat-Zinn, 2003). Mezi základní mindfulness programy patří Mindfulness-based stress reduction (MBSR) a Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT). Oba z přístupů zahrnují meditační cvičení, kdy se jedinec soustředí na přítomnost bez pokusu o změnu myšlenek či pocitů (Bergman & Rozenman, 2019). V souvislosti s OCD mohou mindfulness cvičení pomoci dítěti získat lepší kontakt s přítomností a také dříve rozeznat a reflektovat obsese. Díky nácviku nesouzení myšlenek se může zlepšit jeho schopnost odvrátit myšlenky od obsesí obsahující odstrašující budoucnost a navrátit je zpátky do přítomného okamžiku, ve kterém

nehrozí nebezpečí (Hershfield & Nicely, 2017). Bergman a Rozenman (2019) doporučují realizovat s dítětem s OCD krátké mindfulness aktivity před a po každém KBT sezení, v rámci kterého byla aplikována ERP. Stejně jako to dělají v rámci své vlastní praxe. Zdůrazňují, že praktikování mindfulness není primárně určeno k relaxaci, nýbrž k uvědomování si externí a interní zkušenosti bez souzení a pokusů o změnu.

Existuje několik studií, které prokázaly pozitivní efekt užití mindfulness u dospělé populace osob s OCD (Wahl et al., 2013; Wilkinson-Tough et al., 2010). U dětí s OCD je však dané téma výzkumně, ale i co se další odborné literatury týče, spíše v počátcích. Téměř všechny zmínky jsou opět spojeny s KBT a mindfulness techniky jsou považovány za prospěšné spíše jakožto podpora klasické KBT (Bergman & Rozeman, 2019). Efektivitu Mindfulness Integrated Cognitive Therapy (MICT) u dětí s OCD podporuje preliminární a, dle mého vědomí, jediná existující studie na toto téma od Haleemunnissa et al. (2021). Mohu však dodat, že studie, v rámci kterých došlo k aplikaci mindfulness technik u dětí s úzkostnými poruchami (vyjma OCD), reportují pozitivní výsledky (Biegel et al., 2009; Semple et al., 2005). Výsledky studií u běžné populace dětí podporují tvrzení, že mindfulness cvičení vedou ke snížení úzkosti, zvýšení well-beingu a schopnosti udržet pozornost (Afzal, 2018).

Výzkumná i publikační činnost v oblasti užití ACT a DBT u dětí s OCD je též prozatím u zrodu. Co se však týče ACT, některé studie zabývající se danou problematikou jsem dohledala. Například Barney et al. (2017) za výzkumným účelem aplikovali ACT u tří dětí s OCD ve věku 10-11 let. Došlo k signifikantní redukci symptomů OCD u všech participantů. Významnou redukci symptomů po aplikaci ACT u dětí ve věku 11-13 let reportují také Armstrong et al. (2013). Publikovanou studii zabývající se užitím DBT u dětí s OCD jsem nedohledala. Danou problematikou se však v současnosti výzkumně zabývá například Andrea L. Gold, která odborně působí v „Pediatric Anxiety Research Center“ na Brownově univerzitě. Tudíž je možné, že v blízké budoucnosti bude studie na dané téma publikována.

3.3 Rodinná terapie

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

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

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

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

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

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

3.4 Další psychoterapeutické přístupy

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

Psychoanalytická psychoterapie se vyznačuje dlouhodobým trváním, většinou v řádu několika let. Například psychoanalytická terapie s desetiletým chlapcem s OCD, kterou v rámci kazuistiky popsal McGehee (2005), probíhala čtyřikrát týdně v délce dvou let. Jejím cílem je odhalení podstaty konfliktů a pomoc pacientovi získat náhled na jeho nevědomou motivaci (Kratochvíl, 2012). U dětí není vhodné používat techniku volných asociací jakožto metodu k odhalení nevědomých procesů, jako tomu bývá u dospělé populace. K porozumění nevědomým procesům dochází spíše z pozorování chování dítěte, her, příběhů, kreseb, fantazií, snů a průběhu činností během analytické hodiny (Karush, 1998). Psychoanalytický přístup

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

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

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

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

Vhodnou metodou psychodynamické práce s dětmi je tzv. psychodynamická hrová terapie. Hra dítěti umožní snáz vyjádřit pocity a myšlenky, které jsou pro něj stěží verbalizovatelné (Gold-Steinberg & Logan, 1999). Hrová terapie umožňuje dítěti přenést na venek interní dialogy

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

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

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

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

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

3.5 Alternativní a podpůrné možnosti léčby

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

Jak jsem již zmínila, nízká motivace je jedním z faktorů, které brání efektivnímu dopadu léčby. Nabízí se zde možnost využití motivačních rozhovorů, o jejichž zapojení do psychoterapeutické práce s dětmi s OCD píše Merlo et al. (2010). **Motivační rozhovory** cílí na to, aby změnily ambivalentní postoj dítěte k léčbě a podpořily jeho self-efficacy při úsilí o změnu chování, tedy o redukci kompulzí. Zrealizovali první studii, kdy došlo k zapojení motivačních rozhovorů do KBT s dětmi s OCD. Jednalo se o experimentální studii, kdy experimentální skupina absolvovala kromě KBT tři sezení motivačních rozhovorů, kontrolní skupina absolvovala KBT a tři psychoedukační sezení. Redukce symptomů probíhala, dle výsledků v CY-BOCS, rychleji u dětí, které absolvovaly motivační rozhovory. Franlin et al. (2015) píše, že ačkoli se užití motivačních rozhovorů jeví jako efektivní augmentace klasické KBT, je za potřebí dané tvrzení ověřit i na populaci dětí, které zapojení do KBT odmítají striktněji, než je běžné.

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

Transkraniální magnetická stimulace (TMS) je neinvazivní neurostimulační technika, které je věnována pozornost v souvislosti s léčbou různých psychických poruch (Lusicic, 2018). Její

aplikace u dětí je označována za bezpečnou a dobře tolerovanou (Zewdie et al., 2020). Prozatím neexistuje studie, která by se zabývala TMS u dětí s OCD (Rosenberg, 2022). Avšak „Brain center TMS“ v San Diegu na svých stránkách uvádí, že TMS lze prokazatelně využít jakožto efektivní léčebnou metodu OCD u dětí (<https://braincentertms.com/child-adolescent-ocd/>). Nicméně Malá (2000a) píše, že aplikace TMS, podobně jako elektrokonvulzivní terapie, hormonální terapie a chirurgické léčby, není u dětí a dospívajících s OCD vhodná.

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

První alternativou je tzv. **Brief CBT** (zkrácená KBT), kterou podrobněji popisuji v subkapitole 4.1. Další možností je **online psychoterapie**, v zahraniční většinou nazývána jako telekonference. Tato forma terapie nabyla na potřebnosti především v posledních dvou letech v souvislosti s koronavirovou epidemií. V jejím průběhu mnoho dětí a dospívajících dle výsledků studií čelilo značnému zhoršení symptomů OCD (Nissen et al., 2020; Tanir et al., 2020) a potřebě psychoterapeutické pomoci. Ačkoli je v souvislosti s online terapií u dětí s OCD potřeba dalšího výzkumu ke zjištění jejich pozitiv a negativ, mnoho studií ji hodnotí jako vhodnou alternativu k psychoterapii tváří v tvář (Nelson & Patton, 2016). Užití online KBT při léčbě dětí s OCD podporuje preliminární studie Storcha et al. (2011).

Internet-based CBT (ICBT) je formát KBT odlišující se od online KBT tím, že není primárně veden psychoterapeutem. Jedná se o interaktivní programy/kurzy obsahující vizuální materiály, texty, cvičení. Ty mohou být realizovány s částečnou podporou psychoterapeuta či samostatně (Aspvall et al., 2019). Jedním z takových programů je například *OCD? Not me!* vyvinutý v rámci Curtin University v Austrálii. Jedná se o 8 modulů, přičemž jedna varianta je určena dítěti, druhá rodičům. Moduly v podstatě kopírují obsah KBT manuálů, skládají se z hlavních komponent KBT (psychoedukace, mapování, ERP, ošetření psychosociálních dopadů –

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

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

V rámci podpůrných možností nemohu opomenout zmínit **knihy a pracovní sešity** určené dětem s OCD a jejich rodičům, které mohou dle Robinson et al. (2013) fungovat jako první a dočasná intervence v případě výskytu mírných symptomů. Jsou také vhodnou podporou KBT, které lze dostát v domácím prostředí. Mohou sloužit jako relevantní psychoedukační materiál, návod, jak pracovat mimo psychologická sezení, zdroj opory pro děti i rodiče. Většina z existujících materiálů obsahově kopíruje KBT manuály. Robinson et al. (2013) zrealizovali studii, která se zabývala využitím knihy *Breaking Free from OCD* (Derisley et al., 2008) jakožto dočasné samostatné léčebné metody. Na 8 případech dětí, které čekaly na léčbu, zjistili, že po 8 týdnech práce s knihou došlo k znatelné redukci symptomů. Avšak sebezposuzovací škály signifikantní výsledek neprokázaly. Kromě výše zmíněné knihy mohou jako příklad knih a pracovních sešitů určených dětem s OCD uvést i doporučit *Talking Back to OCD* (March., 2007), *What to Do When Your Brain Gets Stuck* (Huebner, 2007), *The OCD Workbook for Kids* (Puliafico & Robin, 2017) nebo *Stand Up to OCD!* (Bryan a Ryan, 2019). Z knih pro rodiče jsou to například *Freeing Your Child from Obsessive-Compulsive Disorder* (Chansky, 2000), *Helping Your Child with OCD* (Fitzgibbons & Pedrick, 2003) nebo *Breaking Free of Child Anxiety and OCD* (Lebowitz, 2021). Bolton et al. (2011) zjistili, že se u dětí s OCD neliší efekt klasické KBT (přibližně 12 sezení) a zkrácené KBT (přibližně 5 sezení) s využitím pracovních

sešitů. U obou skupin došlo k signifikantní redukci symptomů. Ačkoli knihy, programy, aplikace, se jeví jako efektivní intervence, je třeba brát v potaz jejich limity.

4. Situace v České republice ve vztahu k léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí

Jak je v české společnosti známo, Česká republika se potýká s významným nedostatkem dětských psychiatrů. Tomáš Havelka, předseda asociace dětské a dorostové psychiatrie, hovoří přímo o kolapsu v daném odvětví (Český rozhlas plus, 2022a). V roce 2020 bylo v oboru dětská a adolescentní psychiatrie evidováno 135 poskytovatelů ambulantní psychiatrické péče (Melicharová et al., 2021a). Což je o 7 méně než v roce předchozím (Melicharová et al., 2021b). Nejvíce z počtu 135 ambulantních pedopsychiatrů působilo v Praze, a to v počtu 28, dále v Olomouckém a Jihomoravském kraji v počtu 14. Nejméně specialistů čítal Karlovarský kraj v počtu čtyř. V roce 2021 bylo dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS; 2022) evidováno 130 ambulantních poskytovatelů dětské a dorostové péče. Lze tedy pozorovat klesající tendenci. Nejvíce pedopsychiatrů opět čítala Praha v počtu 27, dále Olomoucký a Jihomoravský kraj v počtu 13. Nejméně čítal Karlovarský kraj v počtu čtyř. Data z roku 2022 nebyla v době vyhotovování rigorózní práce prozatím dostupná. Košlerová a Šelepová v rámci reportáže Českého rozhlasu plus (2022a) uvedly, že pedopsychiatrů v ČR je celkem 180 s tím, že 86 z nich je starších 65 let. Poskytovatelé pedopsychiatrické péče jsou k dohledání například v rámci Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (<https://nrpzs.uzis.cz/>).

Výše zmíněné údaje potvrzují tristní nedostatek pedopsychiatrů, který měl mimo jiné v nedávné době za následek hrozící uzavření Dětské psychiatrické nemocnice Opařany. Hlavním dopadem této krize jsou dlouhé čekací doby na objednání (pokud není pacient přímo odmítnut). Jak zmínil profesor Cyril Höschl v rámci reportáže Českého rozhlasu (2021), jedná se o nejpálčivější problém duševního zdraví vůbec. Jako hlavní důvod této personální krize zmiňuje měnící se systém specializační přípravy a zvyšující se poptávku po pedopsychiatrech z důvodu nárůstu povědomí o různých psychických poruchách v dětství (PAS, PPP, ADHD aj.). Nezájem o oblast dětské psychiatrie údajně není specifikem pouze České republiky, ale týká se celé Evropy. Situaci by však mohla zlepšit reforma, která by si mimo jiné kladla za cíl učinit psychiatrii jakožto obor atraktivnější pro studenty medicíny, čímž by mohlo v budoucnu dojít k navýšení počtu dětských psychiatrů. Český rozhlas plus (2022a) a Český rozhlas plus (2022b) v rámci svých reportáží zmiňují jako důvod této krize také podfinancování oboru. Příjem ambulancí dětské a adolescentní psychiatrie od pojišťoven je průměrně 2 až 2,5× nižší než ambulancí dospělé psychiatrie. Jak však říká poradce ministra zdravotnictví Tomáš Kašpárek v rámci reportáže Českého rozhlasu plus (2022b), hodnota bodu za dětského pacienta

je vyšší než za dospělého pacienta. Je tedy zapotřebí důkladné analýzy zaměřující se na příčiny dané finanční nevyrovnanosti.

Kromě nedostatku pedopsychiatrů je zde také málo dětských psychiatrických nemocnic, kde by mohly být děti se závažnější formou psychického onemocnění hospitalizovány a systematicky léčeny. Konkrétně jsou tři – Dětská psychiatrická nemocnice Opařany v Jihočeském kraji, Dětská psychiatrická nemocnice Louny v Ústeckém kraji a Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš v kraji Vysočina (Melicharová et al., 2021a). Co se týče hospitalizační kapacity, dětská a dorostová psychiatrie v ČR čítá celkem 576 lůžek. Z toho 190 je rozděleno mezi tři zmíněné psychiatrické nemocnice. Další jsou zajišťovány pedopsychiatrickými odděleními/klinikami při nemocnicích (Výbor Asociace dětské a adolescentní psychiatrie, n.d.). Například Oddělením dětské a dorostové psychiatrie v Krajské nemocnici v Liberci, Dětskou psychiatrickou klinikou ve FN Motol Praha, Oddělením dětské a dorostové psychiatrie ve Fakultní nemocnici Brno a dalšími. Počet existujících lůžek se však jeví být též nedostatečný.

Rok 2020 čítal celkem 55 004 pacientů ve věku 0-19 let léčených v pedopsychiatrických ambulancích. Z toho 1 167 s diagnózou OCD při početní převaze chlapců nad dívkami (627 chlapců, 540 dívek). Děti s diagnózou OCD ve věkovém rozmezí 6–17 let bylo přibližně 847 (nejvíce z nich spadalo do věkového pásma 11–15 let). Několik jednotek případů bylo zaznamenáno také u dětí v předškolním věku. K hospitalizaci dětí s OCD došlo přibližně ve 14 případech (Melicharová et al., 2021a). V roce 2021 došlo k ukončení dlouhodobých hospitalizací dětí s OCD přibližně ve 20 případech. Počet ukončených akutních hospitalizací dětí s OCD byl roven přibližně 46. V rámci ambulantních psychiatrických zařízení bylo léčeno 1322 jedinců s OCD ve věku 0–19 let. Z nich bylo 942 ve věku 6–17 let. Nejpočetněji byla zastoupena věková kategorie 11–15 let v počtu 487. Mírně převažoval počet chlapců nad dívkami (ÚZIS, 2022). Nutno zmínit, že z výše uvedených čísel nelze nikterak odhadovat, kolik dětí se s OCD reálně potýká. Neexistují totiž údaje o počtu dětí s OCD, kterým se psychiatrické péče z kapacitních či jiných důvodů nedostává. Stejně tak se lze jen stěží dopátrat počtu dětí s OCD léčených pouze psychoterapeuticky.

V české společnosti se kromě nedostatku pedopsychiatrů hovoří také o nedostatku dětských klinických psychologů. Radiožurnál (2019) ve své reportáži uvedl, že v roce 2019 jich bylo 80 – seznam některých z nich lze dohledat například na stránkách Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ; <https://www.ipvz.cz/>). Karolína Malá v rámci dané

reportáže zmiňuje, že adekvátní počet by měl být desetinásobný. Dětská klinická psychologka Martina Pastuchová v téže reportáži uvádí zkušenost z praxe, kdy musí z kapacitních důvodů klienty odmítat. Jak referuje Malá i Pastuchová, situaci by mohlo vyřešit vyšší finanční ohodnocení a zjednodušené vzdělávání. Pouze pro doplnění, dle internetových stránek IPVZ (<https://www.ipvz.cz/>), pro to, aby se jedinec mohl stát dětským klinickým psychologem, musí absolvovat 12letou přípravu (5 let pro získání magisterského titulu v oboru psychologie, 5 let pro atestaci v klinické psychologii, 2 roky pro atestaci v dětské klinické psychologii). Jak píše Malá (n.d.), v některých případech mohou dětem poskytovat péči také kliničtí psychologové bez nadstavbové specializace. Synčák (2023) však v rámci článku pro Českou televizi uvádí, že klinických psychologů bez nadstavbové specializace je též nedostatek. Uvádí, že jejich počet čítá přibližně 1 550 jedinců. Nejméně z nich působí v Hradci Králové, kde vychází, dle údajů z roku 2020, tři kliničtí psychologové na 100 000 obyvatel. Což se dá považovat například v porovnání s Prahou, kde připadá 20 klinických psychologů na 1 000 000 obyvatel, za markantní nedostatek. Synčák také uvádí, že průměrné čekací doby ke klinickému psychologovi činí 4 měsíce, někteří odborníci nové klienty odmítají úplně. Za jeden z hlavních činitelů dané skutečnosti se považuje nedostatek míst v akreditovaných kurzech psychologa ve zdravotnictví, jehož absolvování je nezbytným předpokladem pro započítání předatestační přípravy.

Informace o tom, kolik je v ČR psychoterapeutů, kteří by přijali dítě s OCD do péče, lze jen stěží dohledat. Existuje Adresář terapeutů České společnosti KBT (<http://www.cskbt.cz/adresar-terapeutu.php>), kde se u každého ze zmíněných terapeutů nachází informace, zda pracuje s dětmi a dospívajícími. Není zde však uvedena informace o aktuálnosti a úplnosti daného seznamu. To stejné platí např. i pro seznam umístěný na stránkách České společnosti pro psychoanalytickou terapii (<https://cspap.cz/cspap/clenove/>). Na stránkách České psychoterapeutické společnosti je zveřejněn seznam psychoterapeutů, kteří mohou poskytovat psychoterapii ambulantně ve zdravotnictví (<http://www.psychoterapeuti.cz/adresar-psychoterapeutu>) a kteří o umístění svých kontaktních údajů v seznamu požádali. Není z něj však evidentní, kdo z nich se věnuje dětské populaci. Několik kontaktů na psychoterapeuty pracující přímo s dětmi lze najít také na stránce <https://nepanikar.eu/>, případně na <https://www.znamylekar.cz/>. Oficiální souhrnný seznam psychoterapeutů pracujících s dětmi tedy neexistuje. Nutno také dodat, že ne všichni dětské psychoterapeuté pracují s problematikou psychických poruch. Lze tedy stěží odhadnout, kolik psychoterapeutů, kteří by dítě s OCD přijali do péče, v ČR vlastně existuje. A zda jich je dostatek či nikoli.

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

Co se týče česky psané literatury týkající se OCD u dětí a dospívajících, je jí poskrovnu. Dohledala jsem pouze dvě kvalitativní diplomové práce tematicky se dotýkající dané problematiky a dvě kazuistiky (zmíněné v subkapitole 3.3). Jakoukoli jinou formu záznamu výzkumného rázu jsem v českém prostředí nedohledala. Co se týče teoretických informací psaných v českém jazyce, jediná existující v češtině psaná kniha zaměřená přímo na OCD u dětí se nazývá *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících* a její autorkou je Lucie Straková Jirků (2018). Některé základní informace lze dohledat v rámci učebnicových knih, jako je například *Dětská klinická psychologie* nebo *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Relevantních internetových příspěvků je též minimum. Dohledala jsem pouze dva krátké volně dostupné příspěvky obsahující základní a dle mého názoru relevantní informace týkající se dané problematiky. Jejich autorkou je KBT terapeutka Lucie Bělohlávková.

4.1 Situace v USA v porovnání se situací v ČR

V rámci této subkapitoly nastiňuji, jaké možnosti jsou dostupné v USA v souvislosti s péčí o děti s OCD. Pozornost věnuji primárně možnostem, které nejsou k dostání v České republice. Na základě důkladné rešerše, ale i osobní zkušenosti vím, že je tamější nabídka péče velmi rozmanitá. Jsem si vědoma, že tato rozmanitost nelze přenést do českých podmínek ve své plné podobě. Myslím si však, že některé z uvedených informací se mohou stát inspirací pro potenciální zkvalitnění péče o děti s OCD a jejich rodiny v ČR. Rozhodla jsem se zaměřit zrovna na USA proto, že tamější možnosti péče o děti s OCD považuji v porovnání s ostatními zeměmi za nejrozvinutější, ale také z důvodu vlastní zkušenosti, kterou zmiňuji v rámci posledního odstavce této subkapitoly.

Na počátek nutno zmínit, že se USA, stejně jako Česká republika, potýkají s nedostatkem dětských psychiatrů. Statistiky však deklarují, že počet pedopsychiatrů má vzestupnou tendenci (McBain et al., 2019). USA čítají přibližně 8 300 pedopsychiatrů (AACAP, 2019). Dle AACAP je však zapotřebí minimálně 4× větší počet (McBain et al., 2019). Dětských klinických psychologů je ve Spojených státech odhadem 4 000 (Abramson, 2022). Co se týče dětských

psychoterapeutů, nedohledala jsem relevantní údaje týkající se jejich počtu. Whitney a Peterson (2019) píší, že nedostatek odborníků je jedním z důvodů, proč se téměř 50 % dětí s psychickým onemocněním v USA nedostává potřebné léčby či poradenství.

V návaznosti na dopady pandemie COVID-19 na mentální zdraví dětí byly podniknuty kroky, díky kterým by mělo dojít ke zkvalitnění duševního zdraví dětí, ale také včasnějšímu záchytu a řešení potenciálních psychických potíží. Školám byl pro tyto účely poskytnut zvláštní příspěvek, většina z nich ho využila k najmutí školního psychologa. Kromě toho bylo vyvinuto úsilí ke zvýšení povědomí o psychických potížích ve školách. A to buďto formou začlenění problematiky duševního zdraví do rámcového vzdělávacího programu či formou aktivit cílících na zvyšování informovanosti učitelů o problematice duševního zdraví (Abramson, 2022). Pro učitele byly vyvinuty různé informační materiály (týkající se vyložene OCD u dětí) a speciální školení (např. <https://mhccnetwork.org/centers/global-mhcc/now-available-free-online-course-educators-mental-health-literacy>). To by mělo zvýšit pravděpodobnost včasného podchycení OCD u dítěte tím, že učitel zaznamená její příznaky. Také by to mělo učitelům pomoci blíže porozumět situaci žáka s OCD a poskytnout jim určité vodítko, jakým způsobem k danému dítěti přistupovat.

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

V poslední době bývá v literatuře popisována tzv. „brief CBT“, což by se dalo volně přeložit jako „zkrácená KBT“. Podnětem k zájmu o danou formu terapie byla nedostupnost pravidelné běžné KBT pro mnoho rodin z důvodu vzdálenosti psychoterapeuta od místa bydliště a finančních nákladů. Řešení nabízí právě zkrácená KBT, jejíž výhodou je především ušetření času a financí (Dyason et al., 2019). Jedná se o několika denní, případně týdenní, intenzivní

program, v rámci kterého dochází k realizaci KBT technik popsaných v kapitole 3.2.1 (především ERP techniky) a následně k instruování rodičů, jak může být ERP realizována v domácím prostředí. Program zahrnuje individuální i skupinovou práci. Kromě intenzivní KBT bývá součástí následná péče formou videohovorů. Tento program je realizován například doktorem Jerry Bubrickem v rámci Child Mind Institute v New Yorku. Co se týče efektivity zkrácené KBT, výzkum v dané oblasti je prozatím v počátcích. Její efektivitu a proveditelnost podporují například pilotní studie od Whitesida et al. (2010), Farrell et al. (2016), Wolters et al. (2021).

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

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

odborníci specificky školí pro práci s dětmi a dospívajícími s OCD. Jedná se například o Pediatric Behavior Therapy Training Institute nebo workshopy v rámci The Center for the Treatment and Study of Anxiety na University of Pennsylvania.

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

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

o všeobecně stoupající tendenci zařazování mindfulness a ACT. V terapii cílí na to, aby se děti naučily rozpoznat OCD, akceptovat diskomfort, přijímat nejistotu. Danielle Lieb-Foley hodnotí, že určitá forma povědomí o OCD u dětí v americké společnosti existuje. Mnoho učitelů ve školách absolvuje speciální školení týkající se mentálního zdraví, což zvyšuje pravděpodobnost včasného zachycení OCD. S dalšími odborníky na danou problematiku je v kontaktu jak v rámci Oregonu díky skupině založené speciálně pro tyto účely, ale také napříč Amerikou díky konferencím. Též zmiňuje facebookovou skupinu sdružující odborníky na danou problematiku, která však bývá častým působištěm rozporů mezi psychoterapeuty zastávajícími různé psychoterapeutické směry.

Výzkumná část

Výzkumná část rigorózní práce sestává ze dvou kvalitativních výzkumných šetření. První z nich již bylo součástí předcházející diplomové práce (Mašková, 2022). V rámci práce rigorózní prošlo pouze drobnými úpravami, které budou specifikovány níže. Je zaměřené na mapování zkušeností pedopsychiatrů a psychologů s poskytováním převážně psychoterapeutické, ale také farmakoterapeutické léčby dětem a dospívajícím s OCD. Druhé výzkumné šetření již bylo realizováno pouze pro účely práce rigorózní. Jeho součástí je explorace zkušeností s OCD a její léčbou z pohledu jedinců, kteří se v dětství potýkali/potýkají s OCD, a jejich rodičů.

Výzkumná část I

5. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

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

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

Vedlejší výzkumné otázky:

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

6. Design výzkumného projektu

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

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

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

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

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

6.1 Výzkumný soubor

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

Kritéria výběru respondentů do výzkumného vzorku byla následující:

1) Jedinec je pedopsychoiatri či psycholog s psychoterapeutickým výcvikem

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

2) Délka praxe s dětskými klienty je minimálně 2 roky

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

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

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

4) Heterogenita souboru

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

Ačkoli existují situace, kdy lze v rámci kvalitativního výzkumu využít pravděpodobnostní metody výběru, ve většině případů se jedná o metody nepravděpodobnostní (Miovský, 2006). Stejně jako tomu bylo v tomto výzkumu. Primárně byla využita metoda prostého záměrného výběru, jež je nejrozšířenější metodou výběru v rámci kvalitativních studií. Dochází k cílenému vyhledávání účastníků studie na základě určitých vlastností/kritérií (Miovský, 2006). Tito účastníci jsou následně přímo osloveni s nabídkou účasti ve výzkumu (úspěšné v 8 případech). Dále byla využita metoda sněhové koule. Jednalo se o oslovení osob, na které odkázali účastníci výzkumu a osoby, které nesplňovaly kritéria výběru či se výzkumu nechtěly zúčastnit (úspěšné ve 4 případech).

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

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

Dobrý den, paní/pane...

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

V případě zájmu Vám moc ráda zašlu podrobnější informace.

Srdečně Vám děkuji za odpověď a přeji krásný zbytek dne,

Bc. Viktorie Mašková

+420.....

Celkem bylo osloveno 34 pedopsychiatrů a 28 psychologů. Z řad pedopsychiatrů 5 reagovalo pozitivně, 3 účast ve výzkumu odmítli, zbytek nereagoval. Jeden z pedopsychiatrů sice odmítl účast ve výzkumu, byl však otevřen společnému setkání s autorkou práce, kde by dotazy zodpověděl. Dané setkání proběhlo, dle domluvy však jedinec nebyl do výzkumného souboru zařazen. Z psychologů reagovalo pozitivně 10 oslovených, 4 účast odmítli, zbytek nereagoval. Do vzorku jich bylo původně zařazeno 7, jelikož zbylí tři nesplňovali některé z kritérií výběru. Jeden z respondentů odmítl využití dat v rámci rigorózní práce, proto výzkumný soubor nakonec zahrnuje 5 pedopsychiatrů a 6 psychologů. Jako motivaci k účasti zmiňovali oslovení účastníci atraktivitu tématu, subjektivně vnímanou potřebu o daném tématu hovořit, zájem o informační brožuru a zájem pomoci studentovi.

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

v daném sloupci rozdílnou formu. Další údaje o repondentech nejsou uvedeny, což je odůvodněno v subkapitole 6.5 Etika výzkumu.

Tabulka 1

Výzkumný soubor 1

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

6.2 Metody získávání dat

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

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

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

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

Rozhovory proběhly v 10 případech v období od listopadu 2021 do ledna 2022. V jednom případě proběhl rozhovor z časových důvodů respondenta v únoru 2022. Místem rozhovorů bylo ve většině případů pracoviště respondentů. V jednom případě proběhl rozhovor na přání respondenta v kavárně, v jednom případě, též na přání respondenta, online. Průměrná doba trvání rozhovoru činila přibližně 45 minut (nejdelší rozhovor trval hodinu a 5 minut, nejkratší 25 minut). Rozhovory měly zpravidla delší trvání s psychology, jelikož psychiatři disponovali velmi omezenými časovými možnostmi či byli méně výřeční.

6.2.1 Pilotáž

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

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

6.2.2 Úvod a otázky polostrukturovaného rozhovoru

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

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

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

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

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

Otázky specifikující výzkumný soubor:

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

6.3 Metody zpracování a analýzy dat

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

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

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

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

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

Obeznamení se s daty

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

Generování počátečních kódů

Kódování je proces explorační diverzifikovaných dat a extrahování významových jednotek datového souboru. To probíhá označováním (kódováním) specifických segmentů dat. Kód

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

Hledání témat

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

Přezkoumání témat

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

Definování a pojmenování témat

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

Sepsání reportu

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

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

Prakticky analýza dat probíhala následovně. V rámci Wordu bylo u přepsaných rozhovorů provedeno kódování ve sloupci na pravé straně dokumentu. Takto vzniklo celkem 1246 kódů. Jednotlivé kódy byly následně vloženy do nového souboru, v rámci kterého však byla zachována diferenciací dle toho, ke kterému respondentovi dané kódy patří. Poté byly kódy zpočteny a zrevidovány. Počet kódů, které byly následně analyzovány, byl zredukován na 1138.

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

Tabulka 2

Ukázka tvorby konceptů, subtémat a témat

Datový extrakt	<i>R2: Ale dokonce vím o pár dětech a dospívajících, kterým pomohly menší dávky antipsychotik. Což je něco, co já hodně nemám rád, ale prostě viděl jsem případy, kdy to fakt pomohlo. Ty lidi fakt rozkvetli. A najednou nás ta terapie posunula během měsíce, jako co jsme dělali předtím půl roku.</i>
Kódy	efektivita menších dávek antipsychotik rozkvetnutí dítěte po antipsychotikách urychlení psychoterapie antipsychotiky
Koncept	Antipsychotika
Subtéma	Farmakoterapie jako podpora psychoterapie
Téma	Proces léčby dětí s OCD

6.4 Etika výzkumu

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

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

Základním etickým aspektem je také dobrovolná účast. Všichni účastníci obdrželi e-mailem základní informace o zamýšlené rigorózní práci včetně vypracované diplomové práce, aby dané informace mohli reflektovat při rozhodování, zda budou souhlasit se znovuužitím dat. Všem účastníkům byla znovu zaslána podoba informovaného souhlasu, kterou již podepsali při práci diplomové (Mašková, 2022), se slovy, že všechny aspekty v něm zmíněné budou při zpracování rigorózní práce dodrženy. Byli požádáni o udělení souhlasu či nesouhlasu s opětovným užitím dat.

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

7. Výsledky

Napříč odbornou literaturou neexistuje obecná shoda v tom, kolik témat je adekvátních v rámci tematické analýzy identifikovat, záleží vždy na konkrétním data setu a výzkumných otázkách. Většinou však bývá doporučováno volit menší počet témat, aby byl výsledný report pro čtenáře přehlednější. Proto byla data organizována tak, aby byla sdružena do malého počtu klíčových témat, a následně podrobněji členěna pomocí subtémat. Subtémata jsou složena z konceptů, tedy ze sdružených kódů velmi podobného významu, které obsahově naplňují dané subtéma. Subtémata a koncepty jsou doplněna výroky respondentů, které jsou psány kurzívou. Vše dohromady tvoří „příběh“ demonstrující celkový datový soubor. V rámci tematické analýzy byly původně vytvořeny různé podoby struktur analyzovaných dat. Výsledná forma, která je v této rigorózní práci zahrnuta, se jevila jako nejvhodnější a nejprehlednější vzhledem k obsahu data setu. Celkem byla identifikována čtyři klíčová témata – proces léčby dětí s OCD, faktory ovlivňující léčebný proces, přesvědčení týkající se nejlepšího léčebného přístupu, limitující faktory. Ačkoli došlo v rámci rigorózní práce k odstranění dat jednoho z respondentů, nemělo to, po opětovné analýze, významný vliv na strukturu témat a subtémat. V rámci výsledků se vyskytují pouze mírné odlišnosti oproti práci diplomové (Mašková, 2022), které jsou okomentovány v rámci diskuse. Výčet subtémat a konceptů, které jsou součástí daného tématu, je uveden v tabulce u každého z témat.

