

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Duševní zdraví u adolescentů – aktuální problémy v období pandemie COVID-19

Diplomová práce

2022

Bc. Jana Pilíšková

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Pilíšková**
Osobní číslo: **H20390**
Studijní program: **N0111P190001 Resocializační pedagogika**
Téma práce: **Duševní zdraví u adolescentů – aktuální problémy v období pandemie COVID19**
Téma práce anglicky: **Mental health of adolescents – current problems during the covid-19 pandemic**
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

Zásady pro vypracování

Práce se zabývá aktuálními problémy v oblasti duševního zdraví u adolescentů. Zkoumá, jaké potíže především v době pandemie se u adolescentů objevují a jak se s nimi vypořádávají. V teoretické části práce je pozornost zaměřena např. na emoční poruchy, úzkosti, stres, deprese a zdravé sebevědomí. Dále pak na oblast duševního zdraví, zejména na otázky, jak o něj pečovat a posilovat jej. Kvalitativní výzkum je založen na expertních rozhovorech se školními i mimoškolními psychology. Cílem je zjistit, z jakého důvodu adolescenti přicházejí do psychologických poraden, jaké potíže řeší a jak vypadá způsob jejich podpory.

Rozsah pracovní zprávy:

Rozsah grafických prací:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HERRICK, Elizabeth a Barbara REDMAN-WHITE. *Supporting children and young people with anxiety: a practical guide*. London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2019. ISBN 978-0-8153-7721-4.

JAMES, Alice a Louie STOWELL. *V hlavě v pohodě: péče o duševní zdraví pro teenagery*. Praha: Svojtka & Co., 2019. ISBN 978-80-256-2535-4.

PŮTHE, Petr. *Emoční poruchy v dětství a dospívání*. 3., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-1038-4.

RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1596-7.

RÖHR, Heinz-Peter. *Cesty z úzkosti a deprese: o štěstí lásky k sobě samému*. [Praha]: Portál, 2019. Original.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

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

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Mgr. Ilona Ďatko, Ph.D.

Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce: **1. května 2021**

Termín odevzdání diplomové práce: **1. května 2022**

doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D. v.r.
děkan

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. května 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Duševní zdraví u adolescentů – aktuální problémy v období pandemie COVID-19 jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 15. 6. 2022

.....

Bc. Jana Pilíšková

PODĚKOVÁNÍ

Těmito řádky bych ráda poděkovala PhDr. Mgr. Iloně Ďatko, Ph.D. za její odbornou pomoc a cenné připomínky. Dále bych vyjádřila své poděkování mým respondentům z řad psychologů a Dennímu stacionáři pro adolescenty, jehož pracovníci mi byli velice nápomocni během mého výzkumného šetření.

Zároveň bych chtěla poděkovat svým nejbližším – své rodině, přátelům a příteli, kteří mi po dobu mého magisterského studia byli velkou oporou.

NÁZEV

Duševní zdraví u adolescentů – aktuální problémy v období pandemie COVID-19

ANOTACE

Tato diplomová práce se zabývá aktuálními problémy v oblasti duševního zdraví u adolescentů. Zkoumá, jaké potíže především v době pandemie se u adolescentů objevují a jak se s nimi vypořádávají. V teoretické části práce je pozornost zaměřena např. na emoční poruchy, úzkosti, stres, deprese a zdravé sebevědomí. Dále pak na oblast duševního zdraví, zejména na otázky, jak o něj pečovat a posilovat jej. V poslední části práce je popsán vliv pandemie COVID-19 na duševní zdraví adolescentů a na jejich psychosociální vývoj.

Kvalitativní výzkum je založen na expertních rozhovorech se školními i mimoškolními psychology a psychoterapeuty. Cílem je zjistit, z jakého důvodu adolescenti přicházejí do psychologických poraden, jaké potíže řeší a jak vypadá způsob jejich podpory.

KLÍČOVÁ SLOVA

Adolescent, duševní zdraví, úzkost, deprese, zdravé sebevědomí, psychohygienu

TITTLE

Mental health of adolescents – current problems during the covid-19 pandemic

ANNOTATION

This thesis deals with the topic of acute problems concerning the mental health of adolescents. It describes the problems of adolescents during the coronavirus pandemic and the ways these people deal with them. The theoretical part focuses on emotional disorders, anxiety, stress, depression, healthy self-confidence and more. It also deals with questions regarding mental health, for example how to care for one's mental health and how to improve it. The last part of the thesis describes the effect that the COVID-19 pandemic had on mental health of adolescents and their psychosocial growth.

The qualitative survey is based on expert interviews with psychologists and psychotherapists from both school and out-of-school environments. The goal is to find out what is the reason behind adolescents visiting psychological counselors, what problems they need help with and how are they being assisted.

KEYWORDS

Adolescent, mental health, anxiety, depression, healthy self-esteem, mental hygiene

OBSAH

Úvod	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1. Charakteristika pojmu adolescence	14
1.1. Vývojové změny v adolescenci	16
1.1.2. Tělesný vývoj v adolescenci	17
1.1.3. Kognitivní vývoj	19
1.1.4. Vývoj osobnosti dospívajících a proměny jejich identity	20
1.1.5. Sociální změny v adolescenci	22
2. Duševní zdraví a jeho význam v životě jedince	27
2.1. Zdraví	27
2.2. Duševní zdraví	28
2.3. Duševní zdraví u adolescentů	31
2.4. Způsoby podpory duševního zdraví pod záštitou WHO	36
2.4.1. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030	37
2.5. Duševní hygiena	39
2.6. Sociální opora a její význam	41
2.7. Utváření zdravého sebevědomí	44
2.7.1. Nezisková organizace Nevypust' duši	47
3. Psychopatologie dospívajících	50
3.1. Charakteristika pojmu duševní onemocnění (porucha)	50
3.2. Duševní onemocnění v České republice	51
3.3. Sociální fobie	51
3.4. Úzkosti	53
3.4.1. Od úzkosti k úzkostné poruše	54
3.5. Deprese a depresivní stavy	56
3.6. Emoční poruchy	58
3.7. Sebepoškozující a suicidální chování	59
3.8. Nadějně způsoby zvládnání životních těžkostí	61
3.8.1. Cílevědomé zvládnání působících stresorů	64
4. Vliv pandemie COVID-19 na duševní zdraví adolescentů	67
4.1 Charakteristika základních pojmů a psychosociální kontext pandemie	67

4.2. Anketní šetření Asociace dětské a dorostové psychiatrie	68
4.3. Zvýšení výskytu depresí a úzkostí.....	70
4.4. Neurovývojové poruchy a protipandemická opatření	70
4.5. Vliv pandemie na pacienty s poruchou příjmu potravy	71
4.6. Rizikové a protektivní faktory.....	71
PRAKTICKÁ ČÁST.....	73
5. Popis výzkumného šetření.....	73
5.1. Metodologie.....	73
5.2. Cíl výzkumného šetření.....	74
5.3. Charakteristika výzkumného souboru	74
5.4. Metoda sběru dat	74
5.5. Výzkumné otázky	74
5.6. Struktura rozhovoru – tazatelské otázky	75
5.7. Realizace výzkumu šetření	76
5.8. Interpretace výsledků	77
5.9. Výsledky otevřeného kódování	77
5.10. Výsledky výzkumného šetření	94
5.10.1. Odpovědi na výzkumné otázky	94
5.10.2. Shrnutí výzkumného šetření	95
6. Závěr	98
Seznam použitých informačních zdrojů.....	101
PŘÍLOHY	111

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1: <i>Procentuální zastoupení výskytu duševních obtíží u adolescentů</i>	32
Obrázek 2: <i>Význam duševní gramotnosti</i>	35
Obrázek 3: <i>Vize a mise organizace</i>	49
Obrázek 4: <i>Fakta ohledně duševního onemocnění</i>	49
Obrázek 5: <i>Znázornění kruhu úzkostí na všech třech úrovních</i>	55
Tabulka 1: <i>Přehled druhů sociálních potřeb</i>	43
Tabulka 2: <i>Typické symptomy deprese</i>	57

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

COVID-19 – coronavirus disease 2019

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

NÚDZ – Národní ústav duševního zdraví

UNICEF – United Nations Children’s Fund (Dětský fond Organizace spojených národů)

NAPDZ – Národní akční plán duševního zdraví

ČR – Česká republika

EU – Evropská Unie

ZŠ – základní škola

ADHD – attention deficit hyperactivity disorder (porucha pozornosti s hyperaktivitou)

MKN-10 - Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

DSM-IV – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

SARS-CoV-2 - Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus

OCD – Obsedantně-kompulzivní porucha

PAS – Porucha autistického spektra

Úvod

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku duševního zdraví adolescentů v době pandemie COVID-19. V současnosti je potřeba o této problematice hovořit a motivovat veřejnost, aby se o duševní zdraví začala více zajímat.

Motivací pro výběr tématu byly zkušenosti mých blízkých osob s duševním onemocněním, a to zejména v období pandemie. Z toho důvodu jsem se rozhodla duševní zdraví adolescentů hlouběji prozkoumat a zjistit, jaký dopad na něj pandemie měla.

Cílem práce bude objasnit a popsat problematiku duševního zdraví adolescentů a zjistit, z jakého důvodu adolescenti přicházejí do psychologických poraden a Denního stacionáře pro adolescenty a jaké potíže řeší. Následovně se zaměřím na to, jak probíhá péče, pomoc a podpora těmto adolescentům a co bychom my jako společnost mohli udělat více pro vlastní duševní zdraví.

Práce je rozdělena na dvě části – na teoretickou a praktickou. Každá z nich je členěna do kapitol a následně do podkapitol. V první kapitole v části teoretické bude popsána charakteristika pojmu adolescence a vývojové změny v adolescenci, které spočívají ve změnách v tělesné, kognitivní i sociální oblasti. Druhá kapitola je tematicky zaměřena na duševní zdraví a jeho význam. Pozornost je zaměřena na způsoby podpory duševního zdraví, na duševní hygienu, sociální oporu a utváření zdravého sebevědomí jedince.

Podstatnou část práce tvoří kapitola třetí s názvem Psychopatologie dospívajících. Budou představeny aktuálně nejčastější potíže, se kterými se adolescenti potýkají a které potřebují řešit. Terminologický aparát je zaměřen na pojmy duševní nemoc, duševní porucha a dále na konkrétní formy duševních potíží jako je sociální fobie, úzkosti, deprese, emoční poruchy a sebepoškozování. Následně jsou uvedeny a rozepsány možné nadějně působící způsoby zvládnání životních těžkostí a první pomoc v situaci aktuálního stresu.

Poslední větší celek v teoretické části tvoří kapitola, která popisuje vliv pandemie na duševní zdraví adolescentů. Zmíním vyšší nárůst násilí páchaného na dětech a adolescentech, s čím se zvýšilo riziko následných traumatizujících zážitků. Další částí je anketní šetření Asociace dětské a dorostové psychiatrie, ve kterém zjistíme, zda se v období pandemie zvýšila poptávka po pedopsychiatrické péči a jaké duševní poruchy se nejčastěji objevovaly. Dále se zaměřím na to, jaký vliv měla pandemie například na pacienty s poruchou

příjmu potravy, či na jedince s poruchou autistického spektra a představím i rizikové a protektivní faktory pandemie.

Praktická část navazuje na část teoretickou a prostřednictvím kvalitativního výzkumu formou rozhovoru se zkoumá, z jakého důvodu adolescenti přicházejí do psychologických poraden a Denního stacionáře pro adolescenty, jaké potíže řeší a jak vypadá způsob jejich podpory. V první řadě popíši metodologii, kterou v praktické části využívám. Respondenty jsou školní i mimoškolní psychologové a psychoterapeuti působící v Denním stacionáři pro adolescenty. Za jejich spolupráce byly zkoumány a analyzovány jejich zkušenosti s terapeutickou prací s adolescenty během pandemie, a co je zde nejpodstatnější – formy pomoci mladým dospělým v oblasti duševního zdraví. Také se zaměřím na aspekt, který odborníci často zmiňují, a to je akutní nedostatek psychoterapeutické péče a význam prevence v oblasti duševního zdraví. Poslední celek v praktické části obsahuje vysvětlení a popis, jak probíhal sběr dat a jak se podařilo výzkum zrealizovat. Jsou zde interpretovány výsledky výzkumu a také závěrečné shrnutí.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Charakteristika pojmu adolescence

Termín adolescence pochází z latinského slova *adolescere* (dospívat) a označuje významné přechodné období mezi dětstvím a dospělostí. Jeden z prvních odborníků, který uvedl tento pojem do psychologie, byl americký psycholog Granville Stanley Hall, označován často za „otce adolescence“. Na dospívání nahlíží jako na fázi bouří a konfliktů, které jsou ve své podstatě nevyhnutelné (Macek a Lacinová, 2012).

Jeden z historicky prvních popisů pojmu adolescence představuje Urie Bronfenbrenner (1979), který vyobrazil tzv. ekologický model. V něm vysvětluje, že na vývoj v dospívání má vliv několik vzájemně se propojujících faktorů – psychologický, sociální, kulturní, institucionální a historický. Autor Lerner (1995) uvádí, že během období adolescence dochází k několika změnám. Součástí těchto změn je i diverzita, kdy dospívající relativně rychle mění vztah nejen k ostatním lidem, ale i k sobě samému.

Období adolescence považujeme za období, ve kterém dochází „*ke komplexní proměně osobnosti ve všech jejích oblastech: tělesné, psychické i sociální. Mnohé změny jsou primárně podmíněny biologicky, ale vždycky je významně ovlivňují i psychické a sociální faktory.*“ Je to také období hledání vlastní identity a přehodnocování dosavadních sociálních vztahů s lidmi. Toto období je charakteristické též usilováním o dosažení přijatelného sociálního postavení ve společnosti, typické jsou pocity nejistoty a pochybnosti o sobě samém. Autorka považuje za nezbytně důležité, aby v jedinci převládalo spíše pozitivní přesvědčení o svém vlastním směřování a o svých schopnostech (Vágnerová, 2021, s. 373).

V evropské psychologické tradici můžeme podle Příhody (1967) dospívání rozdělit do následujících kategorií:

- **Pubescence** – přibližně od 11. do 15. roku života. Období dále rozdělujeme na dvě fáze, a to na prepubertu a vlastní pubertu. První fáze se vyznačuje prvními známkami pohlavního dospívání, o kterém budeme více hovořit v podkapitole Tělesný vývoj

v adolescenci. Druhá fáze, tedy fáze vlastní puberty, navazuje na fázi první a za její konec je považováno úplné dosažení reprodukční schopnosti.

- **Adolescence** – zahrnuje období zhruba mezi 15. a 22. rokem života jedince. Tělesný růst se v tomto období dokončuje a postupně dochází i k plné reprodukční zralosti.

Vágnerová (2021, s. 374-375) dále dělí dospívání na dvě fáze, a to na ranou adolescenci (přibližně mezi 11. – 15. rokem), a pozdní adolescenci (od 15. do 20. roku).

Raná adolescence, označována jako pubescence, zahrnuje první znaky dospívání. Největší změnou je zejména tělesné dospívání a pohlavní dozrávání. Tyto hormonální proměny s sebou nesou také změnu v emočním prožívání. Pubescent se začíná separovat od svých rodičů a více se připoutává k vrstevníkům. Mění se i způsob myšlení. Primárním sociálním mezníkem je ukončení povinné školní docházky v 15 letech.

Pozdní adolescence je období zahrnující dalších pět let života. Pohlavní dozrávání je nyní dokončeno, jedná se o období prvního pohlavního styku a rozvíjející se sexuality jedince. Právě v pozdní adolescenci přichází komplexní psychosociální proměna. Zpočátku dochází k přijetí nového, specifického adolescentního stylu života. Jedinec si prostřednictvím sdílení zážitků a hodnot potvrzuje svou sociální identitu. Nyní by měl být už ve své podstatě samostatný, autonomní jedinec. Co se týče vztahu k rodičům, dochází ke zklidnění a k jisté stabilizaci. Rozvíjí se vztahy nejen s vrstevníky, ale budují se i vztahy v oblasti partnerství. Klíčový je 18. rok života – dosažení plnoletosti nelze chápat pouze jako právní charakteristiku. Jedná se současně o velmi důležitý sociální mezník, který poskytuje člověku možnost svobodné volby o svém životě, avšak zároveň i plnou odpovědnost za své jednání.

Ne všichni autoři se na přesném věkovém vymezení adolescence zcela neshodnou. Říčan (2021, s. 167-192) zastává názor, že začátek a konec tohoto období nelze konkrétně datovat a stanovit. Obecně můžeme začátek pozorovat při dosažení tělesné zralosti, za konec je považován nástup do zaměstnání. Zde je podstatné si uvědomit fakt, že dívky dozrávají tělesně o něco dříve než chlapci, stejně tak studenti vysokých škol začínají svou profesní kariéru o něco později než člověk s ukončeným základním vzděláním. „U vysokoškoláků přidáváme tři roky, protože předpokládáme, že ekonomická závislost a pokračování žákovské role jejich adolescenci prodlužují.“

Pokud bychom chtěli znát konkrétní věk konce adolescence, bylo by to okolo 20. roku života.

