proLékaře.cz | 26.7.2025

KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNĚ VEDENÁ TERAPIE OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ SYMPOTOMATOLOGIE U CHLAPCE S AUTISMEM: KAZUISTIKA

COGNITIVE BEHAVIOURAL GUIDED THERAPY OF OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMATOLOGY IN A BOY WITH AUTISM: CASE STUDY

PhDr. Mgr. Lenka Vacková[1]

Lenka Vacková

Abstrakt

Kazuistika se zaměřuje na kognitivně-behaviorálně vedenou terapii obsedantně-kompulzivní symptomatologie u chlapce s autismem a dalšími neurovývojovými poruchami v komorbiditě. Popisuje složitý klinický obraz poruchy a dlouhodobě vedenou terapii.

Abstract

The case report focuses on Cognitive Behavioural Guided Therapy of obsessive-compulsive symptomatology in a boy with autism and other neurodevelopmental disorders in comorbidity. It describes the complex clinical picture of the disorder and long-term therapy.

Klíčová slova

bludný kruh, kognitivně-behaviorální terapie (KBT), neurovývojové poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha (OCD), porucha autistického spektra (PAS)

Keywords

vicious circle, Cognitive Behavioiral Therapy (CBT), neurodevelopmental disorders, Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Autism Spectrum Disorder (ASD)

Obsedantně-kompulzivní porucha a kognitivně-behaviorální terapie

Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) je dlouhodobé duševní onemocnění, pro které jsou typické nechtěné, opakující se myšlenky (obsese) a činnosti (kompulze), jež pacient vykonává, aby snížil úzkost a napětí. Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, 2022) lze OCD diagnostikovat tehdy, pokud tyto symptomy významně zasahují do běžného fungování – například zaberou více než hodinu denně nebo negativně ovlivňují mezilidské vztahy či pracovní výkon.

Výzkumy ukazují na biologický původ OCD a její výskyt se odhaduje u 3 % populace (Praško et al., 2019). Porucha je spojena s dysfunkcí určitých mozkových okruhů (kortiko-striato-thalamo-kortikálních) a s poruchou rovnováhy serotoninu v mozku (Stein, 2002).

Praško (2019) upozorňuje, že přestože se jedná o jednu z nejrozšířenějších duševních poruch, často bývá nediagnostikovaná. OCD je navíc považována za jednu z nejvíce omezujících nemocí z hlediska kvality života (Murray a Lopez, 1996), a to nejen pro samotného pacienta, ale i jeho blízké (Amir et al., 2000).

Průlom v léčbě přišel v 70. letech 20. století díky podávání klomipraminu a využití behaviorální terapie s prvky expozice a prevence reakce (Praško et al., 2019). Významné bylo i zjištění, že

[1] PhDr. Mgr. Lenka Vacková, Ambulance klinické logopedie, psychologické poradenství a diagnostika, Wellnerova 3C, 779 00 Olomouc, Česká republika. E-mail: logo-psycho.ol@seznam.cz.

https://doi.org/10.36833/lkl.2025.005 Přijato k recenzi: 26. 2. 2025 Přijato k publikaci: 3. 4. 2025 licensed under CC BY-NC

proLékaře.cz | 26.7.2025

terapie přispívá k úpravám mozkové aktivity (Baxter et al., 1992).

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je v léčbě OCD považována za stejně účinnou jako farmakoterapie, přičemž některé studie poukazují na její lepší dlouhodobý účinek a nižší riziko návratu potíží (Marks, 1997).

Model OCD podle Salkovskise (Salkovskis, 1989) předpokládá, že vtíravé myšlenky se objevují běžně, ale patologickými se stávají tehdy, když vyvolají silné negativní emoce a člověk se je snaží různě potlačit nebo neutralizovat.

OCD se pak udržuje díky následujícím mechanismům:

- vyhýbavé chování,
- kompulzivní chování a myšlenky,
- přetrvávající obsese,
- zvýšená citlivost na stresory,
- podpora a posilování rituálů okolím.

Obsedantně-kompulzivní porucha a autismus

Porucha autistického spektra (PAS) zahrnuje skupinu neurovývojových poruch, pro které je typické narušení sociální interakce a komunikace, stejně jako přítomnost stereotypního chování a specifických zájmů (World Health Organization, 2022).