7.1 Proces léčby dětí s OCD

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

Tabulka 3

Struktura tématu 1

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

Základní struktura procesu

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

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

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

R11: *Zpravidla to ty rodiče zaznamenaj, že už to není tak k unesení, anebo se jednoho dne to dítě svěří. Svěří se těm rodičům.*

R5: *I vzhledem k tomu, že ty těžší OCD strašně jako ovlivněj to dítě ve škole. Jako mívám to, měl jsem právě prostě x případů, kdy ty děcka prostě, a vlastně ty rodiče přivedlo to, že se hrozně zhoršily ve škole. Ona mi třeba líčila, jak sedí ve škole a prostě fakt celou hodinu vnímá jenom to, jak ta učitelka mluví, a úplně jako viděla zblízka její pusy a jak vidí, jak tam jí střílejí prostě ty bakterie z té pusy. A jestli z té hodiny byla schopná 10 minut se věnovat tomu, co tam prezentujou, jinak prostě fakt jako řešila ty svoje věci.*

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

R5: *Takže většina jich projde psychologickým vyšetřením, což samozřejmě je trochu diskutabilní, když potom pokračujou potom v té terapeutický péči, ale zrovna jako u týchletý problematiky a zrovna u těch dětí tak jako kombinací víc faktorů, mimo jiný i to, že prostě skutečně není z větší části kam je poslat, tak nějaká část, když je kapacita, tak zůstane tady v té mojí péči potom té terapeutický.*

R9: *Buď to dítě mám teda v terapii a někdo jiný dělá medikaci a někdy... prostě snažim se to rozdělit. Někdy to úplně nevyjde, ale většinou je to takto.*

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

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

R2: A potom se vidíme na prvním sezení. Tam probereme v rychlosti, jak to vlastně vypadá, jaká je aktuální situace, jak dlouho se s tím trápí. Takže to mapujeme. Mapujeme, jak to vzniklo, kde to vzniklo, proč to vzniklo, co tam bylo, jestli tam byly nějaký spouštěče nebo jestli se to nějak tak jako podle rodičů vyvinulo samo.

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

R5: A samozřejmě tam hraje i ze začátku docela důležitou roli jako zhodnocení, jestli je to případně i na nějakou hospitalizaci.

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

R2: Pak přichází na druhý sezení, tam už si říkáme něco víc o tom, jak vlastně OCD funguje, že to je vlastně obrovská úzkost, edukuju ty rodiče, aby si to uměli představit, jako kdybych je prostě zavřel do klece s tygrem a ted'ko jim jako v klidu říkal „hele dobrý, nic se neděje, všechno je v pohodě“, tak oni by říkali „jasně, jasně, ale já chci pryč.“ Já bych jim mohl říkat „ale on ti nic neudělá, on je vycvičený.“ A oni by mi možná věřili, možná by rozuměli, ale stejně by prostě byli zavřený v kleci s tygrem. A to nikdo nechce. A to je vlastně to podobný. Že mluvit na to dítě v tu chvíli jako rozumově, racionálně „ale vždyť se nic nestane, neboj se“, že nemá vlastně smysl. Protože to jede do jiný části mozku, do toho neokortexu, kdežto to dítě je v tu chvíli v amygdale, v těch emocích a ta prostě se točí a točí a jenom ta amygdala řve „pozor, pozor, pozor“ a nic jinýho. Takže edukuju, co to OCD je, jak se projevuje, jak v tom vlastně oni mohou pomoci a co budeme dělat. Říkám jim kolik máme tak před sebou sezení.

R2: Kreslím jim, říká se tomu křivka habituace, to je vlastně, že úzkost rychle nastupuje, ale všichni máme obavu, že půjde do nekonečna. Ale ona se zastaví, potom plus mínus stagnuje

a potom jde dolů. Takže tohleto jim ukazuju, říkám jim to na nějakých srozumitelných příkladech, jako když byli poprvý ve škole, jak se báli, po druhý, potřetí, po čtvrtý, jak se vlastně habituujeme, přivykáme si. Že stejně je to vlastně se vším.

R10: *No spíše edukuju já, protože tý literatury moc není.*

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

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

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

R4: *Protože časté je, že dítě mi řekne, jak se dobře cítí, že se nebojí a je to lepší a pak přijde rodič a řekne něco jinýho. Jo, že to je třeba furt stejný. No, takže pro mě je víc jakoby asi ukazatelem ten rodič a u těch starších samozřejmě jako ti náctiletí tak to už si řeknou oni. No, ale vidím to i jako na těch dětech, jak se chovaj, jak se tváří, co se jako v nich odehrává, tak to jako cítím nějak jako jo, že to je i nějaký můj jako vnitřní teploměr, jak teď vnímám, jak to dítě jako jak na tom je.*

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

R6: *Ty pacienti to samozřejmě zkouší. Já doporučuju minimálně rok pokračovat v té terapii. A při dobré snášenlivosti, většinou o velkých prázdninách, protože tam je teda méně stresová situace, tak o velkých prázdninách to zkoušej vysadit. Ale minimálně rok bez příznaků. Pokud tam jsou stále příznaky v nějaké malé míře, tak bohužel to pokračuje dál.*

R10 *Vysazovat medikaci určitě ve chvíli, kdy třeba řeknu 3–4 měsíce je to dítě s minimem nebo bez příznaků, ale to je fakt většinou na dlouho, protože velmi často tam zůstává nějaká drobnost, nějaký problém, pocit se ujišťovat nebo něco si opakovat, jo, že prostě nevím o nikom, kdo by se těch problémů úplně zbavil. Je to dlouhodobější. A když by, tak opravdu, když je jakoby nějaká minimalizace těch problémů, jo, těch rituálů, tak třeba to zkusíme, ale musí to fakt být*

už jakoby alespoň ty 3–4 měsíce takový stabilizovaný, když to řeknu, aniž by to to dítě omezovalo.

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

R11: Ale největším kritériem je četnost a urputnost těch rituálů. S tím, že teda za ty léta já nevím, jestli jsem kdy vůbec zažil, že by se člověk, kterej tímhle tím prošel, že by se toho zbavil jako definitivně a jednou provždy. Že buď se ty rituály nějak tak jako ustálí a stává se to takovou jako běžnou nějak nelimitující součástí života nebo je období, kdy je to horší, kdy je to lepší. Jo, takže čekat na to, až to nebude vůbec, tak to bychom se nemuseli dočkat. Jo, ale když oni to maj pod kontrolou, a když je to nelimituje v běžným životě, tak to považujem za stabilizovaný.

R9: Jo, jako já myslím, že kdo řekne, že úplně, když je to OCD závažná forma, je vyléčený, tak si myslím, že tak úplně ne. Že se s tím naučej potom lépe zacházet tak, aby to neomezovalo jejich, a to je velkej úspěch, aby to neomezovalo jejich život.

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

R5: Potom prostě občas někdo přestane z nějakýho jinýho důvodu jako chodit, no tak to se jako celkem běžně stává, tak to se nedá nic dělat.

Farmakoterapie jako podpora psychoterapie

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

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

R8: Určitě bych rodičům řekl, ať se nebrání spolupráci s psychiatrem. Že to fakt může ulevit a tý terapeutický práci pomoct.

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

R2: Někteří rodiče to maj kompletně, že léky vůbec ne. Samozřejmě všichni rodiče se bojí, to je normální, přirozený. Já zmiňuju to, co říkají dětská psychiatři, že dětský tělo ty léky metabolizuje daleko líp než vlastně my dospělí. Takže paradoxně je to bezpečnější pro ty děti, než potom čím je člověk starší. Antidepresiva jsou obecně bezpečný, i když u těch dětí jsou tam ne vždycky úplně dobrý účinky, to se vždycky musí zkoušet.

R8: Musíme kolem té medikace trochu víc vysvětlovat. A přijde mi, že to ti lékaři často nedělaj, že to musíme dělat my jako psychologové.

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

R9: Jo, protože někdy jsou ty potíže tak strašný, že berou jako všechno, o čem se domnívaj, že by mohlo pomoci.

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

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

R6: Při medikaci dětí s OCD jsou SSRI první volbou.

Čtyři psychiatři a jeden psycholog zmínili kromě SSRI antidepresiv pozitivní zkušenost s *antipsychotiky*.

R2: *A dokonce v některých případech, a to bych nečekal, že řeknu, tak pomůžou nejen běžný antidepresiva, který se na to dávaj, protože my na to nemáme žádný léky, ale dokonce vím o pár dětech a dospívajících, kterým pomohly menší dávky antipsychotik. Což je něco, co já hodně nemám rád, ale prostě viděl jsem případy, kdy to fakt pomohlo. Ty lidi fakt rozkvetli. A najednou nás ta terapie posunula během měsíce, jako co jsme dělali předtím půl roku.*

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

R11: *Pro mě je to takzvaně poslední volba teda, vždycky se snažim ty léky do toho úplně jako nezatahovat, ale někdy se bez toho neobejdem.*

R2: *Jsem tomu velmi otevřenej. Já nejsem úplně příznivcem toho cpát dětem léky. Na druhé straně tady u toho OCD, když je to na začátku a děti v terapii mají výsledky, tak tam myslím, že není nutný dávat léky. Ale ve chvíli, kdy ta terapie sama nestačí nebo kdy už je to fakt dlouhodobější, tam myslím, že možná polovina, 2/3 dětí se kterýma jsem se dostal do kontaktu, tak ta farmakoterapie jim pomohla.*

Psychoterapeutické techniky

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

Eklekticismus a individuální přístup

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

R5: *V tomhlectom jako tak nějak eklekticky si vybírám, co mám pocit, že jako zrovna konkrétně na tenhle případ třeba jako na to, jaký je osobnostně, jakej typ je to dítě, co by mohlo fungovat.*

A spíš se s ním i snažím domlouvat, že prostě řeknem si „hele tak jako, na tohle by se dalo zkusit tohle tohle tohle, co tobě by se zdálo“ a pak to zkusíme. Jo, jakože fakt nemam nějakou jednotnou mustru, podle kterého jedu, ale spíš se to snažím tak jako šít na míru vždycky jako tomu konkrétnímu dítěti.

R11: Já jsem vlastně takový, říkám tomu trochu eklektický. Já klidně z toho KBT něco použiju nebo použiju něco z gestalt, to všechno jako. Takže já tak jako používám, co mě intuitivně napadne.

KBT techniky

9 respondentů uvedlo, že do práce s dětmi s OCD začleňují v určité formě KBT techniky. Lišili se v míře jejich zapojení, v jejich typech, ale i situacích, kdy se ke KBT technikám přiklánějí. U terapeutů s KBT výcvikem se jednalo o většinovou část psychoterapie. U ostatních jejich podíl varioval od občasného užití po absolutní preferenci. Ve většině případů byly používány především za účelem zmírnění akutních symptomů a k psychoedukaci. Z technik se jednalo hlavně o ERP, práci s hierarchií a o domácí úkoly. Jeden respondent zmínil, že používá techniky podobné KBT, pojmenovává je však jinak.

R11: Na začátku, když to dítě mám na těch třech nebo pěti individuálech, tam hodně používám prvky KBT, stejně tak jako třeba u panických poruch, protože tam nejdřív potřebujeme zmírnit ty projevy a tu úzkost a vědět, co budu dělat když... Já tomu někdy i říkám první pomoc nebo krizová intervence, tak tam hodně je KBT a pak jdeme po těch příčinách a hloubš.

R8: Já si myslím, že nějaký ty prvky KBT jsou určitě dobrý. Já je taky sám používám. Ale je pravda, že to je třeba 15 procent toho, co dělám. Vnímám, že to má smysl minimálně třeba na vysvětlení, co se děje s dítětem, to mají hezky popsáné. Takže bych to nezavrhoval, ale rozhodně to není něco, co bych třeba jako jenom tohle to taky ne.

R10: No, tak spíš jako, víte co, já mam takovej ten celostní výcvik, ale spíš se je snažím vést k tomu KBT.

R5: Možná z něčeho sahám přímo do těch konkrétních technik z KBT, v tomhle tom se tomu nějak nevyhybám, ale spíš jako ve smyslu použít nějaký účelný možnosti. Jako to třeba nazvu co já vim expozice, já to nenazývám expozice, ale domluvíme se na tom, že prostě jako to zkusí, já nevím, když dám příklad, jako co já vim, třeba konkrétně s tím mytím, že jo, měl jsem, teď mě napadá, jednu holčičku, ta byla přesně jako takovej úplně klasickéj příklad jako strach

z nějakých jako nemocí, bakterií, všeho možného a jakoby furt se umejvala, jo, takže jednak, jakoby to vysvětlení toho problému jako takového, to vysvětlení té důležitosti se tomu nějak aktivně postavit, s tím, že vlastně jako ano, bude to těžký, bude to nepříjemný zvládnout pak ten strach nebo teda pak tu úzkost, když se tomu postavím a jako vlastně nebudu dělat to nutkání.

R2: Ale to škálování je tam důležitý, protože my vlastně pak začínáme s položkou toho seznamu a neměli bychom nikdy začít s tou nejtěžší, ani s tou nejlehčí, vždycky začneme v té první třetině dejme tomu. Aby to byla taková troška výzva, ale zároveň aby neselhali. Tak proto je tam důležitý. A když já se ptám, s čím bysme začali a neměl bych to oškálovat, tak bych možná jako to dítě mohl vést k tomu, že by selhalo, že by si vzalo něco příliš těžkého, anebo zase jednoduchého a pak by to zbagatelizoval.

Nejfrekventovaněji zmiňovanou technikou bylo ERP, kterou v určité formě využívá 8 respondentů. Považují za důležité se strachu nevyhýbat, ale čelit mu. Odborníci se lišili v tom, jakým způsobem je ERP realizována, zda je realizována v rámci sezení nebo pouze v domácím prostředí.

R2: Postupně se jakoby učí ten mozek, kterej v tu chvíli je zcitlivělej na tu věc, takže třeba dotknout se kliky, tak mozek si spojil, že klika rovná se nebezpečí. A my vlastně musíme naučit ten mozek, že ta klika není nebezpečná. A to učíme tak, že prostě maj za úkol trénovat a vlastně hledáme s rodičema a s tím dítětem jaký postupný krůčky by mohli tak jako zkoušet, aby ta klika se stala méně nebezpečnou. Tzn. třeba napřed se jenom rychle dotknout, pak třeba umejt nebo vydezinfikovat ruku, rozdechat to, prodechat to, učím dechání do břicha, nějaký relaxační návody, aby věděli. Pak třeba se dotknout a vydržet třeba 5 vteřin. Pak si teprv tu ruku umejt nebo vydezinfikovat. A takhle postupujeme dál z 5 vteřin, 10 vteřin, minutu atd. Většinou když tohle to dítě zvládne, tak vlastně si to zkusí párkrát a nakonec zjistí, že ono to není tak hrozný. A že tu úzkost ono dokáže vydržet.

Externalizace

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

R7: *Na to OCD se hodně dobře hodí narativní rodinná terapie s externalizací. Tu externalizaci já opravdu používám pokaždý.*

R11: *Takže my to nějak zaprvé externalizujeme a pomáháme si tím, že to nějak nazýváme, jo, většinou to je nějaká potvora nebo něco takovýho, co nás ovládá, pak se s tím líp pracuje. I pro tu rodinu je to pak srozumitelnější.*

R6: *Ale první je externalizace, aby to dítě neneslo pocity viny.*

R7: *To je podstata té externalizace, že se dává tomu dítěti do rukou moc, aby mohlo s tím příznakem bojovat.*

Hra a tvůrčí činnost

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

R4: *Já teda hodně pracuju formou jako hry, terapie hrou, terapie pískoviště, používám různé jako arte techniky, hodně používám ty relaxace s imaginací, pak to malujeme, používám i dost jako knížek, že různé knížky o strachu nebo nějaký jako i příběhový, o kterých pak spolu jako mluvíme.*

R11: *Ale používám projektivní techniky. Používám hodně všelijak začarovaný kresby, ne jenom začarovanou rodinu. Ted' jsme dělali začarovaný příznak. Ted' jsme dělali začarovat jako ty rituály, do čeho by je začarovali a tak. Takže hodně s tou kresbou. Hodně pracuji s kameny, jo, ať s nimi dělám systémy nebo hodně i s tím příznakem jako, jak třeba tu úzkost nebo kam ji postaví a tak. Nemám úplně scénotest, ale pracuju i jako mám tam hračky, mám tam všelijaký pomůcky v ambulanci, takže s tím si tak jako spíš kreativně hrajeme. Spíš jako se symboly.*

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

R5: *Třeba s tou holčičkou, co jsem ji zmiňoval několikrát, tak ona si nazvala to svoje OCD nějak jako „Strašidlák“. Pak si ho vymodelovala z nějaký hlíny, pak si ho vzala domů, kde si ho postavila do té koupelny, a právě vždycky jako vymyslela, že když teda jako bude mít to nutkání se jít mejt, tak tam přijde a vyplázne na něj jazyk.*

R7: *Ale hledá se s ním ve spolupráci s těma rodičema se hledá strategie a taky všelijak si to dítě představuje ten příznak, takže proto ten Torben z tý Kodaně mluví o strašidlech nebo o monstrech a tak to dítě hledá vlastnosti, jaký to jeho strašidlo má, a jak to udělat, aby to dítě bylo chytřejší než to strašidlo. Takže u dětí je to docela taková hravá podoba, oni maj velkou fantazii, takže se můžou... Třeba jeden chlapeček říkal, že má v hlavě takovýho červa, kterej jako mu napovídá nebo kterej ho tak jako terorizuje, že musí jít 3× zavřít dveře nebo že musí... Tak se staví proti tomu tomu červu, kterej mu tam hlodá. A ty děti to uměj nakreslit a tak, takže se vlastně externalizuje se ten příznak od toho dítěte, ale internalizuje se jeho moc, aby to dítě samo... Protože vybojovat to musí to dítě, ale není na to samo. Ale má tam ty rodiče, který mu fanděj a se kterýma může zkoušet všelijaký fínty proti tomu příznaku a tak.*

Domácí úkoly

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

R11: *A taky takový v uvozovkách úkoly. Aby to doma pozorovali, zapisovali, někdy tam dávám, právě jak malujeme hodně obrázky, někdy tam dáváme někdy nějaký anděly, někdy nějaký pomocníky, jako že si je dají na noční stolek a pak zase maj pozorovat a zapisovat, jestli si na to vzpomněli, jestli to pomohlo nebo nepomohlo, zapisujou intenzitu třeba tý úzkosti nebo těch rituálů. Jestli to vždycky bylo tak jako silný nebo někdy to bylo slabší. Takže spíš jako tak zaměřený na pozorování a zapisování.*

R2: *No a za úkol jim na tom prvním sezení dávám, ať si na příští sezení připraví takový seznam všech věcí, které se dějou, který musí/nesmí dělat, i jim to vlastně to OCD přikazuje, ať si ho oškálujou třeba na škále 0 až 10. 0 netrápí mě to vůbec, 10 trápí mě to úplně, maximálně.*

Relaxace

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

R1: *A potom i se tady učí obecný techniky na zvládnání stresu. Tzn. nějaký zklidňující dýchání, relaxační cvičení, který se jim taky hoděj, nebo zvládnání nějakých emočních situací/emočních stavů.*

R4: *No hodně teda jsem třeba u něj používala ty relaxace s tou imaginací, která je k tomu jakoby uvolnění, že ho naučím pracovat s tím tělem.*

Zvyšování sebevědomí

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

R10: *Takže já si myslím, že tam je důležitý i s nima mluvit o nějakým sebevědomí, nějak je trošku prostě i naučit vnímat ty svoje klady a uvědomit si je. Uvědomit si je, přijmout je a pak si myslím, že se i líp pracuje na tom omezování těch rituálů, jo, té četnosti třeba.*

Životní kontext

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

R11: *Takže já už teďka těch posledních 20 let na to koukám v tom rodinným kontextu. A vždycky je to pro mě výzva, jako zjistit, o co tam jde, co to zpustilo nebo co to sytí. Tak zajímá mě prostě ten kontext vždycky. A pak je to výzva, co s tím můžeme udělat.*

R5: *A práce na nějaký jako integraci prostě těch jako důležitějších věcí, jako zkrátka práce s celým tím kontextem. Jo, že to prostě není čistě jako zaměřený na práci s těma symptomama a jako jenom na nějaký nácviky nebo na nějaký prostě jakoby řešení.*

Pískoviště

Dva respondenti používají při práci s dětmi s OCD terapeutické pískoviště (metodu sand play/sand tray). Mezi zmiňované přínosy pískoviště patřilo především usnadnění projevu vnitřních obsahů dítěte. Dále je to způsob, jak vidět problém z jiné perspektivy a lépe mu porozumět.

R4: U jednoho chlapečka jsme hodně používali terapii pískovištěm, terapii pískem, protože jeho to hodně bavilo, uklidňovalo. On vlastně hodně hezky uměl pak popsat, co se v tom pískovišti děje. Jde vlastně o to, aby to dítě umělo popsat tu situaci v tom pískovišti z pohledu figurek. Třeba u těch malých dětí je to hodně o hře, ale taky třeba uměj říct „ten je smutný, ta je veselá.“ A u těch větších dětí, tam už můžete vidět, že se tam i objevují ty jejich vnitřní procesy. Třeba toho, co se děje, když mám ten strach a úzkost, tak teda musím něco udělat, aby ta úzkost se zmírnila. A vlastně pro to dítě je moc fajn, když to vidí trošičku jako z té vzdálenosti, jo, že se ho to úplně jakoby netýká, ale zároveň je to o něm, takže si může vytvořit odstup a líp může sám pochopit ten mechanismus nebo přijít na to, co se teda jakoby děje.

R8: U těchto starších dětí ráda používám terapeutický pískoviště s figurkami. To je šikovný způsob, jakým vlastně i oslovovat ty strachy, který vevnitř jsou a někdy se o nich snáz mluví, když je první dáme ven a pak o tom můžem mluvit a případně v tom hledat nějaký smysl.

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

Rodiče jako nezbytná součást terapie

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

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

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

Forma zapojení rodičů

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

R8: *...to první sezení je s tím dítětem a jeho rodinou, na prvním setkání jsou všichni.*

R9: *Já většinou pracuju tak, ale to je moje pojetí analytické terapie, že pracuju s dítětem nebo dospívajícím, ale samozřejmě ty rodiče nemůžeme z toho vyškrtnout. Jo, takže vždycky čas od času se sejdu s rodiči, dítě nebo dospívající o tom ví a ty rodiče maj vymezený jiný čas, aby to nezasahovalo do času toho dítěte. Anebo, a to ale zase záleží na té problematice, která tam je, třeba kombinujeme rodinnou terapii jako takovou s tou individuální terapií. To je taky častej model jo, protože se třeba ukáže, že v tý rodině je něco, co potřebuje ošetřit v rámci celé rodiny. Tak pak je to, pak je na místě opravdu rodinná terapie, ne jenom kontakt s rodiči ve formě nějakých sezení, ale opravdu rodinná terapie.*

R8: *Někdy s tím dítětem domlouváme, co by třeba bylo fajn, aby se rodiče dozvěděli, jak to udělat, aby se to mohli dozvědět, co já pro to můžu udělat. Ale někdy vytanou fakt závažný skutečnosti nebo věci, který potřebujou rychlejší řešení, takže se s tím dítětem domlouvám, že si o tom a tom s tou mámou nebo tátou třeba zatelefonuju, když potřebuju předat nějakou informaci. Případně tam to setkání společný zařadíme rychlejc, když to vypadá, že tam je něco nabitýho, napjatýho, co vyžaduje pozornost a není to jenom na telefonát.*

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

R11: *Ale pozvu celou rodinu a pak teda velmi často začínám nejdříve pracovat s tím dítětem a kombinuju individuální a rodinnou terapii. To dítě je zpravidla to nejvíc potřebný v tu chvíli, takže my tam pracujem na tom, abychom si to prohlídli, pojmenujeme to, učíme se nějaký způsoby, jak trochu ztlumit tu úzkost, jak se sžít s těmi rituály, a čím dál častěji do toho přibírám tu rodinu, někdy celou někdy více spolupracuji s matkou, někdy s otcem, podle toho taky jestli spolu žijí a jak je kdo motivovaný. Takže dělám tuhleto kombinaci.*

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

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

Důvody zapojení rodičů

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

R5: Ale zvláště u těch těžších OCD, tak tam si myslím, že ta spolupráce rodinou je docela jako důležitá. Takže se s nima nějak snažím jako komunikovat. Zároveň chci vědět, jak to doma to dítě zvládá a jako trochu objektivizovat to, ne jenom prostě od něj. On mi něco jako řekne, ale i slyšet, že tohleto jde, tohle nejde.

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

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

R8: Když i třeba na základě tý hry nebo toho typu hry, kdy to dítě volí a co si ode mě v tom vztahu žádá, tak pak domlouváme s rodičema, jak to dělat, aby tohle nezažívalo se mnou, ale aby oni to mohli dělat doma. Jo, že nějak mám pocit, že léčivá hodina s terapeutem je nic oproti tomu, co oni můžou pracovat doma. Taky mi přijde důležitá ta podpora. Aby nahlídli, že pro to

dítě to je vnitřně fakt nepříjemný, to co se děje. A aby dobře balancovali podporu s nějakýma dobrejma limitama láskyplnejma.

R4: Pak ta práce s tím dítětem je hodně na tom rodiči. Že třeba taková ta opakovaná expozice nebo to vystavování se to já už jakoby nedělám, to spíš dělá ten rodič, takže já ho spíš jakoby edukuju.

Dalším z důvodů je hledání způsobu, jak zlepšit rodinné fungování. Jak bylo zmíněno i v literárně přehledové části práce, mnohdy dochází vlivem OCD k narušení rodinného fungování, hlavně formou FA. Na významném narušení rodinného fungování se podílí také to, že často dochází k manifestaci symptomů pouze v rámci domácího prostředí. Většinou se totiž jedná o bezpečné prostředí, kde dítě (například oproti školnímu prostředí) nezažívá pocity studu v souvislosti s kompulzivním chováním. Děti z pocitu studu investují maximum energie do toho, aby se symptomy minimálně projevovaly ve školním prostředí. Nahromaděná úzkost se pak v o to větší míře projeví doma. O návaznosti symptomů na bezpečné prostředí hovořilo 8 respondentů.

R11: Já jsem teda zase asi v naprostý většině měl to, kdy se to projevovalo v rodině a všude jinde si dávali velkej pozor. Takže nejčastěji mám, že to je doma a všude jinde si na to dávaj pozor. Ale tím pádem jsou z toho tak unavený, jo, jak to tam všude jinde hlídaj, že doma to praská.

R2: Často je to naopak v tom, že já to můžu doma dělat, protože ve škole se držím a držím se a vynakládám tu energii a pak doma jsem uvolněnej a tam už to můžu pustit. A vlastně ty projevy se tam pak zvýrazněj. Takže je to velice běžný, řekl bych, že skoro vždycky je to vázaný jako určitým směrem a ne, že prostě děje se mi to tady, děje se mi to všude.

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

7.2 Faktory ovlivňující léčebný proces

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

Tabulka 4

Struktura tématu 2

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

Motivace

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

R2: *Druhá z věcí se vždycky ptám, jak to dítě je motivovaný. Jestli se toho chtěj zbavit rodiče, anebo jestli to tomu dítěti nějak zasahuje do života. Mám dobrou zkušenost s tím, že když je to dítě motivovaný, tak je ta úspěšnost opravdu obrovská, skoro 100%. Ve chvíli, kdy to dítě motivovaný není, tak tam je to hodně těžký. A buď se podaří motivovat, anebo je potřeba, aby se to vlastně vyhrotilo a teprve potom, když to do toho života zasahuje víc, tak potom se s tím už dá pracovat. Jo, když to dítě řekne „ne, já s tím nic dělat nechci, já s tím nic dělat nebudu“, tak v podstatě tou metodou KBT já nejsem schopnej s tím nic udělat.*

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

R5: Myslím si, že je tam hrozně důležitá ta pozitivní motivace. A vzhledem k tomu, že jako tam z principu, když je to OCD, tak je to egodystonní, že prostě samotnýho ho ty symptomy obtěžujou, tak jako většinou ta motivace jako zrovna v tomhle případě tam bejvá docela dobrá, takže oni celkem radostně spolupracujou.

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

Family accomodation

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

R1: A když na to nejsou dostatečně odolní nebo to tam strašně dlouho funguje tak, že to dítě si to tam diktuje, tak ten rodič opravdu už nemá sílu na to jít proti němu. Takže třeba, když by se dítě nemohlo jít umejt a já bych mu zamkl koupelnu a ono by se tam vztekalo před tou koupelnou, tak ne každéj to unese. Opravdu. Ale když se vyhoví, tak tím je to zase cesta zpátky a zase je to všechno špatně. A když to dítě navíc vidí, že ten rodič jednou povolí, tak pak už si to umí vyrobit, ví, jak na ně. Takhle se můžu naučit jak na ně i v jinejch věcech, a tím hůř potom

ty rodiče můžou fungovat, protože sami mají pocit, že to nejde. A když rodiče mají pocit, že to nejde, tak pak to opravdu nepůjde. A to se stává často. Ono to není tak, že by to úplně nešlo, spíš oni zrovna nejsou moc schopni tohle aplikovat. On jim to člověk ani nemůže zazlívát, protože kdybysme to sami zažili, taky bychom to nechtěli.

R5: Často, ať už jsou to děcka nebo dospělí, tak do těch svejch rituálů zahrnujou okolí, takže všichni skáčou kolem něj. A prostě já nevím, oni třeba potřebujou, aby rodič 10× udělal tohle, aby oni byli v pohodě. Tak když jde a 10× to udělá, tak jim vysvětlím, že tohle to jako teď je možná fajn a je to prostě dobrý ještě chvíli držet, ale postupně budem pracovat s tím, že to neudělaj a pomůžou spíš tomu dítěti to zvládnout, vydržet.

R2: Proto tam chci mít na začátku všechny a proto si o tom musíme promluvit. Protože kdyby mi tam přišel jeden rodič, který s tím chce něco dělat a ten druhý to všechno bojkotoval, tak jsem přesně na tom začátku. Takže bavíme se o tom. Bavíme se o tom, jak moc jim to zasahuje do života a hlavně jak to bude pokračovat dál. Protože spousta rodin opravdu nemůžou do pokoje toho dítěte. Nemůžou prostě prát specifický ručníky, musí dávat určitý jídlo, určitý příbory. Za chvíli jako rodič nemůžete vůbec nic. Vůbec. To je prostě, já vždycky říkám, to je jako sněhová koule. To se nabaluje, nabaluje, nabaluje a ono to nikdy nepřestane. Maximálně se to bude držet nějakých konkrétních věcí, ale většinou se to rozlezá prostě do všeho. Takže pracujeme právě s tím, aby ty rodiče tohle věděli. Ale většinou já s tím nemám problém, protože ke mně když už rodiče přicházejí, tak už vlastně jsou připravený na to, že s tím potřebují něco udělat.

Rodinné a výchovné aspekty

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

R11: Já bych nejvíc zachytil to, že když ta rodina je úzkostná, respektive někdo z rodičů speciálně jako matka, ale zažil jsem, že i táta byl úzkostnej, tak to je prostě to tam to dítě okopíruje a toho se těžko zbavujeme.

R4: *Asi co vidím jako negativní aspekt je, že mám pocit, že ty rodiče často jako kdyby nepodporují to dítě, neposilují tu jeho psychickou odolnost, to otužování, vystavování se tomu. Naopak to vlastně jako brzděj, jo, že jsou sami dost úzkostní nebo nejsou dost pevný.*

Věk

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

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

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

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

R2: *Když je to potom dospívající nad tu pubertu, nad těch 14–15 let, do těch 14 to ještě jde, nad těch 14–15 let, tak tam vlastně děláme to, že rodičům říkáme „hlídejte to dítě a budete mu říkat, tady se zkus vrátit, tady zkus udělat tohle, hele je to OCD nebo jenom lenost, jako co to vlastně je.“ A to dítě, který se přirozeně vývojově má odpoutávat od rodičů, tak my ho vlastně připoutáváme. Tam je to blbý. A když se to dítě prostě v 16 zasekne, řekne „já nic neudělám“, tak se s ním daleko hůř pracuje, než když se zasekne 11letý dítě a řekne „já to neudělám.“ Takže*

věk je faktor, kde když přichází mladší děti, tak je to víc šancí, než když přichází děti 15 a vejš, tam je míň šancí. Když ale přichází 16letej, kterej je motivovanej a chce, tak je to taky dobrý.

Závažnost

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

R2: Mám děti, který přichází s tím, že to vzniklo před pár měsíci/půl rokem, tak tam je ta šance dobrá. Pak mám děti, který přichází, že to začalo v 6 letech, dneska je jim 12, takže třeba po 6 letech. I to se velmi dobře dá, ale už je to složitější s každým dalším rokem.

Komorbidity

Dva respondenti zmínili jakožto léčbu komplikující faktor přítomnost komorbidního onemocnění.

R8: A zároveň to stěžuje taky to, když je tam víc další psychopatologie k tomu navázané, tak je to problematický.

Přesvědčení o aspektech souvisejících s rozvojem OCD

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

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

R8: Děti, které přicházely a vykazovaly tuhle symptomatiku, tak vlastně měly i symptomy generalizovaný úzkostný poruchy. Byly to takový ty děti kolem 10–12 let a vlastně ta OCD symptomatika hodně pramenila z toho znejištění ve světě, jo, a potřeby, jak zajistit bezpečí a stálost.

R9: Já jenom, že si myslím, že OCD je prostě kontrolní záležitost vůči masivní úzkosti.