Podle Sawyera se adolescencí nazývá taková životní fáze, ve které má jedinec možnost si vytvořit a osvojit návyky pro zdraví, a to jak podporující či naopak poškozující chování v dospělosti. Za velmi klíčové se považuje zajímat se o toto období a zároveň popsat všechny důležité souvislosti. Paradoxně se podoba dospívání neustále obměňuje, není tedy univerzální. Je zřejmé, že věk nástupu puberty klesá. Abychom byli schopni pochopit měnící se proces dospívání, je více než nutné se zaměřit na několik faktorů: na vývojové změny, sociální vztahy jedince a v neposlední řadě i sociální média. Především ta v současné době hrají nemalou roli v utváření a formování osobnosti adolescenta (Sawyer, 2012).

1.1. Vývojové změny v adolescenci

Autor Macek (1999, s. 52) rozumí vývojovým změnám v adolescenci jako vývojovým přechodům, které „*může člověk pojmout jako určitou výzvu a novou příležitost, mohou však být také vnímány jako komplikující a stresující události v životě.*“ Vývojové změny mají svou individuální odezvu u každého jedince, mnohdy záleží na konkrétním načasování, kdy se odehrávají. „*Jestliže souběžně s normativními změnami probíhají i další markantní nečekané změny (jako např. úmrtí v rodině, rozvod rodičů), může tato konstelace vyvolávat silný stres.*“ Výzkumy bylo potvrzeno, že v případě nahromadění vývojových změn v jednom okamžiku vývojového období se zhoršuje a snižuje proces adaptace, výkon, psychická pohoda či dokonce sebehodnocení adolescentů. Tento stav si můžeme představit pod typickým a běžným příkladem, kdy jedinec prožívá bouřlivé a dramatické období biologických změn, a současně jej čeká přechod ze základní školy na školu střední.

Modifikovaný přehled vývojových úkolů v adolescenci podle R. J. Havighursta:

(Macek, 1999, s. 21.)

- *„Přijetí vlastního těla, včetně fyzických změn a pohlavní zralosti.*
- *Rozvoj kognitivního a abstraktního myšlení – schopnost aplikovat svůj intelekt v běžné každodenní zkušenosti.*
- *Uplatnění emocionálního a kognitivního potenciálu ve vrstevnických vztazích, schopnost a dovednost vytvářet a udržovat vztahy s vrstevníky obojího pohlaví.*
- *Změny vztahu k dospělým (rodičům, dalším autoritám) - autonomie, popřípadě vzájemný respekt a kooperace nahrazuje emocionální závislost.*
- *Získání představy o ekonomické nezávislosti a směřování k určitým jistotám, které s ní souvisejí – k volbě povolání, k získání základní profesní kvalifikace, k ujasnění představ o budoucí profesi.*
- *Získávání zkušeností v erotickém vztahu, příprava na partnerský a rodinný život.*
- *Rozvoj intelektu, emocionality a interpersonálních dovedností zaměřených ke komunitě a společnosti – získání kompetence pro sociálně zodpovědné chování.*
- *Představa o budoucích prioritách v dospělosti.*
- *Ujasnění hierarchie hodnot, reflexe a stabilizace vlastního vztahu ke světu a k životu.“*

1.1.2. Tělesný vývoj v adolescenci

Jak uvádí Vágnerová (2021, s. 382), období pubescence je klíčovým biologickým mezníkem – z dítěte se stává člověk schopný reprodukce. S tématem fyzického dozrávání člověka souvisí pojem sekulární akcelerace, který Seifert a Hoffnung (1991) vysvětlují jako *„trend zrychlování růstu, váhy a pohlavního dospívání v posledních letech. Souvisí se změnou výživy, se snížením výskytu tradičních dětských nemocí, s míšením různých ras a národností a celkovou změnou životního stylu.“*

Tělesná proměna je obecně považována za významný signál dospívání. Jelikož je vzhled považován v tomto období jako součást identity adolescenta, může být tato proměna doprovázena silnými emočními prožitky. Dívky v průměru zažívají změny dříve než chlapci, dospívají tedy o něco rychleji. Roli zde hrají i odlišnosti tělesných změn. U chlapců je významný růst a rozvoj svalů. *„Sekundární pohlavní znaky nejsou na první*

pohled tak nápadné.“ Co se týče vrstevnické skupiny, chlapci s vyšší postavou mohou získat určitou prestiž a výhodu. Sekundární pohlavní znaky u dívek jsou o něco znatelnější, můžeme hovořit o kvalitativní změně, přičemž u chlapců se jedná o růst a zesílení, což chápeme jako změnu kvantity (Vágnerová, 2021, s. 382-383).

Říčan (2021, s. 169-170) zahrnuje do tělesného vývoje v období od 11. do 15. roku růstový spurt, tedy dočasné zrychlení růstu. Ten má významný psychologický důsledek: adolescent v 15 letech už k rodičům a dospělým nevzhlíží, momentálně jsou na stejné úrovni. Dále se mění tělesné tvary – u chlapců se rozšiřují ramena, u dívek boky kvůli rozšiřující se pánvi. Chlapci mutují, dívkám začínají růst ňadra. Dochází ke zrání i vnitřních pohlavních orgánů, u chlapců se zvyšuje produkce mužského hormonu testosteronu a dívek ženského hormonu estrogeneru. Pohlavní zrání dívek je podmíněno první menstruací, která přichází nejčastěji po 12. roku. Za podobně psychologický, i když menší význam, je u chlapců považována první poluce dostavující se okolo 13. roku.

Nyní se zaměříme na otázku, zda záleží na tom, jestli puberta nastane u jedince dříve nebo později. Říčan (2021, s. 171-172) odpovídá kladně. V případě, že se jedná o větší odchylky, můžeme to považovat za relevantní. Časně dozrávající chlapci jsou vyšší, svalnatější postavy, bývají taktéž oblíbenější v kolektivu. Dospělí na ně mohou nahlížet jinak, jelikož působí starším dojmem a také jsou sexuálně atraktivnější pro mladé dívky či ženy. Nemají tedy problém s navazováním sexuálního kontaktu. Pozdě dozrávající chlapci naopak mohou mít potíže v kolektivu i s vrstevníky, jsou menšího vzrůstu, slabší a nenápadnější. Co se týče časně dozrávajících dívek, autor to vnímá následovně: *„Tyto dívky jsou z hlediska vývoje osobnosti spíše v nevýhodě. Problém je už v tom, že je u nich častý rozpor mezi rychlým tělesným dozráváním a duševní vyspělostí. Bývají sexuálně atraktivní a budí pozornost ve třídě i mimo ni. Mají dříve schůzky s chlapci, také staršími, a hůře se učí – jsou předčasně zaujaty něčím jiným.*“ Naopak u dívek pozdě dozrávajících doposud nebyly shledány příliš zvláštní nevýhody.

Tělesný vzhled hraje velkou roli zejména v druhé, pozdní fázi adolescence. Jedná se o důležitou součást identity sloužící jako opora zdravého sebevědomí. V případě, že jedinec není v této oblasti spokojený, může mít horší sebehodnocení a nižší sebedůvěru, což může ovlivnit jeho další směřování v životě. Autorka Vágnerová (2021, s. 385) dále dodává: *„Vědomí menší tělesné přitažlivosti stimuluje snahu o její kompenzaci, stává se impulzem k tomu, aby jedinec hledal jiný způsob seberealizace.*

Menší atraktivita tak paradoxně může představovat výhodu, protože se stane podnětem k dalšímu osobnostnímu rozvoji.“

1.1.3. Kognitivní vývoj

Vývoj rozumových schopností v adolescenci je podmíněn funkční a strukturální proměnou mozku. Vágnerová (2021, s. 386-389) vychází z kognitivní teorie adolescence J. Piageta, který nazval toto období „stadium formálních logických operací.“ Charakteristické je postupné uvolňování ze závislosti na konkrétní realitě, jedinec přemýšlí nad přesahem této reality. Adolescenti jsou nyní schopni přemýšlet hypoteticky o různých alternativách. Tato myšlenková nezávislost přispívá k pochopení nejrozumnějších teorií, v této části se dospívající začínají aktivně zajímat o dříve nezajímavé oblasti. Autorka předkládá příklad sedmnáctiletého studenta, který o sobě vypovídá: *„Snažím se přemýšlet nad spoustu věcí a nad tím, jaký mají smysl. Čtu různé knihy, protože ve škole se nedozvím všechno, o co bych měl zájem. Zajímá mě ekologie, chtěl bych něco takového studovat, ještě přesně nevím.“* Mezi formální logické operace řadíme hypoteticko-deduktivní myšlení. Jedná se o přesah poznávání oblasti, se kterou dospívající neměl před tím nikdy zkušenost a kterou nelze přesně vypořádat. Nyní je schopen z běžné teorie vydedukovat logický závěr a promyslet jeho platnost v aktuálních podmínkách. Mění se také vztah k jednotlivým časovým dimenzím. Pro dospívajícího začíná být důležitá budoucnost, zatímco mladší školák je orientován pouze na současnost. Zde je využito hypotetické uvažování, jelikož se objevují úvahy o vlastní budoucnosti, dochází k plánování budoucích událostí, jež by mohly patrně nastat.

Mezi typické znaky myšlení dospívajících patří zejména připouštění si různých nových možností – zde autor Macek (1999, s. 58) doplňuje, že právě tyto úvahy o nových možnostech a variantách jednotlivých řešení zapříčiňují rozvoj vlastní autonomie a hodnot. Dalšími znaky je dovednost uvažovat systematictěji než doposud a experimentovat s vlastními myšlenkami. Myšlení se v tuto chvíli stává flexibilnější. Rozvíjí se metakognice, jedinec začíná více uvažovat o sobě a svých kompetencích. Jejím rozvoj je považován za jednu z podmínek zralejšího přístupu k řešení problémů. Zvyšuje se pravděpodobnost hledání dalších alternativ, adolescent se nechce spokojit pouze s prvním lehkým řešením, které mu přijde na mysl. Změny v kognitivní oblasti se projevují i ve vztahu k základním psychickým potřebám: potřeba jistoty a bezpečí může být nyní ohrožena nejasnou budoucností, pouhé uvědomění si může vést ke ztrátě

dřívějšího pocitu jistoty. Potřeba seberealizace se zdá mnohem důležitější než kdy dříve. Adolescent si je plně vědom toho, že aktuální úspěch nepodmiňuje úspěch budoucí. Tato nejistota mladší dítě nikdy netrápila, dítě nepřemýšlí nad tím, co by mohlo nastat později (Vágnerová, 2021, s. 389-392).

Důležitou změnou je zvyšující se hladina dopaminu v limbickém systému. Tento nárůst zapříčiňuje větší tendenci dospívajícího vyhledávat adrenalin a vzrušení, může podpořit jeho rizikové chování (Steinberg, 2008).

Jelikož se v centru limbického systému nachází centrum emocí, dochází k intenzivnějším emočním reakcím, zároveň se snižuje schopnost tyto emoce přiměřeně regulovat a objevují se sklony ke zkratkovému chování. Pod tímto chováním si můžeme představit právě výše zmiňované rizikové chování, jako je například zvýšená konzumace alkoholu, experimentování s návykovými látkami, kouření či nechráněný sexuální styk. Zpočátku tyto vyhledávané situace nemusí mít hned negativní ráz. Lehkomyšlné chování dospívajícího může být pouze zástěrkou pro potřebu uznání (Dahl, 2004).

1.1.4. Vývoj osobnosti dospívajících a proměny jejich identity

Identitě (z lat. *identitas* od *idem*, totožnost, totéž) můžeme rozumět jako „*souhrn představ o sobě včetně osobně významných hodnot, názorů a cílů, které ovlivňují rozhodování a chování jedince.*“ Období adolescence je velmi charakteristické hledáním své vlastní identity a snahou vymezit svou identity podle svých představ. Rozvoj identity je důležitou proměnnou vývoje v pozdní adolescenci. Dospívající přemýšlejí o tom, jací by chtěli být, s kým by se chtěli stýkat, jakou si nejlépe zvolit profesi atd. Na počátku dospívání je sebepojetí jedince závislé na rodičích a na jejich hodnocení, postupem času se však mnohem relevantnějšími zdroji hodnocení stávají vrstevníci. Mít stabilní sebepojetí autorka považuje za velmi důležitý aspekt, který nás naučí lépe přijímat kritiku. Člověk s jasně vymezenou identitou bude lépe snášet jakýkoli společenský tlak, který na něj bude v průběhu života vyvíjen (Vágnerová, 2021, s. 444-445).

Proces hledání vlastní identity nelze zúžit a zařadit pouze do období dospívání, avšak řada autorů ho právě v tomto životním období považuje za důležitý. V tomto ohledu můžeme vycházet z myšlenek německého psychologa Erika Eriksona (1968), který dospívání popisuje jako „*konflikt mezi potřebou integrace sebe samého (ego identity)*

a potřebou vyrovnat se s nejasnými požadavky společnosti, tak aby byl adolescent schopen najít a akceptovat svoje vlastní místo a hodnotu jako člen tohoto společenství.“

Obecně můžeme rozlišit osobní a sociální aspekt identity. První se odvíjí od vlastního sebehodnocení a sebereflexe. Podstatou je vědomí o jedinečnosti, neopakovatelnosti, o tom, že jsem jiný než druzí a že můj život je originál. Je spojován s odpovědí na otázku „kdo jsem“. Sociální aspekt identity souvisí s pocitem začlenění, odpovídáme si na otázku „kam patřím“ a „čeho jsem součástí“ (Macek, 1999, s. 78).

Důležitým nástrojem v hledání své identity je introspekce.¹ Pro dospívajícího může být velmi obtížné vyznat se ve svých pocitech a ve své vlastní psychice. Nicméně úvahy o sobě samém jsou často ovlivňovány aktuálním rozpoložením. Kvůli nedostatku zkušeností si může adolescent myslet, že takovéto pocity zažívá pouze on. Jako nápomocné se zde jeví sdílení vlastních pocitů s vrstevníky či rozhovor s dospělým (Vágnerová, 2021, s. 446-447). Osobně tuto variantu vnímám jako nejpřínosnější, avšak otázkou je, zda má adolescent ve svém okolí takového kompetentního dospělého.

Rozvoj identity je podmiňován i sociálním kontextem. Okolo 9. - 10. roku se začíná dítě srovnávat se svými vrstevníky a vnímá, že ostatní se mohou srovnávat s ním. Pro dospívajícího je aktuálně atraktivní vytvořit si novou identitu. Proces začíná odmítnutím původních identifikačních vzorů a hledáním vzorů jiných. Autorka Vágnerová (2021, s. 447-448) doplňuje: *„Sociální srovnávání slouží adolescentům k lepšímu sebezpoznání a přesnějšímu sebehodnocení. Srovnávání s ostatními má největší význam ve střední adolescenci, v této době jsou pro dospívající důležité veškeré názory a projevy jejich vrstevníků. Jakmile začnou srovnávat s ostatními, jsou k sobě kritičtější a zhoršuje se i jejich sebehodnocení. V pozdní adolescenci význam srovnávání klesá, v této době má větší vliv představa o vlastní budoucnosti než srovnání s vrstevníky.“*

V rané adolescenci jedinec skáče z jedné role do druhé a necítí potřebu tyto role zkoumat do hloubky. Zatímco v pozdní adolescenci se jedinci začínají podbízet otázky typu: *„Kdo doopravdy jsem, kdo jsem, když vystoupím ze všech rolí, když odložím všechny masky (mám-li před kým)?“* Všechny odpovědi na otázku „kdo jsem“ by měly dohromady utvářet celek, všechny části by měly být v jistém souladu. Odpovědi na otázku by měly vycházet ze svých hodnot a motivů, adolescent si má odpovědět na otázky: na čem

¹ Zaměření na obsah svého svědomí, na vlastní pocity, přání a myšlenky.

mi záleží, čemu se chci věnovat? Co dokážu? Co svedu ve škole, v partě, v povolání? (Říčan, 2021, s. 218-220)

Hledat svou identitu znamená někdy i experimentovat. Metoda pokus-omyl bývá často využívána např. při změně koníčku či změně studijního oboru. Toto téžavé střídání může být pro adolescenta unavující, avšak i toto k hledání svého já patří. Nová identita znamená rozchod s identitou dětskou, často je doprovázena pocity zmatku a nejistoty z budoucnosti. Zároveň může být hledání identity dobrodružnou a vzrušující cestou (Říčan, 2021, s. 222-24).

1.1.5. Sociální změny v adolescenci

Období dospívání je důležitým obdobím pro rozvoj a osvojení partnerských, rodičovských, přátelských a profesních rolí. Rozvíjí se sebedůvěra jedince, zejména jeho autonomie, komunikační schopnosti a dovednosti, všeobecně se formují interpersonální vztahy. Jednou z největších očekávaných změn je větší samostatnost a přebrání kontroly nad svými činy a chováním (Cahová, 2016, s. 15).

Rodina

Vývojové změny v dospívání jsou závislé na vztazích s rodiči, respektive na tom, jak je rodina schopná adekvátně reagovat na potřeby dospívajícího. Jedinec si uvědomuje, že už není dítětem a nepřeje si, aby na něj dospělí takto dále nahlíželi. V podstatě můžeme říct, že se jedná o rozpor mezi potřebou dospívajícího dosáhnout co největší autonomie v co nejkratším čase a mezi snahou rodičů jej kontrolovat. Dospívající se chce zbavit kontroly a chce dělat svá vlastní životní rozhodnutí (Vágnerová, 2021, s. 411). Toto jedincovo chování může s sebou přinést určité konfliktní situace. Konflikty s rodiči jsou přirozenou součástí dospívání. Macek (1999, s. 67) je definuje „*jako proces individuace, je to vztah mezi sebeprosazováním na jedné straně a citlivostí a vstřícností na straně druhé.*“ V rodině, ve které jsou fungující a zdravé vztahy, jsou tyto procesy v rovnováze.