Lidé s PAS často preferují rutinu, předvídatelnost a neměnné prostředí, což jim může ztěžovat zvládání nároků běžného života, především v sociálních a pracovních kontextech.

PAS je vysoce individuální – osoby s autismem se mezi sebou mohou výrazně lišit v úrovni komunikace, oblíbených činnostech, schopnosti chápat emoce či praktickém zvládání každodenních situací. Rozdíly se často objevují také mezi intelektem a reálnými dovednostmi.

V terapii je důležité odlišit, které rituály jsou pro konkrétního jedince přínosné, a které mu naopak komplikují život (Russell et al., 2019). Rozpoznání rozdílu mezi nutkavým chováním v rámci OCD a opakovanými vzorci typickými pro PAS je pro terapeuty často obtížné.

U dětí a dospívajících s PAS lze k diagnostice OCD využít specifické nástroje, například dotazník ChOCI-R (Uher et al., 2008).

KBT se při práci s osobami s PAS upravuje podle jejich specifických potřeb. Zohledňuje se forma komunikace, potřeba struktury, zapojení vizuálních prvků a individuální preference (Cooper et al., 2018). Terapeutický přístup by měl zahrnovat:

- navázání důvěry a porozumění stylu komunikace pacienta,
- zmapování každodenních rituálů, zájmů a podpůrné sítě,
- rozlišení mezi úzkostnými obsesemi a repetitivním chováním typickým pro PAS,
- porozumění emočnímu prožívání a nalezení způsobu, jak o emocích mluvit,
- výběr vhodných metod ke sledování úzkostně podmíněného kompulzivního chování (Russell et al., 2019).

Kazuistika

Základní charakteristika pacienta

Chlapec (14 let a 6 měsíců) s poruchou autistického spektra, stupeň závažnosti 2, přítomna vývojová porucha jazyka a specifická porucha pozornosti a aktivity v komorbiditě. U chlapce přetrvávají specifické zvláštnosti v sociální komunikaci a sociální interakci. Narušená je sociálně-emoční reciprocita, trvají deficity v neverbálním komunikačním chování užívaném při sociální interakci a obtíže v navazování a udržení vztahů na odpovídající vývojové úrovni. Přítomné jsou omezené zájmy, ritualizované chování a zvláštnosti v pragmatické jazykové úrovni řeči, senzitivita fluktuuje.

Kognitivní schopnosti chlapce jsou nerovnoměrně rozložené a testově se pohybují v pásmu lehké poruchy intelektu až hlubokého podprůměru. Funkční využití intelektu je však významně nižší. Z hlediska adaptivního chování (tj. motorické, konceptuální, praktické a sociální dovednosti) hodnotíme jeho potíže jako lehkou až středně těžkou MR.

KBT vyšetření

Vítek byl přijatý do naší logopedicko-psychologické péče ve 32 měsících pro opoždění ve vývoji k diagnostickému zhodnocení. V rámci terapie byl řešený kognitivní a celkový rozvoj, dále orofaciální stimulace, senzorické obtíže a výběrovost v jídle.

V pěti letech u něj byla pedopsychiatrem potvrzena PAS v komorbiditě s vývojovou poruchou jazyka a specifickou poruchou pozornosti a aktivity.

Ve věku 12 let a 10 měsíců byla zakázka terapie zaměřena na nutkavé vytrhávání vlasů – trichotilománii a omezující rituály při večerním koupání (nastavený časový limit u aktivit v koupelně, čas na čištění zubů, česání vlasů). Tento problém byl řešený i na pedopsychiatrii a Vítek začal užívat antidepresiva Sertralin Actavis 50 mg. Po necelém půl roce (13 let a 3 měsíce) byl Vítek bez těchto obtíží.

Od 13 let a 10 měsíců byly u Vítka v rámci zakázky terapie nově řešeny kompulzivní projevy. Pedopsychiatrem byla navýšena medikace (dávkování Sertralin Actavis 50 mg 0,5-0-0,5; nově začal užívat Medorisper 0-0-1).