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

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

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

R11: *A na gymplu jich je docela dost. Protože ono to sedá na určitý typ osobnosti. Na ty perfekcionalisty, primárně úzkostný, nicméně chytrý.*

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

R11: *Častým zdrojem jsou běžný šarvátky mezi dětma ve škole. Taky jako jo, to, co bychom absolutně nenazvali šikanou. Někdo řekne „ty jsi blbec nebo jo.“ Může to být cokoli. Můžou to být, jak já říkám, šarvátky mezi dětma nebo jako v dnešní době i takovej běžnej život.*

R11: *A teď mám zrovna takový čerstvý případ, kdy nás to tak jako úplně nenapadlo, jak to může souviset fakt zjevně s rozchodem rodičů a tady to opravdu na to nasedlo.*

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

R11: *Někdy to je neuvědomovaný tlak rodičů na to dítě. Ať se to týká známek nebo chování.*

R8: *Někdy jsou rodiny, který fakt maj jako vztahovou patologii, to je jako blbý říct, ale vlastně tam jsou nějaký komunikační způsoby, který fixujou určitý vzorce a někdy taky ty symptomy toho dítěte, ať jsou jakýkoli.*

R10: *No, myslím si, že je hodně důležitý to sociální prostředí. To to ovlivňuje. Vlastně tam měly ty děti nebo ty mladý lidi, který jsem si teď vybavil, tak vždycky byl nějaký problém v rodině, v komunikaci v rodině. U těch dvou chlapců, tak ty tam měli problém v komunikaci nebo schopnosti porozumění s otcem, tenhle taky tatínek velmi obtížně komunikuje s maminkou, nefunguje, ten je u maminky víc. No a ten čtvrtý vlastně taky tam je rodina, že sice je úplná, ale není to biologickéj otec. Takže taky jakoby maminka se pak znovu vdala, je tam prostě absence někde, možná i nějaký citový náplně v tý rodině no.*

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

R8: *A tohle je často takový to, jak se vyvíjí koncept smrti, třeba kolem 10–12 let, to je častý, že děti přicházejí s tímhle třeba k nám. Já myslím, že velkou roli v tom hraje to, jestli ta symptomatika souvisí s nějakou jako tranzitorní situací, s nějakou vývojovou etapou. Anebo jestli to je něco už jako hloub založený v osobnosti. A v tomhle vnímám rozdíl. Že děti, který tu symptomatiku vykazují na základě najednou jako zvýšený úzkosti, protože se něco děje, a maj blízko k tomuhle řešení, tak tam se to daří líp.*

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

R11: *Protože ono se to někdy kombinuje i s jinými poruchami, že jo. Já hodně pracuju s poruchami příjmu potravy a u těch tam jsou taky rysy OCD často.*

R9: *Ale musím říct, že mírně obsedantní symptomy se teda vyskytují i v hodně jiných diagnózách, nikoli jako OCD, ale jako taková kontrola úzkosti těmi obsedantními mechanismy, aniž to dosahuje síly OCD.*

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

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

R6: *Tak ono někdy ten vývoj vede do takové schizotypální nebo někdy až schizofrenní podoby. Tam samozřejmě je to prognosticky velice špatný.*

7.3 Přesvědčení týkající se nejlepšího léčebného přístupu

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

Respondenti zmiňovali určité preference v souvislosti s léčebným přístupem k OCD u dětí, které se pak odrážely v jejich praxi. Jak již bylo zmíněno v rámci subtématu 1.3 Psychoterapeutické techniky, i zde bylo možné pozorovat podobnosti s výsledky studie od Valderhauga et al. (2004). Ne vždy psychoterapeutický přístup, který respondenti považovali

za nejlepší pro léčbu OCD u dětí, korespondoval s přístupem, ve kterém mají absolvovaný výcvik či jej běžně uplatňují u jiné populace osob. Kromě vhodnosti různých psychoterapeutických přístupů se respondenti vyjadřovali i k tomu, za jakých okolností je vhodné zapojovat farmakoterapii, což už bylo částečně rozebráno v rámci prvního tématu. Zpracování tohoto tématu odpovídá na výzkumnou otázku: *Jaký přístup k léčbě OCD u dětí a dospívajících považují oslovení odborníci za vhodný?*

Tabulka 5

Struktura tématu 3

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

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

Řešení symptomů vs řešení příčiny

Ústřední téma, které se v souvislosti s preferencí psychoterapeutického přístupu objevovalo, bylo zdůraznění redukce symptomů vs zdůraznění hledání příčiny OCD a její řešení. Krystalizoval se zde v podstatě rozpor mezi užitím KBT a přístupů, které cílí na porozumění příčině, významu symptomů. Někteří respondenti preferují kombinaci těchto dvou cest práce spolu se zaměřením na širší kontext života dítěte.

Čtyři respondenti zmiňovali **důležitost KBT**, považují ji za nejlepší metodu první volby (z toho byli dva terapeuti s KBT výcvikem). Mezi zmiňované přednosti KBT patřila hlavně její strukturovanost a rychlá evidentnost výsledků.

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

R6: *Hrozně důležitý je ten behaviorální nácvik. KBT je hrozně důležitý, alespoň z mého hlediska. Protože přece jenom ty rodiny jsou zajaty v takovém tom ujišťování a tak.*

R2: *Výhoda je ta, jak je to vlastně krátkodobý, tak já si tím ten čas úplně nezasekám a vím, že pak budu moct přijmout zase někoho dalšího.*

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

R9: *Tak, kam směřuju, snažíme se s tím dítětem porozumět významu toho symptomu. Co to vlastně taky znamená, jo. Co to vzbuzuje. Proč zrovna tohle, jo, a to po dlouhý době relativně, si myslím, že se nějak daří. Ale neříkám, že je to víte, neříkám, že to dítě vyjde úplně vyléčený. Říkám, že nějaký reliktů zůstávají často, ale není to tak, aby to omezovalo život v plné jeho kvalitě. Samozřejmě hitem současnosti je KBT, ale z mého hlediska, jak to vidím, má krátkodobý efekt. Jako má efekt, určitě, ale ten efekt není trvalý. To je moje zkušenost.*

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

R8: *A někdy může být dobrá kombinace. Jo, mám kolegy, který si půjčujou KBT techniky, který můžou být velmi šikovný třeba na redukci úzkosti. A může to být dobrá první pomoc, když ta úzkost narůstá. Já se snažím tu kompulzi neudělat, a co v tu chvíli pro sebe můžu udělat. Což je taková jedna větev práce. Zároveň vedle toho se můžeme dívat, s čím to souvisí, co já vlastně potřebuju ve svém životě, ale mám tu podporu a pomoc, když mi je těžko, třeba technikama. A takhle mi přijde ten souběh vlastně šikovnej.*

R11: *Jo, a proto já jako tam na začátku, když to dítě mám na těch 3 nebo 5 individuálech, tam hodně používám prvky KBT, protože stejně tak jako třeba u panických poruch nebo tak, protože tam nejdřív potřebujeme zmírnit ty projevy a tu úzkost a vědět, co budu dělat když. Já tomu někdy i říkám první pomoc nebo krizová intervence, tak tam hodně je KBT a pak jdeme po těch příčinách a hloubš jako.*

Otázka otevřenosti různým psychoterapeutickým směrům

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

R2: *Kdyby se spousta terapeutů, kteří s tím nemaj zkušenosti a chtěj to dělat, tak ok, ať to dělaj někde pod supervizí, anebo pokud s tím nemaj zkušenosti a jenom si říkaj „pracuju s dětma, tak budu pracovat se vším“, tak aby to nedělali. Bohužel. Mě vždycky mrzí, když vidím ty děti, který opravdu jako ty rodiče to nenechali bejt, oni se snažili, hledali, ty děti chodili někam do terapie. Neříkám, že vždycky to musí vyjít, ale jako mrzí mě, že když někdo chodí 3 roky někam a vlastně ten terapeut... Oni to jsou skutečný příběhy, to si nevymejšlim. Ten terapeut pak řekne, že s tím vlastně jako neumí. To, že pracuju s dětma, ještě neznamená, že umím pracovat se všema dětma. Jo a OCD samo o sobě je specifický. Jak říkám, jsem příznivcem všech terapií, ale jsou určitý věci, na který prostě jako je potřeba se zacílit. A ty úzkosti nebo třeba konkrétně to OCD je jedna z věcí. OCD samotný s tím umí jako z terapeutů... Když prostě jako spousta těch terapií na tohleto zaměřená není a když vám tam přijde někdo s OCD, tak je dobrý probírat jako rodinu, tady tohle tady tohle, ale většinou to nic nezmění. Jo, tam se fakt musí dělat něco konkrétně.*

R11: *Měl by to být někdo, kdo pracuje s dětma a já nevím ještě, jak bych to řekl, pracuje efektivně s dětma. Protože ta psychoanalýza zrovna nebo i imaginativní nebo na tělo zaměřený terapie, to je spíš jako sebepoznání nebo systematická práce pro dospělé, ale nevím, jestli úplně s těma dětma jako. Měl by to být někdo, kdo pracuje s rodinami a s dětmi, to by tam bylo kritérium, kdo je možná zaštitěnej nějakou teda spolkem nebo organizací. Ale na druhou stranu*

já to tak říkám, že i když jdou k tomu psychiatrovi nebo když je posíláme k těm psychologům, já vždycky říkám, pro psychoterapii je vždycky důležitější než třeba na chirurgii, jak si ty lidi sednou. A vy jste prostě odborníci na svůj život a jste zodpovědní i za to dítě. A když uvidíte, že vám nebo tomu dítěti to neseďí nebo že to nikam nevede, tak to prostě změňte. Problém je ten, že oni řeknou „no změňte, když není nikdo jinej.“ Tak to už jsme zase v tom začarovaném kruhu. Ale prostě měli bysme dát na tyhle své pocity. To je v té psychoterapii strašně moc důležitý.

R2: A možná taky to, že prostě holt zkusit takový přístupy, který... Dát tomu prostě vždycky čas a vidět, jestli to funguje nebo nefunguje. Ono můžete taky dělat super KBT, ale neseďnete si lidsky nebo prostě jste zrovna v blbý fázi vývoje toho dítěte nebo té rodiny.

R4: Já vnímám jako že hodně je i ten terapeutický vztah, že to hodně jakoby dělá.

7.4 Limitující faktory

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

Tabulka 6

Struktura tématu 4

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

Nedostatek odborníků

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

R9: Já si myslím, že v současné době, je tragická situace. U dětských psychiatrů nás je 3 a půl, prostě je to hrůza. A ty přívally... Dnes a denně nám volají lidi.

R3: Psychoterapeutů i dětských klinických psychologů je málo.

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

R3: Z mé zkušenosti je jich moc. V pandemii došlo k velkému nárůstu. Dřív přišel 1 do měsíce, teď klidně 5–6.

R2: Děti, to je další specifikum, a děti s OCD to už je úplná specifita. Je jich hodně a je jich čím dál tím víc. Dřív to bylo takový, že občas se někdo vyskytl. Za celou tu dobu jsem jich měl určitě třeba přes 150. Jako teď kon třeba, nedokážu říct kolik ročně, třeba okolo 30 ročně.

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

R3: Když nemám kapacitu, snažím se odkazovat jinam, ale vlastně mnohdy nevím kam, protože nejsou kapacity. Rodiče jsou ochotni zaplatit peníze, ale i tam jsou dlouhé čekací lhůty. Takže pak jsou rodiny často v úzkých.

R11: Za lepších časů se čekalo 4 až 6 měsíců. V tuhle dobu jsme víceméně obsazení. Paní asistentky nedělaj nic jinýho, než říkaj, že nebereme ani do seznamu.

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

R2: *Já nevím, jestli je to nedostatek lidí. Já si myslím, že tady po republice existuje určitě spousta šikovnejch lidí, který to dělaj, dělaj to i dobře, možná s tím mají i úspěchy, akorát o sobě nevíme.*

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

R10: *Já musím rodičům doporučit, aby si když tak nějakého psychoterapeuta našli. Protože já tady nikoho, kdo by se zabýval tadytou problematikou, neznám.*

R4: *Bohužel nemáme navázanou spolupráci s psychiatrem. My doporučujeme různě, třeba tady u nás v budově v prvním patře je paní ..., tam jsme furt posílali, ale ta už taky nebere. Spíš tedy doporučuji nějaký co znám, ale není to tak, že by tam byla spolupráce, to ne.*

R8: *Vnímám, že by bylo potřeba, aby se snáz dalo domluvit s psychiatrem, aby ti psychiatři dobře komunikovali o tom, co dělaj, co se jim zdá, čeho si všímaj. To mi přijde zásadní.*

R2: *Ideální by bylo pouze to, kdyby se o tom zaprvé vědělo, za druhé se to rychle diagnostikovalo, za třetí kdyby psychologové a psychiatři velmi jako rychle dobře spolupracovali a mohlo se to rovnou řešit na obou těch liniích.*

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

R4: *A ještě mě možná napadlo, že je málo terapeutů, který si na to OCD trůfnou, že oni říkají prostě „já to nedělám, nejsem KBT.“ Vlastně to je možná také to, že to je tak jako daný, že to musí nutně dělat někdo kdo má KBT výcvik. Já to vnímám tak, že to tak být nemusí a že pak ty začínající terapeuti nebo i jiný si na to netroufnou, ale je to vlastně škoda.*

R5: *A taky si myslím, že je spousta terapeutů, který nemá úplně třeba dostatečný klinický vzdělání, a ty pak třeba odmítají ty obsedantně-kompulzivní, ale není to o tom, že by se nechtěli zabývat jenom OCD. Oni odmítají, myslím si, paušálně jakoukoli psychiatrickou diagnózu.*

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

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

Nízká informovanost

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

R9: *Myslím, že je tady minimální informovanost. Nebo že není jako u dětí, víte, jako myslím si, že u těch dospělejch přece jenom ta informovanost je. Ale myslím si, že u těch dětí je minimální. Ale co se týče OCD, tam si myslím, že ta informovanost je malá. Malá v tom smyslu, že se to týká dětí a i malejch dětí.*

R10: *Myslím si, že je tady minimální informovanost. Já si myslím, že se o tom prakticky nemluví. Teďka všichni mluví jenom o autistech, ADHD a ještě pak ta anorexie, ale tohle si myslím, že málokoho napadne, že by se to mohlo týkat i dětí.*

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

R11: *Většinou ty rodiče objednávají dítě nebo mají tendenci objednat dítě, ať je menší nebo větší. A sebe berou jako takovej nutnej doprovod, protože to dítě je nezletilý. A já už tam na začátku trvám na tom, aby přišli celá rodina, že je potřebuju vidět celý ten systém, jako trošku odmítám, já používám ten termín, odmítám brát dítě jako do servisu.*

Dva respondenti zmínili, že se v praxi setkali s *nízkou obeznámeností s problematikou ze stran pedagogů a školních psychologů*. Což považují za tristní, jelikož právě oni mohou přispět k včasnému záchytu problému.

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

R5: *Vnímám, že je tu nedostatek literatury, jako zejména v tom edukativním smyslu, i třeba pro ty rodiče. Oni si koupěj nebo jim doporučím ty jako různé příručky od Praška, ale takový jako cíleně i na ty děcka toho moc není. Já třeba mám jako postahovanejch spousty z těch britskejch jako dětskejch organizací, pak jim to třeba přeposílám. Spousta těch lidí zvlášť tady už bejvá jako i v těch jazycích zdatná, tak jako nějak si sami s tím třeba pracujou. Jako tam co mně přijde super, že jako tam je mnohem víc propracovaný, takový jako kde to je pro ty děti i nějakou jako zábavnější formou a prostě jako hezky graficky a tak. Tady prostě bohužel nic moc nemáme.*

R10: *No spíše edukuju já, protože ty literatury moc není. Mám tady nějaký příručky o úzkostech, tak to jim třeba dám, ale je toho strašně málo. A pro děti prakticky nic, no.*

Limitované formy péče

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

R6: *No, protože někdy ten průběh je opravdu komplikovanej a závažnej, tak největším limitem jsou podle mě hospitalizace. Který v současnosti jsou vedený buďto v léčebnách, kde je často mnoho poruch chování, anebo na psychiatrické klinice, kde de facto absentuje psychoterapie. Takže dva extrémy. Nemám možnost posílat na nějaké psychoterapeutické dětské oddělení.*

R5: *Takže zvlášť u těch, kde je to skutečně až jako ohrožující, takový ty fakt jako umejvači, co se umejvaj třeba 120× denně a už maj všechno zničený, tak tam je to hodně i na tom zhodnocení, jestli by tam přicházela v úvahu nebo byla vhodná nějaká hospitalizace. Kde teda já osobně za sebe narážím na obrovskéj problém, že skutečně jako s čistým svědomím nedokážu doporučit žádný vhodný místo, kde by je mohli hospitalizovat, protože bohužel tak nějak jako vím, jak to tam chodí.*

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

R4: *Možná by byla fajn, kdyby byla nějaká linka na to zaměřená. Kde by se třeba ty rodiče mohli informovat, to by mi přišlo dobrý. Třeba i, já nevím, pět hodin denně, že by si tam zavolali.*

R4: *Jako ideálně by se mi líbilo, kdyby teda byl dětský psycholog ke kterému by mohli přijít... Kde by vlastně mohlo proběhnout nějaké to vyšetření, rozhovor s rodičem, edukace, nastavení plánu léčby s tím, že by dětský psycholog pracoval s dítětem a určitě aby ti dva nebo ty rodiče mohli docházet k nějakému jako svému psychologovi jako rodinej párovej, kdy vlastně by mohli pracovat zase s nima, s jejich jako nějakajma úzkostma, kde by oni měli vlastní podporu, takže by dítě chodilo, oni by chodili, a pak samozřejmě by byla teda ta edukace jako rodiče z té strany toho dětského psychologa. Asi by bylo fajn, kdyby to bylo třeba na jednom pracovišti, kde by byl třeba i ten psychiatr dětský nebo jakýkoli, kde třeba by se dalo odeslat kdyby to bylo potřeba.*

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

7.5 Shrnutí výsledků výzkumu

Jak oslovení odborníci pracují s dětmi a dospívajícími s OCD?

Ačkoli se způsob práce odborníků s dětmi s OCD částečně odvíjí od psychotherapeutického směru, ve kterém mají absolvovaný výcvik, případně směru, který pro léčbu dětí s OCD považují za vhodný, napříč rozhovory se v souvislosti s léčbou dětí s OCD vyskytovalo mnoho společných bodů (konceptů). Základní struktura terapeutického procesu, na které se shodovali všichni respondenti, je následující: objednání dítěte, mapování, psychoedukace, aplikace psychotherapeutických technik, případně farmak, monitoring efektu poskytované léčby,

ukončení terapie na základě dosažení předem stanoveného cíle, kterým je většinou v případě psychoterapie stabilizace dítěte, v případě farmakoterapie úplné vymizení příznaků. Všichni respondenti zdůrazňovali nezbytnost zapojení rodičů do terapeutického procesu. Vyskytovaly se různé formy a důvody jejich zapojení. Většina odborníků komunikuje s rodiči na prvním sezení, následně je příležitostně informuje o průběhu terapie. V případě potřeby dochází k zařazení rodinného sezení. Důvodem jejich zapojení bylo primárně získávání doplňujících informací a jejich edukace ohledně vhodného přístupu k dítěti. To, jak dlouho terapeut s dítětem pracuje a na co se při práci zaměřuje, by se dalo seskupit do dvou větví – zaměřenost na redukci symptomů (krátkodobé trvání) vs zaměřenost na příčiny vzniku OCD, případně životní kontext dítěte (delší trvání). Ačkoli se v souboru vyskytovaly vyhraněné případy těchto dvou pólů, mnozí terapeuti se přiklání k jejich kombinaci.

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

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

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

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

Všichni respondenti zdůrazňovali nezbytnost psychoterapie. Tu je třeba v případě závažnější symptomatiky podpořit farmakoterapií. Co se týče preference psychoterapeutického přístupu,

názory se napříč výpověďmi lišily. Nutno zmínit, že preferovaný přístup ne vždy odpovídal přístupu, ve kterém měl jedinec absolvovaný psychotherapeutický výcvik. Ve výpovědích se v podstatě krystalizovaly tři názorové skupiny. Někteří respondenti zdůrazňovali, že je nejdůležitější zaměření se na redukci symptomů pomocí KBT technik. Jiní zdůrazňovali nutnost zaměření se na příčinu OCD, čímž by následně mělo dojít k déletrvajícím efektu terapie. Někteří preferují kombinaci KBT technik spolu se zaměřením na příčinu OCD a životní kontext dítěte. Ačkoli se jedinci lišili mírou otevřenosti jiným než jimi preferovaným psychotherapeutickým přístupům, ve výsledku se většina z nich shodla na tom, že primární důležitost tkví v dobrém psychotherapeutickém vztahu.

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

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

Jak se ve svých výpovědích liší pedopsychiatři a psychologové?

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

Výzkumná část II

8. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Druhá výzkumná část taktéž navazuje na poznatky uvedené v literárně přehledové části. Jejím hlavním cílem je explorace dosavadní zkušenosti s OCD a její léčbou v rámci výpovědí dětí s OCD a jejich rodičů. Přestože rigorózní práce cílí především na léčbu OCD u dětí, autorka výzkumu považovala za důležité neopomenout v rámci výzkumu kontextuální informace související s léčbou OCD a samotnou diagnózou. Díky tomu mohou výsledná data prezentovaná formou kazuistik poskytnout komplexnější pohled na jednotlivé případy. Druhá výzkumná část doplňuje část první tím, že přispívá k získávání vhledu do průběhu léčby OCD u dětí a dospívajících v ČR.

Výzkumné otázky

- Jaká je zkušenost dětí s OCD a její léčbou?
- Jaká je zkušenost rodičů s OCD a její léčbou u jejich dítěte?
- Jaké limity v systému péče o děti a dospívající s OCD v ČR respondenti vnímají?

9. Design výzkumného projektu

Design druhé výzkumné části je též kvalitativního charakteru. Autorka výzkumu si není vědoma toho, že by tematické zaměření výzkumu bylo v českém prostředí výzkumně rozpracováno. S uvážením cíle výzkumu, specifičnosti tématu a charakteru zkoumané populace se kvalitativní přístup jeví jako vhodný. Což podporují také slova Miovského (2006), který píše, že pokud je cílem orientace či zmapování oblasti, případně se jedná o téma, které prozatím nebylo dostatečně rozpracováno, je vhodné volit kvalitativní přístup. Jeho charakteristiky, výhody a nevýhody již byly představeny v rámci Výzkumné části I, proto jim nebude věnována v této části práce pozornost.

Po uvážení cílů výzkumu, výzkumných otázek, ale také praktických aspektů a možností autorky výzkumu byla jakožto výzkumný design zvolena případová studie, respektive soubor případových studií. Jak už z podstaty vypovídá název výzkumné strategie, v případové studii se soustředíme na případ neboli na osobu, skupinu či organizaci (Mioviský, 2006). Mioviský (2006) zmiňuje následující charakteristiky případové studie. Jedná se o přístup, který sleduje předem určený případ v jeho komplexnosti, včetně souvislostí. Jedná se o přístup, který

poskytuje výchozí pole pro hledání různých hypotéz, ale také pro vysvětlení a popis určitého případu. Jak píše Shaughnessy & Zechmeister (1990), kromě toho, že lze případovou studii považovat za možný zdroj generování hypotéz pro kvantitativní výzkum, může také vygenerovat témata pro rozsáhlejší výzkum kvalitativní. Jak píše Hendl (2016), předpokladem případové studie je, že díky podrobnému prozkoumání jednoho či několika málo ukázkových případů porozumíme případům podobným.

Výhodou případové studie je fakt, že umožňuje zkoumat určitý aspekt do hloubky, a tím objevit nové souvislosti či blíže porozumět některým již známým. Také se jedná o vhodný doplněk jiných výzkumných přístupů (Hendl, 2016). Mezi negativa by však mohl patřit fakt, že, jako u většiny kvalitativních designů, nelze získaná data generalizovat (Shaughnessy & Zechmeister, 1990).

Pojetí případových studií se napříč odbornými publikacemi liší. Jedná se o flexibilní přístup s ohledem na provedení, množství a typ dat. Zaměření případů je specifikováno dle tématu výzkumu (Hendl 2016). Pro účely této rigorózní práce byly zvoleny osobní případové studie. Záměrem je vypracování exploračně deskriptivních kazuistik, které budou ilustrovat dosavadní zkušenost dětí s OCD a jejich rodičů s diagnózou a její léčbou.

Hendl (2016) popisuje následující kroky při realizaci případové studie, potažmo studií. Dané kroky byly v rámci tohoto výzkumu následovány, podrobněji jsou popsány v následujících subkapitolách. Prvním krokem **je stanovení výzkumných otázek**, v rámci čehož dochází také ke specifikaci jevu, ke kterému bude vztažen výzkum. V kontextu tohoto výzkumu se jedná o OCD a její léčbu u dětí. Dále dochází k **výběru výzkumného subjektu a metody sběru dat**. V kontextu tohoto výzkumu se jedná o jedince, kteří se v dětství/dospívání potýkali a léčili s OCD, a jejich rodiče. Za metodu sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Následuje **příprava sběru dat a samotný sběr dat**. Sběr dat probíhal polostrukturovaným rozhovorem s respondenty, jeho nahráním na diktafon a následným doslovným přepisem. Následuje **analýza a interpretace dat**. V rámci daného výzkumu se jedná o holistickou analýzu dat. Posledním krokem je **sepsání zprávy**. Zpráva by měla být zpracována tak, aby čtenáři přiblížila případ, informovala ho o nejdůležitějších zjištěních, zároveň by nemělo dojít k přílišnému zúžení, a tedy ztrátě komplexnosti. V rámci této práce se jedná o prezentaci čtyř kazuistik, každá z nich je členěna do pěti tematických okruhů.

9.1 Výzkumný soubor

Na základě výzkumného cíle a výzkumných otázek byla stanovena zkoumaná populace. Jsou jí jedinci, kteří se v dětství/dospívání potýkali a léčili s OCD, a jejich rodiče. V ideálním případě mělo dojít k získání dat jak od rodiče, tak od jeho potomka za účelem získání širšího pohledu na danou problematiku a alepoň částečné objektivizace dat. Vzhledem k předpokládaným obtížím s nalezením respondentů se však nejednalo o rozhodující kritérium a bylo stanoveno, že pokud to situace neumožní, může proběhnout rozhovor buď jen s rodičem nebo pouze s potomkem. Jak píše Boddy (2016), velikost výzkumného vzorku v rámci kvalitativního výzkumu není jednotně daná, odvíjí se od kontextu, tématu a vědeckého paradigmatu studie. Na základě četby studentstkých prací a výzkumů zahrnujících případové studie došlo k apriornímu stanovení minimálně tří respondentů z různých rodin, a tedy minimálně tří případových studií.

Kritéria pro účast ve výzkumu byla následující:

- 1) **Jedinec se v dětství či dospívání potýkal s OCD, případně je rodičem jedince, který se v dětství či dospíváním potýkal s OCD.**
- 2) **Jedinec absolvuje či absolvoval jakoukoli formu léčby OCD, případně je rodičem jedince, který absolvuje či absolvoval léčbu OCD.**

Dané kritérium bylo zvoleno z důvodu, aby jedinec, se kterým by měl být rozhovor realizován, měl zkušenost s určitou formou léčby OCD, a tím mohl přispět informacemi, které se tematicky vztahují k zaměření rigorózní práce. Dané kritérium splnili všichni respondenti kromě jednoho. Tento jedinec však nakonec byl i přes to do výzkumného souboru zařazen. Tento krok je zdůvodněn níže v rámci 4. kazuistiky (subkapitola 10.4).

Výběr respondentů probíhal nepravděpodobnostní metodou, konkrétně sebevýběrem a metodou sněhové koule. V rámci facebookové skupiny, která sdružuje jedince, jichž se týká problematika OCD, byl umístěn inzerát s prosbou o zapojení do výzkumu při rigorózní práci spolu se základními informacemi. Znění inzerátu lze nalézt v Příloze 3. Na facebookový inzerát zareagovali tři respondenti (dva rodiče, jedna žena se zkušeností s OCD z dětství). Další respondent (rodič) byl získán metodou sněhové koule. V rámci dvou případů došlo k rozhovoru i s potomkem daného rodiče. Výsledný počet respondentů je tedy roven šesti, data jsou však prezentována ve formě čtyř kazuistik. Jako motivaci pro účast ve výzkumu sdělovala většina z respondentů pomoc studentovi, přispění ke zkoumání dané problematiky, ale také potřebu o dané zkušenosti hovořit.

Následující Tabulka 7 demonstruje základní charakteristiky výzkumného souboru. Obsahuje informaci, zda došlo v rámci dané kazuistiky k rozhovoru pouze s jedincem, který se přímo potýká/potýkal s OCD (Kazuistika 4), pouze s jeho rodičem (Kazuistika 3), či s oběma (Kazuistika 1 a 2). Důvody, proč nedošlo ve všech případech k rozhovoru s rodičem i s jedincem, který se potýká/potýkal s OCD, jsou zmíněny v rámci jednotlivých kazuistik. Dále je v Tabulce 7 zmíněno, jaký typ léčby jedinec s OCD podstoupil. Každý z účastníků výzkumu pochází z jiného kraje. Vzhledem k ochraně jejich identity však není kraj, ze kterého pocházejí, uveden.

Tabulka 7

Výzkumný soubor 2

Kazuistika	Respondent	Absolvovaná léčba
Kazuistika 1	Matka+dcera	Farmakoterapie, KBT, rodinná terapie, SUR terapie s prvky arteterapie
Kazuistika 2	Matka+dcera	Farmakoterapie, psychologická péče bez psychoterapeutického zaměření
Kazuistika 3	Matka	Farmakoterapie, biofeedback, EMDR
Kazuistika 4	Žena	Žádná

9.2 Metody získávání dat

Za metodu získávání dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Volba polostrukturovaného rozhovoru se jevila jako vhodná vzhledem k tomu, že drží určitý tematický rámec, který chce výzkumník v rámci rozhovoru obsáhnout u každého respondenta, zároveň umožňuje pokládat doplňující dotazy v případě potřeby. Teoreticky byl polostrukturovaný rozhovor popsán v subkapitole 6.3, proto není jeho teoretickému aspektu v rámci této subkapitoly věnována pozornost.

Na rozdíl od polostrukturovaného rozhovoru v první výzkumné části nedošlo k apriorní přípravě přesného znění otázek, nýbrž ke stanovení okruhů a bodů, které měly být v rámci rozhovorů obsažené. Což je vzhledem k flexibilitě podoby polostrukturovaného rozhovoru adekvátní varianta (Mišovič, 2019). Důvodem byl předpoklad, že při komunikaci s dítětem bude pravděpodobně zapotřebí trochu jiná formulace otázky oproti dospělému jedinci, aby dítě otázce porozumělo. Proto byly apriorně stanovené body, které byly při komunikaci s daným jedincem zformulovány do věty tázací. Stanovení okruhů a dílčích bodů rozhovoru předcházela opětovná důkladná literární rešerše. Okruhy byly voleny tak, aby pravděpodobnost dosažení

dostatečně vypovídajících dat ve vztahu k výzkumným otázkám a zkoumanému aspektu byla co nejvyšší. Celkem se jednalo o čtyři okruhy neboli čtyři větší tematické celky. Každý z nich obsahuje několik bodů, které by měly být obsaženy v rámci rozhovoru s respondenty. Podobně jako v rámci první části výzkumu došlo k předběžnému přibližnému odhadu časové dotace ke každému okruhu.

Rozhovor proběhl zvlášť s rodičem a zvlášť s dítětem. Autorka výzkumu se chtěla vyvarovat vzájemnému ovlivňování výpovědí rodiče a dítěte. Zároveň nechtěla bránit případnému sdělení, které by nechtěli jeden před druhým uvést. Níže uvedené okruhy otázek byly rozebrány s dítětem i s rodičem, pokud byli součástí výzkumu oba. Při rozhovoru s dítětem byly vynechány některé body z anamnestického okruhu – konkrétně se jednalo o porod, raný vývoj, nemocnost v dětství, psychické onemocnění v rodině. Naopak na jeden bod z anamnestického okruhu bylo tázáno pouze dítě – konkrétně na vztah dítěte k matce a k otci. Rodiče i děti souhlasili s tím, že pokud by v rámci analýzy dat vyplynuly nějaké důležité otázky, může je autorka výzkumu kontaktovat.

Rozhovory probíhaly v období od prosince 2022 do dubna 2023. Forma a místo realizace rozhovorů byly přizpůsobeny preferencím respondentů. Ve dvou případech proběhl rozhovor v domácnosti respondentů, ve třech případech v kavárně, v jednom případě online. Průměrná délka rozhovorů činila zaokrouhleně 70 minut. Nejkratší rozhovor trval 41 minut, nejdelší 102 minut.

9.2.1 Úvod a okruhy polostrukturovaného rozhovoru

Před započítáním rozhovoru došlo k představení moderátora, k předání základních informací týkajících se výzkumu, etických zásad a k podpisu informovaného souhlasu. Byly zodpovězeny doplňující dotazy. Následoval rozhovor o níže uvedených tématech.