Velmi častý je také pubescentní negativismus vyznačující se kritikou, vzpourou, pohrdáním a zlobou. Dospívající pozoruje chování rodičů, snaží se vést diskusi o jejich názorech a někdy až nápadně zastává právě opačné stanovisko. Pubescentní vzpoura patří do běžného stádia dospívání a ve vývoji má i svůj smysl. Usnadňuje dospívajícímu se vymanit z dětské citové závislosti a bojovat za svoje názory, poznat svou vlastní sílu.

„Kde byly dosavadní vztahy mezi dítětem a rodiči silné, vřelé a bezpečné, málo konfliktní, má i bouřlivá puberta dobrou prognózu“ (Říčan, 2021, s. 181).

Pokud uvažujeme o generačním konfliktu, je třeba si uvědomit, že roli hraje také kontext rodinných vztahů. Bylo prokázáno, že socio-ekonomický status rodiny či rozvod rodičů nutně nemusí znamenat vyšší míru konfliktnosti vztahu. Mnohem důležitější a rozhodující je kvalita vztahu s oběma rodiči. Kvalita vztahu rodič-adolescent ovlivňuje i kvalitu vrstevnických vztahů. Větší míra kontroly ze strany rodičů vede k tomu, že se adolescent více orientuje na vrstevníky. Čím horší vztah s rodiči, tím více se zvyšuje počet kontaktů s vrstevníky, ale kvalita těchto vztahů nemusí být vždy na vysoké úrovni (Říčan, 2021).

Proces odpoutávání z vázanosti na rodinu je procesem složitým a náročným pro obě strany. Mění se jedincovo uvažování, chování a prožívání. Jestliže rodiče dokážou flexibilně reagovat na tyto změny, umožní tím zároveň se zachováním základní důvěry i postupné osamostatňování dospívajícího, což je více než žádané. Adolescentní emancipace ve většině případů nevede k narušení vztahu s rodiči, spíše se mění jeho forma. Z infantilní závislosti se stává rovnocenný a vyrovnaný vztah. Vágnerová (2021, s. 411) doplňuje: *„Pocit jistoty a bezpečí, který vazba na rodinu poskytovala, se na konci adolescence přesouvá do symbolické roviny a funguje stejně účelně, i když pouze ve vědomí jedince.“*

Škola

Postoj ke škole se začíná více diferenciovat během přestupu na druhý stupeň základní školy. Dospívající začíná přemýšlet o smyslu školy a o tom, co mu škola dává nebo také bere. Mění se především motivace k učení. Úspěšnost přestává být cílem, dospívající se neučí proto, aby získal nějaké nové zkušenosti a dovednosti, ale spíše proto, aby byl přijat na vybraný studijní obor. Právě na konci školní docházky začíná intenzivněji pracovat a přichází snaha získat lepší známky. V momentě dosažení cíle, je motivace ke studiu opět mizivá. Motivace k učení závisí také na subjektivním pojetí učiva. V případě, že mu přijde učivo jako bezvýznamné („nikdy to v životě nevyužiji“), motivace klesá (Vágnerová, 2021, s. 419-20).

Přechod na jinou školu představuje důležitý mezník, který může být zpočátku stresující (student v prvním ročníku je nejmladší, nezkušený, neví, jak to v novém typu

školského zařízení chodí apod.). Je třeba si zde vybudovat novou sociální roli a postavení ve třídě. Studium bývá už poněkud náročnější, zejména pokud se jedná o školy s vyššími nároky (např. gymnázium), s čímž se také musí jedinec nějak vyrovnat (Vágnerová, 2021, s. 423-24).

Vrstevnícké vztahy

Vágnerová (2021, s. 425-26) pro přechod mezi dětstvím a dospíváním používá pojem sociální reorientace, který si můžeme vysvětlit větším zaměřením se na vrstevníky. Právě s nimi chce dospívající trávit čím dál tím víc času, jejich názory nyní nabývají na významu. Vrstevníci mohou rovněž uspokojovat mnohé psychické potřeby dospívajícího:

- Potřeba stimulace – saturuje jej kontakt s přáteli; vyhledávání společných aktivit a zážitků
- Potřeba nové zkušenosti – jedinec nabývá nových zkušeností, rád experimentuje; vrstevnická skupina má pro něj momentálně referenční význam, srovnává svoje chování, názory a pocity se standardem vrstevníků
- Potřeba jistoty a bezpečí – s odpoutáváním se od rodičů je pocit bezpečí částečně oslaben, nyní je nalezen u vrstevníků; vzniká mezi nimi silnější pouto poskytující zázemí
- Potřeba být akceptován – získání dobré pozice zvyšuje jeho sebedůvěru; tato pozice slouží jako potvrzení vlastní sociální identity

Členstvím ve skupině získává adolescent sociální status a pocit vlastní hodnoty. Prostřednictvím přátel si vytváří sociální kompetence a hodnoty. V případě nezařazení se do nějaké vrstevnické skupiny to jedinec může považovat a pociťovat za sociální stigma (Macek, 1999, s. 73). Jestliže není akceptován vrstevnickou skupinou, začne hledat alternativu, jakou by toho dosáhl (např. vnučování, lichocení, uplácení, spokojení se s rolí šaška nebo otroka). Potřeba být někým akceptován je tak intenzivní, že dospívající sám často zapomíná na svoje hodnoty a upouští ze svých názorů. Přijímá nové, které jsou pro něj vnitřně nepřijatelné, ale jsou spojené s nabídkou určitého zázemí (Vágnerová, 2021, s. 428). S tímto tématem souvisí i vlastní sebehodnocení, jelikož ti jedinci, kteří jsou pozitivně hodnoceni svými přáteli, jej obecně mají vyšší než ti, kteří jsou hodnoceni negativně. Chování vrstevníků ovlivňuje zajisté i jedincovy způsoby chování, učí se od nich. Ovlivňují jej v běžných životních situacích, díky nim si osvojuje nové sociální role

a získává zpětnou vazbu na svoje chování. Pokud má dospívající nefunkční rodinné zázemí a modely chování rodičů nejsou považovány za žádoucí, nahrazují je v tomto smyslu právě vrstevníci (Macek, 1999, s. 73).

Autor Macek (1999, s. 71-72) dále vnímá význam vrstevnických skupin následovně: *„Ve vrstevnických vztazích se rychle mění a střídají pozice soupeře a spoluhráče, opozičníka a soupeřníka. Dospívající se cítí dobře, když mají pocit, že jsou vrstevníky viděni, slyšeni a oceňováni. Posiluje to jejich vlastní pozici a pocity významnosti. Vědomě či nevědomě sdílejí stejnou zkušenost, stejnou životní pozici, stejné problémy, nejistoty a nejasnosti.“*

Experimentace s partnerskými vztahy a první lásky

V období adolescence přibývá zkušenost s přátelskými vztahy, které mohou přerůst právě ve vztahy partnerské. Macek (1999, s. 75-76) nastiňuje, že navazování partnerských vztahů je důležitou součástí psychosexuálního vývoje adolescenta. První fáze spočívá v uvědomění si své vlastní sexuality. Její nástup má u dívek a chlapců jiný sociální kontext.

U chlapců je většinou spojena s rolí dobyvatele, sexuální zkušenosti jsou častým tématem mezi vrstevníky. Komunikace mezi dívkami na toto téma spočívá spíše v hodnocení své vlastní sexuální atraktivity pro druhé pohlaví, než s tématem samotné sexuální zkušenosti.

S fyzickým dospíváním se rozvíjí erotické pocity adolescenta, hovoříme zde o autoerotice či fantazijních představách. V pubescenci dochází také k první zamilovanosti, jedná se o jiný prožitek zájmu o vrstevníka opačného pohlaví, než tomu bylo u přátelství. Zamilovanost je doprovázena silnými emočními prožitky, ať už pozitivními (euforie, radost, povznesenost) či negativními (stud, nejistota, žárlivost, zlost). V rané adolescenci se nejedná o hlubší vztahy, ty přicházejí až ve fázi pozdní adolescence (Vágnerová, 2021, s. 433-35).

První lásky a vztahy jsou založené na atraktivitě zevnějšku druhého pohlaví a jejich cílem je dosáhnout společné první schůzky a následného chození. Z počátku se jedná o projevy zvědavosti. Romantické vztahy souvisí i s potvrzením si vlastní identity, tj. zda jsem připravený pro tento druh vztahu. První pokusy o partnerský vztah již mohou mít částečné znaky intimity: jedinec přijímá a poskytuje emoční oporu, učí se sdílet své pocity a otevřeně komunikovat, učí se společně dojít k nějakému kompromisu a vzájemně si

porozumět. Během partnerského vztahu jedinec poznává sám sebe, rozvíjí svoje sociální dovednosti – projevuje se větší mírou altruismu a je schopen upřednostnit potřeby někoho jiného před těmi svými. Adolescentní milenecký vztah může jedinci přinést i určitou sociální prestiž ve vrstevnické skupině (Vágnerová, 2021, 433-36).

Sexualita je během partnerského vztahu důležitou součástí. Pohlavnímu styku předchází velmi často experimentování s vlastním tělem, respektive autoerotika. První sexuální zkušenost má pro adolescenta zpravidla velký význam a považuje se za důležitý mezník v jeho životě. Význam sledujeme nejen v biologické rovině, ale i v rovině psychosociální, jelikož představuje přechod do dospělosti. K prvnímu pohlavnímu styku dochází přibližně okolo 17. a 18. roku života (Vágnerová, 2021, s. 438). Macek (1999, s. 76) dodává: „*Adolescenti s rizikovým chováním (např. kouření, konzumace alkoholu, drog) začínají s pohlavními styky dříve a jsou také více promiskuitní.*“ Vágnerová dále (2021, s. 438) popisuje období adolescence jako období polygamního stádia sexuálního vývoje. Dospívající experimentuje, sbírá zkušenosti s různými partnery. V tomto stadiu se s lehkou mírou promiskuity počítá, jelikož se doposud nejedná o vážné, hluboce citově založené vztahy. Říčan (2021, s. 204) doplňuje, že adolescenti často neexperimentují jen se svými těly, ale i se svými city. V tomto stadiu se víceméně počítá s brzkým rozchodem, někdy se rozpadají poněkud intenzivní vztahy z důvodu nevyzrálosti a nepřipravenosti druhého partnera na vážné citové pouto.

2. Duševní zdraví a jeho význam v životě jedince

„Duševní zdraví je důležitou součástí spokojeného života. Tak proč o něm mluvíme méně než o zdraví fyzickém?“

V období adolescence je na zdraví kladen vysoký důraz, a to jak na zdraví fyzické, tak mentální. Již v první kapitole jsme se zmiňovali, že období adolescence je obdobím, ve kterém si dospívající vytváří a osvojuje budoucí návyky pro svoje zdraví. Je více než žádoucí, aby se jednalo spíše o chování podporující než poškozující zdraví. Osobně vnímám téma duševního zdraví jako nadměru osvětové a je třeba o něm ve společnosti hovořit více. V následující kapitole si proto představíme duševní hygienu a její význam, seznámíme se s pojmem *well-being* hojně využívaným v zahraničí, objasníme význam duševní gramotnosti a dále, jakým způsobem lze duševní zdraví podpořit.

2.1. Zdraví

Máme-li porozumět tématu duševního zdraví je třeba definovat, jak samotnému termínu „zdraví“ rozumíme. Křivohlavý (2009, s. 40) jej vnímá *„jako celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“*

Poněkud nejznámější definicí zdraví je ta z roku 1948 podle Světové zdravotnické organizace (WHO): *„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“*

„Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“ (WHO definition of health, 1948).

Při bližší analýze této definice WHO můžeme konstatovat, že v ní bylo použito několik klíčových pojmů:

- *Disease* – nemoc, kterou v moderním světě můžeme vnímat jako neschopnost – nemocný člověk není schopen práce a naopak; v tomto pojetí je vymezena snaha nemoci léčit
- *Infirmity* – neduživost vysvětlující slabost a sešlost člověka věkem

- *Complete* – úplný, který poukazuje právě na ucelenost pojmu zdraví; není to jen otázka fyzického zdraví, ale zahrnuje i problematiku zdraví duševního (Křivohlavý, 2009, s. 37-38).

Obě výše zmíněné definice zdraví chápou v širším slova smyslu, berou v potaz nejen zdraví fyzické, ale zejména i dimenzi psychickou, sociální a spirituální. V mé akademické práci se budu převážně věnovat zdraví duševnímu, které bývá chvílemi opomíjeno.

2.2. Duševní zdraví

Z počátku si vysvětlíme, v čem shledáváme význam duševního zdraví a z jakého důvodu je nutné o něm hovořit ve společnosti. Krátce si představíme několik statistik ohledně duševního zdraví a následně uvedeme jeho různorodé definice a co vše může pod tento pojem spadat.

Dle WHO bylo zjištěno, že každý čtvrtý člověk má během svého života zkušenost s duševním onemocněním. V bohatých zemích představují duševní onemocnění 40 % všech nemocí. Celosvětově se odhaduje, že 1 ze 7 lidí ve věku 10–19 let trpí duševním onemocněním, které však zůstává z velké části nerozpoznané a neléčené (Adolescent mental health, 2021). Tyto onemocnění často začínají dříve, než se člověk naděje. „*Depresi nebo bipolární poruchu v České republice zažije více lidí než cukrovku nebo astma*“ (Nevypust' duši: O nás, 2021). Autor Jiří Raboch (2019, s. 36) doplňuje: „*Podle jedné z posledních globálních metaanalýz asi jedna třetina lidstva někdy během svého života trpí některou ze známých duševních poruch. Ve 13 % se jedná o úzkostné poruchy, v 10 % o poruchy nálady, více než 3 % mají problémy s nadužíváním návykových látek.*“

Co se týče duševního zdraví jako takového, konkrétní definici přináší WHO: „*duševní zdraví je stav pohody (well-being), ve kterém je jedinec schopen realizovat svůj potenciál, dokáže se vyrovnat s běžnými stresy života, dokáže pracovat produktivně a je schopen přispívat do své komunity. Je to stav, který umožňuje lidem prožívat smysluplný život a přispívat k blahobytu společnosti*“ (World Health Organization: Mental Health, 2018).

Míček (1986, s. 7) vnímá duševní zdraví ve dvou základních pojetích. V užším slova smyslu mu rozumí jako absenci duševního onemocnění, respektive nepřítomnosti stresu. V širším významu na něj nahlíží především jako na schopnost adekvátní adaptace jedince.

Jedná se o adaptaci mikrosociální (ve vztazích mezi lidmi), makrosociální (ve vztahu k široké společnosti) a intrapsychickou, založenou na sebevýchově a na schopnosti sebepoznání. Dále poukazuje na fakt, že v oblasti duševního zdraví se nejedná pouze o schopnost odolávat stresu a frustraci, ale spíše o tzv. umění uspořádat si své okolí tak, aby jedinci přinášelo jistý stupeň subjektivní spokojenosti. „*Duševní zdraví zahrnuje ovšem také duševní zralost jedince přiměřenou jeho věku, jež se projevuje adekvátním rozvojem poznávacích, citových a volních procesů, jakož i přiměřeným rozvojem socializačních procesů a osobnostních vlastností jedince.*“

Jak tedy rozumět duševnímu zdraví? Můžeme jej chápat jako schopnost kognitivně, sociálně a emočně fungovat ve společnosti. Existuje celá škála faktorů ovlivňujících naše duševní zdraví, jedná se o jistý komplexní aparát. Přínosným a povzbuzujícím může být fakt, že pro svou duševní a osobní pohodu (v zahraniční literatuře se setkáváme s pojmem *well-being*) můžeme něco udělat (Jak chápat duševní zdraví?, 2021).

Pro snazší pochopení termínu *well-being* nám poslouží definice od Šolcové a Kebzy (2009, s. 129): „*Jedná se o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince se svým životem*“. Primárním klíčem k duševnímu *well-being* není tak docela vyvarovat se stresujícím situacím či potížím. Právě díky duševnímu *well-being* (nebo chceme-li duševní a osobní pohodě) jsme schopni zvládat obtížné stresující situace v životě.

S tímto tématem úzce souvisí péče o sebe, kterou můžeme definovat jako „*schopnost jedinců, rodin a komunit podporovat a udržovat zdraví, předcházet nemocem, zvládat nemoci s (nebo bez) pomoci poskytovatele zdravotní péče.*“ Péče o sebe samého je významnou součástí získání a upevnování duševní pohody. Každý jedinec získává tuto duševní pohodu jiným způsobem, můžeme konstatovat, že je to značně individuální záležitost. Jako velice efektivní se jeví změna životního stylu. Správný a zdravý životní styl nám umožní lépe zvládat zátěžové situace a pracovat více produktivně, zkrátka být úspěšný nejen v profesním, ale především v osobním životě. V péči o sebe samého se jedná o celou škálu činností, zpravidla jde o pohyb, spánek, stravovací návyky, jógu, meditaci...Techniky takovéto péče mohou mít za následek pocity blaha a vnitřního klidu, respektive lepší fungování v životě. V případě, že cítíme, že na tuto péči sami nestačíme, doporučuje se oslovit odborníka. Odborníkem pomáhajícím nám pečovat o sebe samého může být terapeut, mentor či kouč (Jak chápat duševní zdraví?. 2021).