Vítek bydlí společně s rodiči a mladším bratrem v rodinném domě. Na zahradě mají bazén, ve kterém velmi rád plave. U jeho otce a mladšího bratra jsou v chování patrné projevy ADHD. Jeho otec často reaguje na zátěžové situace impulzivně, nepředvídatelnými výbuchy zlosti. Taktéž Vítkův o osm let mladší bratr je velmi hlučný. Často se dožaduje být v přítomnosti Vítka, a to i v situacích, kdy již Vítek potřebuje být sám. U Vítka také probíhají hormonální změny v důsledku dospívání (tělesné změny, mutace).

Před čtyřmi měsíci Vítek nastoupil do nové třídy. Ve třídě nastaly změny ve složení kolektivu (noví spolužáci). Vítek měl nového třídního učitele, novou pedagogickou asistentku a další dva učitele, na matematiku a anglický jazyk. Již po týdnu ve škole se Vítek začal v noci po hodině budit, poté odcházel na záchod a následně šel za rodiči do obývacího pokoje, kde se jich opakovaně dotazoval na již známé informace.

S nárůstem Vítkova kompulzivního chování se zhoršilo klima v rodině. Oba rodiče začali být nervóznější a častěji se hádají. Vítkova matka otci vyčítá, že na chlapcovo chování reaguje nevhodně. Došlo k narušení vztahu mezi Vítkem a rodiči. Rodiče se na Vítka častěji zlobí a křičí na něj. Vyčítají mu jeho chování (zejména jeho otec). U mladšího bratra se zvyšuje napětí a úzkost, protože je většině konfliktů přítomen.

Vítek je v zajetí svých kompulzí. Má rituály při běžných aktivitách, např. při vstávání, při sedání na židli či zvedání se ze židle (zatočí se na místě, začne několikrát ťukat na stůl). Opakuje stejné věty. Ptá se na věci, které již ví, nebo sděluje rodičům, co právě udělal (např. mami, šel jsem se vyčůrat, umyl jsem si ruce).

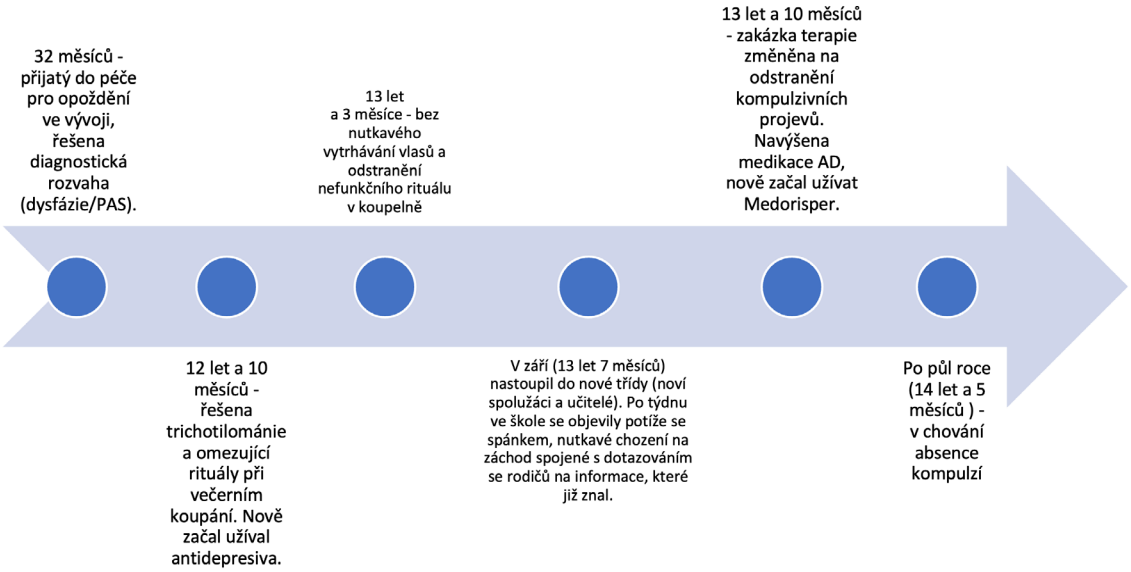
Kontroluje, zda si vzal vitamin, jestli vypnul topení, jestli si nachystal věci do školy, jestli vypnul počítač.