Anamnestické informace:

- věk dítěte
- porod a raný vývoj dítěte
- nemocnost dítěte
- rodinný stav
- psychická onemocnění v rodině
- vztah dítěte k matce a k otci
- zájmy dítěte

Symptomy OCD:

- kdy začaly/byly poprvé pozorovány

- jak symptomy vypadaly, jak se měnily, které převládaly
- kdy a jak se začaly řešit
- kdy byla závažnost symptomů nižší/vyšší
- jak vypadají symptomy nyní

Psychosociální dopady:

- vliv OCD na rodinu
- vliv OCD na sociální vztahy dítěte
- vliv OCD na školní výkon

Léčba:

- kterého odborníka a jakým způsobem vyhledali, čekací doba, v jakém věkovém období dítěte léčba probíhala
- podrobný průběh léčby
- komunikace s odborníkem, edukovanost ze strany odborníka
- motivace k léčbě
- vyhovující a nevhovující aspekty
- kdy zaznamenali momenty zlepšení
- v jaké fázi je léčba nyní
- jak se symptomy pracovali doma
- co dítěti dle subjektivního názoru nejvíce pomohlo
- limity v systému péče o děti s OCD

9.3 Metody zpracování a analýzy dat

Data byla během rozhovoru s respondenty zaznamenána na diktafon. Bezprostředně poté byla přepsána do textové podoby. Načež došlo ke smazání zvukové nahrávky, jak bylo respondentům slíbeno v rámci informovaného souhlasu (více o informovaném souhlasu viz subkapitola 9.4 Etika výzkumu). Byl zvolen proces doslovné transkripce, aby mohlo dojít k maximálnímu využití datového materiálu a nedošlo k redukci, která by mohla potenciálně způsobit absenci hodnotných dat. Po doslovné transkripci došlo k částečné redukci prvního řádu, v rámci které byly odstraněny slovní vaty. Díky tomu, že autorka práce přepsala zvukové nahrávky do textové podoby vlastnoručně, mohla se blíže seznámit s daty již během jejich přepisu. Následně došlo k opakované četbě přepsaných rozhovorů, během čehož si autorka zaznamenávala své myšlenky ve formě poznámek. Jak píše Braun a Clarke (2006) i Flick et al. (2004), opakovaná četba přepsaných rozhovorů je nezbytnou součástí analýzy polostrukturovaných rozhovorů. Prvotní myšlenky při četbě kvalitativních dat se při jejich opakovaném čtení nemusí objevit znovu a mohou při dalších krocích nabýt na užitečnosti.

Za metodu analýzy dat byla zvolena holistická analýza dat. Jak píše Hendl (2016), holistický přístup analýzy dat vyžaduje vhléd do dané problematiky ze strany výzkumníka. Necílí na rozdělení dat na mnoho jednotlivých částí, nýbrž závěry vyvozuje v posouzení dat jakožto celku. Pro přehlednost dat je třeba najít v textu určité tematické celky, kategorie, do kterých jsou data zařazena. Celistvě interpretovaná data by měla tvořit jakýsi příběh. Daná metoda analýzy nemá napříč odbornou literaturou jednoznačné teoretické ukotvení. Byla zvolena proto, že prezentované kazuistiky jsou spíše ilustrativními příklady. Nejsou mezi sebou srovnávány, nedochází k hledání průniků či rozporů. Spíše poukazují na variabilitu zkušenosti. Každá z kazuistik je prezentována izolovaně, poskytuje exploračně deskriptivní pohled na danou problematiku. Daná varianta byla zvolena převážně z důvodu vysoce heterogenního a poměrně malého výzkumného souboru.

9.4 Etika výzkumu

V rámci druhé výzkumné části byly dodržovány stejné etické principy dle APA (Howitt 2016), které se vztahovaly k první výzkumné části a které jsou popsány v subkapitole 6.4. Zároveň byl zachován princip dobrovolné účasti ve výzkumu. Účastníci studie byli dopředu informováni o tématu, cílech, průběhu výzkumu, včetně způsobu práce se získanými daty. Všichni účastníci dopředu obdrželi k přečtení informovaný souhlas, jehož podoba je přiložena v Příloze 2. Obsahuje stručné informace o výzkumu, dále je zde popsán způsob nakládání s daty včetně záruky jejich anonymizace. Aby došlo ke snížení rizika, že budou účastníci studie identifikovatelní, nejsou nikde uvedena jejich jména, ani jména jimi zmiňovaných odborníků či institucí. Všechna užitá vlastní jména či názvy institucí v rámci prezentace výsledků jsou buďto smyšlená, smazaná nebo nahrazená třemi hvězdičkami (***)). Po vypracování analýzy dat ve formě kazuistik obdržel každý účastník její podobu před tím, než mělo dojít k odevzdání závěrečné práce. Účelem tohoto kroku bylo, aby se k datům mohli vyjádřit v případě, že budou chtít něco doplnit, nebudou si přát, aby některé informace byly zveřejněny, případně aby mohli opravit potenciální nepochopení ze strany výzkumníka. Za účast ve výzkumu bylo účastníkům přislíbeno zaslání vyhotovené rigorózní práce včetně informační brožury. Účastníci také obdrželi od autorky výzkumu drobný dárek ve formě bonboniéry či čaje.

Autorka výzkumu brala v potaz specifikum přístupu k výzkumu se zahrnutím nezletilých jedinců. Došlo k podpisu informovaného souhlasu nejen jím, ale také zákonným zástupcem. Autorka výzkumu dbala na to, aby zvolila věku adekvátní styl komunikace. Také dbala zvýšené pozornosti nastolení pocitu bezpečí u nezletilého.

Na počátku rozhovoru byli všichni respondenti podpořeni k tomu, aby řekli, kdyby jim byla jakákoli otázka nepříjemná. Bylo zdůrazněno, že budou naprosto respektovány jejich osobní hranice a v případě výskytu dyskomfortu nedojde k pokračování rozhovoru týkajícího se dané oblasti. Také bylo zdůrazněno, že kdyby měli jakékoli dotazy či podněty, mohou je kdykoli zmínit jak během rozhovoru, tak kdykoli po jeho skončení.

Doslovně přepsané rozhovory obsahují informace, dle kterých by účastníci výzkumu mohli být snadno identifikovatelní, stejně tak se v jejich rámci vyskytují velmi citlivá témata. Z daných důvodů nejsou doslovně přepsané rozhovory přiloženy jakožto příloha této práce. Jak bylo přislíbeno, zvukové nahrávky rozhovorů byly ihned po jejich přepsání smazány. Přepsané rozhovory jsou umístěny v uzamčeném počítači autorky výzkumu.

10. Výsledky

Výsledky výzkumu jsou prezentovány ve formě čtyř kazuistik. Rozhovory s respondenty byly velmi obsáhlé, do jednotlivých kazuistik byly vybrány takové informace, které jsou stěžejní ve vztahu k cíli, výzkumným otázkám a tematickému zaměření výzkumu. Data získaná z rozhovorů jsou v rámci každé kazuistiky členěna do pěti okruhů/kategorií: základní anamnestické informace, projevy OCD, psychosociální dopady, průběh léčby, limity a podpůrné faktory. Těchto pět okruhů bylo zvoleno na základě kategorizace získaných informací. Zmíněné anamnestické údaje se vždy týkají výhradně jedince, který se potýká/potýkal s OCD, nikoli rodiče. Ne ke všem předem stanoveným bodům v rámci polostrukturovaného rozhovoru se všichni respondenti vyjádřili, některé odpovědi naopak rozvedli velmi podrobně. Proto výsledné kazuistiky dokonale nekopírují dopředu stanovené body a tematické okruhy. V případě realizace rozhovoru s rodičem i s dítětem je daná kazuistika rozdělena na dvě části – informace z rozhovoru s rodičem a informace z rozhovoru s dítětem. Rozhovory s rodiči měly zpravidla delší trvání, děti byly méně sdílné. V rámci některých aspektů lze pozorovat rozpory mezi výpovědí rodiče a výpovědí dítěte. Informace z rozhovorů jsou doplňovány přímými výroky respondentů v jejich přesném znění, které jsou vyznačeny kurzívou.

10.1 Kazuistika 1 (Eliška)

Základní anamnestické informace o dítěti

Věk	17 let
Porod	v termínu a bez potíží
Nukleární rodina	Narodila se do úplné rodiny, od 9 měsíců věku byla ve střídavé péči. Sourozence nemá.
Abnormality v raném vývoji	zvýšená fixace na matku, častá nemocnost, špatná adaptace na MŠ
Vztah s rodiči	<p>Eliška vztah s matkou považuje za dobrý.</p> <p>Vztah s otcem považuje za chladný. Po rozchodu rodičů se stýkali z počátku pravidelně. Postupem času spíše nárazově. V současnosti se 4 roky neviděli.</p> <p><i>Eliška: Já jsem se s tátou teďkon už 4 roky, myslím, neviděla. Takže teďkon můj vztah s tátou je vlastně jako nijakej. A předtím se to vlastně docela měnilo. Vím, že nějakej čas to bylo takový, že jsem k němu nechtěla jezdit, že to bylo fakt jako těžký, že jsme si moc nerozuměli. Potom přestal pracovat na nějakou dobu, a to začal bejt v pohodě. Začali jsme si jako rozumět, těšila jsem se k němu a tak. A pak zase byl stejnej jako předtím. A pak jsme se přestali celkově nějak jako scházet. Asi jsem se naučila teďkon žít bez něj. Spíš mi chybí to jeho dobrý já než to, kdy jsme se nějak jako oddalovali.</i></p>
Psychiatrická heredita v rodině	<p>Nikdo z rodiny nebyl diagnostikován. Matka však u otce své dcery popisuje symptomy hromadící poruchy.</p> <p><i>Matka: Shromažďuje věci, nemeje nádobí, všude plíseň, hromada věcí jako, nedá se tam vykoupat, protože vana plná věcí, tam nějaká rozebraná motorka nebo něco. Pak vlastně když už se nedalo v tom baráku ani hnout, tak koupil byt, a ten byt začal taky jako zastavovat, zabordelovat.</i></p>
Významný stresor v dětství	<p>Ve věku 9 měsíců otec vyhodil Elišku i její matku z domu.</p> <p>Následovaly spory o dítě.</p>
Současné studium	1. ročník střední obchodní školy
Zájmy	hra na ukulele, chození ven s kamarády, hraní si s Maxíkem (pes)

ROZHOVOR S MATKOU

Projevy OCD

První projev OCD, který matka u své dcery pozorovala, byl 14 dnů po nástupu Elišky na základní školu, tedy v 7 letech (měla odklad). Matka má na daný moment velmi podrobnou vzpomínku.

Tak u dcery to začalo úplně v jeden okamžik, v jeden den, bylo to 14 dní přesně po nástupu do základní školy. Pamatuju si úplně na ten okamžik. Eliška dostala angínu a já jsem ji vezla k mámě, aby ji máma hlídala, už byla v důchodu v tu dobu. A oni bydlej v paneláku. Uplně si pamatuju, jak jsem přivolala výtah, výtah přijel, otevřela jsem dveře a Eliška jako nešla. Řekla jsem „Eliško, pojď, zdržujeme výtah, někdo chce jet“ a ona hrozně nešla, něco tam jako blbla, myslela jsem, že tancuje, nevim, a ona tam jako přetřepkávala dlaždice nebo tam bylo lino v tu dobu, jak tam byla ta čára, tak to jako přetřepkávala. Já říkám: „Eliško, jako pojď!“ Fakt to trvalo několik minut, mně to přišlo jako věčnost. A pak jsem šla, popadla jsem ji, vzala ji do toho výtahu a ona spustila. Začla rvát vlasy, mlátit hlavou do zdi a úplně byla jako nepříčetná. Pak jsme museli dojet dolů, aby si dokončila ten rituál.

Z počátku se OCD projevovalo hlavně překračováním.

Ty úplně první projevy? To bylo, že překračovala věci. Pamatuju si, že jsme šly po přechodě a ona musela přetřepkávat ty věci.

Ale také potřebou realizovat určité činnosti dvakrát, hlavně co se množství snědeného jídla týče.

Ale v to období ona musela všechno dělat dvakrát. Takže musela sníst dva rohlíky, takže ona si cpala ty rohlíky do pusy, pak je zvracela, musela vypít dvě sklenice mlíka, pak to prostě vyzvracela.

Následné projevy OCD v průběhu času variovaly, matka uvádí několik příkladů.

Fakt toho bylo strašně moc. Já si pamatuju, že boty, když si obouvala crocsy, že se nesměla nártem dotknout ty boty. Pak ve škole třeba říkala, že musí za každým písmenkem „a“, který vidí, ale i u člověka, co sedí vedle, udělat 10 teček. Pak musela nějak kopat do aktovky ve škole. Pak bylo období, že se nechtěla převlíkat. Prostě měla jedno oblečení, a to nosila. Nesměla jsem převlíknout peřiny, nesměla jsem vyměnit, vyprat závěsy a dát nový závěsy. Musela

pokládat věci, co zvedla ze stolu a několikrát někam položit. Hrozně dlouho se sprchovala, že si jako nemohla ukončit to sprchování.

K hovoru o symptomech matka i dcera z vlastní iniciativy používaly externalizační techniku.

My jsme to jako personifikovaly, že má skřítko v hlavě, kterej jí říká, co má dělat. Myslím, že já jsem ho nazvala jako, že jsem to já jako první řekla, že je to skřítek, už vůbec nevím, jak k tomu došlo. Pak vlastně dlouho jsme říkaly skřítek.

Když se matka dcery zeptala, proč musí rituály vykonávat, komentovala to tím, že jí to říká skřítek. Když dané rituály neudělá, tak se prý stane něco špatného, nikdy matce konkrétněji neřekla co.

Když se dcera snažila provedení rituálu zabránit, reflektovala somatické projevy.

Hlavně když to neudělala, tak jí začly bolet ruce hrozně. Měla fyzickou bolest, jako od končetin jí postupně začalo bolet celé tělo.

Intenzita symptomů byla dle matky navázána na školní prostředí, o prázdninách byly symptomy mírnější. Symptomy byly také intenzivnější, když se vrátila do školy po úzdravě z angíny, kterou opakovaně trpěla.

O prázdninách to bylo rozhodně lepší, když jsme jeli někam na dovolenou, tak byla vlastně úplně v pohodě. A jakmile začla škola nebo holky se s ní nebavily nebo my jsem tady zažily hroznou paní učitelku, takže paní učitelka vždycky něco udělala, pak se to zhoršilo. Vždycky to tak bylo, že měla angínu, a pak se to hodně zhoršilo.

Matka popisuje, že kromě symptomů OCD pozorovala u své dcery v určitém období symptomy sociální fobie.

Pak měla i období, se začínající pubertou, že nechtěla vycházet vůbec ven, absolutně nechtěla, protože se bála, že bude zase někde něco přetřepávat a že třeba v obchodním centru na ni budou divně koukat. Proto jsme dělaly tréninky, aby byla schopná chodit ven. Nechtěla ani tady se psem, do obchodu, do školy jsem jí vlastně vozila. Měla jako úplně sociální fobii.

V současnosti matka považuje stav dcery, co se OCD týče, za stabilizovaný. Potýká se však se sebepoškozováním.

Občas tedy jako má nějaké nutkavé myšlenky, ale už s nima umí pracovat. Že to už umí potlačit. A pak vlastně až teďkon to sebepoškození. Má pořezaný nohy, ruce.

Psychosociální dopady

Dle matky mělo OCD u dcery nejvýraznější dopad na školní prostředí a její školní výkon. Spíše než samotná diagnóza byl hlavním činitelem negativní přístup, nespolupráce a nepochopení psychických potíží Elišky ze strany třídní učitelky.

Já jsem byla za paní učitelkou říct, že Eliška má takovýhle problémy, že má léky, že začala brát antidepressiva. Že kdyby se něco jako dělo, ať mi to řekne, abych o tom věděla. Že vůbec nevím, jak na to bude reagovat a co a jak. A paní učitelka řikala: „Jo, jasně, jasně.“ Pak jsem byla na třídní schůzce, a tam byly takový ty tečky červený a černý jako za chování a nějaké kluk a Eliška měli samý černý puntíky. Tak jsem šla za paní učitelkou jako co se děje, že žádnou zprávu nemám, že jsem jí říkala, ať mi jako dá vědět. Řikala: „No, to prostě nejde, Eliška je jako úplně divoká. O hodinách tady skáče po stolech.“ Já jsem ji informovala, ale vůbec to nechtěla pochopit.

Dle matky se třídní učitelka podílela také na narušení přátelských vztahů mezi Eliškou a spolužáky.

*Tím, jak pracuju tady a chodí do *** děti, se kterýma jsem jezdila na školku v přírodě a znám se s těma rodičema, tak jsem věděla, že paní učitelka si zvala ty rodiče a hlavně ty blízký kamarádky Elišky a říkala jim, že se s Eliškou nemaj vůbec kamarádit, že se s ní nemaj bavit. Dětem říkala, že Eliška je divná, že to má tady takhle divný. Takže ona se vrátila po nemoci a oni na ni takhle jako: „Fuj Elino, my víme, že to máš v hlavě divný.“*

Nepochopení učitelky a posměšky ze strany spolužáků vedly k tomu, že Eliška odmítala chodit do školy.

Několikrát, třeba jednou dvakrát týdně, se stalo, že mi volala, že je na záchodě, že chce skočit z okna, že tam nechce chodit, že je hrozně nešťastná, že ji nikdo nemá rád.

Pak nastala situace, která se stala „poslední kapkou“, po které se matka s Eliškou rozhodly pro změnu školy.

A poslední bylo, že Eliška měla nějaký lepší období a měli jet na školu v přírodě. Já jsem Elišce vyplnila tu přihlášku, jako že jede, a ona to dávala paní učitelce, ona řekla „tak ty Eliško fakt

nejedeš“ a vrátila jí to. To byla poslední kapka. Šla jsem za panem ředitelem, že takhle fakt ne. On řekl, že nejsou učitelky, a doporučil, aby Eliška odešla jinam.

Změnu školy zpětně hodnotí jako dobré rozhodnutí.

**** je supr. Eliška neměla vůbec žádný problémy ve škole. Fakt ji tam měli rádi, věděli taky o všem, o všech problémech. Spolupracovali se mnou. Nebylo to jako ideální, ale bylo to rozhodně lepší než tady. Učitelé byli výborní. Myslim, že jí fakt zachránili život, takže i to teda pomohlo určitě.*

Kromě dopadu OCD na školní oblast Elišky matka uvádí vliv potíží na své osobní partnerské vztahy.

Já už jsem opravdu třeba 7 let sama. A vůbec si nedovedu... Nebo před těma sedmi lety jsem si nedovedla představit, že bych třeba měla chlapa. Kterej chlap by tohle ještě u nevlastního dítěte vydržel, že jo. Myslim si, že by to nedal nebo ani jsem na to neměla jako sílu.

Průběh léčby

Ihned poté, co matka zaznamenala první manifestaci symptomu OCD, začala shánět odborníka, prvotně pedopsychiatra. Po několika neúspěšných telefonátech sehnala pedopsychiatricku s čekací dobou jednoho měsíce.

*Celej ten den, co se to stalo poprvý, tak byla jakoby v nějakym afektu a furt dělala nějaký divný věci. A já jsem hnedka sedla, začla jsem obvolávat nějaký psychiatry. Samozřejmě nikoho jsem nemohla sehnat. Až pak vlastně jsem zavolala paní doktorce ***, která nás asi za měsíc teda objednala.*

Pedopsychiatricka na prvním setkání potvrdila diagnózu OCD a předeepsala medikaci.

Pak jsme se k ní dostaly a ona okamžitě jako potvrdila diagnózu, dala jí léky okamžitě, ale jako nic moc jinýho mně neřekla.

Matka byla medikaci otevřená. Dcera medikaci akceptovala i přes to, že se jí otec snažil přesvědčit, že jsou léky špatné.

Ale když se ještě stýkala s tátou, tak jeho rodina vůbec neuznávala jakoukoli medikaci. Říkali Elišce: „Elo, neber to, to je chemie, to ti ubližuje.“ Ale jako naštěstí byla rozumná a probíraly

jsme to. Takže naštěstí dala na mě, takže v tom problém nebyl. Ale byla vždycky nahlodaná, když přijela od táty.

V průběhu času brala různé léky z kategorie SSRI.

Brala Citalec, ale pak to přestalo... Měla pocit, že už jí to tolik nepomáhá, tak změnila lék. Začala brát Fluoxetine Vitabalans 20 mg, v první třídě brala Asentru, ale po té šlela.

Matka si pamatuje pouze přibližně, jak návštěvy pedopsychiatričky probíhaly.

Já si úplně nepamatuju, jak na začátku. Protože když byla fakt malinká, tak jsme na ty první sezení asi pravděpodobně šly spolu. Ale vůbec nevím. Co si pamatuju, tak Eliška... Jsme tam hodinu, Eliška je tam třeba 40 minut, a pak jdu já sama. A vlastně co pamatuju, tak to takhle probíhalo.

Současné schůzky s pedopsychiatričkou popisuje matka následovně.

Většinou se jako zeptá, jak se máme, zeptá se mě, jak se já mám. Vždycky mi tak jako shrne, co se stalo s Eliškou. Řekne mi, že v tom a tom se zlepšila, to a to je potřeba. Dřív jsme hodně řešily, že byla na mě hodně fixovaná. To bylo asi tak jediný, co jsme řešily. Většinou jako nic moc neřešíme.

V období, kdy Eliška brala Asentru, byla hodně excitovaná. Z daného důvodu došlo k jejímu vysazení. Následovalo období bez jakékoli medikace, což vedlo k nenadálému zhoršení symptomů, úvaze matky o hospitalizaci dcery a následnému předepsání alternativní medikace.

*Přestala brát ty léky, protože zlobila v tý škole, a pak se vlastně strašně úplně zhoršila, nebyla schopná fungovat normálně. A termín jsme měly až za měsíc, někdy, já jsem potřebovala teď okamžitě nějakou pomoc. Víím, že jsem jí vzala do auta, jeli jsem do ***. To bylo první, co mě napadlo.*

Podnětem k úvaze o hospitalizaci bylo uvědomění matky, že dcera se v průběhu dne věnuje pouze rituálům, ničemu jinému. Zároveň začala projevovat sebedestruktivní chování.

Už dělala jen samý rituály a už nebyla schopná dělat nic jinýho. Nebyla schopná vnímat, nespala. Ve škole se držela, pak přišla domů a bylo to příšerný, v noci brečela, tak jsem jako ležela vedle ní, bavily jsme se o tom a ráno to bylo nanovo. Byla nešťastná a říkala „já už to nechci takhle v tý hlavě mít“ a mlátila tou hlavou a začala si ubližovat. Vždycky se kousla do

*rtu, tekla jí krev, to už vlastně byla poslední kapka. Bylo to fakt tak hrozný, že jsem ji popadla a jely jsme do *** na nějaký příjem.*

Zkušenost s tamějším příjmem hodnotí negativně.

Tam to byla pro mě hrozná zkušenost teda. Tam jako nic neporadili a říkali: „Jo, máte zavolat.“ Říkali: „No to my tady s vámi nic neuděláme.“ Já jsem brečela, byla jsem úplně nešťastná. Řekli, že mám zavolat sanitku, když se něco takového děje.

Následně jely do dalších nemocnic s prosbou o pomoc.

*Takže tam nás nevzali, pak jsem jela myslím do ***, tam také nic, pak jsem jela do ***, tam nám řekli, že nás nemůžou vzít a doporučili nás do Centra rodinné terapie.*

Od té doby spolu Eliška a její matka začaly chodit na rodinné terapie do daného centra. Zaměřovaly se tam primárně na vzájemnou komunikaci. Vzhledem ke kapacitním nedostatkům začaly po několika sezeních docházet na rodinnou terapii jinam, dvakrát se jí zúčastnil také otec Elišky a prarodiče.

Tam jsme řešily hodně jak se k Elišce chovat, protože otec Elišky, ten to jako trošku jako popíral, že má nějaké problémy. Takže i ten tam jednou nebo dvakrát byl a naši dvakrát a tam jsme hodně řešili tu komunikaci. Je to zátěž pro celou rodinu.

Kromě pedopsychiatrické péče a rodinné terapie se matka rozhodla na základě doporučení na internetu shánět pro Elišku také individuální psychoterapii. Motivací k danému kroku byly též měsíční rozestupy mezi návštěvami psychiatricky, matka chtěla zajistit pravidelnější péči.

*Byly jsme u paní doktorky ***, a pak jsme byly pozvány za měsíc na tu hodinu a já jsem si říkala, že potřebuju někoho jako ještě dalšího. A i tak právě jsem se dočetla, že by bylo fajn někoho najít, že právě paní psychiatricka se mnou bude řešit medikaci, ale že je potřeba ještě nějakou terapii.*

Přibližně dva měsíce po první návštěvě pedopsychiatricky sehnala matka psychoterapeutku s KBT výcvikem, ke které Eliška docházela dva následující roky. Matka byla otevřená psychoterapii jakéhokoli zaměření, prioritně se však zajímala o KBT. Hledání psychoterapeutky hodnotí jako problematické, sehnala ji díky doporučení známé osoby.

Spíš jsem se potom dočetla, že KBT terapie, v čem to jako spočívá. Hledala jsem KBT terapeuty, zjistila jsem, že velmi často je ta terapie placená. Když už dělali jako děti a KBT, tak to byli

*často soukromí psychologové a placení. A já jako matka samoživitelka si to prostě nemohu dovolit. Takže jsem hledala někoho, aby to zaplatila pojišťovna. A shodou okolností tahle paní magistra *** měla výcvik. Takže to byla jako náhoda. Ale brala bych asi cokoli. Kdybych měla peníze, volím KBT. Tím, že si to nemůžu zaplatit, tak jsem brala, co bylo.*

Na psychoterapii docházela dcera především sama. Pokud nastala nějaká závažná situace, požádala matka psychoterapeutku o konzultaci.

*Eliška převážně chodila sama k paní magistře ***. Byla jsem asi dvakrát s ní, že se vždycky něco dělo, jsem jí napsala, jestli můžu přijít s ní.*

Matka považuje za zajímavé, což zjistila během konzultací s odborníky, že většinou vnímala problém jinde než její dcera.

Ale vlastně velmi často, přijde mi to zvláštní, že velmi často i na tý psychiatrii, i když jsme byli u tý psycholožky, tak velmi často Eliška viděla problém úplně jinde než já, takový vlastně, co řeší za problém.

Matka několikrát opětovně zvažovala možnost hospitalizace. Odradila jí však negativní zkušenost s komunikací s personálem, ale také negativní reference rodičů v rámci facebookové skupiny.

*Během těch 11 let, ale to bylo třeba 3×, že to bylo fakt jako špatné, že nám bylo řečeno, že jako hospitalizace. Dokonce už jsem měla domluvený... Byla jsem se podívat na psychiatrii. Jsem se nějak vnutila v ***. Tam teda je to úplně hrozný, fakt je to strašný. A to jsou takový ty ošklivé budovy. Takže já jsem říkala: „Já nevím, jestli chci, aby tady moje holčička byla.“ Pak jsem volala do *** na psychiatrii, tam jsem mluvila s tou primářkou a ona prostě říkala: „Jo no, matka samoživitelka, to je jasný, to je jasný,“ Ted' mi začala jako povídat vlastně proč má ona OCD. A já jsem... Ono to tak prostě asi je, ale vlastně jak, že za to vlastně jako můžu já. „A děláte tohle? No jo, to dělaj všechny jako. Tak pak se nedivte.“ Fakt, takhle se mnou mluvila. Jako pro ni je to asi denní chleba, nevím. Mně to přišlo hrozné.*

Pak jsem samozřejmě i pátrala na facebooku, zkušenosti lidí a všichni mě od toho hrozně odrazovali. Psala jsem si ještě s jinou maminkou, která taky měla starší dceru a říkala: „No, ta se mi vrátila ještě v horším stavu.“ Několikrát jsem o tom uvažovala, ale nikdy hospitalizovaná nebyla.

Eliška dodnes dochází na psychoterapii, avšak v o dost nižší frekvenci, cca jednou za měsíc. K pedopsychiatře také stále dochází, medikaci stále bere.

Vnímané limity a podpůrné faktory

Za jeden z největších nedostatků systému péče o děti s OCD v ČR matka považuje nedostatečnou informovanost ze stran odborníků o tom, jak při léčbě onemocnění postupovat. Z daného důvodu vyhledávala informace na internetu, převážně v rámci facebookových skupin.

Ale myslím si, že mi hrozně chybělo to, že bych šla někam, a tam by mi řekli: „Takže vy potřebujete... Eliška musí brát léky, terapie, psychiatr, rodinná, něco.“ Opravdu péče o celou rodinu, něco jako komplexního, někdo kdo by mi, alespoň jedna jako osoba, která by mi řekla po čem se mám... Ne, že mi někdo dá kontakty a termíny, ale kdo mi řekne, co je potřeba.

Také postrádala komplexní informace o OCD a souvisejících aspektech na internetu.

Nějaký jako komplexní. Když dáš OCD, tak ti všude vylezou, co je to OCD, kompulze, jaký můžou být a konec. Ale takový ty jako opravdu, když už seš jako v tom, potřebuješ sebe nějak opečovat v tom, abys byla schopna pečovat o to dítě a ještě abys byla schopná nějak reagovat na to, že to okolí na tebe pohlíží jinak, jako že jsi selhala jako matka, že máš prostě strašný dítě, tak to je hrozný, pro mě to bylo fakt strašný.

Dále za velký nedostatek považuje nedostatek odborníků a jejich kapacit, což se projevilo v několikanásobném odmítnutí přijetí do péče.

*Já jsem tady opravdu od rána do večera obvolávala. Vzala jsem z internetu seznam a prostě jsem jela jednoho po druhým. Odmítali. Říkali, že prostě nemůžou vzít. Nebo že děti, to jako ne. A myslím, že pak až asi druhý den jsem přišla do práce, zase jsem sedla a obvolávala. Ale kolik jich mohlo být, jako fakt hodně, jako desítky. A tu psychologku, to jsem taky sháněla strašně jako, to vlastně až po tý, co mi ta paní *** dala kontakt, ale taky jsem obvolávala jako několik dní jsem zkoušela úplně všechny. Já už jsem fakt jako opravdu zkusila i různé linky bezpečí, jestli by mi někoho doporučili a tak. Takže fakt to byly jako desítky. Trvalo to.*

Matka také mnohokrát zmínila, že postrádala podporu a pochopení ostatních lidí, přátel.

Já jsem opravdu potřebovala jako fakt pomoc. Já jsem opravdu potřebovala, aby Eliška měla úlevy. Abychom byly schopný řešit daleko důležitější problém než třeba jako nevím, škola, chování, výchova, to je jedno, já jsem potřebovala řešit to, aby byla schopna normálně žít život.

Pak bude řešit to, jestli ve škole je schopná jako otočit stránku nebo jako jo, to bylo úplně na druhým místě. Tak takový to informovanost a pochopení.

Takže v tu chvíli jsem spíš narážela na to, že jsem slyšela nějaký rady od kamarádek, jak mám nebo nemám vychovávat. Jakože ta Elina neumí pozdravit. A pak jsem jediné slyšela jako „vychovej si to dítě“. Mně je jedno, že nezdraví upřímně. A když jako slyšíš, že máš hrozný dítě nevychovaný, tak je to hrozně nepříjemný. Já jsem říkala, že se omlouvám, ona umí zdravit, nezdraví, protože ona toho není schopna.

Matka dále negativně hodnotí zkušenost s psycholožkou z pedagogicko-psychologické poradny. Bylo pro ni šokující, když od paní psycholožky obdržela zprávu, že dcera je plně v pořádku i přes to, že si procházela obdobím závažných symptomů OCD.

Třeba před tím se přišla i dívat paní psycholožka ta z pedagogicko-psychologický poradny na Elišku a vždycky říkala: „No ona už je v pohodě, ona to OCD nemá, ona je jako v pohodě, ona si tam o přestávce povídala s holkama.“ A takový, to mě jako hrozně rozčilovalo. Já jsem jí právě říkala, že máme problémy s tou paní učitelkou, která tam Elišku takhle stresovala hrozně, šikanovala. Tak ona se na ten popud šla podívat a řekla mi, jak to skvěle funguje, že Eliška je veselá, žádný OCD, že všechno jako v pořádku.

Co se týče podpůrných faktorů ve vztahu k sobě i k dceři, vyzdvihla matka především psychoterapii, ale i sebe samu.

Rozhodně беру to, že na psychiatrii chodíme kvůli medikaci, ale to, co mně třeba pomohlo, byla psychoterapie a psychologická péče. Jako co jsem já měla a Eliška.

*Myslím, že nejvíc ji pomohla magistra *** s KBT. Eliška to říká, to jí strašně pomohlo. Ta ji naučila nějaký strategie, co má dělat v tom konkrétním okamžiku, když něco... To myslím, že to, jak je na tom teďkon, co se týká OCD, tak to je díky ní. A pak si myslím, že já jsem jí pomohla hodně.*

ROZHOVOR S ELIŠKOU

Rozhovor s Eliškou proběhl s odstupem přibližně tří týdnů od rozhovoru s její matkou.

Projevy OCD

Eliška u sebe počátek rozvoje symptomů OCD datuje do věku 7 let. Na dané období si vzpomíná matně. Symptomy, se kterými se potýkala, považovala za samozřejmé. Nevěděla, že by se mohlo jednat o neobvyklé projevy. Matka si však symptomů poměrně brzy všimla a potíže začaly řešit.

No, já vim, že jsem tomu jako nerozuměla. Že jsem z toho byla docela jako zmatená, co se to jako děje, proč to tak mám a tak. A vlastně mi to jako nepřišlo... Přišlo mi to samozřejmé, byla jsem z toho zmatená, ale nepřišlo mi to jako že bych to třeba musela říct mámě nebo tak. Až si toho máma jakoby všimla a začly jsme to nějak řešit.