Duševní zdraví má významný vliv i na naši imunitu. Doktorka Miroslava Navrátilová působící na psychiatrické klinice Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a ve Fakultní nemocnici Brno, uvádí, že při jakémkoli onemocnění záleží na postoji pacienta, jakým způsobem je schopen se s nemocí vyrovnat a zda je schopen do určité míry zpracovat stresující situaci. Díky svému aktivnímu přístupu k životu, absenci zbytečných konfliktů, způsobilosti hovořit o svých pozitivních či negativních pocitech a práci na své vlastní psychické odolnosti jsme schopni se vyhnout několika nemocem. „*Je všeobecně známo, že pozitivní emoce, optimismus, dobrá nálada podporují funkci imunitního systému a vedou k potlačení prozánětlivých cytokinů*“ (Navrátilová, 2020).

Autor Míček (1986, s. 8-9) dále ve své publikaci zmiňuje několik přesvědčivých důvodů, díky kterým považuje za důležité se o duševní zdraví starat:

- „*Upevnění duševního zdraví znamená i upevnění zdraví tělesného.*“ Již mnohokrát bylo zjištěno, že náš duševní stav do značné míry ovlivňuje i stav tělesný. Dříve byli lidé zvyklí se domnívat, že spousta nemocí mají převážně somatické kořeny, avšak není tomu tak. Právě duševní nerovnováha může vést ke vzniku různorodých nemocí. Nejedná se pouze např. o žaludeční vředy či srdeční infarkt, ale i o různá kožní onemocnění či ledvinové kameny. Vzájemnému působení těla a duše se věnuje obor psychosomatika.²
- Sociální důvody – člověk, který je po duševní stránce nevyrovnaný či neurotický působí na své okolí nepříznivě, rozvoj jeho harmonických vztahů je značně omezen. Tento neurotický způsob chování a reagování může být dokonce sociálně značně nakažlivý. „*Čím mladší, citlivější a závislejší je člověk na nevyrovnané osobnosti jiného jedince, tím snáze se naučí reagovat stejně nevhodným způsobem.*“ Zákonitost přenosu se projevuje i v mezilidských vztazích mezi dospělými. Nevyrovnané chování jednoho z rodičů negativně působí na toho druhého, citově s ním spoutaného. I toto může být důvodem rozpadu rodiny – u dětí a adolescentů z těchto rodin je patrně vyšší šance, že budou postiženy nějakou formou duševního onemocnění.

² Psychosomatika je interdisciplinární vědní obor (rozvíjející se na pomezí lékařství, psychoanalýzy, fyziologie, sociální psychologie a etiky), soustavně zkoumá duševní a společenské jevy, jež mají podstatný význam při vzniku určitých tělesných chorob (Jedlička, 2004).

- Ekonomické důvody – „*nevyrovnaný člověk pracuje neefektivně.*“ Špatná nálada, duševní nerovnováha a frustrace mají podstatně velký vliv na jedincův výkon v jeho profesním životě. Naopak dobrá nálada a víra ve vlastní síly zvyšuje efektivitu práce.
- Morální důvody – jedinec, jehož duševní zdraví je kolísavé, bývá obvykle ve svém životě nešťastný a nespokojený. Pokusit se pomoci mu v péči o jeho duševní zdraví a ukázat mu možnosti jeho upevnění má tedy i morální hodnotu.

Právě kvůli výše zmíněným statistikám a rovněž kvůli důvodům, jež uvádí autor Míček, považují za žádoucí a důležité o duševním zdraví ve společnosti hovořit a klást na něj značný důraz. Jsme totiž obeznámeni s tím, že duševní potíže mohou v průběhu života potkat opravdu každého z nás.

2.3. Duševní zdraví u adolescentů

Podle WHO je dospívání obdobím jedinečným a formativním, ve kterém dochází k fyzickým, emocionálním a sociálním změnám. Je zásadním obdobím pro rozvoj sociálních a emocionálních návyků souvisejících s duševním zdravím a duševní pohodou jedince. Mezi tyto návyky můžeme zařadit zdravý spánek, pravidelný sport, rozvoj interpersonálních dovedností (osobností rozvoj), schopnost zvládat a řešit problémy a způsobilost ovládat své emoce a pracovat s nimi. Důležitou roli zde hraje tzv. podpůrné prostředí, kterým může být pro adolescenta buď rodina či širší komunita. Zároveň s těmito změnami může být adolescent vystaven několika nepříznivým jevům (různé formy násilí, zneužívání), díky čemuž může být jeho duševní zdraví poškozeno a následně se stává jedinec zranitelnější. Ochrana adolescenta před nepříznivými jevy je považována za velmi klíčovou, zejména pak zajištění jeho psychické pohody a zajištění přístupu k péči o duševní zdraví je velmi zásadní. Důsledky selhání v oblasti duševního zdraví se často prolínají a Srozsířují až do dospělosti a značně omezují možnost vést plnohodnotný život. Adolescent díky svému potenciálnímu duševnímu onemocnění je zvláště náchylnější k sociálnímu vyloučení, diskriminaci, stigmatizaci, rizikovému chování či ke špatnému fyzickému stavu (Adolescent mental health, 2021).



Obrázek 1: Procentuální zastoupení výskytu duševních obtíží u adolescentů

Zdroj: <https://nevypustdusi.cz/>

Polovina prvních příznaků chronických duševních onemocnění se objeví již před 14. rokem života jedince a až tři čtvrtiny před 24. rokem (World Health Organization: Mental Health, 2018). Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ) doplňuje, že většina adolescentů nevyhledá včas odbornou pomoc, a to například z důvodu stigmatizace³ (Národní ústav duševního zdraví, 2021).

Běžné příznaky poruch duševního zdraví u adolescentů

- Změny spánku (nespavost, příliš dlouhý spánek)
- Změna chuti k jídlu (záchvatovité přejídání se, nechut' k jídlu)
- Ztráta zájmu o koníčky a volnočasové aktivity
- Pocity smutku trvající déle než 2 týdny
- Náhlý a zdrcující strach bez důvodu
- Rizikové chování – nadměrné požívání alkoholu či jiných návykových látek

³ Sociální stigmatizace = úsudek, který je založen na určitém rysu, souvisí s identitou, vzhledem, jednáním či zdravotním stavem. Tento rys je společností považován za nežádoucí či nenormální. Výsledkem stigmatizace bývá sociální vyloučení jedince ze společnosti (Stigma a stigmatizace, 2021).

- Drastické změny nálady nebo chování
- Extrémní potíže se soustředěním se
- Izolace od společnosti
- Větší množství času stráveného úvahami nad svým vzhledem či váhou
- Sebepoškozování

(Příznaky duševního onemocnění u adolescentů, 2022; Know the 10 common warning signs, 2022).

Je třeba poukázat na fakt, že na duševní zdraví má vliv několik faktorů. Obecně platí, že čím více rizikovým faktorům je adolescent vystaven a ohrožen, tím větší je dopad na jeho duševní zdraví. Mezi nejčastější faktory, které v adolescentech vyvolávají stres, patří například násilí v rodině, snížená kvalita rodinných vztahů, toxické vztahy s vrstevníky, socioekonomické problémy, vliv médií, nejasná realita, ve které adolescent žije, či obavy z vlastní budoucnosti. Některé skupiny adolescentů jsou poněkud více ohroženy duševním onemocněním. Můžeme mezi ně zařadit dospívající žijící v sociálně slabších rodinách, dospívající s chronickým onemocněním, poruchou autistického spektra, mentálním postižením, sirotci a dospívající z menšinové etnické skupiny (Adolescent mental health, 2021).

Za velmi zásadní považujeme včasnou detekci a léčbu duševních potíží u adolescentů. *„Klíčem k duševnímu zdraví dospívajících je vyhybat se institucionalizaci a nadměrné medikaci, upřednostňovat nefarmakologické přístupy a respektovat práva dětí v souladu s Úmluvou OSN o právech dítěte a dalšími nástroji v oblasti lidských práv“* (Adolescent mental health, 2021).

Světová zdravotnická organizace již pracuje na různorodých strategiích, programech či nástrojích, které mohou pomoci jednotlivým vládám adekvátně reagovat na duševní potřeby adolescentů. Jedna z nejnovějších iniciativ vznikla ve spojení WHO s UNICEF (Dětský fond Organizace spojených národů) a nese název *Helping Adolescents Thrive*. Jedná se publikaci vydanou v roce 2021 podle Směrnic WHO o podpůrných a preventivních intervencích pro duševní zdraví u dospívajících. Obsahuje sadu nástrojů umožňující podporu a ochranu duševního zdraví. Jejím cílem je tedy snaha o posílení programů pro duševní zdraví dospívajících, podpora duševního zdraví jako takového a obzvláště prevence duševních poruch u mladých lidí. Současně nabízí možnost podpory

rodičům a dalším pečovatelům, a také psychosociální intervenci pro dospívající včetně podpurných skupin. Prostřednictvím této iniciativy by mělo docházet k prevenci sebepoškození adolescentů či prevenci dalšímu rizikovému chování (škodlivé nadměrné užívání alkoholu a drog), které má negativní dopad na duševní i fyzické zdraví. Regionální kancelář WHO vynalezla tzv. balíček školení pro pedagogy umožňující hlubší pochopení významu duševního zdraví ve školním prostředí. Jeho účelem je podpora, ochrana a obnova duševního zdraví studentů. Obsahuje školící materiály, právě díky kterým se má zvýšit počet škol podporující duševní zdraví (Adolescent mental health, 2021).

Co se týče propagace tématu duševního zdraví u adolescentů, WHO využívá programy s víceúrovňovým přístupem, například digitální (sociální) média, zařízení zdravotní a sociální péče, školy či různé komunity. Primárním cílem je posílit schopnost jedince adekvátně regulovat své emoce, vybudovat jistou odolnost pro zvládání obtížných životních situací a v neposlední řadě podporovat podpurné sociální prostředí jedince. I nadále platí, že se oslovují zejména ti dospívající, u kterých můžeme očekávat větší zranitelnost a menší míru odolnosti pro zvládání těžkostí (Adolescent mental health, 2021).

Jistý posun v detekci duševních poruch u dospívajících se jeví v novém projektu s názvem „Všech pět pohromadě“ spadající pod NÚDZ. Jeho úkolem je děti a dospívající naučit, jak nejen pomoci sám sobě, ale i svým blízkým. Současně chce NÚDZ systematicky sesbírat data o stavu duševního zdraví dětí ve školských zařízeních napříč Českou republikou. Tato systémová prevence má za úkol zvýšit duševní gramotnost a také si umět říct o pomoc, pokud ji dospívající potřebuje. Celá systémová prevence je avšak úzce spojena s odbornými službami pro adolescenty, kterých je u nás stále zoufale málo. Petr Winkler, ředitel NÚDZ dále vysvětluje: *„Program by je měl vybavit znalostmi a schopnostmi, které jim umožní udržet si dobré duševní zdraví, vyhledat odbornou pomoc, když na to nebudou stačit sami, nebo poskytnout první pomoc kamarádům, kteří budou z hlediska duševního zdraví procházet nějakým složitým obdobím. Měl by také zajistit, že děti nebudou mít k otázce duševního zdraví stigmatizující postoje, které by jim mohly bránit vyhledat odbornou pomoc.“* Program se skládá z dvaceti lekcí představující dospívajícím témata jako je duševní zdraví, emoční gramotnost, vztahy, komunikace a první pomoc v oblasti duševního zdraví. Celý program je připraven a navrhován tak,

aby byl součástí daného rámcového vzdělávacího programu a měl by být vyučován v předmětu Výchova ke zdraví (Duševní zdraví dětí, 2021).



Obrázek 2: Význam duševní gramotnosti

Zdroj: <https://vsechpetpohromade.cz/program/>

Pokud bychom chtěli vymezit duševně zdravého adolescenta, můžeme si jej představit jako vyzrálou osobnost, která je schopna přijímat a jistým způsobem zpracovávat informace, které k němu přicházejí. Umí řešit problémy na adekvátní úrovni. Je způsobilý k tomu podílet se na změnách v jeho životě a tvořivě přemýšlet. Nemá problém s komunikací s ostatními lidmi a je aktivní ve svém sociálním prostředí. Jeho duševní zdraví se prolíná do jeho uplatnění se v životě, do jeho vnitřní harmonie ve vztahu k sobě samému či k ostatním lidem. Opět je zapotřebí si uvědomit fakt, že období dospívání je mnohdy náročné, jelikož se jedná o věk citlivý. Dnešní adolescenti mohou pociťovat velkou míru stresu zejména ze strany školy či rodiny. Vracíme se k významu rodinného zázemí – pokud je toto zázemí značně nestabilní, do jisté míry negativně ovlivňuje duševní činnost a stav adolescenta a následky se mohou projevit v dalších oblastech jeho života (Fašinová, 2012, s. 13).

Světová zdravotnická organizace hovoří o tzv. determinantech duševního zdraví. Úroveň duševního zdraví člověka je definována množstvím sociálních, psychologických a biologických faktorů. Uznávanými riziky pro duševní zdraví člověka může být například

násilí v jakékoli formě či socioekonomické problémy a tlaky. Špatné duševní zdraví může mít souvislost s rychlými sociálními změnami, stresujícími pracovními podmínkami, diskriminací na základě pohlaví či etnika, sociálním vyloučením, nezdravým životním stylem, špatným stavem fyzického zdraví a porušováním lidských práv. Existuje řada specifických a osobnostních faktorů způsobujících náchylnost lidí k poruchám duševního zdraví. Mezi biologické faktory řadíme především faktory genetické (Mental health: strengthening our response, 2018).

2.4. Způsoby podpory duševního zdraví pod záštitou WHO

Co se týče podpory duševního zdraví, WHO uvádí, že primárním prvkem je vytvoření prostředí podporující duševní zdraví. Jedná se o prostředí, ve kterém dochází k respektu a ochraně základních občanských, socioekonomických a kulturních práv. Bez bezpečí a svobody, které vyplývají z těchto práv, nelze získat a udržet si vysokou úroveň duševního zdraví. Důležitou součástí podpory duševního zdraví by mělo být začlenění i dalších sektorů – u nás v České republice by se jednalo o zapojení nejen Ministerstva zdravotnictví, ale i Ministerstva školství, práce a sociálních věcí, spravedlnosti atd.

Mezi konkrétní způsoby podpory duševního zdraví řadíme:

- intervence v raném dětství (poskytnutí stabilního prostředí)
- programy rozvoje dětí a mládeže
- sociálně-ekonomické posílení postavení žen (zlepšení přístupu ke vzdělávání)
- sociální podpora pro seniory (komunitní denní centra)
- programy zaměřené na zranitelné osoby (psychosociální intervence pro lidi postižené válečným konfliktem či přírodní katastrofou)
- aktivity na podporu duševního zdraví ve školách
- intervence na pracovišti (programy prevence stresu)
- zlepšení bytové politiky
- programy na prevenci násilí
- podpora práv, příležitostí a péče o jedince s duševními poruchami (Mental health: strengthening our response, 2018)

Dále existuje série účinných opatření pro prevenci sebevražd, prevenci a léčbu duševních onemocnění u dětí, prevenci demence a prevenci léčby poruch souvisejících s užíváním návykových látek. Tyto duševní a neurologické poruchy jsou obvykle rozšířeny do všech oblastí světa a ve své podstatě postihují každou komunitu a věkovou skupinu. Úskalí shledáváme především v tom, že většina postižených lidí nějakou formou mentálního onemocnění v zemích s nízkými příjmy se nedostane k léčbě, kterou konkrétně potřebují. Jedním z programů zaměřujících se na rozšíření služeb pro lidi trpící mentální poruchou spojenou s užíváním návykových látek je akční program *Mental Health Gap Action Programme* spadající pod WHO. Program zastává názor, že díky řádné a adekvátní péči, psychosociální pomoci a vhodné medikaci by se desítky milionů lidí mohly léčit s depresí, epilepsií, schizofrenií, zároveň by se zabránilo sebevraždám a tito lidé by mohli začít vést normální život (Mental Health Gap Action Programme, 2022).

WHO podporuje vlády jednotlivých zemí v cíli posilovat, podporovat duševní zdraví a šířit další informace s duševním zdravím spojené. Spolupracuje také na integraci účinných strategií do jednotlivých politik a plánů. Je zřejmé, že neexistuje žádný plán, který by vyhovoval naprosto všem zemím. Z toho důvodu si každá vláda bude muset vytvořit svůj akční plán a přizpůsobit jej svým konkrétním vnitrostátním podmínkám. Vedoucí roli budou muset zastávat Ministerstva zdravotnictví a WHO s nimi bude spolupracovat jakožto s mezinárodními partnery (Mental health: strengthening our response, 2018).

2.4.1. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030

Ministerstvo zdravotnictví České republiky představuje národní akční plán duševního zdraví v rozmezí let 2020-2030 (dále též NAPDZ). Jedná se o implementační dokument zahrnující několik strategických cílů v oblasti duševního zdraví občanů ČR a stanovující finanční nároky k úspěšnému dosažení těchto cílů. „*V rámci NAPDZ je u všech opatření jasně určena zodpovědnost za jejich naplňování. Jsou stanoveny indikátory pro měření úspěšnosti v naplňování cílů. Efektivita opatření a postup implementace budou průběžně vyhodnocovány; k tomu účelu jsou vytvořeny příslušné mechanismy.*“ Tento plán podléhá a odpovídá doporučením WHO.