Čeká, až ho matka upozorní, aby činnost, kterou dělá pravidelně, vykonal; např. ví, že má v 18 hod. vypnout počítač, sám to ale nikdy neudělá, čeká na reakci matky. Několikrát do hodiny smrká do kapesníku a poté si jde umýt ruce do koupelny. Začal si opět vytrhávat vlasy – kroutí si je, namotává na prst.

proLékaře.cz | 26.7.2025

Po vykonání dané kompulze dochází u Vítka k úlevě, která udržuje dané chování. Současně za něj matka vykonává celou řadu činností, které by měl zvládnout sám. Problémovým chováním tedy Vítek získává také pozornost a péči rodičů.

Časová osa problému



Behaviorální analýza

Bludný kruh – informace získané od matky. Hodnocení matkou na stupnici 0–10, kde stupeň 10 znamená nejvyšší míru obtíží.

Bludný kruh:

Situace: Vítek jde ráno do školy, vstává v 6 hodin.

Chování: poklepe si na rameno, otočí se na břicho, poté otáčí hlavou doprava a doleva, otočí se ke zdi, rozsvítí světlo, zhasne světlo, pohladí zeď 3krát, otočí se na druhý bok, podepře si hlavu, sedne si.

Tělo: v napětí, stupeň 5?

Emoce: úzkost, stupeň 5?

Důsledek:

Bezprostřední pozitivní: úleva. Matka dělá některé věci za Vítka (skládání ručníku, zavírání pasty), aby nepřišla pozdě do práce. Problémovým chováním Vítek získává pozornost matky, která na něj křičí.

Bezprostřední negativní: Vítek vstává později a nestíhá pak další činnosti, matka se na něj zlobí. Vítek se jí omlouvá, zvyšuje se u něj napětí a úzkost.

Dlouhodobé negativní: narušení vztahu mezi matkou a Vítkem, zhoršení vztahu s otcem. Narušení partnerského vztahu mezi rodiči, zvyšující se úzkost a napětí u Vítka, ale také v celé rodině. Matka chodí do práce pozdě a zvyšuje se u ní emoční rozladění.

V rámci terapeutických sezení bylo zmapováno několik bludných kruhů.

Cíl terapie

Zakázka terapie: zvládnutí kompulzí, tj. odstranění nefunkčních rituálů. Frekvence návštěv 1krát týdně.

Plán terapie

1. Externalizace – společný boj s dítětem a rodičem proti OCD, výběr příšery, která znázorňuje OCD, a její společné pojmenování („Otravníček“).
2. Edukace (rodiče a Vítek). Motivace ke změně (rodiče a Vítek).
3. Vytvoření seznamu, co příšera přikazuje/zakazuje, a škálování rodičem (na stupnici 0–10, stupeň 10 je nejvyšší míra obtíží).
4. Vizualizace těchto příkazů přes kreslení na monitoru formou komiksu, přehrávání situací pomocí 3D figurek.
5. Práce s relaxací, všímavostí (mindfulness) – popis věcí, které vidím, slyším, cítím a kterých se dotýkám. Nácvik a podpora břišního dýchání (poloha tygřík). Psaní si věcí, které mi udělaly radost (denní záznamy).
6. Seznámení s křivkou habituace (u chlapce vizualizace vlastního příběhu).
7. Postupný výběr problému ze seznamu a plánování hierarchie expozic, zábrana rituálům. Stanovení odměn podpořené vizualizací. Edukace o zajišťovacím a vyhýbavém chování.
8. Hledání funkce OCD v rámci rodiny – čím je toto chování udržováno. Život bez OCD. Podpora zdravých vztahů v rodině. Prevence relapsu.

Průběh terapie

Zpočátku bylo pro Vítka velmi těžké „Otravníčka“ přijmout. Na prvním setkání s Otravníčkem byl rozrušený a zvyšoval hlas, že mu žádný Otravníček nic nepřikazuje. Současně již velmi dobře sledoval vizualizaci příběhu Otravníčka. Společně s matkou a terapeutem stavěl pro Otravníčka „vězení“, aby se z něj nemohl dostat a chlapci už nepřikazoval, co má dělat.