Podoba obsesí a kompulzí se v průběhu času měnila. Respondentka si vybavuje jen některé z nich. Obsese se většinou týkaly úmrtí blízké osoby. Případně neměly konkrétní obsah, jednalo se pouze o úzkostný pocit, který vedl k nutkání vykonat určitý rituál. Kompulze měly nejčastěji podobu toho, že musela různé činnosti dělat 2×.

No, tak ty myšlenky většinou byly takový... Jakože jestli neuděláš tohleto, tak ti třeba umře děda. Nebo takovýhle věci. Většinou to byl třeba i jako špatnej pocit. Že jako, nebylo to takový, že bych si řekla, že když to neudělám, tak budu mít špatnej pocit. Ale prostě jsem věděla, že mám takovou jako úzkost nepříjemnou. No, a ty rituály byly. Vim, že nějaké... Jako ono se to docela měnilo. Ale takový to, když to bylo jako nejhorší, tak to fakt bylo úplně každou chvíli. A většinou to bylo jako že jsem třeba něco musela opakovat. Pamatuju si, že to už bylo jako ze začátku, že když jdu po chodníku, tak že tam byly různý takový čáry a tak, tak že jsem musela každou dvakrát přešlapovat. No a takovýhle věci. Vim, že byl i čas, kdy jsem se jako dvakrát myla. Že hodně věci jsem musela opakovat dvakrát.

Eliška v souvislosti s obsesemi prožívala nejen subjektivně negativní emoce, ale také somatické symptomy.

Cítila jsem úzkost, a pak se mi to ještě tak jako, třeba jsem cejtla jako tlak v rukách a takový. Nevim. Taková směs stresu, úzkosti, smutku.

V současné době se Eliška s obsesemi ani kompulzemi téměř nepotýká, v životě ji neomezují. Někdy se nějaké nutkání či vtíravá myšlenka objeví, umí s nimi však pracovat, většinou formou odpoutání pozornosti.

Většinou, když mám třeba nějaký jako těžší období, tak se mi to vrací. Ale dokážu s tím bojovat asi úplně v pohodě.

Psychosociální dopady

Eliška vnímala vliv OCD především na potřebu vyhýbat se určitým aktivitám. O OCD se styděla a dodnes stydí hovořit. Projevy se proto snažila před okolím co nejvíce skrývat, což pro ni znamenalo vynaložení velkého úsilí.

Vím, že jsem se za to hodně styděla. No, tak jako přede všema. Vim, že jako mluvit o tom jsem se celkově fakt styděla. I teďkon je to pro mě těžký, že jako to o mně ví málo lidí, a ještě ke všemu, když to jako někomu říkám nebo máme nějakou tokovou tu deep talk, že jako si říkáme o našich životech, tak většinou, když to jako říkám taky, tak se cejtim blbě, že bych se jako propadla. I když vím, že nemám za co. Ale prostě chápu, že to jako ostatní lidi, co to nezažijou, že to může jako vypadat divně prostě. Bylo to těžký i kvůli tomu, že jsem se bála jít třeba do obchodu, že něco budu muset udělat, že to někdo uvidí. Ale já jsem naštěstí... Všichni z rodiny mi to říkali, máma hlavně, že to umim dobře skrývat.

OCD ovlivnila i její vztahy s přáteli, nebyla však schopna popsat jakým způsobem. Další negativní dopady neuváděla. Uvedla však pozitivní vliv OCD na prohloubení vztahu primárně s matkou, ale také s celou rodinou. Myslí si, že díky OCD je schopna se členy rodiny hovořit otevřeněji.

Průběh léčby

Eliška si na průběh léčby vzpomíná poskrovnu. Pokusila se popsat alespoň útržky vzpomínek, které si vybavuje.

V rámci pedopsychiatrické léčby docházelo především k rozhovoru Elišky s pedopsychiatrickou o účincích medikace, o OCD a dalších aktuálních problémech Elišky. Eliška se z počátku obávala brát léky z důvodu negativního postoje otce, postupem času se však její postoj k medikaci změnil.

No, já vím, že když jsem léky měla začít brát poprvé, tak jsem se toho hrozně bála, protože mě hrozně strašil táta. On byl takovej přírodní a tak vždycky. Takže jsem z toho byla úplně, fakt jsem se bála. Ale teďkon jakoby ono to asi není úplně nic zdravýho pro tělo, ale na druhou stranu je to asi lepší než pokračovat v tom, co bylo, když mi to pomůže.

Dále si Eliška z návštěv pedopsychiatričky vybavuje relaxační cvičení.

Já vím, že jsme docela často jeden čas cvičily relaxování a že mi to docela pomáhalo. Že když jsem byla jako nervózní nebo tak, tak jsem si na to vzpomněla a zkoušela jsem si to doma a docela mi to pomáhalo. Pamatuju si, že to bylo třeba něco, že ležíme a pod náma je mrak a co si mám představovat, jaký části těla.

Eliška navštívila v průběhu života více psychologů. Návštěvy jí však splývají dohromady, opět si pamatuje pouze drobné útržky. V rámci sezení u prvního z nich si vybavuje hlavně rozhovor o potížích spolu se snahou o readukci kompulzí a záměrným vystavováním se úzkosti.

Tam jsme si vždycky jenom povídaly. Řekla, že jakoby co musím udělat, na co pak myslím a tak. A většinou mi řekla, že to jakoby musím zkusit nedělat.

Dále si vybavuje metodu sand play/sand tray a externalizační techniku.

Pamatuju si, že jsme dělaly, že jsem měla nějaký jakoby nějakou bednu s pískem, a tam jsem měla rozestavět panáčky jako svoji rodinu, to si pamatuju. Pak jsem malovala skřítky.

Vnímané limity a podpůrné faktory

Eliška popisuje, že nejvíce jí pomohla změna školy poté, co se potýkala s nepochopením svých potíží ze strany učitelky a třídního kolektivu.

Tak určitě změna školy. Já jsem měla blbou školu, mě tam šikanovala učitelka a děti. Bylo to fakt jako dost hnusný. To jako podle mě mi úplně změnilo život. Protože sice to nebylo úplně nejúžasnější, jak by to mohlo být, ale byla jsem víc v klidu a nemusela jsem řešit stresy ve škole. To, že mě nemaj rádi a tak. Mohla jsem být víc v klidu a soustředit se na sebe a na OCD.

Jiné limity či podpůrné faktory neformulovala.

10.2 Kazuistika 2 (Tereza)

Základní anamnestické informace o dítěti

Věk	14 let
Porod	bez potíží
Nukleární rodina	Narodila se a vyrůstá v úplné rodině. Má devítiletou sestru.
Abnormality v raném vývoji	častá nemocnost a bolesti hlavy, opakovaná léčba antibiotiky
Vztah s rodiči	dobrý
Psychiatrická heredita v rodině	děd z matčiny strany hospitalizován v psychiatrické nemocnici, diagnostikován hraniční poruchou osobnosti, ADHD, specifickými poruchami učení
Významný stresor v dětství	nebyl
Současné studium	Dokončuje 9. ročník ZŠ, bude nastupovat na Střední školu architektury a interierového designu.
Zájmy	kreslení, jóga, keramika

ROZHOVOR S MATKOU

Rozhovor s matkou proběhl v období hospitalizace dcery na dětském psychiatrickém oddělení.

Projevy OCD

Rodiče Terezy jakékoli projevy OCD nezaznamenali. O potížích, se kterými se jejich dcera potýká, se dozvěděli až poté, co se Tereza v září roku 2022 pokusila o sebevraždu, a z daného důvodu byla hospitalizována na dětském psychiatrickém oddělení v ***.

Já jsem symptomy nikdy nepozorovala. Nikdy jsem si toho opravdu nevšimla. Až když se pokusila o sebevraždu, snědla 40 prášku, vzala je doma, já jsem třeba kdysi brala antidepressiva, ty tam byly. Sestra ji našla. Už to bylo vstřebané, ani jí nepumpovali žaludek. Takže až tam jsme se dozvěděli, že má OCD a co má vlastně, jak se to projevuje.

Rodiče se postupně začali dozvídat, s jakými obsesemi a kompulzemi se dcera potýká/potýkala. Klinický obraz OCD byl pestrý. Matka uvádí následující příklady symptomů.

*Ale my jsme vlastně zjistili až posléze, že třeba... My jsme přijeli z dovolené a ona si vyházela všechny krabice, co má u stolu, a musela si to srovnat. To bylo pravidelný. Ale nikdy nás nenapadlo, že je to obsese. Že si chodí často mejt ruce, to jsme taky nevěděli. Nebo že chodí na záchod, ale pak nám řekla, že nepotřebuje na ten záchod, že musí chodit. A když jsme někam s manželem jeli třeba nakoupit nebo jsme jeli do ***, tak nám volala, že něco potřebuje, ale ona to nepotřebovala. Ona měla to nutkání, že se nám něco stane. Takže ona si třeba rozbila mobil, protože pokud by ho nerozbila, tak se něco stane. Nebo „musíš si roztrhat tohleto, jinak dostaneš pětku.“ Já jsem se jí ptala, jak se to u ní projevovalo, a ona říkala, že se bála, že je zoofil. Nebo že se bála, že nám ublíží. Nebo se bála, když byla u babičky na prázdninách, že jí můj bratr znásilní. Takže měla takovýhle stavy. My jsme to nevěděli. Ona i chodila pozdě do školy, protože se musela vrátit, jestli zabouchla. Taky nám to ze školy nikdo nedal vědět, že chodí pozdě, ale ona chodila třeba o 5 minut. A s tímhle se ona prala sama.*

Dle matky se symptomy OCD začaly u dcery objevovat od 5. třídy ZŠ. Jedná se však o informaci, kterou jí sdělila Tereza. Jak již bylo zmíněno, matka u ní symptomy přímo nepozorovala.

Psychosociální dopady

Matka výrazné psychosociální dopady onemocnění na život dcery negovala. Co se dopadů na rodinný život týče, hovořila o OCD spíše v pozitivním slova smyslu tak, že léčba OCD odvedla pozornost od manželských neshod.

No, já myslím, že nás to s manželem stmelilo. Než se to stalo, tak jsme měli krizi, hádali jsme se. A ovlivnilo nás to, ale tím, že ten život šel na stranu. Že se nám život smršknul práce nemocnice, práce nemocnice.

Matka si nemyslí, že by OCD ovlivnila dceřiny vztahy s přáteli.

Nemyslím si. Teď za ní chodí do nemocnice. I spala u kamarádky, má dobrou kamarádku, ta její kamarádka je zdravotní sestra, ta to vzala úplně v pohodě.

Ačkoli kvůli hospitalizaci zameškala ve škole mnoho hodin, na její prospěch to vliv nemělo, známky má stále výborné.

Průběh léčby

Tereza se poprvé do rukou odbornků dostala v rámci hospitalizace po výše zmíněném pokusu o sebevraždu. Z psychiatrického oddělení však po brzké době odešla na základě žádosti rodičů o negativní reverz. Rodiče nesouhlasili s nasazením antipsychotik bez podrobného ospravedlnění. Negativní reverz měl mimo jiné za následek kontakt s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí.

Vyloženě nás donutili k tomu, abychom podepsali ten negativní reverz. Ale na sociálce to podaj tak, že my jsme žádali, že my jsme se bránili lékům. Já jsem jen chtěla vysvětlení. Já jsem říkala, že kdyby jí tam nechali čas na ty antidepressiva a zjistili, že to nepomáhá, neřekla bych ani slovo. Ale ona je měla týden. Tak to nemohli přece zjistit.

V návaznosti na hospitalizaci dcery se matka snažila sehnat ambulantního pedopsychiatra a psychologa. Termín u pedopsychiatra obdrželi poměrně rychle. Pedopsychiatřka Tereze předepsala Asentru, kterou bere dodnes. K pedopsychiatrčce docházela převážně v doprovodu otce cca jednou za tři týdny.

Bylo to strašně těžký je najít. Ale my, když se pokusila o sebevraždu, tak jsme okamžitě obvolávali. A vlastně když ji propustili, tak ani ne za týden jsme jeli k psychiatři, že jí zrovna někdo vypadl. Takže jsme měli opravdu štěstí.

Po dlouhém hledání rodiče nakonec sehnali psychologa v místě bydliště. Jednalo se o psychologa na přímou platbu (1000 Kč za hodinu individuální terapie). Jeho specializací byla krátkodobá strategická terapie, koučink, mediace, hypnoterapie. Tereza k němu docházela jednou týdně, též v doprovodu otce. Matka o průběhu psychologických sezení nemá mnoho informací. Pouze ví, že docházelo k rozhovoru o obsesích a jednou došlo k aplikaci hypnózy.

Promluví si s Terezou, pak si pozve manžela a většinou se manžel dozví, že má ty obsese už dobře zvládnutý. Oni si povídají. Ona mi říká: „Mami, my si povídáme a dneska mě poslouchal.“ A jednou říkala, že jí dal do té hypnózy, a to se jí líbilo.

Ačkoli rodiče ani dcera nejsou s danou psychologickou péčí plně spokojeni, jsou rádi, že ji mají.

My bychom chtěli psychologa terapeuta, protože s tou terapií nejsme spokojeni, ale jsme rádi, že někoho má.

Po návratu z hospitalizace Tereza mimo jiné absolvovala vyšetření u klinického psychologa za účelem zhodnocení, zda jsou u ní přítomny psychotické symptomy.

Byli jsme akorát na Rorschachovi u klinického psychologa. Tam jsme se sami objednali, protože jsme chtěli vědět, i paní psychiatřka, jestli je potřeba právě těch antipsychotik. Řekl, že by jí možná pomohly, ale že nevidí žádnéj psychotickéj rozpad osobnosti. A že je trošku paranoidní. Tam byla zpráva jako pozitivní.

V únoru roku 2023 byla Tereza znovu hospitalizovaná, opět z důvodu pokusu o sebevraždu (pravděpodobně spíše demonstrativního) ve formě spolykání prášků. Matka to nazývá sebevražedným pokusem, dcera však záměr spolykání prášků komentovala tím, že se chtěla omámit, nikoli zabít.

Ona ale tvrdí, že to nebyl pokus o sebevraždu, ale že se chtěla sjet. My jsme ten Neurol jí nikdy nedali, měli jsme ho doma jen s téma antidepresivama zamčenej. A ona si vzala 4. Udělalo se jí dobře, ale jen na chvíli, tak si vzala další 4. A to už jí dostalo dolů. Já jsem byla na cvičáku, manžel na závodech, ona byla v posteli, když jsme přijeli domů. Byla jedna hodina odpoledne. Říkám: „Terko ty sis ani neudělala ten oběd.“ Tak šla s manželem do kuchyně udělat si špízy zeleninový, protože nejí maso. Snědla to a říkala, jak to bylo dobrý. Pak s náma hrála ještě společenskou hru, my jsme to pořád nepoznali. Já jsem to poznala asi až za 3 hodiny, když manžel odešel do posilovny, ona za mnou přišla a mumlala. Říkám: „Terezko, co je, co sis vzala?“ Ona řekla jen „postel“. Tak jsem zvedla postel a tam bylo plno platiček.

Načež matka dceru odvezla do spádové nemocnice. Doktoři jí nejdříve řekli, že ji brzy propustí. Následně však tamní psychiatr usoudil, že dokud matka nenajde pro dceru místo v dětské psychiatrické nemocnici, zůstane v nemocnici spádové.

A vlastně oni jí nejdřív dali naději, že půjde domů. Tak já říkám: „Nemohla by tu být do pátku?“ Já jí nechtěla domů. Takže ona počítala s tím, že půjde domů. Pak přijde psychiatr a udělá z toho guláš. Co on tam napsal, oni ji nepustěj ani ven. Oni nám ji nedaj domů. Ona bude teď ležet v nemocnici a až se uvolní místo, tak ji můžeme převézt.

Matka pro dceru našla místo v ***. Dané nemocnice se však obávala, jelikož na ni měla negativní reference. Doslechla se, že léčí pouze medikací. Matka si však přála, aby dcera byla

lčena také psychoterapeuticky. Její největší obavy se týkaly případných antipsychotik. Preferovala by Dětskou psychiatrickou nemocnici Opařany z důvodu nabízeného psychoterapeutického programu. Tam však v dané období neměli kapacitu přijmout nového pacienta.

*Chtěla bych zkusit ty Opařany, protože tam mají terapii. Do Opařan jsme volali, i z nemocnice tam volali, není tam místo. V ***, tam to není. Ona je v kontaktu s holkama, který s ní byly v ***. Tak říkám: „Zeptej se jich, jak to v *** bylo s terapií.“ A ony jí napsaly, že něco jo, ale oproti *** to bylo nulový. Že v *** to bylo lepší. Ale stejně víc řešily prášky než podstatu problému. A teď si říkám, holku v pubertě před přijímačkama narvou těma antipsychotikama. Mě nepřesvědčili o tom, že to potřebuje. Mně teďka psychiatřička i ten psycholog řekli, že ona už ty obsese nemá, že ty antidepressiva zabíraj, ale že tam jsou i deprese přidružený. Když vám to podaj tak, že jí bude slinit a poteče mléko z prsou, tak člověk o tom nemá dobrý mínění. Ale strašně bych chtěla, abych ji našla nějakou pomoc prostě. Já kdybych neměla ten strach z ***, tak jí tam taky dám. Ale já si říkám, že když bude 3 měsíce zavřená v *** a daj jí jenom prášky a nepomůžou jí, tak se pak vrátí domu a zase to udělá.*

Vnímané limity a podpůrné faktory

Matka za stěžejní problém současné péče o děti s OCD považuje nedostatečnou informovanost o onemocnění a jeho léčbě ze stran odborníků. Její zkušenosti z komunikace s některými odborníky a institucemi vedly k tomu, že ztrácí důvěru v systém péče o děti a dospívající s psychiatrickou diagnózou.

Furt mám nějaký takovýhle otázky. Že nikdo mi neřekne nějakou vizi. Já jsem od nikoho neslyšela nějakou prognózu, nějakou vizi, nějakou postup.

*Když jsme měli první setkání s psychiatřičkou v životě, jeli jsme do ***, paní psychiatřička si jí poslechla, ona jí řekla 2 věty a ona řekla „okamžitě hospitalizace“. A já jsem do toho opět vstoupila, že: „Ano a dokážete mi zaručit, že jí tam nebudou ubližovat, že jí tam budou léčit, že tam bude mít tu péči, kterou potřebuje?“ A odpověď byla: „Ale ona tam nejede za odměnu.“ „Takže tam jede za trest?“ Ona mi řekla: „Ta záchranka, která pro ni přijela a ta léčba v nemocnici taky něco stála.“ Takže to bylo první setkání s psychiatrem. Místo toho, aby nám něco vysvětlila, byli jsme v tom poprvé, tak nás takhle odrovnala, že jsem tam brečela já, brečela tam Tereza. Takže už dostanete facku od začátku. A pak už přestáváte věřit tomu systému. Protože když vám řeknou, že jí chtějí trestat, čím jí tam budou trestat? Že jí zfetujou,*

*holku, která doted' byla bezproblémová, která má nějakou nemoc. Tak jsem si říkala sakra, kde to žijem, připadala jsem si v jiným světě. V tu chvíli člověk ztrácí důvěru v nemocnice. A pak když na vás vyhrknou, že jí daj antipsychotika, tak to je další, co dostanete ránu. Já kdybych tam nezavolala, tak mi to ani neoznámili. Já si říkala, že mi zavolaj, že mi daj vědět, když chtěj dát tak silnou léčbu. Nebo že zjistili, že má bludy. Já bych tam kdykoli do *** jela. To mi taky vadí, že to s váma nikdo neprobere. Není na vás čas. Neudělají si ani chvilku na to, aby vás informovali. Když přijdete do nemocnice na chirurgii, řeknou vám, že budete operovaní, proberou s váma tu operaci, budou vás informovat. Nebo já nevím. Kamarádka onemocněla rakovinou, v jedné nemocnici jí chtěli udělat tuhle léčbu, ale ona si to nechala zkonzultovat v jiný, kde jí nabídli jinou léčbu, všichni to s nima probírali. Tak proč to nemůže být i v psychiatrii?*

Protože i dovolat se tam je problém, to mi třeba vadí.

Vyloženě že by mi někdo řekl, co to OCD obnáší, to ne. Musela jsem si to všechno načíst. V tý psychiatrický léčebně nám neřekli nic, když ji propouštěli. My měsíc neměli ani zprávu. Jsme šli k psychiatři a nevěděli jsme, co jí říct. Žádná informovanost nebyla.

Matka se na základě své zkušeností staví kriticky také k hospitalizacím na dětských psychiatrických odděleních či v psychiatrických nemocnicích, ve které též ztratila důvěru a vnímá je pouze jako místo, kde dochází k zamedikování dětí na úkor psychoterapeutické péče.

Já nepotřebuju, aby mi to dítě někde zavřeli, já potřebuju, aby se někde léčila. To je ten rozdíl. Já nejsem proti tomu, aby byla v léčebně, i mně se uleví, nebudu mít takovej ten strach, budu moct normálně zase žít. Ale chci, aby ta holka měla péči, kterou potřebuje. A to je ten problém, že v těch léčebnách to prostě není. Nechci, aby se mi vrátila unavená holka pod práškama, mimo.

Já se nebráním hospitalizaci, ale chci, aby to mělo nějaký efekt.

Matka celkový systém péče o děti s psychiatrickými diagnózami považuje na základě své zkušenosti za hroutící se. Kromě nedostatku dostupných psychoterapií pro děti upozorňuje na obtížnost atestační přípravy dětských psychiatrů.

To je celkově systém. Tam zaspali, celkově se zaspalo. Švagrová dělala sestru v Bohnicích a říkala, že doktoři na to poukazují už takových let. Že se to prostě hroutí. A celkově ty terapie

tady nejsou, nejsou tady skupiny. A proč dětský psychiatr musel doted' dělat nadstavby studia, proč musí být na chirurgii a na interně? Je to celý na hlavu.

Je to bezvýhodná situace. A těch dětí narůstá víc a víc a doktorů a pomoci je míň a míň.

Za další limit považuje nedostatek dostupných informací o OCD u dětí na internetu.

Já si myslím, že na internetu nejsou dostatečný informace. Jsou tam informace, co se pořád opakují.

Dále by matka ocenila možnost setkat se s rodiči, jejichž děti se též potýkají s OCD. Například ve formě řízených skupinových setkání.

Třeba kdyby tady byly takový ty terapie, třeba i skupinovky. Že by se tam mohli setkávat i ty rodiče. Aby se prostě nějaká ta podpora, protože nikdo, kdo tím neprochází, tak vás nepochopí.

Že ani třeba nemám možnost s nějakýma rodičema mluvit, který si tím prošli. Nic takovýho tady není. Člověk se v tom prostě plácá hrozně sám.

Matka za limit považuje také nedostatek psychoterapeutů a jejich kapacit. Shánění odborné pomoci pro dceru u ní vedlo k pocitům bezmoci.

*Hledala jsem někoho, kdo dělá KBT. Nepovedlo se mi sehnat nikoho, kdo by to dělal a měl by volno. Je to hrozný. Včera jsme se o tom bavili s manželem, říkala jsem: „Dnes volej ty, já už nemůžu.“ Když voláme někomu, že potřebujeme pomoc, znova to vysvětlovat, žádonit. Já prosím i o to, aby nás dali na čekačku třeba za 3 měsíce, ale ani to tam není odezva. Oni se třeba ani neozvou. Jen napíšou „nemáme“. Já říkám: „Můžete nás dát na nějakéj waitlist, cokoli?“ „Ne.“ Když jsem zavolala do ***, tak říkali: „My nemůžeme brát mimo***.“ Já jsem zkoušela i odlehčovací služby, cokoli.*

Matka by si přála, aby v ČR existovala okamžitě dostupná pomoc pro děti, u kterých se rozvine psychické onemocnění, včetně podpory pro jejich rodiče.

Ten jiný přístup k těm dětem. Ta terapie těch dětí. Nějaká ta pomoc. Že by tady něco mělo bejt, když se to stane, aby ty rodiče měli okamžitou pomoc a nemuseli žádonit.

Za limit považuje také stálý, subjektivně vnímaný výskyt stigmatizace duševních onemocnění ve společnosti.

Ještě pořád je v tý naší společnosti takový to odsouzení. Máš psychický dítě, to seš jako špatná a všechno je špatný a koukaj lidi skrz prsty.

ROZHOVOR S TEREZOU

Rozhovor s Terezou proběhl z důvodu hospitalizace s odstupem přibližně dvou měsíců od rozhovoru s matkou. V mezidobí došlo k některým změnám, například k vyhledání jiného psychologa. To je jedním z důvodů, proč některé informace uvedené Terezou neodpovídají informacím uvedeným její matkou.

Projevy OCD

Tereza datuje začátek projevů OCD k období přibližně osmi let svého věku. Podoba symptomů se v průběhu času měnila. Na počátku se jednalo především o rituály bez konkrétních myšlenkových obsahů, které vykonávala proto, aby se cítila dobře.

No, ze začátku bylo takový to, taková naivita, jako že jsem se musela trefit do nějakýho kelímku nebo tak. Nebyly to nějaký jako brutály, ale bylo to třeba jenom dvakrát pinknout, dvakrát hodit a tak.

Okolo desátého roku se objevila potřeba mít vše perfektně uklizené.

A potom to začalo, když mi bylo nějak 9–10, tak to začalo spíš tím, že jsem musela mít všechno perfektní a uklizený, to teď tolik nemám, ale tady v tom jsem to měla fakt hrozný, že jsem si třeba do tří ráno jen uklízela. Jen abych měla na místě to, co patří, i aby vevnitř to bylo perfektně srovnaný, v každým šuplíku, v každý krabičce, a v tom ty věci musí být srovnaný.

Potřeba usilovat o subjektivní pocit perfektnosti se následně začal okolo 12 let objevovat i v dalších kontextech.

Stupňovalo se to tím 12 rokem, že jsem všude, na všech sociálních sítích, musela mít stejnou profilovku, zprávy roztríděný, všechno roztríděný, tapetu dobrou, tohle tamto všechno muselo bejt stejný, že třeba můj styl v pokoji se musel rovnat stylem na instagramu a stylem v telefonu, všechno muselo bejt takhle nalajnovaný a srovnaný.

Pokud se u Terezy vyskytly obsese, měly takřka ve všech případech charakter obavy z toho, že se něco stane jejím blízkým.

Mohlo by se stát, že by někdo unesl ségru, že by třeba začala hořet škola a tak.

V návaznosti na tento typ obsesí Tereza popsala kompulzivní chování za účelem snížení pravděpodobnosti, že se blízkému člověku něco stane.

Ono to spíš je takový, že když to udělám, třeba nevím, teď kon shodím tadyto na zem nebo sestru přejede auto. A když to neudělám, tak jí to auto přejede. Ale když to udělám, tak jí to auto ne že jí vyloženě nepřejede, ale že už se toho neobávám. Že je furt šance, že by jí přejelo, takže mě to neujistí na 100 %.

Okolo 12 let se začala potýkat se symptomy OCD, které se projevovaly obavami z bacilů, což vedlo ke kompulzivnímu mytí rukou.

A pak se mi v těch 12 rozvinulo takový strašný mytí rukou a tak. To si pamatuju, kdy to začalo. Bylo to, že jsem si každý den musela mýt vlasy, všechno mýt, všechno drhnout. To bylo spíš z tý hygienický stránky, že jsem se toho bála. Bacilů jsem se bála a tak.

Dle Terezy se intenzita symptomů stupňovala do období věku 12–13 let, pak začala reflektovat postupné zlepšování stavu.

A to se vyhrocovalo až do 12, trochu 13, pak to začalo stoupat dolů.

Tereza říká, že intenzita symptomů OCD byla nižší v obdobích, kdy zažívala subjektivní depresivní pocity.

Jakoby, když jsem byla v depresích, tak mi bylo všechno jedno, takže jsem to moc nedělala.

V současnosti se se symptomy OCD občas potýká, avšak v nižší míře. Se symptomy je schopna pracovat.

Pořád se to objevuje, ale přijde mi, že se dokážu mnohem víc bránit.

Se symptomy OCD pracuje pomocí techniky, která se v určitých aspektech podobá KBT technice kognitivní restrukturalizace.

Tak si řeknu: „No, proč bych to měla dělat, já to prostě neudělám.“ A když to třeba přijde, když to neuděláš, tak se třeba stane ségře tohle. Tak se snažim vyvrátit ty věci, říct, si, proč by se to nemělo stát, říct si jako minus, jako asi se to logicky nestane, protože teď je ve škole, tam se jí nic nestane, je tam i mamka a tak. A řeknu si, abych tomu nevěřila, a pak se nebudu obávat toho, že by se jí něco stalo, a pak to logicky neudělám.

Psychosociální dopady

V rámci rozhovoru o psychosociálních dopadech onemocnění Tereza zmiňovala především vliv OCD na svůj školní výkon, především při vyplňování testových úloh.

Ve škole mě to omezovalo v tom, že jsem nemohla v klidu psát test, když jsem to neměla pořádně. Jakože pořádně, nemohlo to být nějak načáraný nebo přeškrtaný. Protože když to bylo přeškrtaný, tak mě to jako u toho testu vystresovalo.

Co se týče přátelských vztahů, Tereza nereflektovala jejich výraznější narušení. Říkala, že kamarádi pouze zaznamenali to, že si často myje ruce.

Co se rodinných vztahů týče, rodiče o potížích Terezy dlouhou dobu nevěděli, ničeho si nevšimli. Rozhodla se jim o svých potížích neříct. Jako důvod zmiňovala to, že na OCD byla zvyklá. Neměla pocit, že by jí ztěžovala život. Naopak jí symptomy někdy přinášely libé pocity, například poté, co si uklidila pokoj.

Jakoby, jak už jsem na to od malička byla zvyklá, tak jsem to nebrala, že mi to tak ničí život. Protože někdy, když jsem si to i uklidila, tak jsem byla šťastnější a řekla jsem si prostě, že to je úplně v pohodě a že to nemusím nějak řešit.

Tereza neměla tendenci zatahovat členy své rodiny do kompulzivního chování. I přes to však reflektuje, že OCD na vztahy v rodině určitý vliv měla. Respondentce vadilo hlavně to, že nechápali, proč jí určité věci vadí, což vedlo k hádkám.

Hm, no spíš tak jako, že mě něco vadilo a ty lidi nechápali, proč mi to vadí, ale mně to prostě strašně vadilo, takže ty lidi to moc jako nepochopili. Pak kvůli tomu vznikaly akorát hádky.

Průběh léčby

Tereza byla, a stále je, v péči pedopsychiatra i psychologa. K tomu dvakrát absolvovala hospitalizaci – v dětské psychiatrické nemocnici a na dětském psychiatrickém oddělení.

K ambulantní pedopsychiatričce, která působí velmi daleko od jejího bydliště, dochází jednou měsíčně. V rámci jednotlivých setkání spolu hovoří o Tereziných náladách a o účincích medikace.

Ta psychiatricka se mě vždycky zeptala, jaký to je, jakou mám náladu, kdyžtak mi upravila prášky, kdybych třeba byla moc to, ale nebylo to jakože bychom se nějak extrémně vidaly, je to takový spíš o tý medikaci.

Když bylo Tereze 13 let, docházela na konzultace k sociální pracovníci. Po první hospitalizaci začala na místo ní docházet k psychologovi. Setkání se sociální pracovnící zpětně hodnotí velmi pozitivně, s psychologem nikoli z důvodu pocitu nezájmu z jeho strany.

*Prvně jsem chodila k jedný psycholožce, ta byla jakoby sociální pracovníce, ale k tý jsem chodila ještě předtím, než jsem byla v ***, než se to vůbec vědělo. A ta byla jako hodná, na mně jí i záleželo. A pak jsem chodila k tomu psychologovi a ten mi přišel, jako by se to co nejvíce snažil prostě protáhnout. Za jednu tu hodinu mu táta platil skoro 1000. Protahoval to strašně. Někdy i telefonoval, jednou telefonoval půl hodiny a pak semnou půl hodiny mluvil a nechal si to od táty zaplatit celý.*

Ze strany sociální pracovníce cítila větší zájem o to, aby jí bylo lépe. Sociální pracovníce však neměla zkušenost a kvalifikaci pro práci s lidmi s duševním onemocněním. Proto k ní Tereza přestala docházet.

Přišlo mi, že semnou probírala úplně všechno. Záleželo jí na mně. I ve svém volném čase za mnou přišla do nemocnice. Byla taková, že se semnou fakt snažila, cvičila to semnou, každý den pro mě něco vytiskla.

Spíš to bylo tak, že ona není jako specializovaná na to OCD, mi nedokázala nějak pomoci. Ale jakoby byla dobrá. Ona spíš byla na ten stres ve škole, kvůli kterému jsem k ní chodila.

Ze sezení s psychologem si vybavuje vybavuje hypnózu.

Měla jsem si lehnout a dával mi takhle tužku s tím, že jsem byla taková, že jsem se nemohla skoro hýbat, ale slyšela jsem ho. A on byl, jakože mi říkal, bylo to jako relaxující, to jo, ale pak říkal, ať si představím, že vyhazuju všechno problémy do koše, což mi nějak jako nepomohlo.

Tereza také měla pocit, že psycholog devalvoval její potíže.

Přišlo mi, že mě ten psycholog jen snažil přemluvit, že jsem úplně v pohodě a že to, co je dobrý, a že se mě snažil přesvědčit, že jsem v pohodě a dát mi to do tý hlavy. Spíš říkal, že je to normální a že když jsem měla špatný období za sebou, tak vždy odpověděl, že to jsou hormony a tak.

Tereza však zároveň dodává, že některé aspekty sezení s psychologem jí pomohly. Jednalo se především o techniku podobnou kognitivní restrukturalizaci a plánování, jak jednat v případě výskytu symptomů.