Jedním z hlavních věcných důvodů pro vznik NAPDZ je změna myšlenkového rámce, ve kterém je třeba hovořit o duševním onemocnění a psychiatrické péči. Ve společnosti se klade větší důraz na koncept bio-psycho-sociálního modelu a dochází k celkovým změnám ve vnímání duševního zdraví. Větší pozornost je zaměřena na prostředí a jeho význam. Například zaměstnaní a vzdělávací systém je místem, které může být zdrojem duševních potíží či přímou příčinou duševního onemocnění. Ministerstvo zdravotnictví ČR je si vědomo toho, že právě v tomto prostředí je možné duševní nerovnováhu a onemocnění včas zachytit a zmírnit jeho rizika. Za nutné považuje především udržení duševního zdraví celé populace, velký důraz je kladen zejména na včasnou prevenci a intervenci.

Vize do roku 2030 spočívá v dokončení systémové reformy psychiatrie, a to do takové míry, aby lidé trpící duševním onemocněním měli možnost prožít co možná nejvíce kvalitní život. Cílem je zvýšit důraz na dodržování všech práv, jež jsou obsaženy v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením.

Realizace NAPDZ je financována ze státního rozpočtu a rozpočtu ostatních veřejných rozpočtů, lépe řečeno rozpočtu ostatních zúčastněných resortů a institucí. V relevantních případech budou zřízeny jiné alternativní zdroje financování, jako jsou například EU fondy.

NAPDZ je složen z pěti strategických cílů (více informací viz Příloha A):

1. Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.
2. Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.
3. Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována
4. Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.
5. Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.

(Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, 2020)

2.5. Duševní hygiena

Obvykle se hygienou rozumí hygiena tělesná, duševní (mentální) hygiena nebo chceme-li hygiena duše je pojmem obecně méně využívaným. V následující kapitole se zaměříme na její definici, vysvětlíme si, proč je důležité o duši pečovat a jakým způsobem můžeme tuto péči zahrnout do našeho každodenního života.

Autor Míček, (1984, s. 9) **duševní hygieně** rozumí jako „*systemu vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy*.“

Bedrnová (2009, s. 15) vnímá duševní hygienu jako „*interdisciplinární předmět zahrnující praktické záležitosti našeho života se zaměřením na uchování si fyzického a duševního zdraví i přes nepříznivé dopady mnoha dílčích podnětů a situací*.“

Křivohlavý (2009, s. 143) doplňuje, že tyto definice jsou v souladu s vícero definicemi kladoucími důraz na vytváření vhodných podmínek pro duševní činnost. Cílem je udržet a upevnit duševní zdraví, posílit jedincovu odolnost proti nejružnějším negativním vlivům, s nimiž se může v průběhu života setkat. V užším slova smyslu duševní hygieně autor rozumí jako „*boji proti výskytu duševních nemocí*“. V tomto smyslu se s ní setkáváme i v zahraniční literatuře – anglický termín pro duševní hygienu (či pro pojem duševní zdraví) je *mental health* znamenající „*citlivost k negativním odchylkám od duševní normality*“. V širším slova smyslu chápeme duševní hygienu jako optimální péči o duševní zdraví. Konkrétně zde jde o to duševně se zdokonalovat a růst.

Kritéria duševní normality osobnosti (dle Syřišťové, 1972)

- přiměřené vnímání reality
- schopnost adekvátního sebehodnocení
- odolnost ke stresu
- sociální adaptace
- reagovat na změny, flexibilita
- tolerance úzkosti
- pociťovat vlastní identitu
- schopnost seberealizace
- autonomie
- integrace osobnosti
- subjektivní uspokojení

Mahéšvaránanda (2006) uvádí, že naše mysl a smysly nás ovládají, avšak je žádoucí, abychom je měli my pod kontrolou a ovládali je. K této vnitřní kontrole je zapotřebí jisté vnitřní sebepoznání a očistění. Autor je přesvědčený o tom, že právě negativní myšlenky a emoce strachu vytvářejí nerovnováhu v tělesných i nervových funkcích. Důsledkem toho mohou být různá onemocnění a celková nepohoda. Můžeme říct, že základem pro duševní pohodu je tedy čistota myšlení, mít pocit vnitřní svobody, celková spokojenost v životě a zdravé sebevědomí. Vždy je třeba usilovat o překonání negativních pocitů a myšlenek, naučit se smýšlet v pozitivním ohledu a rozvíjet své pozitivní myšlení a jednání.

Pro lepší představu péče o duši nám poslouží popis dle Křivohlavého a Pečenkové (2004). Co se týče tedy péče o naši duši, dbáme během ní na naše myšlenky, představy, emoce a city, lidi a události, na to, co od života ve skutečnosti chceme a v čem vidíme smysl našeho života. Péče o duši nám udává to, kdo vlastně jsme a kým budeme v budoucnu. V případě, že je naše duše v pořádku, je i náš vztah k sobě samým dobrý. Thomas Moore, americký psychoterapeut zabývající se lidskou duší, napsal: *„Velkou nemocí 21. století, která se projevuje v našich obtížích i těžkostech a která se každého z nás dotýká, je „ztráta duše“. Když je péče o naši duši zanedbávána, duše neumírá, ale tato zanedbávání se projeví v celé řadě příznaků (symptomů): ve zlosti a vzteku, v násilí, agresivitě, obsesích, holdování drogám a ve ztrátě smysluplnosti života“.*

Význam duševní hygieny shledáváme především v prevenci duševních onemocnění. Současná doba vystavuje jedince řadě zátěžových situací, žijeme v uspěchaném relativně konzumním světě, ve kterém je kladen velký důraz na výkon. Snažíme se pracovat co nejrychleji, abychom byli schopni uspokojit své nově vytvořené potřeby. Dostáváme se do životního kolotoče, díky němuž se cítíme ve stresu, přichází silná únava a vyčerpání. Z dlouhodobějšího hlediska jsou tyto vzorce chování nezdravé a narušují duševní rovnováhu. Naštěstí existuje nauka o tom, jak si svoje duševní zdraví chránit a posilovat jej, a tou je psychohygiena, jinými slovy duševní hygiena (Next clinics Czech, a. s.: Psychohygiena, 2018).

Duševní hygiena se dle Míčka (1984) a Křivohlavého (2009, s. 144) zabývá primárně zdravými lidmi. Její cíl je shledán převážně v upevnění duševního zdraví. Nutno podotknout, že se netýká jen a pouze jedinců duševně zdravých, ale i lidmi vyznačujícími se příznaky duševní nerovnováhy. U nich duševní hygiena usiluje o znovunabytí a obnovení této rovnováhy. Podněcuje a učí jedince dodržovat zásady

duševní hygieny v časech mimořádného napětí a ukazuje, jakým způsobem lze lépe vzdorovat nemocem. V porovnání s psychoterapií se liší duševní hygiena tím, že usiluje spíše o upevnění již vytvořených základů duševního zdraví než o odstranění jeho poruch. Pokud bychom se chtěli blíže zaměřit na cíle, ke kterým je činnost duševní hygieny zaměřena, hovořili bychom o sebevýchově, duševním klidu a rozvoji osobnosti. Důraz je rovněž kladen na úpravu životního stylu, pracovního a sociálního prostředí a především životosprávy.

Jako velmi podstatné vnímám uvědomění si, že všichni můžeme pro sebe každý den něco udělat a tím příznivě ovlivnit své duševní zdraví. Právě díky duševní hygieně můžeme snížit pravděpodobnost vyskytnutí duševních potíží. Pokud se přece jen objeví, nemusí být tak závažná a ve velkém rozsahu. Nezisková organizace Nevypust' duši představuje **sedm zásad zdravé psychohygieny** (viz Příloha B).

Autoři Křivohlavý a Pečenková (2004) přinášejí odpověď na otázku, co můžeme ještě udělat pro to, abychom předcházeli zanedbávání péče o vlastní duši. Klíčem je být citlivější a vnímavější k tomu, co momentálně emocionálně prožíváme, co si o čem myslíme, jakým způsobem věci vidíme, jak čemu rozumíme a o co nám v životě v podstatě jde. Zvýšená citlivost k vlastní duši se může projevat například větším množstvím času stráveného relaxací, reflexí (jistá zpětná vazba a zamyšlení se nad tím, jak se věci mají) a radostem.

Ke konci této podkapitoly se mi zdá přínosné vložit výrok anglického filozofa Johna Stuarta Milla: *„Účelem výchovy je učinit jednotlivce, pokud možno způsobilým, aby nejprve založil vlastní štěstí a potom štěstí bytostí jiných“* (Citáty, 2021).

2.6. Sociální opora a její význam

Člověk je tvor společenský, žije ve společenství s druhými lidmi. Pokud se podíváme na Maslowovu pyramidu lidských potřeb z roku 1943, zjistíme, že již na třetím místě udává potřebu lásky, přijetí a sounáležitosti. Každý člověk tedy potřebuje jistý sociální kontakt s druhými lidmi a zde se dostáváme k tématu sociální opory člověka.

Co se rozumí pojmu sociální opora? Křivohlavý (2009, s. 94) ji vnímá jako *„pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.“*

Můžeme hovořit o několika úrovních sociální opory: makroúrovni, meziúrovni a mikroúrovni. V makroúrovni se jedná především o sociální oporu vytvářenou v celospolečenském měřítku pomoci potřebným. Příkladem pro nás může být existence různých organizací pomáhajícím lidem v případech přírodních katastrof či válečných konfliktů (např. organizace ADRA). Meziúrovni rozumíme jako pomoci v případě nouze jednomu ze svých členů v určitém společenství (sportovní klub pomůže svému hráči ve chvíli jeho osobní tísně apod.) Mikroúroveň sociální opory spočívá v pomoci blízkému člověku, hovoříme tzv. o sociální opoře v rámci dyády, kdy například matka pomáhá svému dítěti, manžel své manželce. Může se jednat i o vzájemnou pomoc nejbližších přátel.

V psychologii se setkáváme se čtvero rozlišeními sociální opory (dle House, 1981):

- instrumentální opora – velice konkrétní forma pomoci (finanční, materiální, zařízení neodkladných záležitostí); iniciativa vychází od toho, který se rozhodl pomoci, a to velice konkrétně – věcně
- informační opora – postiženému je poskytnuta informace, rada, která by mu mohla pomoci; řadíme sem i naslouchání člověku v tísní, co by on sám potřeboval
- emocionální opora – emocionální blízkost (láska, empatie); náklonnost, uklidnění v rozrušení
- hodnotící opora – díky ní je posilováno kladné sebehodnocení člověka, člověk je povzbuzován ve víře, respekt a úcta k člověku v tísní, sdílení těžkostí, poskytnutí naděje

Šolcová a Kebza (1999) hovoří o sociální opoře jako o faktoru usnadňujícím člověku zvládnání jisté zátěže či stresu. Působí na něj pozitivně, jelikož jedince chrání před negativními vlivy stresu, můžeme tedy říci, že působí protektivně. Je to „*sociální fond, ze kterého lze čerpat v případě potřeby, systém sociálních vztahů, jejichž prostřednictvím se člověku dostává pomoci při snaze dostát nárokům a dosáhnout cílů.*“ Sociální opora vychází z vazeb mezi sociálními vztahy, obecně se jedná o šest takových zdrojů vazeb. Patří sem rodina, přátelé, sousedi, spolupracovníci, komunita a profesionálové.

Vedle toho také Mareš (2002) uvádí, že sociální opora pomáhá k lepšímu zvládnání stresu a zátěže. Děje se tak v podstatě dvěma způsoby – první způsob vnímá sociální oporu jako „tlumící polštář“ zmírňující negativní dopady stresu na člověka. Jedná se o hypotézu, která předpokládá, že v případě, kdy na jedince působí silný stresor a zároveň má nízkou sociální oporu, snadněji u něj propukne onemocnění. V tomto případě hovoříme o nárazníkovém efektu. Druhý způsob, poněkud obecnější, předpokládá, že sociální opora je nápomocná lidem v jakýkoliv situacích, tedy i v těch, kdy na jedince stresory nepůsobí. Označujeme jej jako model přímého efektu.

Obecně máme za to, že sociální opora má v životě jedince velký význam. „*Jeví se jako důležitý moment v procesu zvládnání životních těžkostí zvláště tam, kde člověk onemocní, kde se dostává do určité životní krize, kde byl postižen nehodou (úrazem), kde byl chodem událostí hluboce zklamán (např. tam, kde mu někdo blízký zemřel), kde stojí před závažným rozhodnutím apod. V řadě případů se v takovýchto situacích hovoří o sociální opoře jako o určitém nárazníku a o tlumiči nárazů*“ (Křivohlavý, 2009, s. 98).

Ve spojitosti se sociální oporou se v psychologii objevují teorie, jež poukazují na potřebu sociální opory v návaznosti na uspokojování sociálních potřeb jedince. Tabulka níže nám dopomůže hlouběji porozumět významu sociální opory a také blíže pochopit, z jakého důvodu může být nejen pro adolescenta tato sociální opora důležitá.

Tabulka 1: Přehled druhů sociálních potřeb (Křivohlavý, 2009, s. 103)

Sociální potřeby:

- potřeba afiliace – sociálního kontaktu – styku s druhými lidmi
- potřeba přátelského vztahu – mít člověka, kterému je možno důvěřovat
- potřeba sociálního připoutání (attachment) – viz vztah matky a dítěte
- potřeba vzájemnosti – být v něčí péči a o někoho pečovat
- potřeba sociální komunikace – s někým mluvit, vést rozhovor, sdílet, nejen sdělovat
- potřeba sociálního porovnávání (komparace) – porovnávání sebe s druhými lidmi
- potřeba spolupráce (kooperace) – překračovat omezené individuální možnosti
- potřeba zajištění sociálního bezpečí – proti nežádoucím útokům (agresivitě) druhých lidí
- potřeba kladného sociálního hodnocení (evalvace) – potřeba uznání vlastní hodnoty druhými lidmi, potřeba respektu (úcty), sociálního uznání, pochvaly atp.
- potřeba sociálního zařazení a začlenění – být přijat druhými lidmi a patřit do zcela určité sociální skupiny
- potřeba sociální identity – být „někým“ v rámci určité sociální skupiny (nebýt „nikým“)
- potřeba lásky – být milován, vážen, uznáván jako člověk sui generis a potřeba někoho milovat

Pokud hovoříme o sociální opoře u adolescentů, významným aspektem jejich života jsou sociální vztahy. Díky nim si dospívající potvrzují své místo ve společnosti, svoji hodnotu, dovednosti a svou cestu životem. Zároveň v nich hledají oporu a pochopení pro své chování. Během kvalitativního výzkumu z roku 2014, ve kterém se zkoumala role interpersonálních vztahů u adolescentů, se ukázalo, že adolescenti vnímají interpersonální vztahy nejen jako zdroj opory, nýbrž i jako zdroj stresorů a konfliktů. Jako kladné znaky sociální opory označili adolescenti důvěryhodnost, vyspělost a kamarádský přístup. Za vůbec nejdůležitější aspekt považují emocionální sociální oporu (Camara, 2014).

Garmezy a Rutter (1988) poukazují na tři faktory rozlišující více odolné adolescenty od těch zranitelnějších. Za první faktor považují vhodné osobnostní vlohy jako je autonomie jedince a schopnost adekvátně reagovat na měnící se vlivy a požadavky dané společnosti. Druhým je stabilní a podporující rodinné zázemí a třetím je sociální opora od vrstevníků. Během pozdní adolescence často dochází k přeměně sociální sítě. Zatímco v rané adolescenci centrální pozici zaujímají převážně rodiče, nyní se do popředí dostávají vrstevníci. S přibývajícím věkem se mění i význam vztahu s nimi. Přemísťují se do centrální pozice a mohou překrývat vlivy rodičů. V případě, že adolescent vnímá sociální oporu vrstevníků jako důležitější, vliv rodičů může začít klesat.

Sociální opora se promítá i do školního prostředí. Kromě základního úkolu, čímž je vzdělávání, si zde adolescent vytváří komunitu, díky které získává pocit, že někam patří. Podstata školského systému je zpravidla postavena na spolupráci a vzájemné opoře studentů i učitelů. „*Každý den, kousek po kousku pomáhá tvarovat životy mladých lidí*“ (Cotterell, 2007).

2.7. Utváření zdravého sebevědomí

Téma zdravé sebevědomí vnímám ve spojitosti s duševním zdravím adolescentů jako velmi významné a zásadní. Mnoho psychologů a psychoterapeutů by nám jistě potvrdilo, že nízké sebevědomí či jeho naprostá absence má určitou souvislost s duševní nerovnováhou klienta. V této podkapitole se zaměříme na definici pojmu sebevědomí, sebejistota a sebeúcta a dále si popíšeme, z jakého důvodu je důležité zdravé sebevědomí vybudovat.