Doma pak Vítek opakovaně vykřikoval, že mu žádný Otravníček nic nepřikazuje, ale naslouchal, co mu matka sdělovala: „Vítku, to ti zase říká ten Otravníček“.

Po měsíční terapii se Vítek přestal za své chování matce opakovaně omlouvat. Na následném setkání již byl schopen bez zvýšeného napětí sledovat vizualizovaný příběh o Otravníčkovi a vizualizovanou křivku habituace spojenou s Otravníčkem (tj. když Otravníčka neposlouchám, co se se mnou zpočátku děje, jak dlouho to trvá a co následuje).

V rámci terapií společně s matkou a terapeutem Vítek Otravníčka kreslil, trefoval se do něj jako do terče, papír s Otravníčkem roztrhal a dával do krabice, kterou pak „vyhodil“ do koše.

Dle intenzity obtíží pak společně s matkou a terapeutem vždy vybral úkol (kompulzi), na kterém bude pracovat. Vítkovi pak byla kompulze „co mu Otravníček přikazuje“ vizualizovaná. Byl mu zadán úkol: zvládnout Otravníčka neposlouchat a bezprostředně po splnění úkolu se pak odměnit (předem dohodnuta velká

proLékaře.cz | 26.7.2025

odměna za zvládnutí). Tímto způsobem byly u Vítka společně odstraněny kompulze, které byly vyhodnoceny jako problémové chování.

Na posledních dvou návštěvách byla u Vítka probírána plánovaná návštěva u zubaře (vizualizace expozice, čas na starosti, odměna za zvládnutí), kterou se mu podařilo bezproblémově zvládnout a za kterou byl oceněný (rodiči a terapeutem). Bezprostředně po zákroku dostal jako dárek lego.

V současné době je zakázka terapie zaměřená na nácvik sociálních dovedností.

Diskuse

Ačkoli je KBT považována za terapii krátkodobou (Becková, 2018), u pacientů s těžkými neurovývojovými poruchami má vyšší počet sezení.

Kombinace vhodně zvolené farmakoterapie a psychoterapie významně ovlivňuje efekt samotné terapie (Praško, 2019).

Současně je u dlouhodobě vedené terapie důležité nezapomínat na přesnou specifikaci zakázky, věnovat pozornost edukaci a motivovat k aktivní spolupráci. Terapie u pacientů s neurovývojovými poruchami je z našeho pohledu náročná z několika hledisek:

- Navázání terapeutického vztahu a následná motivace ke spolupráci u dětského pacienta, u kterého je psychomotorický neklid a má těžké komunikační deficity (narušené porozumění a exprese), klade značné nároky na odbornou a osobnostní vybavenost terapeuta pracujícího pod pravidelnou supervizí. V případě, že terapeut nemá odborné vzdělání pro diagnostiku jazykového vývoje, doporučujeme spolupráci s klinickým logopedem.
- Klíčovou roli sehrávají samotní rodiče dětského pacienta. Je třeba jejich porozumění danému problému a aktivní spolupráce mimo domluvená sezení. Současně se do terapeutického sezení promítá jejich momentální emoční nastavení ovlivněné aktuální zátěží (např. zpracovávání samotné diagnózy, emoční nepohoda vyplývající z výběru „vhodného“ školského zařízení, partnerské neshody aj.).

U pacientů s PAS je důležité rozlišit „funkční“ rituály a zabraňovat rituálům „omezujícím“. Velmi často se v ambulancích setkáváme s pohledem rodičů, že tyto „nefunkční a omezující“ rituály jsou neměnnou součástí samotné dg. PAS a nelze je měnit. Stěžejní je edukace rodičů o možnostech změny, realizovaná v bezpečném prostředí, a následná podpora jejich aktivní spolupráce.

Velmi podstatnou součástí terapeutického sezení je sdělování informací o prevenci relapsu a uvědomění si, čím je dané chování udržováno.

Závěr

Terapie OCD u pacientů s PAS je z našeho pohledu velmi důležitá, ale z našich zkušeností je v praxi velmi nedostatečně realizovaná.