Taková jako myšlenková mapa, jak jakoby zacházet s tím OCD, jak třeba co dělat, když se bojím nejenom s tím OCD, ale když se bojím, že se mi něco stane, jako i s tou paranoiou. A prostě ptal se mě i... Řešili jsme plus a minus, proč by se to mělo a nemělo stát. A i takovou věc, že jsem si psala do notýsku, co mám dělat a jestli jsem odolala nebo ne. A říkal, že vždy, když tomu neodolám, tak to mám udělat tři krát. A když to udělám třikrát a udělám to zase, tak zase třikrát. Což jsem moc nedělala.

V době mezi psychologickými sezeními si zapisovala podobu obsesí a kompulzí včetně myšlenek probíhajících v hlavě během vykonávání rituálů.

Psala jsem si, co to bylo a tak. Abych si psala svoje myšlenkový pochody u toho, když se to děje.

K daném psychologovi po druhé hospitalizaci docházet přestala. V současnosti dochází na individuální psychoterapii a rodinnou psychoterapii. V době rozhovoru byly obě terapie v začátku. Tereza říkala, že prozatím probíhá vzájemné seznamování, neměla proto k tomu více co říct. Psycholožka, u níž individuální psychoterapii absolvuje, pracuje formou arteterapie. Terapie je plně hrazená v rámci sociálních služeb.

Tereza také hovořila o zkušenostech z hospitalizace. První hospitalizaci na dětském psychiatrickém oddělení hodnotí relativně pozitivně. Druhou hospitalizaci v dětské psychiatrické nemocnici hodnotí negativně, scházela jí tam psychoterapeutická péče.

*Jako v *** mi to pomohlo podle mě víc, tam to semnou trochu víc řešili. Ale oni spíš chtěli hned jít na tu medikaci. No a prostě rodiče odmítli tu medikaci. Takže to nějak jako nepomohlo a v *** to taky nepomohlo. Za 4 týdny se mnou mluvil terapeut 2×, a pak se mnou mluvil terapeut, který na to ani není specializovanej. Takže když pak mluvil s mojí mamkou oficiálně, tak mluvil o úplně jiným dítěti. V *** to bylo přísnější, sestřičky byly zlé. V *** to bylo lepší, že jsi alespoň každý den mluvil se svou doktorkou a mělš tam alespoň nějaký dvě terapie skupinový nebo nějaký relaxační, aby se líp usínalo, že tam furt něco bylo, terapie a tak.*

Vnímané limity a podpůrné faktory

Tereza žádné konkrétní limity v systému péče, vyjma nedostatečné psychoterapeutické péče během hospitalizace, nezmínila. Hovořila však o tom, že zpětně viděno si myslí, že by jí pomohlo říct o svých potížích rodičům dříve.

Podle mě by mi možná pomohlo, kdybych to dřív řekla těm rodičům. Kdybych to tak moc nezabedňovala v sobě.

Co se podpůrných faktorů týče, Tereze pomohly informace získané na internetu. Také jí pomohl čas, zkušenosti, ale i to, že se postupně učila se symptomy pracovat.

Asi postupně jakoby to naučit, zažít, naučit se s tím pracovat.

Tereza v rámci rozhovoru také nastínila, že jí pomohla informace a uvědomění toho, že OCD není něco, za co by se měl člověk stydět. Že téměř každý se někdy za život setká s nějakou obsesí, každý se v životě potýká s nějakým problémem.

10.3 Kazuistika 3 (Anežka)

V rámci třetí kazuistiky došlo k rozhovoru pouze s matkou dítěte, které se potýkalo s OCD. Důvodem byla skutečnost, že momentálně devítiletá dívka nikdy neabsolvovala klasickou formu psychoterapie, při které by o OCD hovořila. Vzhledem k tomu, že matka v současnosti reportuje u své dcery absolutní absenci symptomů OCD, nepovažovala autorka výzkumu za vhodné téma s dítětem verbálně otevírat.

Základní anamnestické informace o dítěti

Věk	9 let
Porod	císařským řezem
Nukleární rodina	Narodila se a vyrůstá v úplné rodině. Pochází z dvojčat.
Abnormality v raném vývoji	častá plačtivost, noční děsy
Psychiatrická heredita v rodině	negativní
Významný stresor v dětství	V 8 měsících věku Anežky prodělal její otec zánět mozkových blan. Během koronavirové epidemie zemřel rodinný přítel.
Současné studium	3. třída ZŠ
Zájmy	kreslení, tvoření

Projevy OCD

Symptomy OCD začala matka u své dcery pozorovat, když bylo Anežce 6 let. Začátek a rozvoj symptomů dává do souvislosti s koronavirovou epidemií. OCD se u Anežky projevovalo výhradně strachem z nákazy a s tím spojeným umýváním sebe sama. Obávala se dotyku věcí i osob. Pokud k dotyku ve spojitosti s obavou z nákazy došlo, realizovala rituální chování.

To byl tak strašně rychlej nástup. Začal covid, začalo to mytí rukou. To jí bylo 6. Ona fakt měla strach, že bude nemocná. Myla si ruce, ale ne takovej extrém. Měla strach, aby neonemocněla. „A mami, ten covid sem přijde, oni to všude ukazovali v televizi.“ Bála se asi vyloženě toho covidu. Potom se to vlastně začalo stupňovat. Přišla další vlna, tam nám umřel blízkej rodinnej přítel, a přesně za půl roku přišla další vlna, a to se to spustilo, jako kdybychom luskli prstem. To bylo: „On na mě šáhnul, on bude nemocnej.“ Hlavně to mělo spojitost s tím druhým

dvojčetem. Oni byli spolu ve třídě a ona ho furt pozorovala na co sáhlo. „Hele, on sáhl támhle na to a on přišel ze záchodu a on si neumyl ruce a jak si neumyl ruce, tak on to má taky a když na mě sáhne, tak já budu nemocná.“ Sundávala si ponožky, protože se jí někdo dotkl ponožky a ten, kdo byl na záchodě a neumyl si ruce, a teď je na ponožce ten bacil. Dveře neotevřela, protože na to sahalí všichni členové rodiny. Třeba ruce si vždy mydlila 6×.

Psychosociální dopady

V rámci psychosociálních dopadů matka hovořila především o vlivu OCD na školní oblast a zájmovou činnost dcery. Někdy musela pro dceru jet do školy a odvézt ji domů. V určitém období do školy odmítala chodit úplně.

V tom stádiu největším jsme ji museli ze školy brát, odhlásit z plavání. Kolikrát nám učitelka volala, kdy jsme si pro ni museli jet do školy.

Dále matka hovořila o výrazném zatížení rodiny včetně projevů „family accommodation“.

Někdy jsem ustoupila, protože už dál nemohla. Většinou, když jsem neustoupila, dostala panickou ataku. Takže jsem dělala, že jsem odnesla oblečení do prádelny, a když byla pryč, tak jsem složila oblečení do skříně. Nebo jsem se snažila vymejšlet různý... Ale víte co, na to nemáte energii vysvětlovat, že tam bacily nejsou.

Matka si myslí, že na přátelské vztahy dcery OCD vliv neměla. Naopak zmínila pozitivní vliv dceřiny dobré kamarádky na její psychický stav.

Ona má teda skvělou kamarádku, ještě musím říct, my bydlíme na vesnici, a ona vždycky: „Já na to nesáhnu, něco dostanu.“ A ona „prosimtě Anežko, ty jsi blázen“. Myslím, že i ta holčina jí hodně pomohla.

Průběh léčby

U Anežky došlo k výraznému rozvoji zjevných symptomů před Vánoci roku 2021. Matka v návaznosti na to (v lednu roku 2022) začala shánět pro Anežku odbornou pomoc – farmakoterapeutickou a KBT. Při tom zažívala pocity bezmoci, jelikož se opakovaně setkávala s odmítnutím. K pedopsychiatričce se dostali díky své neodbytnosti, KBT pro dceru nesehnala.

*Psychologové neměli čas, psychiatři už vůbec neměli čas. Jsem z *** kraje, takže ***, ***, ***, nikdo. Až můj manžel to nemohl vydržet, protože ta situace se tak hroutila. Ty panický ataky byly několikrát denně několik desítek minut. Manžel jel do *** k psychiatři a řekl, že jestli ji nevyšetří, tak nepůjde pryč. A vyšetřila ji.*

Já jsem vlastně hledala psychologa, psychiatra. Mně doporučil dětskej, že si mám sehnat KBT terapeuta. Seděla jsem u internetu, volala jsem, obvolala jsem 60 doktorů a všichni mi řekli, že buď nespolupracujou s dětma, a když už spolupracujou s dětma, tak jsou na půl roku obsazení. Já jsem hledala KBT a mně všude řekli, že s dětmi pod 12 let vůbec nepracujou, protože oni neumí vůbec popsat, jak se cítí.

Pedopsychiatrie

V rámci první návštěvy pedopsychiatricky došlo ke stanovení diagnózy OCD a panické poruchy, dále k předepsání medikace.

Nasadila jí léky. Prosulpin. Jenže ona potom byla furt ospalá. Tak jí to chtěla vyvážit sertralinem, ale po něm byla hrozně zrychlená.

Rodiče i Anežka byli medikaci otevření.

Ale ta medikace byla v pohodě. Ona spíš byla zoufalá, že chtěla, aby jí pomohly.

EMDR

Vzhledem k tomu, že matka nesehnala psychoterapeuta s volnou kapacitou, objednala dceru na základě doporučení své sestry k odborníkovi v Německu, který pracuje metodou EMDR.

*A sestra, která bydlí v Německu, řekla: „Co nějaká přírodní medicína, nějaký homeopat nebo něco takovýho.“ A ona mi přes známý sehnala až u *** nějakýho přírodního. Je to EMDR. Jely jsme tam, protože jsem nenašla nikoho jinýho. To byla taková z nouzecnost.*

K metodě EMDR matka ze začátku přistupovala se skepsí.

Já, když jsem tam přišla, tak jsem si říkala: „To nemůžu říct manželovi, ten si poklepe na hlavu a řekne, že jsem praštěná.“ Takový peníze, na co nejsme zvyklý, tak pro mě to bylo strašně nepřírozený.

Anežka absolvovala celkem 5 EMDR sezení z 10 doporučených. Jedno sezení stálo 80 euro. K tomu se vázaly výdaje za doporučená homeopatika a náklady spojené s cestou do Německa. Průběh tamějších sezení popsala matka následovně.

Na prvním setkání řekl: „Na, tady máš informace, do příště si je nastuduj, řekneš mi, zda o to máš zájem.“ Do ničeho mě netlačil. Přišly jsem tam, on si ji položil na takový lehátko, pak jí zkoušel mačkat různé body, to se jmenuje bodová terapie, a že začneme zlehka tímhle tím, aby se nelekla. Tak to udělal, a potom následovalo to EMDR. A on na ni mluvil, takhle jí kmital rukou před obličejem a říkal jí: „Jak se cítíš, cítíš se dobře nebo špatně na stupnici od 1 do 10?“ Vždy říkal, že žádná odpověď není špatná. Ty oční kmitočty by měly aktivovat nějakou kůru v hlavě, která se normálně nepoužívá a uvolňuje to odbourávání toho stresu. Následující den zase měla takový úzkostný stav, tak jsme holt vyhodily nějaký peníze. Přesto jsem se objednala za 3 týdny znova. Řekl mi, jaký homeopatika si mám nakoupit, jak se Anežka cítí, co si má vzít z homeopatik. Nějakým zázračným způsobem se po homeopatikách uklidnila. Pak jsme šly na druhou EMDR terapii, ta probíhala taky tak: „Jak se cítíš, myslí na něco hezkýho.“ Takže vždycky chtěla o plyšákách, je plyšáková, a on jí nastolil nějaké vnitřní klid bych řekla. A po té druhé terapii už byla asi tři dny v klidu i bez atak.

Matka byla všem sezením přítomna, EMDR dokonce vyzkoušela sama na sobě. V rámci sezení také fungovala jako překladatelka, považuje za pozitivum.

Já jsem vždy byla u toho. On většinou mluvil na mě, protože ona neumí německy, a mně vyhovovalo, že ona nerozumí, protože ona nemohla pak opakovat. Protože když jsme chodili tady u psychologa, tak oni jsou takoví neomalení, oni před těma dětma všechno říkají. Já si myslím, že by ty děti něco nemusely slyšet, protože toho pak využívají pro svůj prospěch.

EMDR terapeut došel v průběhu setkávání k závěru, že spouštěčem symptomů OCD byla smrt rodinného přítele během koronavirové epidemie. Zpracování dané události následně věnovali během sezení pozornost.

Dostali jsme se k tomu, že ji rozsekala smrt rodinného přítele, a to byl ten spouštěč. Protože oni ho měli jako dědu. Pak se na to začal soustředit, až nadpřirozeně to na mě působilo. Že ho měla ráda, že kdyby se s ním v mysli rozloučila, tak by se jí strašně ulevilo. Tak říkám: „Hele nic tím nezkazím, je to jen povídání o pocitech.“ Tak jsem to nechala být.

Po čtvrtém EMDR sezení začala vnímat zlepšení stavu dcery nejen matka, ale také její učitelka ve škole.

Byly jsme na tý čtvrtý terapii, pak mi volala učitelka: „Co jste s ní v tom Německu udělali, ona je úplně vyměněná.“ A ty symptomy, ty zlehýnka začaly odcházet. Ale současně jsme chodily ještě na tu druhou terapii. A to bylo, já nevím, v dubnu a v květnu jsme vysazovaly léky.

Poté, co dcera absolvovala první sezení EMDR, byla matka pedopsychiatrickou zkritizována, že nechala dceru podstoupit danou metodu. Načež matka Anežku objednala k jiné pedopsychiatrice. V mezidobí absolvovala Anežka vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně, kde jim doporučily vyzkoušet EEG biofeedback.

EEG biofeedback

Na základě doporučení z pedagogicko-psychologické poradny objednala matka Anežku na EEG Biofeedback, který v jednom z českých měst poskytuje fyzioterapeutka Bc. *** Na jednotlivých sezeních matka nemohla být přítomna, dále zmíněné informace o jejich průběhu matka získala zprostředkovaně od dcery, případně od fyzioterapeutky.

První setkání mělo edukativní a diagnostický charakter. Náplní dalších setkání byla již samotná realizace EEG biofeedbacku. Úvodní diagnostika stála 1600 Kč, každé následné sezení 400 Kč. Anežka tam docházela 2×–3× týdně.

No, na začátek jí udělala diagnostiku, takže jí dala přísavky na hlavu, to se propojilo s počítačem, a tam mi ukazovala, jak má extrémně veliký centrum strachu. Pak jí ukázala, tam jsem nebyla u toho, protože ono to vyžaduje, aby u toho rodiče nebyli, ukázala jí plyšovej mozek, kterej se dal rozložit na asi 6 dílů. A ona jí ukazovala, jak to funguje a kde jí to dělá problémy, to centrum strachu, jak funguje, a ona ho měla asi 10× zvětšený a ona jí říkala, že budou pracovat na tom, aby se jí to centrum strachu nezvětšovalo.

Pak si s ní povídala o těch jejích strachách a podobně. Dala jí takový přícucky na hlavu, měla se soustředit, a pro ty děti je to přímo úměrný věku. Byl tam třeba koš balónů a ona myšlenkama musela ten koš překládat do druhýho koše. A v momentě, kdy se přestala soustředit, že by se tam vkládaly cizí myšlenky, tak ono se to rozprskne. A ona jí naučila takhle se soustředit. A když pak přichází ty panický ataky, tak oni si jakoby vybaví tady tu hru, tím pádem zaměstnají ten mozek. Takhle mi to bylo vysvětlený.

V současné době matka u Anežky nepozoruje výskyt jakýchkoli symptomů OCD. Medikaci už nebere. Neví, co pomohlo nejvíce, ale je vděčná, že k markantnímu zlepšení stavu dcery došlo tak rychle.

Nevím, co pomohlo nejvíce. Vánoci to začalo, v lednu jsem to začala řešit, leden/únor dostala léky a v květnu jsme je vysazovaly. Když jsme byly u psychiatricky, tak ona mi říká: „Když jste v lednu přišli, nikdy bych nevěřila, že za 5 měsíců vysadíme léky.“ Takže jsme někdy v květnu začly vysazovat léky po půlce, pak po čtvrtce, pak jsme je vysadily úplně.

K pedopsychovi, psychologovi, ani jinému odborníkovi Anežka v současnosti pravidelně nedochází. Pouze pro jistotu absolvuje cca jednou za půl roku preventivní EMDR sezení.

Nedocházíme nyní nikam. Léky mám doma, ale nepoužíváme, máme zbytky. Jednou za půl roku/za rok zajedeme na EMDR z preventivních důvodů. Ale musím říct, on je to teď rok, krátká doba. Minimálně je to dobrý znamení, možná i nějaký placebo efekt to mělo.

Vnímané limity a podpůrné faktory

Za největší limit v systému péče matka považuje nedostatek odborníků, kteří pracují s dětmi s psychickým onemocněním. Kromě toho za limitující považuje fakt, že je zde nedostatek informací o problematice OCD u dětí, a to jak v češtině, tak v němčině. Například by ocenila, kdyby byly k dostání informace o tom, jak by měl rodič postupovat, když dítě zažívá silný úzkostný stav.

Tak jsem začala hledat. Internet, facebook, knihovna, protože informace nejsou. Vůbec nejsou informace.

Co se podpůrných faktorů týče, matka vyzdvihla kromě EMDR, EEG Biofeedbacku a léků také manuální tvorbu k odvedení pozornosti od negativních myšlenek.

Hlavně jí to v tom OCD taky pomohlo ta tvorba. Nám vždycky říkali: „Zaměstnejte jí mozek, aby se přestala soustředit a začal ten mozek přemýšlet nad tvorbou něčeho.“

Myslí si, že ke zlepšení stavu dcery přispěl také proaktivní přístup třídní učitelky, se kterou stav dcery průběžně diskutovala. Dle slov matky učitelka zabraňovala Anežce realizovat rituály ve školní třídě, ke kterým inklinovala.

Já si troufnu říct, že ta paní učitelka byla 50 % našeho úspěchu. Ve škole ji regulovala, domluvily jsme se tak. Říkala: „Můžeš jenom jednou za hodinu se mýt.“ Říkala mi, že sama s tím má osobní zkušenost a že je to pro ni strašná výzva ji z toho dostat.

10.4 Kazuistika 4 (Klára)

Jak již bylo avizováno v rámci subkapitoly 9.1 Výzkumný soubor, jeden z vybraných respondentů nesplňoval všechna kritéria výběru. Je jím žena, která se v dětství potýkala se symptomy OCD, nepodstoupila však žádný typ léčby. Nakonec byla do výzkumu při rigorózní práci zařazena proto, že poskytuje informace o možných důvodech, proč se dospívající rozhodne o OCD nikomu neříct a proč se může rozhodnout nepodstoupit léčbu. Což autorka výzkumu považovala za zajímavé doplnění ostatních kazuistik. Mimo to jsou zkušenosti daného jedince dalším z důkazů, že u mnohých dětí či dospívajících nemusí okolím dojít k zaznamenání projevů OCD a dítě se může se symptomy potýkat několik let vlastními silami. Nutno však konstatovat, že u dané ženy nikdy nebyla diagnóza OCD stanovena odborníkem. Dle popisovaných symptomů ji lze tedy pouze předpokládat. K rozhovoru s jejím rodičem nedošlo z důvodu, že ani jeden z rodičů o Klářiných potížích doposud neví.

Základní anamnestické informace

Věk	24 let
Porod	zkomplikován obmotanou pupeční šňůrou okolo krku
Nukleární rodina	Narodila se a vyrůstala v úplné rodině. Má dvě starší sestry.
Abnormality	
v raném vývoji	raný vývoj v normě
Vztah s rodiči	dobrý
Psychiatrická heredita v rodině	Není si vědoma konkrétních diagnóz, avšak velká část rodiny alespoň v některém období života brala antidepresiva.
Významný stresor	
v dětství	nebyl
Současné studium	Pracuje pro charitativní organizaci, dálkově vystudovala bakalářský obor sociální práce.
Zájmy	lezení, cyklistika

Projevy OCD

Rozvoj symptomů OCD Klára datuje do věku 14 let. Klinický obraz OCD se v průběhu času měnil. Klára se už dříve obávala motivů nadpřirozena, prokletí. Od 14 let však začala věřit tomu, že by se s danými jevy mohla potkat ona sama.

Rozvinulo se to ve 14 letech, přičemž to začalo na strachu z věcí, které mě hodně děsily už dříve. Takové nějaké nadpřirozené nebo iracionální, kterým jsem ani nevěřila. Byl to nějaký motiv prokletí, nebo když si někdo s někým vyměnil tělo, třeba ve filmech to bývalo. Ve 14 letech jsem začala vnímat první symptomy OCD, tak jsem z tohoto tématu začala mít i strach, že jsem se bála, že by to mohlo potkat mě, i když jsem nevěřila, že by to bylo možné.

Rozvoj symptomů dává do spojitosti se čtrnáctidenní návštěvou Maroka.

Rozvinulo se to asi spíš náhodou. Ale opravdu ten katalyzátor beru to Maroko. Jakkdyby těch impulzů, které ve mně vyvolávaly strach, bylo hodně. Byly jsme tam 14 dní a já každý den byla vystavena situaci, kdy jsem měla strach z těch lidí, tak se to asi nakumulovalo. Všichni tam na mě různě koukali. Já se tam hrozně bála iracionálních věcí, které mi budou chtít nějak ublížit, něco na mě proklít, uvalit, nějak nadpřirozeně mi ublíží. A od té doby to jelo.

Klára reflektovala, že z počátku se potýkala pouze s obsedantními myšlenkami týkajícími se motivu prokletí. S tím byla spojena obava, že jí někdo vezme spokojený život, který žije. S danou obavou však byla následně spojená obsese, že si to, čeho se obává, přeje. Postupně se začaly objevovat intrapsychické rituály, které měly charakter odvolávání obávaných myšlenek.

Na začátku to byly jen myšlenky. Pak to postupně přešlo v to, že cokoli se stalo, musela jsem si to v hlavě vysvětlit, projít znova, zopakovat. Postupně to přerostlo v to, že jsem sama na sebe začala ty věci přivolávat. Že jsem měla myšlenky, že si přeju, aby mě něco takového potkalo. Prvotní myšlenka, která mě provázela celou dobu, byl strach, že přijdu o to, jak se mám dobře, že mi někdo vezme ten můj život, nebo ho zhorší, ublíží. To OCD se začalo rozjíždět na tom, že jsem si v hlavě říkala, že si to přeju. Že si nezasloužím mít dobře, a tím pádem, že to chci. Následně, když to polevilo, mi došlo, že to nechci. Ale měla jsem strach, že jsem to přivolala. Takže jsem různě v hlavě odvolávala, přesvědčovala se, že to tak není, že si to nepřeju. Takhle se to cyklilo.

Přesvědčovala jsem se o tom, že si to skutečně přeju, abych přišla o to, jak dobře se mám. Protože to není fér, že se mám takhle dobře. Když jiní lidi se mají hůř. A ta kompulze byla to, že jsem to brala zpátky, odvolávala, protože jsem si to ve skutečnosti nepřála. To, čeho jsem se nejvíce bála, jsem si vsugerovala, že to tak musí být, že si to přeju. Což jsem zpětně, kompulze byly čistě v hlavě, odvolávala, vysvětlovala, snažila se přesvědčit, že to tak není. Měla jsem iracionální pocit, že to na sebe skutečně mohu přivolat.

Myšlenková kompulze zněla například takto:

„Přeju si být krásná, šťastná a zdravá, nepřeju si nic špatného, pokud jsem řekla něco v opačném smyslu, tak to není pravda a odvolávám to.“

Po realizaci myšlenkové kompulze se cítila lépe jen občas. Až poté, co se OCD začalo projevovat fyzickými kompulzemi, začaly mít kompulze ulevující účinek.

Jak se nemoc v průběhu měnila, já jsem začla mít i kompulze fyzické, tak to bylo ulevující. Protože když jsem vykonala fyzickou kompulzi, k úlevě došlo. Ale u psychických kompulzí, než jsem se stihla z něčeho vyhrabat, zase mi tam začly skákat špatné myšlenky.

Postupem času došlo k dalším proměnám manifestace OCD. Obsese zůstávaly podobného charakteru, kompulze se stávaly na venek více viditelnými.

Hlavní myšlenka zůstala stejná, vždy to byl strach sama o sebe. Změnilo se to asi po 2 letech, začla jsem vykonávat fyzické kompulze, což bylo nějaké v určitém počtu opakování nějakého poklepávání, pusinkovala jsem tu nějaké věci, musela jsem si něco doříct v moment, kdy jsem procházela kolem zrcadla. Ale jak říkám, já jsem to udělala a ulevilo se mi. Sice to bylo furt dokola a bylo toho víc, stále jsem si něco povídala v hlavě, ale to už jsem měla v té době taky lépe zmáknuté, protože jsem měla naučené formulace, kterýma jsem si dokázala ulevit, i když ne vždycky.

Časem obavy z toho, že se nebude mít dobře, vystřídala touha po dokonalosti.

Potom se něco okolo šestnácti změnilo, ani nevím, jak to. Nějak jsem si dovolila, že se chci mít dobře, nepřeju si nic špatného pro sebe, čím dál méně jsem se bála iracionálních věcí, že by se mohly stát, naopak jsem začala toužit po dokonalosti. Takže se to pak změnilo, že jsem začala být mnohem ve všem pečlivější, pořádnější, musela jsem být za každou cenu upravená, byla jsem schopna někam nejít, necítila jsem se, nemohla jsem jít spát, když jsem neměla věci na svém místě, připravenou tašku.

Klára si mnohdy byla vědoma, že když kompulzi nevykoná, tak se nic nestane, že je obsah obav nepravděpodobný. Chtěla však jejím vykonáním dát najevo, že jí na tom, aby se měla dobře, záleží.

Často to bylo takové, že jsem si říkala, že když kompulzi udělám, že tím dokážu, že mi na tom záleží. Věděla jsem, že se nestane nic špatného, když ji neudělám, ale já přece něco takového nechci, tak proč bych to pro to neudělala.

Období touhy po dokonalosti trvalo přibližně jeden rok. Klára se postupně začínala cítit lépe, což jí umožnilo s nemocí lépe pracovat. Klára opakovaně zmiňovala, že přeměna myšlenkových kompulzí ve fyzické pro ni byla extrémně úlevná.

Bylo to moc rituálů a věcí, které mě omezovaly, ale byla jsem svým způsobem šťastná, protože jsem si dovolila mít se dobře. Svým způsobem jsem to brala jako úlevu. To, co přišlo, nebylo v pořádku, ale mně to přišlo dobré oproti tomu, co jsem zažívala předtím. Měla jsem možnost začít pracovat s tou nemocí, protože jsem už byla ve větší psychické pohodě.

Poté, co začala pociťovat úlevu vlivem fyzických kompulzí, dospěla Klára k rozhodnutí, že chce na předchozí období myšlenkových kompulzí zapomenout. Proto se pokoušela odstranit ze svého života vše, co by jí dané období připomínalo.

Měla jsem tendenci spálit mosty za vším, co mě spojovalo s tou dobou předtím. Vyházela jsem věci, čistku všeho. Nesmyslně jsem měla problém dotýkat těch starých věcí, co mě spojovaly s tou dobou, snažila jsem se vše vyčistit v tomhle ohledu v životě. Ukončit nějaké třeba známosti, co mě spojovaly s tou dobou. Já jsem to brala jako období temna, nechtěla jsem s tím mít cokoli společného. Tenkrát mi to dávalo smysl a moc mi to ulevilo.

V současné době se Klára se symptomy OCD stále potýká. S některým typem obsesí a kompulzí se naučila pracovat tak, aby jim nepodléhala. Je schopna běžného fungování bez významnějšího omezení.

Ted' je to za můj život nejlepší, zároveň si nechci říkat, že to už nemůže být nikdy horší, je mi jasné, že se to může zhoršit. Ted'ka žiju tak, že dělám nějaké rituály, předcházím věcem, které vím, že by ve mně mohly něco vyvolat, ale zároveň si tím nemusím nějak omezovat život, v ničem by mě to nezastavilo. Dělán některé věci, ke kterým mě ta nemoc nutí, protože mi je to komfortnější.

Pro Kláru je nejtěžší pracovat s obsesemi, které nejsou až natolik iracionální, jako například náказа nemocí.

Bohužel to je to, že opravdu mi ta nemoc zůstala v takových odvětvích, kde to riziko opravdu je. Nemůžu si zpracovat, že je to jen v mojí hlavě, že se nemůže nic stát. Tady je to opravdu tak, že vím, že když si ty ruce jak kdyby neumyju, tak teoreticky vzato opravdu nějakou bakterií přijmu. Dokázala bych se najíst bez umytých rukou, ale to jídlo bych si nevychutnala. Každé to sousto bych to měla v hlavě, tak si je radši umyju. Ale to už jsou malé věci a pro mě zanedbatelné. Uvědomuju si, že to není úplně správně, ale jsem schopna takhle fungovat. A opravdu není nic, co bych kvůli tomu nemohla.

Hlavní myšlenka zůstala stejná, že se nemůžu mít tak dobře, ale už se nebojím toho, že by mě o to mohl někdo připravit. Ale třeba si vyčítám, jak jsem se třeba zachovala, dělala jsem samozřejmě nějaké chyby nebo jsem se k někomu nechovala hezky, morálně správně. Tak jsem zažívala hlavně třeba rok dva zpátky stavy, že si nezasloužím to, jak se mám dobře, ale už ne z těch iracionálních důvodů, ale opravdu z těch zjevných. Že třeba nejsem tak dobrý člověk, jako někdo, kdo se ale má hůř než já. Nedalo se s tím vypořádat, že bych si řekla, to se nemůže stát, je to nesmysl. Najednou to byla pravda.

Psychosociální dopady

Dle Kláry OCD ovlivnilo její školní výkon, v určitém ohledu zájmovou činnost a celkově způsob života. V rámci školního výkonu jí dělalo potíže soustředit se na látku z důvodu přítomnosti obsesí.

Na začátku mi to vzalo strašně moc času, kdy jsem trávila zavřená nebo mimo. Ve škole byl velký problém, že jsem nevnímala. Většinu hodin jsem prožila ve svojí hlavě a byla mimo. I neschopnost dívat se na nějaké filmy, seriály. Čtení, to třeba znesnadňuje doted', že se mi špatně čte, utíkají mi myšlenky, že se musím vracet, číst znova nebo tak.

Klára se v dospívání soustavně věnovala herectví v divadle. Z důvodu intenzivních obav se však rozhodla divadlo opustit. Zpětně to však hodnotí jako dobré rozhodnutí, jelikož se díky tomu začala věnovat sportu.

Takhle, třeba v těch 16 já jsem hrála v divadle a měla jsem i takovou velkou roli a měla jsem tehdy přesně strach z jedné slečny, která představovala to, čeho jsem se děsila, měla jsem pocit, že by mi mohla závidět, že já mám tu roli. A já se té role vzdala a to divadlo opustila, abych se úplně vyhla střetu s tou osobou a abych to celé přesně pak v rámci té mojí čistky, tím že jsem to měla spojené s tou blbou dobou, tak abych to spálila za sebou. I díky tomu jsem se začala více...

Já jsem od dítěte hodně sportovala, ale kvůli divadlu jsem to dost omezila, ale díky tomu jsem se vrátila k tomu sportu ve velkém, to mi dost pomohlo, je to vlastně dobře.

Klára hodnotí, že její život byl v minulosti celkově ovlivněn neustálým přizpůsobováním se symptomům.

Potom to spíš ovlivnilo můj způsob života, protože jsem ho různě přizpůsobovala těm daným potřebám rituálů.

Dle Kláry OCD částečně zasahovalo i do jejích přátelských a rodinných vztahů. V období mezi 15–16 lety zatahovala do rituálů osoby ve svém okolí.

Zatahovala. Na začátku hodně. Jak se to rozjíždělo a nevyznala jsem se v tom, tak jsem měla i strach, že se třeba něco přivolá tím, že někdo něco řekl. Takže já jsem nutila lidi, aby odvolávali. Kohokoli. Přátelé, rodinu, kdo semnou mluvil a řekl něco, co jsem měla pocit, že by mohl něco přivolat.

Požadavky na druhé se jí však vždy podařilo okomentovat tak, aby se na její chování více nedoptávali a nedozvěděli se, s jakým konkrétním problémem se potýká.

Občas se tomu někdo smál, někdo to odvolal. Ale nikdo nevěděl, co za tím je. Tehdy se lidi ptali, jako co dělám nebo co si vykládám. Ale bylo nám 14, takže já jsem to nějak zamluvila.

Průběh léčby

Klára se se symptomy OCD od dětství potýkala, a dodnes potýká, vlastními silami. Členům své rodiny o nich doposud neřekla. Z části se styděla, zároveň své matce nechtěla přidělovat starosti.

Moje rodina i přes to, že máme úžasný vztah, tak to neví. Určitě šlo taky o stud. Ale i zrovna maminka je citlivá, já jsem... Přišlo mi lepší, když se s tím vypořádám sama, než abych zatěžovala své okolí, které mně reálně nepomůže.

Dalším z důvodů bylo také to, že nechtěla, aby inklinovala k vymlouvání se na OCD.

Taky jsem věděla, že mám tendenci se na to vymlouvat v životě. Protože opravdu i třeba v červnu jsem státnicovala, a i když bych řekla, že jsem na tom dobře, se to před státnicema zhoršilo, jak to bylo stresové období, nebylo to dobré, špatně se mi učilo skrze OCD a bála jsem se, že třeba kvůli tomu neodstátnicuju, že se nebudu schopna naučit nebo připravit. A nakonec

to šlo. A já mám pocit, že kdybych ten život prošla s tím, že to o mně všichni ví a že se na to bere ohled, tak bych spoustu věcí měla jako tendenci zabalit nebo se na to vymluvit, že to nejde kvůli tomu a ono to ve výsledku třeba ani není pravda.