Hart a Hartlová (2009, s. 525) popisují **sebevědomí** jako „*sebedůvěru, vědomí vlastní ceny, kvalit a schopností, provázené vírou v úspěšnost budoucích výkonů.*“

Autor Novák (2013, s. 9) se vyjadřuje k pojmu sebevědomí následovně: „*Vysvětlujícím synonymem uvedeného pojmu je sebedůvěra, tedy důvěra v sebe sama, ve své schopnosti, ve svoji lidskou hodnotu a význam.*“

Průcha (in. Sedláčková, 2009, s. 20) vnímá sebevědomí jako „*sebedůvěru, vědomí vlastní ceny, kvalit a schopností, provázenou vírou v úspěšnost budoucích výkonů; přesvědčení, že člověk jedná vhodně. Umožňuje člověku orientovat se ve světě, stabilizovat svou činnost.*“

Sebejistota dle Laustera (in. Sedláčková, 2009, s. 19) „*silně souvisí s optimismem, resp. pesimismem. Jak sebejistota, tak optimismus jsou vlastnosti, které se zakládají již v raném mládí. Jiné vlastnosti vyžívají mnohem později, jako třeba znalost lidí.*“

Sebeúcta je dle Hartla a Hartlové (2009) určitý druh respektu a důvěry ve svou vlastní osobu, také zahrnuje hodnocení své vlastní ceny.

Sebedůvěra je „*kladný postoj člověka k sobě samému, svým možnostem a výkonnosti*“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 523).

Základní vlastnosti sebedůvěry dle Melgosa a Posse (2003):

- je vědomá
- je uspořádanou konfigurací
- tvoří ji vjemy, hodnoty a ideály
- jedná se o dočasnou hypotézu, kterou si člověk o skutečnosti vyváří, ne o realitu samu.

Sebevědomí můžeme podle Sedláčkové (2009, s. 22) rozdělit na celkové a situační, kdy celkové zahrnuje komplexní vnímání vlastních schopností a kompetencí a situační vyplývá napovrch ve specifických situacích za konkrétních podmínek.

Hartl a Hartlová (2009, s. 525) vymezují sebevědomí dvěma způsoby:

- **Nízké sebevědomí** – nevíra ve svůj vlastní prospěch. Často bývá zakořeněna z dětství, a to z důvodu nízkého či negativního hodnocení od klíčových osob.
- **Zdravé svědomí** – odpovídá přiměřené míře sebevědomí sloužící jako základ životní rovnováhy. Je to hodnocení, které dítě dostává od rodičů a od klíčových osob v jeho životě

Nízké sebevědomí může v různých fázích života potkat opravdu každého z nás (např. během přípravy na důležitý pracovní pohovor může mít člověk tendenci se podceňovat více než obvykle). Pocity méněcennosti prožívá v určité formě a míře každý člověk. *„Tento pocit se však může stát patologickým a vzniká komplex méněcennosti; k tomu dochází za nepříznivých podmínek, kdy je jedinec zaplaven pocitem neadekvátnosti, nekompetentnosti a kdy se stává neschopným zdravého vývoje“* (Čáp, 2001, s. 124).

Obecně si spousta lidí spojuje pojem sebevědomí s egoismem, avšak je zde patrný rozdíl. Egoistický člověk velmi často a rád upřednostňuje své vlastní zájmy před zájmy ostatních. Je to typ člověka myslící převážně sám na sebe, typické jsou pocity nedostatečné lásky a přátelství. Na rozdíl od něj člověk zdravě sebevědomý je schopen správně vyhodnotit své možnosti, dokáže pozitivně ohodnotit svou vlastní práci i práci ostatních (Zajíčková, 2016, s. 11).

Sedláčková (2009, s. 21) uvádí, že **zdravé sebevědomí** *„nevyplývá ze zveličeného mínění o své osobě, ale z uvědomění si toho, že na člověku záleží lidem, které má rád, kteří jsou za něj zodpovědi nebo s nimiž pracuje. Zdravě sebevědomý člověk nečeká se strachem, až ho ostatní přistihnou při chybě, ale počíná si tak, jak to se svými schopnostmi nejlépe dokáže. Zdravé sebevědomí vyplývá z vědomí, že pochopení, které člověk poskytuje druhým, by měl poskytnout i sobě samotnému.“*

Zdravé sebevědomí odráží sociálně zralou osobnost, která je schopna odhadnout své vlastní reálné možnosti a meze, určuje si dosažitelné cíle a s odpovědností plní zadané úkoly. Ve společnosti je schopna si vybudovat přirozený respekt, vhodně se prosadit, zatímco respektuje druhé. Přiměřená sebekritičnost a nezávislost na hodnocení druhými lidmi je přirozenou součástí této osobnosti (Vališová in. Sedláčková, 2009, s. 20).

Je důležité si uvědomit, že na formování zdravého sebevědomí má významný vliv naše výchova a zážitky z dětství. Můžeme říct, že čím většímu tlaku je člověk během svého života vystaven, o to sebevědomější a jistější se stává (Zajíčková, 2016, s. 11).

Utváření sebevědomí patří do oblasti psychosociálního vývoje člověka. Jedinec je přirozeně ovlivněn několika vnějšími faktory, zejména sociokulturními, tedy působením rodiny a sociálních skupin, do kterých se řadí. Jelikož je každý člověk jedinečnou osobností i vývoj sebevědomí bývá odlišný. Některé děti jsou veselejší, optimistické a svědomité, jiné jsou naopak zdrženlivější a citlivější a další jsou netrpělivé a nechají se

snadno od věci odradit. Všechny tyto povahové rysy utvářejí charakter dítěte a mají význačný vliv na jeho chování, myšlení a prožití. „*Přítomnost úspěchu, prohry, štěstí či dramatických životních událostí v našem životě je z velké míry výsledkem našeho vlastního sebepojetí,*“ uvádí Melgossa a Posse (2003, s. 156).

Samotné formování sebevědomí je složitý proces. U každého z nás probíhá jiným způsobem. Závisí na naší typologii, fyzickém i duševním zdraví, sociálním a domácím prostředí a zejména na výchově od našeho útlého věku. V raném věku je pro utváření sebevědomí primární typ a kvalita sociálních vztahů, v první řadě vztah s matkou. Ta svými reakcemi a chováním poskytuje dítěti informace o něm samém, jeho významu a hodnotě. V interakci s dítětem je matka aktivnějším činitelem, tím pádem má i větší vliv. Dítě si přejímá její názory, které jsou pro něj základ vlastního sebehodnocení. V případě, že matka ve své roli selhává, dítě má problém samo sebe vymezit a hodnotit se negativně. Tyto děti mívají i v dalších vývojových etapách nízkou sebedůvěru, považují samy sebe za nevýznamné pro ostatní. Zde se dostáváme k pojmu citová deprivace⁴, díky které má následně dítě potíže v oblasti socializace a mezilidských vztahů. S tím jsou dávány do souvislosti i pochybnosti o sobě samém. Mezi rizikové skupiny se řadí děti nějakým způsobem odlišné, nebo které představují pro matku symbol něčeho negativního (např. nechtěné dítě, ztráta sociálního statusu u svobodné matky či ztráta kariéry). Za rizikové považujeme i matky neschopné nabýt přijatelného mateřského instinktu, což mohou být např. matky alkoholičky či drogově závislé (Sedláčková, 2009, s. 23-24).

K posílení zdravého sebevědomí existuje několik způsobů, které mohou být velice nápomocné. Deset z nich je blíže představeno viz Příloha C.

2.7.1. Nezisková organizace Nevypuť duši

Ke konci této kapitoly vnímám jako přínosné představit českou organizaci zabývající se duševním zdravím s názvem Nevypuť duši. Organizace funguje již od roku 2015 a v současné době velmi intenzivně působí na sociálních sítích jako je Facebook či Instagram.

⁴ Stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu. V případě citové deprivace není uspokojována potřeba spolehlivého a jistého citového vztahu dítěte a matky, eventuálně jinou klíčovou osobou (Vágnerová, 2014).

Jedná se o tým složený z mladých psychologů, lékařů, sociálních pracovníků a studentů těchto oborů. V rámci tématu duševního zdraví pořádají po celé České republice kurzy, workshopy a přednášky pro učitele 2. stupně ZŠ, učitele na středních školách, pro studenty středních i vysokých škol, firmy a širokou veřejnost. Zaměřují se převážně na prevenci duševních onemocnění a dlouhodobě se snaží prosadit systémové změny v oblasti duševního zdraví a péči o něj.

Lektoři pořádají čtyři různé programy:

- **Duševní zdravotní péče pro středoškoláky** – jedná se o pětihodinový interaktivní program zaměřený na osvětu a prevenci; jeden z lektorů vždy přednáší své zkušenosti s duševním onemocněním; v rámci distanční výuky byl připraven webinář, z nějž si studenti odnesli různé tipy na učení a na zvládání stresu či úzkostí, získali potřebné kontakty a vyzkoušeli si relaxační techniky
- **Duševní zdravotní péče pro učitele** – 2denní kurz pro pedagogy akreditovaný Ministerstvem školství v systému další vzdělávání pedagogických pracovníků; obsahuje tipy, jak přistupovat k tématu duševního zdraví ve škole, součástí jsou praktické nácviky; zahrnuta je také péče o učitele ohrožené syndromem vyhoření
- **Programy pro firmy** – obsahují pět různých typů workshopů a přednášek (během pandemie webinářů), díky kterým mohou firmy poskytnout vzdělání a podporu svým zaměstnancům, zároveň objednaním programu přispívají na programy pro středoškoláky
- **Programy pro veřejnost** – je nabízeno několik formátů, například pozvání hosté vypráví svůj příběh s duševním onemocněním; adaptace je nově i na online formátu; v rámci tohoto programu se vzdělávají i vysokoškoláci z různých univerzit napříč republikou (Nevypusť duši: O nás, 2022).

Nebojíme se mluvit o duševním zdraví.

Chceme, aby...

- konverzace o duševním zdraví byla součástí běžného života
- se děti ve škole učily, jak o své duševní zdraví správně pečovat
- duševní onemocnění nebyla stigmatizována a nikdo se nestyděl říct si o pomoc
- byl v systému psychiatrické péče kladen důraz na dodržování lidských práv

Proto...

- se nebojíme o duševním zdraví mluvit a sdílet osobní příběhy
- šíříme praktické, výzkumem a zkušenostmi podložené informace
- ukazujeme, jak o duševní zdraví pečovat & kde vyhledat včas odbornou pomoc
- usilujeme o systémové změny a zastupujeme zájmy uživatelů péče

Obrázek 3: Vize a mise organizace

Na jaká fakta reagujeme?



20 % 13-18letých
se potýká
s duševními
obtížemi

z chronických
duševních nemocí
se projeví
50 % před 14.
a **75 % před 24. rokem**





každý 4. člověk
se za život setká
s duševní nemocí

během pandemie
vzrostl výskyt
duševních
onemocnění v ČR
u dospělých na 30 %



Obrázek 4: Fakta ohledně duševního onemocnění

Zdroj: <https://nevypustdusi.cz/o-nas/>

3. Psychopatologie dospívajících

„Každé psychické poruše je třeba rozumět v kontextu celého života.“

(Dörner a Plog, 1999, s. 7)

Jestliže duševní zdraví není v rovnováze, mohou se dostavit různé psychické potíže či duševní poruchy. Téma duševních poruch nalezneme v mnoha vědních disciplínách, např. v psychologii, sociologii nebo pedagogice. Avšak vědním oborem mající duševní poruchy v primární kompetenci, je **psychopatologie**. Zabývá se převážně duševními odchylkami a poruchami, studuje jejich příčiny a je uplatňována zejména v diagnostice (Průcha a kol., 2001).

V následující kapitole budou představeny aktuálně nejčastější problémy, se kterými se adolescenti potýkají a které potřebují řešit. Pozornost je nejprve zaměřena na detekci pojmu duševní onemocnění a duševní poruchy. Následně se zaměříme na konkrétní formy duševních potíží u adolescentů vyplývající z mého výzkumu, který bude blíže představen v praktické části práce.

3.1. Charakteristika pojmu duševní onemocnění (porucha)

Hart a Hartlová (2009, s. 346) vymezují **duševní nemoc** jako útlum, zintenzivnění či úplnou ztrátu či změnu psychických funkcí.

Termín „duševní onemocnění“ byl v odborné psychiatrii nahrazen označením „duševní porucha.“ Nový termín byl zaveden zejména z toho důvodu, aby nedocházelo k možné stigmatizaci pacienta, obzvláště pak ve smyslu méněcennosti jeho osoby.

Duševní porucha je *„charakterizována klinicky rozpoznatelným souborem příznaků (symptomů) nebo poruchou chování, které narušují funkci a jsou často spojeny s pocity tísně“* (Malá a Pavlovský, 2002, s. 23). Nutno podotknout, že odborná terminologie i nadále využívá oba zmíněné termíny.

3.2. Duševní onemocnění v České republice

Co se týče výskytu duševního onemocnění v české populaci, podle dat z roku 2018 se u 10 % lidí objevují poruchy spojené s užíváním alkoholu, u 7 % úzkostné projevy, zhruba 5,5 % lidí trpí poruchami nálady (z toho 4 % jsou závažné deprese), prakticky 3 % lidí trpí poruchou spojenou s užíváním nealkoholových a netabákových drog a 1,5 % trpí psychotickými poruchami (European Psychiatry, 2018).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky doplňuje, že další lidé se potýkají například s ADHD ⁵, poruchami osobnosti, demencemi a dalšími duševními onemocněními. „*Sebevraždu spáchají v ČR každý den přibližně 4 lidé*“ (Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, 2020).

Lidé trpící vážným duševním onemocněním často žijí v chudobě, zažívají stigmatizaci a diskriminaci a obecně se dožívají nižšího věku oproti běžné populaci. Nízká populační gramotnost v oblasti duševního zdraví má za příčinu snahu schovat své duševní onemocnění, neochotu vyhledat odbornou pomoc, když člověk cítí, že ji potřebuje, což ve výsledku vede k závažnější prognóze a snížení šancí k celkovému zotavení. Novým a poněkud alarmujícím trendem je zvýšená frekvence sebepoškozování a suicidálních pokusů u adolescentů (Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, 2020).

Vzhledem k tomu, že cílem práce není podrobné objasnění všech psychických poruch, budou dále prezentovány jen ty, které se momentálně nejčastěji u adolescentů v populaci vyskytují.

3.3. Sociální fobie

Sociální fobie se řadí podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) mezi poruchy neurotické, stresové a somatoformní (F40-F48). Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-IV) řadí sociální fobii do poruch úzkostných.

⁵ Hyperkinetická porucha s deficitem pozornosti spadající mezi nejčastěji se vyskytující neurovývojové poruchy dětského věku. Onemocnění je charakteristické zvýšenou hyperaktivitou, nepozorností a impulzivitou (Miovský, 2018).

MKN-10 dále podřazuje sociální fobii skupině Fobické úzkostné poruchy (F40). Jedná se o skupinu poruch, „*kde je úzkost vyvolána pouze nebo převážně v určitých dobře definovaných situacích , které nejsou za běžných okolností nebezpečné. Pacient se těmito situacím vyhýbá a pokud tak neučiní, trpí v nich strachem. Zájem pacienta se soustřeďuje na jednotlivé příznaky, jako je palpitace nebo pocit na omdlení, a často jsou spojeny s druhotným strachem ze smrti, ztráty sebeovládání nebo zešilení.*“

Konkrétní vymezení **sociální fobie** (F40.1) dle MKN-10 je následovné: „*Je to obava z posuzování ostatními, která vede k vyhýbání se styku s lidmi. Těžší sociální fobie jsou obvykle spojeny s nízkou sebeúctou a strachem z kritiky. Ty se mohou projevovat červenaním, třesem rukou, nauzeou a nucením na močení. Pacient je někdy přesvědčen, že tyto sekundární projevy úzkosti jsou prvotní. Příznaky mohou progredovat až do panické ataky*“ (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2022).

Je to chronická porucha začínající často již v dětství či v adolescenci a má negativní vliv na profesní a sociální život nemocného. Sociální fobie se vyskytuje stejně často u mužů jako u žen a její vznik není ovlivněn ekonomickým zázemím, inteligencí, vzděláním či profesí. Považujeme ji za rizikový faktor pro rozvoj depresí a suicidálního chování (Malá a Pavlovský, 2002).

V definici od Hartla a Hartlové (2009, s. 168-169) zjistíme, že sociální fobie je „*nepřiměřený, chorobný strach z kontaktu s ostatními lidmi, je to strach např. z přijímání návštěv, společného jídla s přáteli, z rozhovorů v malé skupince, z telefonování, ze ztrapnění se, strach z odmítnutí, z hodnocení vzhledu, je to strach ze společnosti vůbec.*“ Mezi doprovázející projevy patří zvýšená tepová frekvence, bušení srdce, žaludeční obtíže, zvýšený krevní tlak apod. Důsledkem je mnohdy téměř úplná sociální izolace.

Úzkostné napětí člověk trpící sociální fobií zažívá zejména v situacích, kdy je středem pozornosti a očekává se od něj nějaký výkon. Pociťuje obavy, že bude kriticky sledován, ačkoli si zároveň uvědomuje, že k tomuto vlastnímu přesvědčení nemá žádný racionální důvod. Běžné je také vyhýbání se rizikovým situacím, které vyhodnotí jedinec jako sociálně náročné. Vznik sociální fobie řadíme již do dětství či do období dospívání a snadno se z ní stává chronický problém (Vágnerová, 2014, s. 382).

Období adolescence je pro vznik sociální fobie nejcitlivější. „*Vnitřní měnlivé představy o sobě, zvýšené zaměření se na tělesný vzhled, velká závislost na hodnocení okolím v adolescenci souvisí s vývojovou fází hledání identity. I nepatrný výsměch nebo ponížení vyvolá obavy a strach ze situací, ve kterých přichází v úvahu zájem cizích lidí*“ (Malá, 2011).