Kognitivně-behaviorálně vedená terapie u pacientů s PAS umožňuje efektivní léčbu projevů OCD, a významně tak zlepšuje kvalitu života nejen samotného pacienta, ale pozitivně ovlivňuje vztahy v celé jeho rodině (Russell et al., 2019).

Vedení samotné terapie u dětských pacientů s PAS má určitá specifika, která je potřeba zohledňovat. Zásadní je aktivní spolupráce s rodinou, komunikace s pacientem na jeho mentální úrovni, využívání struktury v sezení a četné vizualizace. Zejména odborné vyšetření jazykové úrovně u pacienta s neurovývojovými obtížemi klinickým logopedem může velmi napomoci ve způsobu vedení terapie, která je pak pro pacienta srozumitelná a odpovídá jeho vývojové úrovni.

Literatura

AMIR, N.; FRESHMAN, M. a FOA, E. B., 2000. *Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients.* Online. Journal of Anxiety Disorders, vol. 14, no. 3, s. 209-217. DOI: 10.1016/s0887-6185(99)00032-8. Dostupné z: Family Distress and Involvement in Relatives of Obsessive-Compulsive Disorder Patients - ScienceDirect.

BAXTER, L. R.; SCHWARTZ, J. M.; BERGMAN, K. S.; SZUBA, M. P.; GUZE, B. H.; MAZZIOTTA, J. C. a ALAZRAKI, A., 1992. *Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder.* Online. Archives of General Psychiatry, vol. 49, no. 9, s. 681-689. DOI: 0.1001/archpsyc.1992.01820090009002. Dostupné z Caudate Glucose Metabolic Rate Changes With Both Drug and Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder | JAMA Psychiatry | JAMA Network.

BECKOVÁ, J. S., 2018. *Kognitivně-behaviorální terapie. Základy a něco navíc.* Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-525-2.

COOPER, K.; LOADES, M. E. a RUSSELL, A., 2018. *Adapting psychological therapies for autism.* Online. Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 45, s. 43-50. DOI: 10.1016/j.rasd.2017.11.002. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30245739/.

MARKS, I., 1997. *Behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A decade of progress.* Online. Canadian Journal of Psychiatry, vol. 42, no. 10, s. 1021-1027. DOI: 10.1177/070674379704201002. Dostupné z: Behaviour Therapy for Obsessive—Compulsive Disorder: A Decade of Progress - Isaac Marks, 1997.

MURRAY, C. J. a LOPEZ, A. D., 1996. *Evidence-based health policy—lessons from the Global Burden of Disease Study.* Online. Science, vol. 274, no. 5288, s. 740-743. DOI: 10.1126/science.274.5288.740. Dostupné z: Evidence-Based Health Policy—Lessons from the Global Burden of Disease Study | Science.

PRAŠKO, J.; GRAMBAL, A.; ŠLEPECKÝ, M. a VYSKOČILOVÁ, J., 2019. *Obsedantně-kompulzivní porucha.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0495-6.

RUSSELL, A.; JASSI, A. a JOHNSTON, K., 2019. *OCD and Autism: A Clinician's Guide to Adapting CBT*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1-78592-379-1.

SALKOVSKIS, P. M., 1989. *Cognitive-behavioral factors and persistence of intrusive thoughts in obsessional problems.* Online. Behaviour Research and Therapy, vol. 27, no. 6, s. 677-682. DOI: 10.1016/0005-7967(89)90152-6. Dostupné z: Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems - ScienceDirect.

proLékaře.cz | 26.7.2025

STEIN, D. J., 2002. *Obsessive-compulsive disorder.* Online. The Lancet, vol. 360, no. 9330, s. 397-405. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)09620-4. Dostupné z: Obsessive-compulsive disorder - The Lancet.

UHER, R.; HEYMAN, I.; TURNER, C. M. a SHAFRAN, R., 2008. *Self-, parent-report and interview measures of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents.* Online. Journal of Anxiety Disorders, vol. 22, no. 6, s. 979-990. DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.10.001. Dostupné z: Self-, parent-report and interview measures of obsessive–compulsive disorder in children and adolescents - ScienceDirect.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11).* Online. Dostupné z: https://icd.who.int/en.