Zároveň měla pocit, že její problém není tak velký na to, aby o něm říkala ostatním.

Moje hlavní myšlenka, co mě trápila, bylo to, že se mám strašně dobře. I nehledě na tohle mi přišlo nespravedlivé, jaký já vedu život, že jsem z rodiny, kde jsou prostě peníze, že mám tolik možností cestovat, sportovat, mám spoustu přátel. Přišlo mi, že co mě potkalo je nic oproti tomu, jak se mají lidi špatně. A vůbec jsem nechtěla někoho s tímhle zatěžovat.

Klára se nikdy s OCD neléčila ani psychoterapeuticky, ani farmakoterapeuticky. O návštěvě odborníka uvažovala. Avšak potom, co jí jeden odmítl, přestala mít motivaci oslovit někoho dalšího. Časem také začala mít pocit, že pomocí vlastních sil zvládá OCD korigovat a nebyla motivovaná vystoupit z komfortní zóny naučného koexistování se symptomy.

Hnedka na začátku v 15, kdy jsem zjistila tu diagnózu, tak jsem dokonce i někam volala, někomu, koho jsem si vyhlídla, tak jsem sebrala odvalu. Tím, že jsem se nesvěřila doma, tak jsem udělala ten krok a ten můj vybraný psycholog neměl místo a já jsem tehdy přestala dál hledat. Různě jsem si v průběhu života s tou myšlenkou pohrávala, chtěla to řešit, ale člověku se nechce. A prostě nevystoupila jsem z tohoto svého komfortu, čím víc jsem měla pocit, že to mám zvládnuté, tím víc mě děsilo, že bych se v tom samém měla začít hrabat od začátku, že bych o tom musela mluvit, že bych narušila nějaké ty svoje komfortní struktury, které už jsem si nastavila a už jsem se k tomu nikdy nedostala.

Kdyby však došlo ke zhoršení symptomů, vyhledání péče by zvažila.

Byla bych svolnější v moment, kdy by se to zhoršilo. Ale jak říkám, že je to teď nejlepší, jak kdy bylo, tak vím, že by to znamenalo hodně práce, energie, úsilí a upřímně se toho bojím. Takže mě donutí jen to, pokud se to zhorší a budu mít pocit, že to nezvládám tak, jak to zvládám teď.

K psychoterapii i k farmakoterapii má celkově pozitivní postoj. Považuje však za důležité, aby léky nebyly předepisovány bez dostatečného uvážení a bez přítomnosti paralelní psychologické péče.

Já si myslím, že je dobře, že existuje medikace jako antidepresiva, že to má své místo a opodstatnění. A i když jsem takový člověk, kterému by se líbilo vše řešit přírodní cestou, tak si uvědomuju, že někdy je to na místě a může to... Má to svůj smysl. A v nějakých třeba

závažnějších formách si dovedu představit, že bych nebyla proti. Spíš se mi nelíbí, že nás psychiatrický model, jak je často vystavený, že lidi dostanou nabídnutá antidepressiva na první dobrou jako nejjednodušší řešení a není tam dostatečná psychologická podpora nebo ta práce na tom.

Klára tedy se symptomy OCD po celou dobu pracovala vlastními silami. Obzvlášť jí pomohlo čerpání informací o onemocnění. Ke zmírnění symptomů jí pomohl také samotný vývoj onemocnění změnou charakteru symptomů a tím, že pro ni OCD byla více a více známější. Také se snažila rituály neprovádět, záměrně se vystavovat stresorům. V některých případech však považovala, a dodnes považuje, za lepší variantu kompulzi rychle vykonat a předejít tak diskomfortu.

Čím víc jsem se o OCD jako diagnózu zajímala, tím víc jsem se snažila s tím pracovat. Snažit se ze svého života dostat šílenou rutinu, nebát se. Čím dál více jsem to chápala, čím dál více jsem věděla, že se nemůže nic stát. Zároveň pokud jsem věci nedodržovala a měla jsem úzkost, a já jsem věděla, že je pro mě lepší být v psychické pohodě a že mi to až tak nebere dodržovat jednou stanovené rituály, než abych se vystavovala té úzkosti, i když jsem věděla, že je to ta cesta, jak se z toho vymanit.

Zkoušela jsem se tomu postupně vystavovat, občas jsem něco nechala být. Ale opravdu až po těch x letech, třeba od těch 17 postupně. Ale často to bylo takové, v ten daný moment jsem to vydržela, pak jsem si to vykompenzovala něčím později. Já jsem se tomu vystavovala, nějak jsem to zvládla a stejně necítím, že by mi to nějak pomohlo, že by to bylo méně nepříjemné. Takže nakonec je jednodušší si radši ulevit než setrvat v dlouhodobém diskomfortu.

Vnímané limity a podpůrné faktory

Klára hovořila především o podpůrných faktorech, jelikož s procesem léčby nemá zkušenost. Za hlavní podpůrný faktor považuje získávání informací o OCD a dále čas jako takový. Časem totiž mj. došlo k takovému vývoji OCD, který šel k pro ni přijatelnější podobě onemocnění. Tedy z myšlenkových kompulzí se stávaly kompulze fyzické. Zároveň se postupem času učila se symptomy pracovat. Také jí pomohlo být zaneprázdněná různými činnostmi, které jí znemožnily vyhýbat se obávaným situacím.

Určitě informace jsou hlavní.

Pak to byl vývoj, že opravdu těmi fyzickými kompulzemi se mi ulevilo. A i zlepšení psychického stavu, větší pohoda mi dodala větší sebevědomí, jak využít těch informací, které jsem si načetla a jinak nad tím začít přemýšlet, jinak se k tomu postavit. Co mi i nejvíc pomohlo byl záprah. V moment, když jsem měla možnost se zavírat doma, tak to bylo nejhorší, a vyhýbat se těm situacím, kde by mohlo něco přijít. Začla jsem žít aktivně, že jsem neustále někde byla, na výjezdech, s lidma v práci a nebyl tam prostor si to všechno dělat podle sebe, musela jsem se vystavovat nepříjemným situacím. I když to bylo těžké a probíhalo to mírou úzkosti, tak to naštěstí jakkdyby fungovalo.

Ono to spíš chtělo čas. Abych získala nadhled, který přišel skrze zkušenosti. Jak se to proměňovalo a viděla jsem, že reálně se nic nestane. A každou tou zkušeností se utvrzovalo to, že je to jen v hlavě a jakákoli myšlenka nemůže nic spustit, nic přivolat, ono to opravdu chtělo jen ten čas, který se nedá jinak získat. Určitě by mi tehdy pomohla odborná pomoc, kdyby mě někdo provedl, ale takhle jsem si tím prošla sama a myslím, že se i vyznám.

V rámci edukačních materiálů jí z počátku nejvíce pomohl článek na Wikipedii, sekundárně veřejně dostupná brožura o OCD od Jána Praška. Z počátku pro ni bylo důležité hlavně zjištění, že OCD má mnohotvárný obraz.

To byla podle mě nějaká brožura, nějaký Praško, jestli to mohl být, něco takového, bylo to podle mě v pdf taková knížečka, tak z toho. Ale vzpomněla jsem si, že uplně první věc, kdy jsem to našla, paradoxně, že to byla wikipedie, protože vím, že tam byla nějaká formulace o růžovém slonovi, jak na něj člověk nemůže přestat myslet, a to bylo jako poprvé, kdy jsem se setkala s tím, že to OCD definoval někdo jakkdyby i díky nevymazatelné představě, myšlence, a ne jenom o nějakém kontrolování a uklízení.

Jak to bylo takové špatné, tak jsem věděla, že něco není v pořádku. Snažila jsem se něco googlit, hledat, nebyla jsem schopna nic najít, nevěděla jsem, čeho se chytnout. A nevím, jestli to bylo tam lépe popsané, už nevím, co přesně to bylo za stránku nebo odkaz, ale najednou tam byla definice, která popsala moje pocity. I když si uvědomuju, že to není dostačující, abych se mohla diagnostikovat sama, tak jsem v tu chvíli věděla, že je to ono a nenechala bych si to nikým vymluvit, protože mi to strašně ulevilo.

11. Diskuse

Hlavním cílem rigorózní práce bylo popsat léčebné metody obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí a dospívajících tak, jak je na ně nahlíženo v odborné literatuře a zjistit, jak jsou realizovány v ČR v praxi. Hlavním cílem první výzkumné části bylo získat vhled do průběhu léčby OCD u dětí a dospívajících v ČR. Cílem druhé výzkumné části byla explorace dosavadní zkušenosti s OCD a její léčbou v rámci výpovědí dětí s OCD a jejich rodičů. Na základě poznatků uvedených v práci hodnotím, že celkový cíl rigorózní práce byl naplněn, stejně jako cíle výzkumných částí. Také došlo k zodpovězení výzkumných otázek.

Za přínos rigorózní práce považuji to, že v jejím rámci došlo k souhrnu teoretických a výzkumných poznatků vztahujících se k tématu OCD u dětí a dospívajících. Na podobné téma existuje pouze minimum v češtině psané odborné literatury a studenstkých prací, výzkumná činnost takřka absentuje. Za přínosné považuji dále to, že v jejím rámci byla v souvislosti s léčbou OCD u dětí věnována pozornost i jiným terapeutickým přístupům, než je KBT a farmakoterapie. Jak již bylo v práci mnohokrát zmíněno, na užití jiných psychoterapeutických směrů se odborná literatura a výzkumná činnost zaměřují spíše okrajově. Myslím si však, že i přes to, že efektivita daných směrů u dětí s OCD nebyla prokázána, měla by jim být věnována pozornost z důvodu, že v praxi se s jejich užíváním u dané populace běžně setkáváme. Například rodinná terapie, gestalt terapie a další uvedené psychoterapeutické směry jsou tradičními přístupy, u kterých se domnívám, že dětem s OCD mohou při správném vedení pomoci. K tomu si myslím, že nelze opomíjet stěžejní roli psychoterapeutického vztahu mezi klientem a psychoterapeutem. Zároveň je nutno konstatovat, že KBT terapeutů pracujících s dětmi pravděpodobně není tolik, aby měli možnost přijmout do péče všechny děti s OCD. Je tedy potřeba, aby s danými dětmi pracovali i terapeuti jiného zaměření, proto by neměli být opomíjeni.

Za pozitivum práce považuji i to, že částečně poukazuje na potenciální směřování budoucí výzkumné činnosti. Jednalo se například o zmínění několika preliminárních studií a teoretických poznatků k metodám, jejichž využívání a výzkum jsou teprve v začátcích, určitý potenciál však vykazují – Sand play, ICBT, ACT, DBT aj. Práce poukázala také na možné využití moderních technologií, které nabyly na své užitečnosti obzvláště v období koronavirové epidemie. Jejich využití v různých formách by mohlo být potenciálním dočasným řešením pro rodiny, kterým se z kapacitních či jiných důvodů nedostává adekvátní péče. Je však nutno brát v potaz nevýhody, které jsou s nimi spojené. Práce poukazuje také na oblasti, v rámci kterých je v souvislosti s danou problematikou v českém prostředí prostor pro odbornou

činnost, např. překlad a standardizace dotazníků a škál, překlad odborné literatury a pracovních sešitů, skupinové terapie pro děti s OCD i jejich rodiče, překlad počítačových programů atd. Poznatky uvedené v práci se mohou stát inspirací pro budoucí výzkum v ČR. Mohou mít také informační hodnotu pro odborníky, ale i další jedince, kterých se problematika OCD u dětí a dospívajících týká (rodiče dětí s OCD, někteří pedagogové apod.).

Přínosem výzkumných částí je nahlédnutí do praxe. Tedy porozumění tomu, jak vypadá farmakoterapeutická a psychoterapeutická práce s dětmi s OCD v ČR. Ale také tomu, jaká je přímá zkušenost dětí a jejich rodičů s diagnózou OCD a její léčbou. Kromě toho, výzkumná část rigorózní práce přispěla poznatky, které by spolu s informacemi uvedenými v literárně přehledové části mohly do budoucna sloužit jako podněty pro zkvalitnění péče o děti s OCD a jejich rodiny v ČR. Jsem si vědoma, že současná situace neumožňuje následovat zahraniční metody a formy péče stejně jako doporučení respondentů v plném rozsahu. Vypracovala jsem proto několik návrhů uvedených v subkapitole 11.3, které by mohly být v současné době realizovatelné. Také považuji za podstatné zmínit, že cestou ke zkvalitnění péče by mohl být zisk finančního příspěvku pro vykonávání výzkumné činnosti od IOCDF, který by, dle mého názoru, mohl být poskytnut i odborníkům z České republiky.

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

kteřé respondenti využívají, byly z velké části zmíněny v literárně přehledové části. Respondenti však kladli větší důraz na potřebu hry a tvůrčí činnosti. Vyskytlo se také téma zaměření se na sebevědomí dítěte a práce s životním kontextem. Respondenti upozornili na podobné limity v systému péče o děti s OCD, jako jsou ty, které byly uvedeny ve čtvrté kapitole literárně přehledové části. Primárně byl zmiňován nedostatek pedopsychiatrů, kvalifikovaných dětských psychoterapeutů a dětských klinických psychologů, což dle jejich slov má za následek pozdní diagnostiku a absenci včasné léčby. Co se týče dalších poznatků získaných v rámci výzkumu, je zde problematičké srovnat je s jinými studiemi, jelikož jsem studie podobného zaměření nedohledala.

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

Vzhledem k tomu, že v rámci první výzkumné části rigorózní práce došlo k odstranění dat respondenta, který oproti práci diplomové nesouhlasil se znovuužitím dat, považuji za podstatné zmínit, zda a jaký vliv to mělo na výsledky tematické analýzy. Data byla celkově analyzovaná znovu, vliv na témata, subtémata a koncepty to však mělo minimální. Oproti diplomové práci zde nebylo zahrnuto subtéma počtu navštívených terapeutů jakožto faktoru ovlivňujícího léčebný proces. Jinak zůstala struktura výsledků stejná.

Druhý výzkum doplňoval výzkum první. Jednalo se o podobu výzkumu, která byla součástí podnětů pro budoucí výzkum v rámci předcházející diplomové práce autorky (Mašková, 2022). Kazuistiky, které byly součástí druhé studie, měly ilustrativní, deskriptivně explorační charakter a nebylo zamýšleno hledání vzájemných rozporů či podobností. Nelze z nich tedy vyvozovat konkrétní integrovaná výzkumná zjištění, jež by bylo možné porovnávat s výzkumy uvedenými v literárně přehledové části či se zjištěními obsaženými v první výzkumné části této práce. V případě zaměření se na dílčí poznatky uvedené v jednotlivých kazuistikách však lze nalézt mnoho podobností i rozdílů s poznatky uvedenými v literárně přehledové části a v první výzkumné části této práce. Pro ilustraci uvedu pouze příklady.

Co se konkrétních psychoterapeutických technik týče, v kazuistikách se vyskytovaly prvky ERP, kognitivní restrukturalizace, sand play/sand tray. V jednom případě byla uváděna také hypnóza, o jejímž užití u dětí s OCD jsem nedohledala v literatuře jedinou zmínku. V jednom případě se OCD s určitou pravděpodobností rozvinulo v návaznosti na traumatickou událost

(Kazuistika 3), což autorka Berman (2019) považuje za specifický subtyp OCD, který dobře profituje z traumaterapie. Mohlo by se jednat o potenciální důvod velmi rychlého zlepšení psychického stavu Anežky (Kazuistika 3) poté, co podstoupila EMDR, podobně jako v rámci studie od Cusimano (2018). Oproti poznatkům získaným ve studii od Borda et al. (2013) nebylo v rámci ani jedné z kazuistik reflektováno významné narušení přátelských vztahů dítěte. Vzhledem k významnému nedostatku pedopsychiatrů v ČR, jejichž počet se v ambulantních zařízeních pohybuje okolo 130 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022), by se dalo očekávat, že pro rodiče bude velmi problematické sehnat pro své dítě psychiatrickou péči. V rámci kazuistik však pedopsychiatrickou péči sehnali rodiče úspěšně a poměrně rychle, více problematické se jevílo sehnat psychoterapeuta pracujícího s dětmi. Oproti studii Lewina et al. (2014) se v rámci kazuistik nevyskytoval odpor respondentů k medikaci, pouze v jednom případě se vyskytl odpor matky k antipsychotikům. Většina výzkumných studií se zaměřuje především na dopady OCD na život dítěte v negativním slova smyslu (např. Piacentini et al., 2003). V rámci kazuistik se však vyskytlo také téma pozitivních přínosů onemocnění. V kazuistikách se vyskytovalo téma nedostatku informačních materiálů, ale také absence komplexní a dostupné péče o rodiny s dětmi s OCD, o čemž bylo pojednááno ve výsledcích první studie, ale také ve 4. kapitole literárně přehledové části.

11.1 Limity výzkumu I a doporučení pro budoucí výzkum

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

Vzhledem k tématu výzkumu a výzkumným otázkám byla nutná určitá úroveň redukcionismu. Nebylo možné zmapovat komplexně celý proces terapie dětí s OCD. Je nutné reflektovat, že se terapie může napříč prací s různými klienty odlišovat. Výsledky jsou tedy spíše zjednodušeným

pohledem do praxe, nalezením společných bodů mezi respondenty nežli komplexním popisem procesu léčby. Tvoří základ k dalšímu zkoumání.

Dalším limitem je způsob výběru respondentů, tedy nepravděpodobnostní záměrný výběr, což mohlo do určité míry způsobit zkreslení výsledného pohledu na danou problematiku. Limitující je také složení výzkumného souboru. Soubor nezahrnoval zástupce dalších psychoterapeutických směrů, jako je například integrativní psychoterapie, logoterapie aj. Psychoterapeutické směry nebyly v rámci vzorku zastoupeny rovnoměrně. Lze tedy předpokládat, že kdyby bylo ve výzkumném vzorku více zástupců např. rodinné terapie, výsledky by vypadaly rozdílně. To, že byli do výzkumného souboru zahrnuti respondenti z různých míst České republiky, s různými psychoterapeutickými výcviky a různými povoláními, vneslo do výzkumu heterogenitu, a díky tomu rozmanitost výpovědí, zkušeností, pohledů. Bylo by však možné namítnout, že výsledný pohled je až příliš široký a absentuje koherentní souhrnný výsledek.

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

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

Co se týče doporučení pro budoucí výzkum, jednou z možností je realizace kvantitativního výzkumného šetření. Mohlo by se jednat například o dotazníkové šetření, které by mapovalo přibližný počet dětí s OCD vyskytujících se v péči psychiatrů a psychoterapeutů. Také by bylo zajímavé zjistit, jaké je rozložení dětí s OCD napříč psychoterapeutickou péčí různých směrů. Dále by mohlo dojít pomocí dotazníku k ověření či doplnění získaných kvalitativních dat. Ve

výpovědích respondentů se objevilo tvrzení, že se setkávají ze strany psychoterapeutů s odmítáním dětí s OCD. Bylo by zajímavé zjistit, proč daní psychoterapeuti s dětmi s OCD nechtějí pracovat. V rámci budoucího výzkumu by dále bylo přínosné zaměřit se prospektivně na klienty odborníků zastupujících jednotlivé psychoterapeutické směry. Vzhledem k tomu, že výzkumy efektivity terapie OCD u dětí existují především v souvislosti KBT a farmakoterapií, prospektivní studie by mohla přinést preliminární informace o efektivitě jiných psychoterapeutických směrů. Zároveň by bylo zajímavé zjistit, jak dlouho redukováná symptomatika u dětí přetrvává. Mohlo by tak například dojít k ověření či popření argumentu, že hlubinně zaměřené směry vedou k dlouhodobějšímu zlepšení oproti směrům orientovaným na redukci symptomů.

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

11.2 Limity výzkumu II a doporučení pro budoucí výzkum

Limity druhé výzkumné části se v mnoha ohledech překrývají s limity první výzkumné části vzhledem k tomu, že se v obou případech jednalo o kvalitativní designy. S druhým výzkumem jsou tedy též spjaté nevýhody kvalitativního šetření, které již byly popsány v předcházející subkapitole (subjektivita výzkumníka, nemožnost generalizace dat apod.). Také do druhého výzkumu mohlo vstoupit mnoho nežádoucích proměnných, které též byly popsány v předcházející subkapitole (neochota respondentů sdělit pravdivé informace, přítomnost nahrávacího zařízení apod.). Stejně jako v prvním výzkumu lze dále za limitující považovat nepravděpodobnostní výběr respondentů založený především na sebevýběru. Nevýhodou v rámci výzkumného vzorku je též jeho složení. Výzkumný vzorek je možné považovat za příliš heterogenní a malý, což je jedním z důvodů, proč nebylo možné nalézat vztahy a souvislosti mezi daty napříč jednotlivými kazuistikami. Považuji však za nutné dodat, že tato výzkumná část necílila na komparaci dat, na vyvozování obecnějších závěrů, ani na dosažení saturace. Cílem byla pouze ilustrace zkušeností jednotlivých respondentů. Za limitující lze považovat také to, že respondenti nebyli schopni podrobně popsat průběh léčby. Ať už se jednalo o rodiče nebo o přímé účastníky terapie, vzpomněli si na některé obecné léčebné aspekty, nikoli na ty jemnější.

Daný výzkum by v budoucnu mohl být rozšířen o další kazuistiky, v rámci kterých by došlo k podrobnější specifikaci výběrového souboru, čímž by se omezila jeho heterogenita. Mohlo by se jednat o věkovou specifikaci, specifikaci typu absolvované léčby apod. Na základě toho by mohlo dojít ke komparaci dat a jejich podrobnější analýze – např. tematickou analýzou či metodou zakotvené teorie. Tím pádem by bylo možné vyvodit obecnější závěry, případně vygenerovat hypotézy pro navazující kvantitativní výzkum.

Přínosné by také bylo navázat výzkumem kvantitativním. Kvantitativní výzkum by mohl mapovat jemnější aspekty dané problematiky pomocí dotazníků. Dané aspekty by byly vybrány buďto na základě rozsáhlejšího kvalitativního výzkumu, případně na základě zahraničních studií. Zajímavá by byla například realizace studie Lewina et al. (2014), která se zabývala preferencemi léčebných přístupů u rodičů dětí s OCD, v českém prostředí. Jako potenciální varianta budoucího výzkumu se také jeví experimentální studie či kvaziexperimentální studie, která by se mohla zaměřit například na mapování efektivity různých terapeutických přístupů.

11.3 Návrh na zlepšení péče o děti s OCD v ČR

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

Seznam psychoterapeutů pracujících s problematikou OCD u dětí

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

Specializované centrum

Velký přínos by měla existence centra, v rámci kterého by se sdružovali odborníci na léčbu OCD. Inspirací pro tento podnět mi byla centra existující v USA, ale také v jiných zemích (např. Austrálie, Kanada). Podoba centra by mohla být různá. Klíčová by však byla přítomnost odborníků, kteří pracují s problematikou OCD u dětí na jednom místě. V ideálním případě by se jednalo o psychoterapeuty i dětské psychiatry, což se však vzhledem k nedostatku pedopsychiatrů v současné době jeví jako méně reálná varianta. Možností by však mohlo být, vzhledem k úzké specializaci, to, že by centrum operovalo například pouze jeden den v týdnu. V jeho rámci by mohly být kromě individuálních psychoterapií poskytovány i psychoterapie skupinové jak pro děti, tak pro rodiče. Ideální by bylo, kdyby se jednalo přímo o instituci zaštitěnou organizací (po vzoru IOCDF), která by kromě toho vyvíjela další aktivity týkající se dané problematiky. Například zaštitění letních táborů pro děti s OCD, workshopy, internetové poradenství apod.

Internetová stránka

Velkým přínosem by nepochybně byla internetová stránka obsahující relevantní informace týkající se problematiky OCD u dětí. Dle výsledků americké studie získává většina rodičů informace ohledně volby léčebného postupu na internetu (Lewin et al., 2014). Také respondenti v rámci 2. výzkumné části této práce reportovali, že informace o diagnóze OCD a její léčbě čerpali mj. na internetu. Po vzoru internetové stránky IOCDF by tato stránka mohla obsahovat základní teoretické informace psané jazykem, kterému by porozuměla laická veřejnost. Tedy informace o tom, co OCD je, jak se u dětí projevuje, jak je častá, co mohou rodiče pro své dítě udělat, jaké metody léčby existují a kde je hledat. Dále by mohla obsahovat odkazy na české a zahraniční knihy, videa, internetové stránky, které se dané problematiky týkají. Mohla by obsahovat také fórum, kde by se rodiče dětí s OCD, případně děti samotné, sdružovali a kde by mohli veřejně či neveřejně pokládat dotazy. Jak uvedla matka dívky s OCD, kterou jsem zmínila v úvodu práce, komunikace s rodinami v podobné situaci jí pomohla nejen sehnat odborníka na léčbu, ale také získat podporu od někoho, kdo se potýká s podobným problémem. Daná stránka by mohla též sloužit jako platforma propojující odborníky, kteří se dané problematice věnují. Případně jako zdroj informací o konferencích a workshopech na dané téma, které se pořádají v zahraničí.

Literatura

Jak jsem v práci opakovaně zmiňovala, v České republice téměř absentuje literatura týkající se problematiky OCD u dětí a dospívajících. Což bylo reflektováno téměř všemi účastníky obou výzkumů. Na základě toho musím konstatovat, že by ke zkvalitnění péče přispěly v češtině psané materiály buďto originální, popřípadě přeložené z anglického jazyka. Mohlo by se jednat o knihy či pracovní sešity určené dětem s OCD a jejich rodičům. Svůj přínos by měly také obsáhlejší informační brožury, které by mohly být k dostání pro případ potřeby v pedopsychiatrických, psychologických a psychoterapeutických pracovnách. Respondenti v rámci rozhovorů reportovali, že by přítomnost takových brožur ocenili. Dané brožury by mohly být k dostání také v prostorách škol, například u tamějších školních psychologů. Stručná informační brožura, která byla vytvořena v rámci diplomové práce (Mašková, 2022), byla několika odborníky oceněna. Někteří proklamovali, že ji v rámci své praxe využijí. I proto jsem se rozhodla jako součást této rigorózní práce vytvořit obsáhlejší informační brožuru, která je dalším, v češtině psaným existujícím materiálem, který se daného tématu týká (Příloha 4). Jak již bylo zmíněno, kromě tištěné verze by mohla být ke stažení z internetu ve formě PDF.

Domnívám se, že vytvoření literárních zdrojů v českém jazyce, které by se týkaly OCD u dětí a dospívajících, by mohlo být jednou z cest, jak zvýšit povědomí populace o dané problematice. Stejně tak by rodiče a děti, kterých se problematika OCD týká, měli k dispozici více relevantních zdrojů v mateřském jazyce. Nabízela by se zde argumentace, že lze čerpat z literatury o OCD u dospělých, které je znatelně více. Myslím si však, že výskyt této poruchy u dětí má mnoho specifíků, které v literatuře týkající se dospělé populace zachycené nejsou. Lepší dostupnost odborných zdrojů a publikací by, obzvlášť s uvažováním výrazného nedostatku odborníků, také mohla některým lidem s mírnější formou této poruchy pomoci překonávat bludný kruh svépomocně. Kromě literatury si myslím, že by mohlo přispět natočení krátkých informačních videí, které by byly snadno dostupné na platformě YouTube.

Školení

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

Škály a dotazníky

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

Konference

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

Zvýšení počtu odborníků

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

Závěr

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

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

Výzkumná část práce se skládala ze dvou kvalitativních výzkumných šetření. Cílem první kvalitativní studie bylo získání vhledu do průběhu léčby OCD u dětí a dospívajících v ČR. Hlavní výzkumná otázka cílila na zjištění, jak odborníci v českém prostředí pracují s dětmi a dospívajícími s OCD. Kromě toho výzkumné otázky cílily na zjištění, jaký léčebný přístup považují odborníci za vhodný a jaké limity v souvislosti s péčí o děti s OCD v ČR vnímají. Výzkum byl kvalitativního charakteru. Výzkumný vzorek tvořilo 5 pedopsychiatrů s psychoterapeutickým výcvikem a 6 psychologů s vlastní psychoterapeutickou praxí. Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Pro analýzu dat byla využita metoda tematické analýzy. V rámci analýzy dat se vykristalizovala 4 ústřední témata: proces léčby dětí s OCD, faktory ovlivňující léčebný proces, přesvědčení týkající se nejlepšího léčebného přístupu, limitující faktory.

Hlavní výzkumná zjištění byla následující. Všichni respondenti reportovali tuto strukturu terapeutického procesu při práci s dítětem s OCD: objednání dítěte, mapování, psychoedukace, aplikace psychoterapeutických technik, případně farmak, monitoring efektu poskytované léčby, ukončení terapie na základě dosažení předem stanoveného cíle. Preferovaným léčebným přístupem OCD u dětí byla jednoznačně psychoterapie, kterou je zapotřebí v případě závažnější

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

Cílem druhé výzkumné části byla explorace dosavadní zkušenosti s OCD a její léčbou v rámci výpovědí dětí s OCD a jejich rodičů. Druhá výzkumná část doplnila část první tím, že přispěla k získávání vhledu do průběhu léčby OCD u dětí a dospívajících v ČR. Výzkumné otázky cílily na zjištění, jaká je zkušenost dětí a jejich rodičů s OCD a její léčbou. Dále na to, jaké limity v systému péče o děti s OCD v ČR vnímají. Výzkumný vzorek celkem tvořilo 6 jedinců (3 rodiče dětí s OCD, 3 jedinci se zkušeností s OCD v dětství). Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Analýza dat byla holistická, data byla prezentována ve formě čtyř kazuistik. Data v rámci kazuistik mezi sebou nebyla srovnávána, nedošlo tedy k vyvození konkrétních výzkumných zjištění. Jedná se pouze o ilustrativní případy, které poskytují exploračně deskriptivní pohled na danou problematiku.