V souvislosti s pandemií covid-19 se u adolescentů objevuje více tzv. **školní sociální fobie**, která je charakterizována nepřiměřeným strachem ze školního prostředí. Primárním problémem bývá strach z odloučení či ze selhání ve škole nebo strach z určité osoby (spolužák, učitel). Signálem jsou různé vegetativní potíže, které se objevují jen v případech, kdy má jít dospívající do školy (Vágnerová, 2014, s. 393).

3.4. Úzkosti

Úzkost je definována jako „*strach bez předmětu, jedinec má strach a neví z čeho, má pocit, že by s ním měl něco udělat, ale neví co. Je to nepříjemný emoční stav provázený obdobnými psychickými i somatickými znaky jako strach, ovšem příčina není známá, jde o strach „z ničeho*“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 659-660).

Vágnerová (2014, s. 375) ji vnímá jako „*nepříjemný citový stav, v němž převažuje napětí, obavy a předtuchy neurčitěho obsahu.*“

Příznaky úzkosti spočívají v nepříjemných pocitech, obavách z pozorování druhými lidmi a jejich negativním hodnocením, předem se vyhýbáním nepříjemným situacím a ve vyhýbavém chování celkově, v sociální izolaci. V extrémních případech může člověka úzkost dovést až k sebevraždě (Malá a Pavlovský, 2002). Mezi chronické projevy úzkosti patří zvýšení srdečního tepu, zrychlené dýchání, sucho v ústech, žaludeční nevolnost a snížení psychické koncentrace (Hartl a Hartlová, 2009, s. 659).

Míra úzkosti je dávana do souvislosti také se socioekonomickými podmínkami. Lidé žijící v nejistotě a v nepředvídatelných podmínkách zažívají daleko více úzkosti než lidé s životními jistotami. V současném nastavení světa je dáván větší prostor nejistotám, také díky moderním technologiím lidé odpracovávají více hodin i po uplynutí své pracovní doby (Morschitzky a Sator, 2014).

Poměrně častým spouštěčem úzkosti je zásadní stresová událost či dlouhotrvající stresová situace, kterou lidé pociťují jako nezvládnutelnou. Pakliže je člověk vystaven dlouhodobějšímu silnému stresu, který je zároveň ale schopen ustát, může se následně objevit malá a zpočátku nevýznamná stresová událost, díky níž teprve může začít úzkostně jednat. Tato drobná událost byla totiž přičtena k předcházející stresové události dlouhodobějšího rázu (Morschitzky a Sator, 2014).

3.4.1. Od úzkosti k úzkostné poruše

Dle MKN-10 patří úzkostné poruchy do kategorie neurotických, stresových a somatoformních poruch (F40-48), stejně jako sociální fobie (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2022).

Vágnerová (2014, s. 375-377) **úzkostnou poruchu** charakterizuje jako „*chronickou nepřiměřenou úzkost, která se může projevovat vyhrocenými akutními atakami nebo iracionálním a vystupňovaným strachem.*“ Lidí trpících úzkostnou poruchou opět nejsou plně schopni ovládat své pocity, i když jsou si vědomi toho, že jsou často nesmyslné. Nejčastěji se rozvíjí právě v mladém věku, tedy v adolescentním věku.

Motlová a Koukolík (2006) uvádí, že úzkostná porucha je jednou z nejčastějších psychických poruch vůbec. V průběhu života se s ní alespoň jednou setká až 25 % populace. Rozlišujeme ji na generalizovanou úzkost, fobickou či panickou poruchu.

Abychom lépe pochopili přechod mezi úzkostí, jako emocí do úzkostné poruchy, je zapotřebí porozumět tzv. **kruhu úzkosti**, který popisuje Praško (2005). Tento kruh propojuje chování, somatické projevy, myšlení a emoce zasažených lidí. Během úzkosti nastávají určité tělesné projevy, které byly zmíněny výše. Zároveň se úzkost skládá i ze subjektivně prožívané části, která spočívá v myšlenkových procesech. Jedná se o různé obavy, pocity bezmocnosti a černé myšlenky ohledně budoucnosti. Dalším aspektem je fakt, že lidé se mohou dostat do situace, kdy se začnou nadměrně pozorovat. Obecně řečeno, obávají se další možné úzkosti a tím si ji vyvolávají. Jako typický příklad autor uvádí člověka, kterému při minulém úzkostném prožitku tlouklo srdce velmi rychle bez zjevné příčiny – následně začne přemýšlet o svém zdravotním stavu, zda je v pořádku, a právě z této obavy si vyvolá další úzkost. Můžeme tedy konstatovat, že tělesné projevy, úzkostné myšlenky a vyhybavé chování probouzí další úzkost a větší míra úzkosti následně vzbuzuje větší míru prožívaných jevů.

Morschitzky a Sator (2014) doplňují, že dlouhodobá úzkost může přetrvávat v podobě somatického projevu. Člověk chodí k lékaři s tzv. „knedlíkem v krku“, nemůže popadnout dech, má zvláštní pocit na hrudi nebo se objevují různé bolesti po těle, které náhle odezní a nedají se vysvětlit pomocí somatického vyšetření.



Obrázek 3: Znázornění kruhu úzkostí na všech třech úrovních (Praško, 2005)

Příčiny vzniku nejsou přesně definované, ale jak uvádí Vágnerová (2014, s. 377-378), „*podmíněny jsou multifaktoriálně.*“ Na jejich vznik má vliv dědičnost (dědičné předpoklady se projevují zejména sníženou frustrační tolerancí, sníženou tolerancí k zátěži, větší psychickou zranitelností, zvýšenou úzkostností, celkovou labilitou a podrážděností). Dále mají vliv psychosociální faktory. Vždy je třeba brát ohled na celý kontext osobnosti a jeho sociokulturní prostředí. Vliv prostředí a biologické dispozice určují, jak budou zpracovány a interpretovány životní zkušenosti. „*Úzkostní lidé nemívají více zatěžujících životních zkušeností, ale zaujímají k nim jiný postoj.*“ V rámci rodiny se již v dětství učíme, jak nejvhodněji reagovat na různé podněty. Rizikem bývají negativní a nepříznivé zkušenosti z dětství (např. týrání či odmítání). Následně mohou i bezvýznamné a neutrální podněty způsobovat úzkost a pocit nejistoty. Z nepříjemného zážitku z dětství se může stát základ pro fobii či pro úzkostnou poruchu v dospělosti. V období adolescence se začínají objevovat zvýšené obavy v souvislosti s existenciálním ohrožením a nejistoty své vlastní pozice ve světě. „*Úzkostná porucha se projeví tendencí posuzovat život zcela obecně jako zátěž a ve zvýšené míře se zaměřovat na potenciálně ohrožující okolnosti, vlastní selhání a jiné nepříjemnosti.*“

Podle WHO se prevalence úzkostných poruch celosvětově pohybuje okolo 3,6 % populace, po depresi se jedná o druhé nejčastější duševní onemocnění. U žen se výskyt úzkostí odhaduje přibližně na 4,6 % populace, zatímco u mužů se jedná o 2,6 % populace. Co se týče prevalence úzkostných poruch v evropských zemích, jsou zlehka nad tímto světovým průměrem. „*Úzkostné poruchy u žen dosahují vrcholu mezi 40. a 50. rokem života, zatímco u mužů, je nejvyšší prevalence v období adolescence a následně prevalence pozvolna klesá*“ (Depression and Other Common Mental Disorders, 2017).

Výskyt úzkostné poruchy v České republice sleduje NÚDZ a dle dat z roku 2019 byl zjištěn u 7,3 % populace (Formánek, 2019).

3.5. Deprese a depresivní stavy

Slovo deprese vychází z latinského slova *deprimere*, ve kterém *de* znamená „dovnitř“ a *primere* „tlačit“. Volně se dá tedy přeložit jako vnitřní stlačení (Křivohlavý, 2013, s. 87).

Praško a kol. (2015, s. 26) o depresi uvádí, že se nejedná pouze o běžnou špatnou náladu. Vnímá ji jako nemoc celého organismu podobnou jiným nemocem, jelikož do jisté míry omezuje život jedince. Dobrou zprávou je fakt, že na rozdíl od jiných onemocnění je deprese u většiny jedinců léčitelná.

Hartl a Hartlová (2009, s. 105) vnímají depresi jako „*duševní stav charakteristický pocitem smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, spolu s útlumem a zpomalením duševních i fyzických procesů, ztrátou zájmů a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem*“.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí se depresivní poruchy řadí k afektivním poruchám, tedy k poruchám nálady (F30-39). Pod označením F32 nalezneme tzv. depresivní fázi, která může probíhat v lehké, střední nebo těžké formě. „*Nemocný má zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu. Je narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace. Po minimální námaze se objevuje únava. Je narušen spánek a je zhoršená*

chut' k jídlu. Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehkých případů“ (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2022).

Deprese je tedy porucha nálady a zhoršení emočního stavu jedince. Současně je negativně ovlivněno jeho myšlení, soustředění, paměť, motivace a volní stránka a také jeho somatické funkce jako je výživa, spánek, odolnost proti únavě. Je považována za významný rizikový faktor pro sebepoškozující či suicidální chování a další duševní poruchy. „Zhoršení ve vztahové oblasti a pokles školní výkonnosti, které deprese přináší, mohou perzistovat i po odeznění poruchy nálady a negativně ovlivňovat celkový psychosociální vývoj mladistvého“. Rozpoznání deprese u dětí a adolescentů bývá poněkud komplikovanější než u dospělých. Problémem bývá neschopnost verbalizace svého emočního stavu, která je podmíněna psychickou nezrálostí pacienta. V některých případech o potížích nechtějí hovořit vůbec (Goetz, 2005).

Tabulka 2: Typické symptomy deprese (Goetz, 2005)

Emoční	Kognitivní	Somatické
<ul style="list-style-type: none"> • přetrvávající smutná nebo podrážděná nálada • ztráta zájmu o aktivity, které měl dříve rád, a ztráta přání • ztráta prožitku štěstí – anhedonie 	<ul style="list-style-type: none"> • obtíže s koncentrací a pamětí • ztráta sebedůvěry nebo sebeúcty • pocity vlastní neschopnosti, beznaděje, sebeobviňování • vracející se myšlenky na sebevraždu 	<ul style="list-style-type: none"> • pokles nebo ztráta energie • zvýšená unavitelnost • změny v chuti k jídlu a změny hmotnosti • poruchy spánku • psychomotorické zpomalení, ale i agitovanost

Co se týče výskytu deprese u školních dětí, zde bývá depresivní nálada nestabilní. U adolescentů můžeme narazit již na stabilnější depresivní náladu s výrazněji vyjádřenými symptomy, např. hluboké pocity viny a ztráta potěšení. Přítomno je také předčasné ranní probuzení – nálada bývá zpravidla horší ráno, adolescent trpící depresí má snížené sebehodnocení, pociťuje stav beznaděje a ztrácí smysl života. Dále je vyzorována znučenost, pasivita vyjádřená nadměrným sledováním televize či hraním počítačových her a za podstatně rizikové považujeme nadměrné užívání alkoholu či drog. „V klinických i průřezových studiích dětí a adolescentů byla u depresivních pacientů

zjištěna 40–70 % psychiatrická komorbidita. Dále bylo zjištěno, že 20–70 % mladistvých s depresí trpí více než dvěma dalšími psychiatrickými poruchami.“ Např. u lidí trpících úzkostnou poruchou je zaznamenáno nadměrné množství užívání návykových látek a vyšší riziko suicidálního jednání (Goetz, 2005).

Léčba deprese zahrnuje čtyři body: psychoedukaci, individuální psychoterapii, rodinnou intervenci a farmakoterapii. Je zapotřebí mít na paměti, že léčba deprese je dlouhodobý úkol směřující k několika menším cílům. Psychoedukace je zaměřená jak na pacienta, tak na jeho rodiče. Během ní jsou popsány a vysvětleny příznaky, dále získají potřebné informace o obvyklém průběhu deprese a jsou upozorněni na její rizika. Za velmi důležité se považuje poučení o dopadu deprese na sociální život jedince – zejména na školní a rodinné prostředí a jeho fungování v něm. Následná psychoterapie má v léčbě deprese své místo, a to nejen v akutní fázi, ale také v prevenci návratu depresivního stavu. Jedná se o „*disciplínu s přesnými pravidly a verifikovanými účinky*“. Jako velice účinná se jeví zejména kognitivně-behaviorální terapie (KBT), která vychází z předpokladu, že k depresi přispívají chybně naučené kognitivní procesy a chování. Cílem je odbourat tyto procesy a nahradit je novými, prospěšnějšími (Goetz, 2005).

3.6. Emoční poruchy

„Emoce jsou výrazem subjektivního vztahu ke světu i k sobě samému.“ Pomáhají nám k aktuální orientaci a k regulaci chování. Dávají nám informace o tom, zda je nám něco příjemné či nepříjemné. Emoce i jejich poruchy můžeme rozlišovat dle jejich intenzity, délky trvání (afekty a nálady), či kvality emočního prožitku (smutek či veselost). Pro mou práci se jeví jako nejpřínosnější vymezit poruchy nálady. Od běžné nálady se odlišují tím, že bývají vyhraněnější (Vágnerová, 2014, s. 55-56).

Poruchy nálady

- **Depresivní nálada** – projevuje se extrémním smutkem a je spojená s celkovým útlumem. Vyskytuje se u lidí s depresivním syndromem, u schizofrenie a dalších duševních onemocnění.
- **Manická nálada** – stav, kdy je člověk až nepřiměřeně optimistický, rozjařený. Je spojena s nepřiměřenou aktivací.

- **Euforická nálada** – je typická pro svou povznesenost a blaženost. Můžeme se s ní setkat u lidí trpící určitým typem demence.
- **Anxiózní, úzkostná nálada** – je doprovázena nepřiměřenými obavami z přesně neurčeného ohrožení, zvýšeným napětím a sklonem k nepřiměřeným reakcím. Její výskyt můžeme pozorovat právě u adolescentů.
- **Explozivní, výbušná nálada** – projevuje se zvýšeným sklonem k hněvu a vzteku a tendencí k agresivnímu chování. Vyskytuje se u lidí s disociální poruchou osobnosti či u chronických alkoholiků.
- **Apatická nálada** – typická pro svou celkovou vyhaslost, projevuje se nezájmem o cokoli, sníženou aktivitou. Můžeme se s ní setkat u lidí trpících demencí či závažným somatickým onemocněním.

Anna Freudová, dcera zakladatele psychoanalýzy Sigmunda Freuda, napsala, že „normální adolescent“ neexistuje. Popsala, že chování dospívajících je mnohdy nesrozumitelné a chaotické a zbláznit se v tomto vývojovém období je přirozené a dokonce žádoucí. Adolescent se musí vypořádat s novou rolí a se všemi společenskými úkoly, které mohou představovat bouřlivou změnu v jejich životě. A velmi často se s tím vypořádávají způsobem, jež dospělý považují za nežádoucí a nenormální. *„Vnější a vnitřní tlaky, kterým musí každá puberťačka či puberťák čelit, jsou silnější než cokoli, co zažili předtím a co zažijí později. Rapidně zrychlený tělesný růst, hormonální bouře, objevení „druhotných pohlavních znaků“ a nástup „pohlavních funkcí“ vyžadují bleskové přizpůsobení se a odpovědi. O to více, že tyto děje probíhají v náročných vnějších podmínkách, kdy jsou na děti kladeny čím dál vyšší nároky v oblasti vzdělávání a sociálního uplatnění“* (Pöthe, 2020, s. 129).

3.7. Sebepoškozující a suicidální chování

Formy sebepoškozování byly donedávna v odborné psychiatrické literatuře považovány za součást suicidálního chování, či typický jev objevující se u lidí s psychickými poruchami, kteří mají obtíže v emoční regulaci a ve zvládnání nepříjemných prožitků (Vágnerová, 2014, s. 464). Zhruba od konce 90. let zahraniční výzkumníci svou pozornost zaměřili na nový koncept pojmu sebepoškozování (v angl. *self-harm*). Popsali jej jako *„vědomé, záměrné, často opakované jednání bez vědomé suicidální motivace, při němž dochází k narušení tělesné integrity“* (Kocourková, 2007, str. 74).

Platznerová (2009, s. 7) vymezuje **sebepoškozování** jako „*komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky, jehož cílem není smrt, a které lze naopak nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na jinak nezvládnutý akutní a chronický stres*“.

Mezi nejběžnější a nejčastěji se vyskytujícími způsoby sebepoškozujícího jednání patří: řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, bití sebe sama, pálení se, vytrhávání vlasů, škrábání se a kousání se. Nejrozšířenější forma sebepoškozování je pořezání se na horních končetinách, což někteří autoři označují jako „syndrom pořezávaného zápěstí“. Většina sebepoškozujících se pořezává v mírnější formě, zpravidla v soukromí za použití žiletky, nože či části skla. Nejčastěji se pořezávají právě na zápěstí, pažích i nohou (Kocourková, 2007, s. 75).

Platznerová (2009, s. 45) uvádí, že „*Tělesná bolest slouží k eliminaci duševní trýzně, cílem sebepoškozování je dosažení psychické úlevy. Skutečnost, že sebezraňování přináší úlevu, vede k zafixování této strategie a k jejímu opakování*“. Uvolnění psychického napětí nemá však dlouhé trvání, jelikož je za poměrně krátkou dobu vystřídáno pocity viny a vlastní neschopnosti či nedostatečnosti.