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

Seznam použité literatury

- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36(1), 55–63. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80054-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80054-1)
- Abramson, A. (2022, 1. ledna). Children's mental health is in crisis. *Monitor on Psychology*, 53(1). <https://www.apa.org/monitor/2022/01/special-childrens-mental-health>
- Adam, J., Goletz, H., Dengs, S., Klingenberger, N., Könnecke, S., Vonderbank, C., Hautmann, C., Hellmich, M., Plück, J., & Döpfner, M. (2022). Extended treatment of multimodal cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder improves symptom reduction: a within-subject design. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 16(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00537-z>
- Afzal, U. (2018). *Mindfulness for children: help your child to be calm and content, from breakfast till bedtime*. Kyle Books.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2019, duben). Workforce Issues. https://www.aacap.org/aacap/Resources_for_Primary_Care/Workforce_Issues.aspx
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (n.d.). Frequently asked questions. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Resource_Centers/Obsessive_Compulsive_Disorder_Resource_Center/FAQ.aspx#question5
- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association (7th Ed.)*. American Psychological Association.
- Armstrong, A. B., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). A Preliminary Investigation of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(2), 175–190. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.27.2.175>
- Aspvall, K., André, P., Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., & Serlachius, E. (2018). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for young children with obsessive-compulsive disorder: development and initial evaluation of the BIP OCD Junior programme. *BJPsych open*, 4(3), 106–112. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.10>
- Aspvall, K., Lenhard, F., Serlachius, E., & Mataix-Cols, D. (2019). New technologies to deliver CBT for young children with obsessive-compulsive disorder. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 348–364). Cambridge University Press.
- Balcar, K. (2006) Psychoterapie u dětí a dospívajících. In P. Říčan & D. Krejčířová, (Eds.), *Dětská klinická psychologie* (s. 493–551). Grada.
- Banting, R., & Lloyd, S. (2017). A case study integrating CBT with narrative therapy externalizing techniques with a child with OCD: How to flush away the Silly Gremlin. A single-case experimental design. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(2), 80–89. <https://doi.org/10.1111/jcap.12173>

- Barney, J. Y., Field, C. E., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2017). Treatment of pediatric obsessive compulsive disorder utilizing parent-facilitated acceptance and commitment therapy. *Psychology in the Schools, 54*(1), 88–100. <https://doi.org/10.1002/pits.21984>
- Beig, I., Döpfner, M., Goletz, H., Plück, J., Dachs, L., Kinnen, C., & Walter, D. (2017). Alltagswirksamkeit kognitiver verhaltenstherapie bei kindern und jugendlichen mit zwangsstörungen in einer ausbildungsambulanz [Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorders treated in an outpatient clinic]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 45*(3), 219–235. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000416>
- Berg, C. J., Rapaport, J. L., & Flament, M. (1986). The Leyton Obsessional Inventory-Child Version. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25*(1), 84–91. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60602-6](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60602-6)
- Bergman, R. L., & Rozenman, M. (2019). New wave therapies for pediatric OCD. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 506–521). Cambridge University Press.
- Berman, A. I. (2019). *The use of somatic experiencing in the treatment of an adolescent with trauma-based obsessive-compulsive disorder* [Disertační práce]. University of Johannesburg.
- Biegel, G. M., Brown, K. W., Shapiro, S. L., & Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 855–866. <https://doi.org/10.1037/a0016241>
- Boddy, C. R. (2016). Sample size for qualitative research. *Qualitative Market Research, 19*(4), 426–432. <https://doi.org/10.1108/QMR-06-2016-0053>
- Bohm, K. R. (2019). EMDR's efficacy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of EMDR Practice and Research, 13*(4), 333–336. <https://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.333>
- Böhm, K., & Volderholzer, U. (2010). Use of EMDR in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case series. *Verhaltenstherapie, 20*, 175–181. <https://doi.org/10.1159/000319439>
- Bolton, D., Williams, T., Perrin, S., Atkinson, L., Gallop, C., Waite, P., & Salkovskis, P. (2011). Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 52*(12), 1269–1278. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02419.x>
- Borda, T., Feinstein, B. A., Neziroglu, F., Veccia, T., & Perez-Rivera, R. (2013). Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*(4), 359–365. [doi:10.1016/j.jocrd.2013.06.006](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.06.006)

- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376–390. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage.
- Bremsová, Ch. (2018). *Dětská psychoterapie a poradenství*. TRITON.
- Bryan, W., & Ryan, K. (2019). *Stand up to OCD!*. Jessica Kingsley Publishers.
- Burchi, E., Hollander, E., & Pallanti, S. (2018). From Treatment Response to Recovery: A Realistic Goal in OCD. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 21(11), 1007–1013. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyy079>
- Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J., Van Noppen, B. L., & Price, L. H. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: Instrument development and assessment of family behavior. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(10), 636–642. <https://doi.org/10.1097/00005053-199910000-00008>
- Carr, A. (1998). Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20, 485–503. <https://doi.org/10.1023/A:1021680116584>
- Cuijpers, P., Veen, S., Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 49(3), 165–180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>
- Cusimano, A. (2018). EMDR in the treatment of adolescent obsessive-compulsive disorder: A case study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(4), 242–252. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.242>
- Český rozhlas (2021, 14. září). Psychiatr Höschl: Dětských psychiatrů je jako šafránu. Poptávka po nich ale nesmírně vzrostla [audio podcast]. <https://dvojka.rozhlas.cz/psychiatr-hoschl-detskych-psychiatru-je-jako-safranu-poptavka-po-nich-ale-8575555#volume>
- Český rozhlas plus (2022a, 8. prosince). Kolaps dětské psychiatrie? Ignorace ministerstva mě šokuje, říká novinářka [audio podcast]. <https://plus.rozhlas.cz/kolaps-detske-psychiatrie-ignorace-ministerstva-me-sokuje-rika-novinarka-8885418>
- Český rozhlas plus (2022b, 12. prosince). Oddělení v dezolátním stavu a nedostatek personálu, popisuje alarmující stav dětské psychiatrie u nás primář Havelka [audio podcast]. <https://plus.rozhlas.cz/oddeleni-v-dezolatnim-stavu-a-nedostatek-personalu-popisuje-alarmujici-stav-8888181>

- De Nadai, A. S., Storch, E. A., McGuire, J. F., Lewin, A. B., & Murphy, T. K. (2011). Evidence-based pharmacotherapy for pediatric obsessive-compulsive disorder and chronic tic disorders. *Journal of Central Nervous System Disease*, 3, 125–142. <https://doi.org/10.4137/JCNSD.S6616>
- Dembo J. S. (2014). "The ickiness factor:" Case study of an unconventional psychotherapeutic approach to pediatric OCD. *American journal of psychotherapy*, 68(1), 57–79. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.1.57>
- Derisley, J., Heyman, I., Robinson, S., & Turner, C. (2008). *Breaking Free from OCD*. Jessica Kingsley Publishers
- Diallo, K. (2017). Žák s obsedantně-kompulzivní poruchou. *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání*, 7(2), 7–25. <https://doi.org/10.11118/lifele201707027>
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.
- Dyason, K. M., Farrell, L. J., & Waters, A. M. (2019). Innovations in treating OCD: Brief, intensive treatments. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 392–406). Cambridge University Press.
- Farrell, L. J., Oar, E. L., Waters, A. M., McConnell, H., Tiralongo, E., Garbharran, V., & Ollendick, T. (2016). Brief intensive CBT for pediatric OCD with e-therapy maintenance. *Journal of anxiety disorders*, 42, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.005>
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Portál.
- Fiala, O. (2011). Tiky a Touretteův syndrom. *Neurologie pro praxi*, 12(1), 18–21.
- Fitzgibbons, L., & Pedrick, Ch. (2003). *Helping your child with OCD*. New Harbinger Publications.
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., Walter, S., & Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 764–771. <https://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00018>
- Flick, U., Kardoff, E., & Steinke, I. (2004). *A Companion to Qualitative Research*. SAGE.
- Foa, E. B., Coles, M., Huppert, J. D., Pasupuleti, R. V., Franklin, M. E., & March, J. (2010). Development and validation of a child version of the Obsessive Compulsive Inventory. *Behavior Therapy*, 41(1), 121–132. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.02.001>
- Franklin, M. E., Freeman, J. B., & March, J. S. (2019). *Treating OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral approach*. The Guilford Press.
- Franklin, M. E., Kratz, H. E., Freeman, J. B., Ivarsson, T., Heyman, I., Sookman, D., McKay, D., Storch, E. A., & March, J. (2015). Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Empirical review and clinical recommendations. *Psychiatry Research*, 227(1), 78–92. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.009>

- Franklin, M. E., Sapyta, J., Freeman, J. B., Khanna, M., Compton, S., Almirall, D., Moore, P., Choate-Summers, M., Garcia, A., Edson, A. L., Foa, E. B., & March, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: The pediatric OCD treatment study II (POTS II) randomized controlled trial. *JAMA*, *306*(11), 1224–1232. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1344>
- Franklin, M., Foa, E., & March, J. S. (2003). The pediatric obsessive-compulsive disorder treatment study: Rationale, design, and methods. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *13*(1), 39–51. <https://doi.org/10.1089/104454603322126331>
- Edna B. Foa (2010) Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *12*(2), 199-207. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/efoa>
- Fylan, F. (2005). Semi-structured interviewing. In J. Miles & P. Gilbert (Eds.), *A handbook of research methods for clinical and health psychology* (s. 65–78). Oxford University Press.
- Gallant, J., Storch, E. A., Valderhaug, R., & Geffken, G. R. (2007). School psychologists' views and management of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, *22*(2), 205–218. <https://doi.org/10.1177/0829573507306448>
- Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. B. (2010). Predictors and moderators of treatment outcome in the pediatric obsessive compulsive treatment study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*(10), 1024–1033. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.06.013>
- Geldard, K., & Geldard, D. (2008). *Dětská psychoterapie a poradenství*. Portál.
- Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *The Psychiatric Clinics of North America*, *29*(2), 353–370. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.012>
- Geller, D. A., & March, J. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(1), 98–113. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.09.019>
- Geller, D. A., Biederman, J., Stewart, S. E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T., & Faraone, S. V. (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *160*(11), 1919–1928. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.1919>
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., & Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *37*(4), 420–427. <https://doi.org/10.1097/00004583-199804000-00020>

- Geller, D., & Smilansky, H. (2019). 2.20 Perinatal risk factors for OCD in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *58*(10), 177–177. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.08.112>
- Gittins Stone, D. I., Elkins, R. M., Gardner, M., Boger, K., & Sperling, J. (2023). Examining the Effectiveness of an Intensive Telemental Health Treatment for Pediatric Anxiety and OCD During the COVID-19 Pandemic and Pediatric Mental Health Crisis. *Child psychiatry and human development*, 1–15. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01500-5>
- Goletz, J., Adam, J., & Döpfner, M. (2020). *Diagnostikum für Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter* [Database record]. Hogrefe.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., Bahraini, S., Keshavarzi, Z., Firoozabadi, A., & Alavi, S. A. (2017). Efficacy of N-acetylcysteine augmentation on obsessive compulsive disorder: A multicenter randomized double blind placebo controlled clinical trial. *Iran Journal of Psychiatry*, *12*(2), 134–141.
- Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie*. Grada.
- Gold-Steinberg, S., & Logan, D. (1999). Integrating play therapy in the treatment of children with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Orthopsychiatry* *69*(4), 495–503. <https://doi.org/10.1037/h0080397>
- Goodman, W. K., Grice, D., Lapidus, K. A. B., & Coffey, B. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *37*(3), 257–267. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.06.004>
- Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T., & Apter, A. (2004). Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *45*(3), 192–1988. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.02.010>
- Grant, P. J., Joseph, L. A., Farmer, C. A., Luckenbaugh, D. A., Lougee, L. C., Zarate, C. A. Jr., & Swedo, S. E. (2014). 12-week, placebo-controlled trial of add-on riluzole in the treatment of childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, *39*(6), 1453–1459. <https://doi.org/10.1038/npp.2013.343>
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. Sage Publications.
- Greenberg, E. L., & Geller, D. A. (2019). Phenomenology and standard care of OCD in children and adolescents. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 289–312). Cambridge University Press.
- Haleemunnissa, S., Mathew, S., Sharma, M. P., & Panda, T. K. (2021). Effectiveness of Mindfulness Integrated Cognitive Therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *The International Journal of Indian Psychology*, *9*(1), 1485–1492. <https://doi.org/10.25215/0901.156>
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Portál.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum*. Portál.

- Hershfield, J., & Nicely, S. (2017). *Everyday Mindfulness for OCD: Tips, Tricks & Skills for Living Joyfully*. Harbinger Publications.
- Heyman, I. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 179(4), 324–329. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.4.324>
- Højgaard, D. R. M. A., Skarphedinsson, G., Ivarsson, T., Weidle, B., Nissen, J. B., Hybel, K. A., Torb, N. Ch., Melin, K., & Thomsen, P. H. (2019). Hoarding in children and adolescents with obsessive–compulsive disorder: Prevalence, clinical correlates, and cognitive behavioral therapy outcome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(8), 1097–1106. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-019-01276-x>
- Howitt, D. (2016). *Introduction to qualitative research methods in psychology*. Pearson.
- Hrdlička, M. (2000). Psychofarmaka a biologické léčebné metody. In V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, & E. Malá (Eds.), *Dětská a adolescentní psychiatrie* (421–457). Portál.
- Hudak, R. (2011). Introduction to obsessive-compulsive disorder. In R. Hudak & D. D. Dougherty (Eds.), *Clinical obsessive-compulsive disorders in adults and children* (s. 1–19). Cambridge University Press.
- Huebner, D. (2007). *What to do when your brain gets stuck*. American Psychological Association.
- Chansky, T. E. (2000). *Freeing your child from obsessive-compulsive disorder*. Three Rivers Press.
- Chowdhury, M. H., Mullick, M. S., & Arafat, S. M. (2016). Clinical profile and comorbidity of obsessive-compulsive disorder among children and adolescents: A cross-sectional observation in Bangladesh. *Psychiatry Journal*, 2016, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2016/9029630>
- Ierodiakonou, C. S., & Ierodiakonou-Benou, I. (1997). Short-term psychoanalytic psychotherapy with obsessive preadolescents. *American journal of psychotherapy*, 51(4), 569–579. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1997.51.4.569>
- Jans, T., Wewetzer, Ch., Klampfl, K., Schulz, E., Herpertz-Dahlmann, B., Remschmidt, H., & Warnke, A. (2007). Phänomenologie und komorbidität der zwangsstörung bei kindern und jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35(1), 41–50. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.35.1.41>
- Jirků, L. S. (2018). *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících*. Pasparta.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Karush, R. K. (1998) The use of dream analysis in the treatment of a nine-year-old obsessional boy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 53(1), 199–211. <https://doi.org/10.1080/00797308.1998.11822483>

- Kennan, P., Farrell, D., Kennan, L., & Ingham, C. (2018). Treating obsessive compulsive disorder (OCD) using eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) therapy: An ethno-phenomenological case series. *International Journal of Psychotherapy*, 22(3), 74–91.
- Kocourková, J. (2006). Obsedantně-kompulzivní porucha. In P. Říčan & D. Krejčířová, (Eds.), *Dětská klinická psychologie* (s. 230–233). Grada.
- Kotapati, V. P., Khan, A. M., Dar, S., Begum, G., Bachu, R., Adnan, M., Zubair, A., & Ahmed, R. A. (2019). The effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors for treatment of obsessive-compulsive disorder in adolescents and children: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*, 10, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00523>
- Kratochvíl, S. (2012). *Psychoterapie*. Portál.
- Krebs, G., & Heyman, I. (2015). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 100(5), 495–499. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306934>
- Krejčířová, D. (2001). Neurotické a emoční poruchy. In M. Svoboda (Ed.), D. Krejčířová, & M. Vágnerová, *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (s. 580–616). Portál.
- Lafleur D. L., Petty, C., Mancuso, E., McCarthy, K., Biederman, J., Faro, A., Levy, H. C., & Geller, D. A. (2011). Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Is there a link? *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 513–519. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.005>.
- Laforest, M., Bouchard, S., Bossé, J., & Mesly, O. (2016). Effectiveness of in virtuo exposure and response prevention treatment using cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A study based on a single-case study protocol. *Frontiers in Psychiatry*, 7(99), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00099>
- Lambertová, A., Kališová, L., Harsa, P., Kitzlerová, E., & Lambert, L. (2016). Patologické shromažďování – dvě kazuistiky a přehled literatury. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(3), 133–138.
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Portál.
- Lebowitz, E. R. (2021). *Breaking free of child anxiety and OCD*. Oxford University Press.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, 12(2), 229–238. <https://doi.org/10.1586/ern.11.200>
- Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Rück, C., Vigerland, S., Högström, J., Hillborg, M., Brander, G., Ljungström, M., Ljótsson, B., & Serlachius, E. (2017). Therapist-guided, internet-delivered cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(1), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.09.515>

- Lewin, A. B. (2019). Evidence-based assessment of child obsessive-compulsive disorder (OCD). In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 313–331). Cambridge University Press.
- Lewin, A. B., McGuire, J. F., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Editorial Perspective: The importance of considering parent's preferences when planning treatment for their children - the case of childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(12), 1314–1316. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12344>
- Lilienfeld, S. O., Lohr, J. M., & Olatunji, B. O. (2008). Encouraging students to think critically about psychotherapy: Overcoming naïve realism. In D. S. Dunn, J. S. Halonen, & R. A. Smith (Eds.), *Teaching critical thinking in psychology: A handbook of best practices* (s. 267–271). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444305173.ch26>
- Lusicic, A., Schruers, K. R., Pallanti, S., & Castle, D. J. (2018). Transcranial magnetic stimulation in the treatment of obsessive-compulsive disorder: current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 1721–1736. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121140>
- Malá, E. (2000a). Obsedantně-kompulzivní porucha. In V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, & E. Malá (Eds.), *Dětská a adolescentní psychiatrie* (228–234). Portál.
- Malá (2000b). Psychiatrické vyšetření. In V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, & E. Malá (Eds.), *Dětská a adolescentní psychiatrie* (43–54). Portál.
- Malá, E. (2013). Psychofarmaka v pedopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*, 14(3), 106–110.
- Malá, K. (n.d.). *Dětská klinická psychologie – informace*. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/klinicka-psychologie/detska-klinicka-psychologie-informace>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- March, J. S. (2007). *Talking back to OCD*. The Guilford Press.
- March, J. S., Mullen, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*. The Guilford Press.
- Marsden, Z., Lovell, K., Blore, D., Ali, S., & Delgadillo, J. (2017). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5(1), 10–18. <https://doi.org/10.1002/cpp.2120>
- Mašková, V. (2020). *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou pohledem rodičů* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/119221/130278088.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Mašková, V. (2022). *Léčebné metody obsedantně-kompulzivní poruchy u dětí a dospívajících: expertní perspektiva* [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy.
<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/176220/120426471.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Matta, R. M., & Ramos, D. G. (2020). The application of sandplay therapy in children with obsessive compulsive disorder. *Psychologia*, 62, 106–125.
<https://doi.org/10.2117/psysoc.2020-B009>
- Mazzoni, G. P., Pozza, A., La Mela, C., & Fernandez, I. (2017). CBT combined with EMDR for resistant refractory obsessive-compulsive disorder report of three cases. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(5), 345–356.
- McBain, R. K., Kofner, A., Stein, B. D., Cantor, J. H., Vogt, W. B., & Yu, H. (2019). Growth and Distribution of Child Psychiatrists in the United States: 2007-2016. *Pediatrics*, 144(6), Article e20191576. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1576>
- McGehee, R. H. (2005). Child psychoanalysis and obsessive-compulsive symptoms: The treatment of a ten-year-old boy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(1), 213–237. <https://doi.org/10.1177/00030651050530011301>
- McGrath, C. A., & Abbott, M. J. (2019). Family-based psychological treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents: A meta-analysis and systematic review. *Clinical Child Family Psychology Review*, 22(4), 478–501.
<https://doi.org/10.1007/s10567-019-00296-y>
- McKay, D., Abramowitz, J., & Storch, E. (2019). *Ineffective and potentially harmful psychological interventions for obsessive-compulsive disorder*. International OCD foundation. <https://iocdf.org/expert-opinions/ineffective-and-potentially-harmful-psychological-interventions-for-obsessive-compulsive-disorder/>
- Melicharová, H., Klímová, L., Jarkovský, J., & Soukupová, J. (2021a). *Psychiatrická péče 2020 zdravotnická statistika*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. <https://www.uzis.cz/res/f/008375/psych2020.pdf>
- Melicharová, H., Klímová, L., Jarkovský, J., & Soukupová, J. (2021b.). *Psychiatrická péče 2019 zdravotnická statistika*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. <https://www.uzis.cz/res/f/008348/psych2019.pdf>
- Melin, K., Skarphedinsson, G., Skärsäter, I., Haugland, B. S. M., & Ivarsson, T. (2018). A solid majority remit following evidence-based OCD treatments: a 3-year naturalistic outcome study in pediatric OCD. *European child & adolescent psychiatry*, 27(10), 1373-1381. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1137-9>
- Merlo, L. J., Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., & Geffken, G. R. (2010). Cognitive-behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(1), 24–27.
<https://doi.org/10.1080/16506070902831773>

- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (n.d.). *Co je to „off-label“ použití registrovaných léčivých přípravků?*. Národní zdravotnický informační portál. <https://www.nzip.cz/clanek/305-co-je-to-off-label-pouziti-registrovanych-lecivych-pripravku>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Morgan, J., Caporino, N. E., De Nadai, A.S., Truax, T., Lewin, A. B., Jung, L., Park, J. M., Khan, Y. A., Mutphy, T. K., & Storch, E. A. (2013). Preliminary predictors of within-session adherence to exposure and response prevention in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Youth Care Forum* 42, 181–191. <https://doi.org/10.1007/s10566-013-9196-z>
- Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Sociologické nakladatelství.
- Myrick, A. C., & Green, E. J. (2012). Incorporating play therapy into evidence-based treatment with children affected by obsessive compulsive disorder. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 74–86. <https://doi.org/10.1037/a0027603>
- Návratová, L. H. (2019). Rodinná terapie v ambulantní psychiatrické péči. *Psychiatrie pro praxi*, 20(3), 130–132. <https://doi.org/10.36290/psy.2019.029>
- Nazeer, A., Latif, D., Mondal, A., Azeem, M. W., & Greydanus, D. E. (2020). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and management. *Translational Pediatrics*, 9(1), 76–93. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.10.02>
- Nelson, E. L., & Patton, S. (2016). Using videoconferencing to deliver individual therapy and pediatric psychology interventions with children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(3), 212–220. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0021>
- Nissen, J. B., Højgaard, D., & Thomsen, P. H. (2020) The immediate effect of COVID-19 pandemic on children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *BMC Psychiatry* 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02905-5>
- Nissen, J. B., Nikolajsen, K. H., & Thomsen, P. H. (2014). A 7 year follow-up of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: An analysis of predictive factors in a clinical prospective study. *The European Journal of Psychiatry*, 28(3), 183–193. <https://doi.org/10.4321/s0213-61632014000300006>
- O'Neill, J., Piacentini, J., Chang, S., Ly, R., Lai, T. M., Armstrong, C. C., Bergman, L., Rozenman, M., Peris, T., Vreeland, A., Mudgway, R., Levitt, J. G., Salamon, N., Posse, S., Helleman, G. S., Alger, J. R., McCracken, J. T., & Nurmi, E. L. (2017). Glutamate in pediatric obsessive-compulsive disorder and response to cognitive-behavioral therapy: Randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology*, 42(12), 2414–2422. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.77>
- Öst, L. G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., & Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 58–69. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.08.003>

- Pagsberg, A.K., Uhre, C., Uhre, V. et al. (2022). Family-based cognitive behavioural therapy versus family-based relaxation therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: protocol for a randomised clinical trial (the TECTO trial). *BMC Psychiatry* 22(204). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03669-2>
- Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., & Geller, D. A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(6), 410–424. <https://doi.org/10.1038/nrn3746>
- Piacentini, J., & Langley, A. K. (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1181–1194. <https://doi.org/10.1002/jclp.20082>
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(1), 61–69. <https://doi.org/10.1089/104454603322126359>
- Piacentini, J., Peris, T. S., Bergman, R. L., Chang, S., & Jaffer, M. (2007). Functional Impairment in childhood OCD: Development and psychometrics properties of the Child Obsessive-Compulsive Impact Scale-Revised (COIS-R). *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(4), 645–653. <https://doi.org/10.1080/15374410701662790>
- Piaget, J., & Inhalderová, B. (1997). *Psychologie dítěte*. Portál.
- Pinto, A., Van Noppen, B., & Calvocoressi, L. (2013). Development and preliminary psychometric evaluation of a self-rated version of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 457–465. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.06.001>
- Pokorná, K. (2012). *Rodinný a školní život dítěte s obsedantně-kompulzivní poruchou* [Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK. <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/59332/120109149.pdf?sequence=1>
- Pozza, A., Albert, U., & Dèttore, D. (2019). Perfectionism and Intolerance of Uncertainty are Predictors of OCD Symptoms in Children and Early Adolescents: A Prospective, Cohort, One-Year, Follow-Up Study. *Clinical neuropsychiatry*, 16(1), 53–61.
- Praško, J., & Prašková, H. (2007). KBT obsedantně kompulzivní poruchy. In J. Praško, P. Možný, & M. Šlepecký (Eds.), *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. (s. 502–645). TRITON.
- Praško, J., & Prašková, H. (2008). *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Galén.
- Praško, J., Grambal, A., Šlepecký, M., & Vyskočilová, J. (2019). *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Grada.
- Puliafico, A. C., & Robin, J. A. (2017). *The OCD workbook for kids*. New Harbinger Publications.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.

- Radiožurnál (2019, 7. března). *V Česku chybí dětské klinické psychologové. Roli hraje délka studia i finanční ohodnocení* [audio podcast]. <https://radiozurnal.rozhlas.cz/v-cesku-chybi-detsti-klinicti-psychologove-roli-hraje-delka-studia-i-financni-7779741>
- Rees, C. S., Anderson, R. A., & Finlay-Jones, A. (2015). OCD? Not Me! Protocol for the development and evaluation of a web-based self-guided treatment for youth with obsessive-compulsive disorder. *BMJ open*, 5(4), Article e007486. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007486>
- Rees, C. S., Anderson, R. A., Kane, R. T., & Finlay-Jones, A. L. (2016). Online obsessive-compulsive disorder treatment: Preliminary results of the "OCD? Not Me!" Self-guided internet-based cognitive behavioral therapy program for young people. *JMIR mental health*, 3(3), 1–11. <https://doi.org/10.2196/mental.5363>
- Rice, T. R., Kostek, N. T., Gair, S. L., & Rojas, A. (2017). Summer camp program for children with obsessive-compulsive disorder: Description and preliminary observations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 142–151. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.03.006>
- Robinson, S., Turner, C., Heyman, I., & Farquharson, L. (2013). The feasibility and acceptability of a cognitive-behavioural self-help intervention for adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(1), 117–122. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000562>
- Rodowski, M. F., Cagande, C. C., & Riddle, M. A. (2008). Childhood obsessive-compulsive disorder presenting as schizophrenia spectrum disorders. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 18(4), 395–401. <https://doi.org/10.1089/cap.2007.0027>
- Rosenberg, D. (2022). *rTMS for Pediatric OCD*. Získáno 16. 2. 2022 z: <https://psychopharmacologyinstitute.com/section/rtms-for-pediatric-ocd-2626-5162>
- Rough, H. E., Hanna, B. S., Gillett, C. B., Rosenberg, D. R., Gehring, W. J., Arnold, P. D., & Hanna, G. L. (2020). Screening for pediatric obsessive-compulsive disorder using the Obsessive-Compulsive Inventory-Child Version. *Child Psychiatry & Human Development*, 51, 888–899.
- Říčan, P. (2006a). Strategie klinickopsychologického vyšetření. In P. Říčan & D. Krejčířová, (Eds.), *Dětská klinická psychologie* (s. 315–318). Grada.
- Říčan, P. (2006b). Vedení psychologického vyšetření. In P. Říčan & D. Krejčířová, (Eds.), *Dětská klinická psychologie* (s. 319–321). Grada.
- Sapyta, J. J., & Cowperthwait, C. M. (2019). Enhanced family approaches in childhood OCD. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 428–443). Cambridge University Press.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., Cicchetti, D., & Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844–852. <https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00023>

- Semple, R. J., Reid, E. F. G., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*(4), 379–392. <https://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.4.379>
- Shafran, R., Frampton, I., Heyman, I., Reynolds, M., Teachman, B., & Rachman, S. (2003). The preliminary development of a new self-report measure for OCD in young people. *Journal of Adolescence, 26*(1), 137–142. [https://doi.org/10.1016/s0140-1971\(02\)00083-0](https://doi.org/10.1016/s0140-1971(02)00083-0)
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy*. The Guilford Press.
- Shaughnessy, J. J., & Zechmeister, E. B. (1990). *Research methods in psychology*. London.
- Schneider, S. C., & Storch, E. A. (2019). Pharmacologic-augmented treatments. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (s. 407–427). Cambridge University Press.
- Sigra, S., Hesselmark, E., & Bejerot, S. (2018). Treatment of PANDAS and PANS: a systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews, 86*, 51–65. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.01.001>
- Smith, J. L., McBride, N. M., & Storch E. A. (2017). Outpatient treatment patterns of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 27*(6), 509–515. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0011>
- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. V. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*(1), 4–13. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00302.x>
- Stopková, P. (2017). Nové trendy v léčbě obsedantně kompulzivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi, 18*(3), 114–119.
- Storch, E. A., Caporino, N. E., Morgan, J. R., Lewin, A. B., Rojas, A., Brauer, L., Larson, M. J., & Murphy, T. K. (2011). Preliminary investigation of web-camera delivered cognitive-behavioral therapy for youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 189*(3), 407–412. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.047>
- Storch, E. A., Ledley, D. R., Lewin, A. B., Murphy, T. K., Johns, N. B., Goodman, W. K., & Geffken, G. R. (2006). Peer Victimization in Children With Obsessive–Compulsive Disorder: Relations With Symptoms of Psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 35*(3), 446–455. doi:10.1207/s15374424jccp3503_10
- Storch, E. A., McGuire, J. F., Wu, M. S., Hamblin, R., McIngvale, E., Cepeda, S. L., Schneider, S. C., Rufino, K. A., Rasmussen, S. A., Price, L. H., & Goodman, W. K. (2019). Development and psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 58*(1), 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.05.029>

- Storch, E., Merlo, L., Keeley, M., Grabill, K., Milsom, V., Geffken, G., Ricketts, E., Murphy, T. K., & Goodman, W. (2008). Somatic Symptoms in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical characteristics and cognitive-behavioral therapy response. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*(3), 283–297. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004335>
- Synčák, J. (2023, 17. ledna). *V Česku chybí kliničtí psychologové, čekací doby jsou až tři čtvrtě roku. Zádrhel je v jejich vzdělávání. ČT 24.*
<https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/3558242-v-cesku-chybi-klinicti-psychologove-cekaci-doby-jsou-az-tri-ctvrte-roku-zadrhel-je-v>
- Tanir, Y., Karayagmurlu, A., Kaya, I., Kaynar, T. B., Türkmen, G., Dambasan, B. N., Meral, Y., & Coskun, M. (2020). Exacerbation of obsessive compulsive disorder symptoms in children and adolescents during COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, *293*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113363>
- The pediatric OCD treatment study team. (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The pediatric OCD treatment study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA*, *292*(16), 1969–1976. <https://doi.org/10.1001/jama.292.16.1969>
- Theiner, P. (2014). Obsedantně-kompulzivní porucha v dětství. *Pediatric pro praxi*, *15*(1), 25–27.
- Thomas, S. (2020). ‘Hiccups of the mind’: Psychotherapy with a young boy with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychotherapy*, *46*(2), 206–223.
<https://doi.org/10.1080/0075417X.2020.1822427>
- Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Compton, S., Thomsen, P. H., Weidle, B., Hybel, K., Valderhaug, R., Melin, K., Nissen, J. B., & Ivarsson, T. (2015). Predictors associated with improved cognitive-behavioral therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(3), 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.007>
- Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., Valderhaug, R., Weidle, B., Melin, K. H., Hybel, K., Nissen, J. B., Lenhard, F., Wentzel-Larsen, T., Franklin, M. E., & Ivarsson, T. (2015). Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behaviour research and therapy*, *64*, 15–23.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.005>
- Trapková, L. (2018). Možnost rodinné terapie dětí u obsedantně kompulsivní poruchy. *Psychoterapie*, *12*(1), 47–61.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2022). *Psychiatrická ročenka 2021*. Národní portál psychiatrické péče. <https://www.uzis.cz/res/f/008415/psych2021.pdf>
- Valderhaug, R., & Ivarsson, T. (2005). Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European Children & Adolescent Psychiatry*, *14*(3), 164–73.
<https://doi.org/10.1007/s00787-005-0456-9>

- Valderhaug, R., Gunnar Göttestam, K., & Larsson, B. (2004). Clinicians' views on management of obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. *Nordic journal of psychiatry*, *58*(2), 125–132. <https://doi.org/10.1080/08039480410005503>
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., & Cuffe, S. P. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *33*(6), 782–791. <https://doi.org/10.1097/00004583-199407000-00002>
- van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: A review. *Twin Research and Human Genetics: The Official Journal of the International Society for Twin Studies*, *8*(5), 450–458. <https://doi.org/10.1375/183242705774310060>
- Vágnerová, M. (2006). Obsedantně-kompulzivní porucha. In P. Řičan & D. Krejčířová, (Eds.), *Dětská klinická psychologie* (s. 53–68). Grada.
- Výbor Asociace dětské a dorostové psychiatrie. (n.d.). Síť pedopsychiatrických lůžek v ČR. <https://www.addp.cz/informujeme/sit-pedopsychiatrickych-luzek-v-cr.html>
- Wahl, K., Huelle, J. O., Zurowski, B., & Kordon, A. (2013). Managing obsessive thoughts during brief exposure: An experimental study comparing mindfulness-based strategies and distraction in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *37*(4), 752–761. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9503-2>
- Weidle, B., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2015). Quality of life in children with OCD before and after treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *24*(9), 1061–1074. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0659-z>
- Weidle, B., Jozefiak, T., Ivarsson, T., & Thomsen, P. H. (2014). Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. *Health and Quality of Life Outcomes*, *12* (152), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0152-x>
- Whiteside, S. P. H., Ale, C. M., Vickers Douglas, K., Tiede, M. S., & Dammann, J. E. (2014). Case examples of enhancing pediatric OCD treatment with a smartphone application. *Clinical Case Studies*, *13*(1), 80–94. <https://doi.org/10.1177/1534650113504822>
- Whiteside, S. P., & Jacobsen, A. B. (2010). An uncontrolled examination of a 5-day intensive treatment for pediatric OCD. *Behavior Therapy*, *41*(3), 414–422. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.11.003>
- Whitney, D. G., & Peterson, M. D. (2019). US national and state-level prevalence of mental health disorders and disparities of mental health care use in children. *JAMA Pediatrics*, *173*(4), 389–391. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.5399>
- Wilkinson-Tough, M., Bocci, L., Thorne, K., & Herlihy, J. (2010). Is mindfulness-based therapy an effective intervention for obsessive-intrusive thoughts: a case series. *Clinical psychology & psychotherapy*, *17*(3), 250–268. <https://doi.org/10.1002/cpp.665>
- Wolters, L. H., Ball, J., Brezinka, V., Bus, M., Huyser, C., & Utens, E. (2021). Brief intensive cognitive behavioral therapy for children and adolescents with OCD: Two international pilot studies. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *29*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100645>

World Health Organization. (2015). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Fifth edition, 2016*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208>

World Health Organization. (2021). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>

Zewdie, E., Ciechanski, P., Kuo, H., Giuffre, A., Kahl, C., King, R., Cole, L., Godfrey, H., Seeger, T., Swansburg, R., Damji, O., Rajapakse, T., Hodge, J., Nelson, S., Selby, B., Gan, L., Jadavji, Z., Larson, J., MacMaster, F., Yang, J. F., Barlow, K., Gorassini, M, Brunton, K., & Kirton, A. (2020). Safety and tolerability of transcranial magnetic and direct current stimulation in children: Prospective single center evidence from 3.5 million stimulations, *Brain Stimulation* 13(3), 565–575.
<https://doi.org/10.1016/j.brs.2019.12.025>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Výzkumný soubor 1.....	70
Tabulka 2: Ukázka tvorby konceptů, sebtémat a témat.....	77
Tabulka 3: Struktura tématu 1.....	80
Tabulka 4: Struktura tématu 2.....	96
Tabulka 5: Struktura tématu 3.....	103
Tabulka 6: Struktura tématu 4.....	106
Tabulka 7: Výzkumný soubor 2.....	117

Seznam zkratk

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

Seznam příloh

Příloha 1 – Stručná informační brožura

Příloha 2 – Informovaný souhlas s účastí ve druhém výzkumném šetření

Příloha 3 – Dokument inzerovaný na Facebooku

Příloha 4 – Rozšířená informační brožura