Vědomé sebepoškozování začíná právě v adolescentním období a zejména adolescenti jsou považováni za nejpočetnější skupinu ze všech sebepoškozujících se jedinců. Jak jsem se již zmiňovala v předchozích částech práce, toto vývojové období je náročné a nese s sebou bouřlivé změny, dochází k propadům emocí a k častějším výkyvům nálad. U některých adolescentů není sebepoškozování vnímáno jako projev duševní poruchy, ale pouze jako maladaptivní způsob ventilace svých negativních emocí. Více ohrožené jsou spíše dívky, neboť chlapci své negativní emoce ventilují spíše na venek, zatímco děvčata proti sobě samým (Ahneová, 2017, s. 23).

Sebepoškozování může být u adolescentů projevem odmítání hodnot rodičů či maladaptivním způsobem prosazování své individuality, jiní vyjadřují svou beznaděj a bezmocnost. Pro většinu z nich je to jistý způsob, jak se vyrovnat s bolestivými událostmi či myšlenkami, nikoliv pokus o ukončení jejich života. Fyzická bolest na čas utlumí bolest psychického spektra. „*Riziko nespočívá pouze v tělesném poškození, ale opakovaně byla prokázána i souvislost mezi tímto jevem a suicidálními tendencemi*“ (Hosáková, 2018).

Pojem **suicidium** označuje „*vědomé a úmyslné ukončení vlastního života*“. **Suicidální chování** zahrnuje suicidální pokusy, myšlenky a fantazie. Nejedná se přímo o přání zemřít. Několik jedinců, kteří se pokusí o sebevraždu, má ambivalentní vztah k životu – chtějí žít, ale zároveň i zemřít. Toto přání má často souvislost s různými fantaziemi, a to jak depresivního, tak agresivního charakteru. Příčiny tohoto chování jsou multifaktoriální. U adolescentů mají významný vliv různé psychiatrické syndromy, obzvláště poruchy nálady, poruchy chování a hraniční porucha osobnosti. Riziko suicidálního chování je zvýšeno především nadměrným užíváním alkoholu či drog těsně před suicidálním rozhodnutím. Každému jedinci, u kterého došlo k suicidálnímu jednání, by měla být poskytnuta psychologická a psychiatrická péče. Jejím cílem je zhodnocení jeho současné psychopatologie, osobnostních a rodinných vlivů a nejvýznamnější částí je posouzení míry suicidálního rizika. Během vyšetření by se měl odborník pokusit zachytit traumatizující zážitky v jeho životě, popřípadě zážitky z týrání, zneužívání či traumatické ztráty, které by bylo možné dát do souvislosti s nynějším suicidálním chováním jedince. Následná terapie je zaměřena především jak na zvládnutí akutní suicidální krize, tak na prevenci suicidálního rizika směrem do budoucna. Farmakoterapie je využívána zejména v akutní fázi výraznějšího suicidálního chování (Kocourková a Koutek, 2004).

3.8. Nadějně způsoby zvládnání životních těžkostí

Problematiku zvládnání těžkostí bychom v psychologii našli pod termínem coping.⁶ Definici zvládnání nám přináší autor Lazarus (1966): „*Zvládnáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.*“

Křivohlavý (2009, s. 70) chápe zvládnání stresu jako dynamický proces, ve kterém dochází k vzájemným interakcím mezi jedincem a stresovou situací. Během moderování stresu se protíná řada různých faktorů. Řadíme sem osobní charakteristiky jedinců bojujících se stresem, styly zvládnání, strategie a techniky zvládnání, které se dají do určité míry naučit. Dají se využít i vnější zdroje.

⁶ Z anglického jazyka „*to cope*“ můžeme přeložit jako „zvládat něco, vypořádat se s něčím“. Termín je odvozen z řeckého slova „*kolaphus*“ - rána uštědřená protivníkovi v boji. Volněji řečeno to znamená s někým bojovat, snažit se ho přemoci a zvládnout ho (Křivohlavý, 2009).

S tímto tématem velice úzce souvisí pojem **psychická zátěž**, což je dle Hladkého (1993, s. 20) „*proces psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí.*“

Autorka Bedrnová (2009, s. 65-67) k psychické zátěži dodává, že během života přirozeně zažíváme situace a podmínky, ve kterých si umíme poradit díky navyklým schématům myšlení a jednání. „*V průběhu života si pro řadu běžných životních okolností osvojujeme určité algoritmy, které opakovaně používáme ke zvládnání obdobných životních situací a k řešení obvyklých problémů.*“ Avšak se čas od času vyskytnou situace, na které nemáme osvojený vhodný algoritmus. Takovou situaci považujeme poté za náročnou. Jsou vymezeny tři hlediska zátěže: **reálná životní zátěž** (prostá náročná situace vyžadující zvýšené úsilí, většina lidí je schopna tuto zátěž překonat), **mezní neboli limitní zátěž** (vyhrocenější situace doprovázená náročnými podmínkami a určitým psychickým vypětím) a **extrémní zátěž** (zvýšení nároků na jedince v takovém rozsahu, že již není schopen tuto situaci zvládnout; jedná se o války, přírodní katastrofy, dopravní nehody apod.). „*Šťěstím je, že se do podobných situací přece jen většina lidí v průběhu svého života prakticky nedostane. Nevýhodou z toho přirozeně plynoucí je pak to, že tudíž ani nemají možnost získat odpovídající předpoklady k jejich zvládnutí. Větší procento lidí v nich proto obvykle spíše selhává.*“

Je zřejmé, že každý člověk je schopen se stresujícími událostmi vyrovnávat jiným způsobem. Pokud hovoříme o efektivních formách boje se životními těžkostmi, uvedeme si následující tři dle Křivohlavého (2009, s. 82-84):

- a) **Modifikace chování** – pracujeme s tzv. kladným a záporným posilováním. „*Tím je poskytnutí něčeho příjemného za žádoucí chování a např. projev netečnosti v případě nežádoucího chování.*“ V praxi si to můžeme představit jako jistou lhostejnost a netečnost nad pacientovým neustále se opakujícím naříkáním, avšak jeho chválení v momentě, kdy se pacient snaží si od bolesti pomoci sám. Jako více než vhodné se potom jeví tento systém zavést i v domácím prostředí.
- b) **Kognitivní ovlivňování** – základem je „*hypotéza o výrazném vlivu představ, myšlenek, osobních norem, domněnek a přesvědčení (tzv. kognitivních jevů, kognicí na naše jednání.*“ V pozadí několika problémů se často objevují naše nevhodné a nepřiměřené představy, které jsou v podstatě iracionální. Posláním

kognitivního ovlivňování je v první řadě tyto scestné a nerozumné domněnky odbourat a nahradit je vhodnějšími. Následně jsou lidé vedeni k tomu si tyto představy opakovat (např. mluvením sama k sobě či se sebou), až dojde k jejich zvnitřnění. Součástí je i tzv. osobní posilování (sebepochvala za žádoucí chování). „*Systematicky se přitom posiluje přesvědčení daného člověka o tom, že je schopen situaci zvládnout, že na to má potřebné zdroje sil i schopnosti a dovednosti. Jde o posilování sebejistoty a vnímané osobní zdatnosti.*“

c) Psychologické očkování proti stresu a bolesti – způsob podobající se svým způsobem vakcinaci z epidemiologie. Dělíme ho na čtyři fáze:

1. **Rekoncepce** – člověk je veden k uvědomění si, že každá bolest či stres má svou psychickou stránku, která jej ovlivňuje jak pozitivně, tak i negativně
2. **Naučení nových způsobů zvládnání těžkostí** – relaxační trénink, výcvik hlubokého, vůlí ovládaného dýchání, imaginace apod.
3. **Generální zkouška** – mírná forma bolesti či stresu je spojována s nově nacvičeným způsobem
4. **Živá situace** – zde již bolest či stres působí bezprostředně. „*Technika psychologického očkování zde vede k aplikaci naučeného uklidňujícího chování a spolu se změněným pojetím těžké situace k postupnému snižování bolesti (stresu).*“

d) Ventilace emocí – autorem je James Pennebaker, který zjistil, že ventilováním (zveřejněním) našich subjektivních pocitů je možné je pozitivně ovlivnit. Způsob ventilování může spočívat v pojmenování, vyslovení či sepsání. V případě, že lidé o svých tragických zážitcích hovořili otevřeně, snížil se jejich negativní emocionální dopad. V psychologii se obecně setkáváme spíše s pojmem katarze, což je „*psychické očistění od negativních zážitků*“. Dále bylo zjištěno, že vyzpovídání se má pozitivní vliv na psychický stav jedinců v posttraumatických situacích a je o něco efektivnější a účinnější než např. sdělení ve formě dopisu.

3.8.1. Cílevědomé zvládání působících stresorů

Jak již bylo výše uvedeno, v profesním či soukromém životě se běžně setkáváme se situacemi, které jsme schopni hladce zvládnout. Někdy se nám i běžná stresová situace může zdát jako nadmíru zátěžová, jelikož zrovna nemusíme být v úplné duševní kondici. Občas ale vstupují do hry také *„faktory, které překračují obvyklý standard, i když zatím ještě nepůsobí rušivě či zcela nepříznivě, případně ale i takové situace, které již mohou mít velmi nepříznivý účinek.“* V těchto případech se jedná o stresory, což jsou záležitosti, které jsou již nad hranou naší způsobilosti se s nimi bez větších obtíží vyrovnat. Nejprve si tyto stresory nemusíme plně vědomě uvědomovat, ale postupem času se mohou stát nepřekonatelným problémem, a to zejména v případech, kdy si je i po delší době nebudeme schopni včas uvědomit nebo vůbec připustit. Častou hrozbou jsou životní stereotypy, během kterých není uplatňována tvořivost, a zdánlivé malicherné problémy odsouváme či vršíme na sebe. Tímto způsobem vznikají starosti, kvůli kterým přichází trápení, poruchy spánku, nechut' k jídlu, deprese a *„cítíme se jimi zavaleni a nejsme zpravidla schopni si je racionálně rozebrat a najít jakékoli, třeba i méně dokonalé, přijatelné řešení“* (Bedrnová, 2009, s. 224-225).

První pomoc v situaci aktuálního stresu

Z praktického hlediska považují za důležité a přínosné do této podkapitoly zahrnout **devatero první pomoci ve stresu** dle Gregora (1988):

1. Protistresové dýchání

Obecně známou zkušeností je, že se během stresu dostávají nepravidelnosti v dýchání. Stres či strach dokáže člověka pohltit natolik, že opravdu v některých chvílích může zapomenout dýchat. Technika spočívá v zaměření své pozornosti na vlastní dech – pomalý nádech a co nejhlubší a volný výdech „až do dna“. Cyklus je třeba v době akutního stresu několikrát opakovat, aby došlo k určitému zklidnění. Nápomocná je také představa, že s každým výdechem z nás odplouvá nahromaděná negativní energie, napětí a stres. Autor uvádí, že právě *„regulace dechu patří k vůbec nejvhodnějším relaxačním protistresovým prostředkům.“* Dech je totiž jakousi spojkou mezi psychikou a fyzickým tělem. Samozřejmě, že toto regulované protistresové dýchání je třeba se naučit ještě před tím, než se dostaneme do stresového vypětí.

2. Chvilková tělesná relaxace

Stres je doprovázen také zvýšením napětí svalstva celého těla. Proto bychom ve stresu měli uvolnit ústa a ústní koutky, navlhčit jazykem rty, jazyk pak nechat volně ležet v ústech, následně uvolnit veškeré další obličejové svalstvo (zvláště kolem očí) a přidat k tomu protistresové dýchání. Relaxace aktivuje tzv. parasymptikus, „*který vyvolává a reguluje celkové zklidnění: zpomaluje látkovou přeměnu (metabolismus), uklidňuje tep i dech, snižuje mozkovou aktivitu – celkově tedy odbourává stres a jeho negativní psychosomatické účinky.*“

3. Koncentrace na „kredenc“

Kredenc v této formě představuje jakýkoli emocionálně neutrální předmět v našem okolí. Zaměříme-li svou pozornost právě na tento předmět, odpoutáme se silně a nenásilně od stresoru a tím se sníží i celkové psychické napětí. V praxi to posléze může vypadat následovně: sedím v místnosti, prohlížím si jeden předmět za druhým a vnitřním hlasem k sobě promlouvám a popisuji, co vidím – „dvě okna, na jednom z nich je květináč, vedle něj leží svíčka, v rohu je květina...“

4. Odejít a zůstat chvíli sám

Jednou z nejčastějších příčin stresu bývají druzí lidé. Může nás například vyvést z míry jejich chování, názory, postoj či vzhled. Stane-li se druhý člověk pro nás stresorem a pokud je to společensky v danou chvíli přijatelné, je dobré odejít z místnosti někam, kde bude klid a člověk zůstane na chvíli sám, např. na chodbu či na toaletu. Pokud je k dispozici větší prostor, tak do přírody na krátkou procházku. Následně lze využít techniku „kredenc“ či protistresové dýchání pro docílení ještě většího vnitřního klidu.

5. Změna činnosti

Efekt této techniky shledáváme ve dvou skutečnostech. Jednou z nich je „*nenásilné, přirozené odvedení pozornosti od zdroje aktuální zátěže na novou činnost.*“ V případě aktuálního stresu je dobré začít dělat činnost spojenou s fyzickým pohybem, ať už se jedná o úklid či o cvičení. Druhou důležitou

skutečností je tedy samotný fyzický pohyb, díky kterému přirozeně odbouráváme bojové hormony – adrenalin a noradrenalin.

6. Poslech relaxační hudby

Relaxační hudba je komponovaná již se záměrem snížení psychického napětí. Zaposlouchání se do hudby, jež se nám líbí a která na nás působí zklidňujícím účinkem, je i příjemným osvěžením. V době stresu se tedy dobré pokusit se vnímat pouze hudbu a stav relaxace se dostaví.

7. Rozhovor s někým třetím

S někým třetím je zde myšleno s osobou, která se zdrojem stresoru nemá nic společného a která je nestranná. Jednou ze základních lidských potřeb je právě potřeba sociálního kontaktu. *„Dobrá komunikace vytváří pozitivní emoce (radost, nadšení, lásku atd.) a kladné životní postoje (humor, smích, veselost a legraci).“*

8. Počítání

V našich dětských raných dobách jsme zcela jistě všichni slyšeli někdy radu: „Počítej si ovečky a než dopočítáš do stovky, budeš již spát“. Na podobném principu funguje i tato protistresová technika. Opět převádíme svou pozornost na jinou činnost, ve které nemají místo emoce.

9. Tělesné cvičení

Technika působí blahodárně hned v několika směrech. Jedná se o prostředníka k odvedení pozornosti od zátěžového stresujícího podnětu. Fyzická aktivita také podporuje tvorbu endorfinů a hormonů. Přidanou hodnotou v tomto případě může být vědomí toho, že děláme něco užitečného pro své tělo. Jedinou platnou podmínkou je zde ta, že musíme ke cvičení přistupovat s radostí a s chutí – v případě, že cvičíme s odporem, se již nejedná o protistresovou techniku.

4. Vliv pandemie COVID-19 na duševní zdraví adolescentů

Pandemie COVID-19 poznamenala do jisté míry snad každého jedince. Ve své akademické práci se zaměřuji především na to, jaký dopad měla na duševní zdraví adolescentů. V následující poslední kapitole teoretické části si vysvětlíme pojem pandemie, blíže představím onemocnění COVID-19 a popíši, jaký vliv měla pandemie na adolescenty trpící různými duševními obtížemi.

4.1 Charakteristika základních pojmů a psychosociální kontext pandemie

Pandemii rozumíme jako „*epidemii velkého rozsahu zasahující celé kontinenty. Jedná se tedy o výskyt onemocnění s vysokou incidencí na velkém území (kontinent) za určité časové období*“ (Pandemický plán České republiky, 2019).

Onemocnění COVID-19 označuje infekci zapříčiněnou koronavirem SARS-CoV-2, který se prvně objevil koncem roku 2019 v Číně ve městě Wu-chan. Během krátké doby se poté onemocnění rozšířilo do celého světa. WHO dne 11. března 2020 prohlásila šíření koronaviru za pandemii (COVID-19 základní informace, 2020).

Pandemií COVID-19 byly ovlivněny životy většiny lidí po celém světě, včetně dětí a adolescentů. Uzavření škol a další protipandemická opatření omezující sociální život měly největší dopad právě na tuto skupinu jedinců. Jako zajímavost se jeví fakt, že Česká republika měla nejdéle uzavřené školy ze všech zemí Evropské unie. Zakázány byly také veškeré mimoškolní aktivity či cestování, a tudíž došlo k sociální izolaci dětí a adolescentů. Co se týče světových čísel, uzavření škol se celosvětově týkalo 87 % dětské a adolescentní populace (pro naši představu se jedná o 1,6 miliardu studentů). V souvislosti s uzavřením školských zařízení přišly děti a adolescenti o kontakt se svými vrstevníky a vyučujícími. Tato izolace byla mimo jiné doprovázena stresem a strachem z šířící se pandemie, vlivem médií či setkání se s nemocí nebo s úmrtím na toto onemocnění v rodině. To vedlo k dalšímu narušení psychické rovnováhy. Následující karanténa zapříčinila vyšší riziko posttraumatické stresové poruchy, zvýšené prevalenci depresivních a úzkostných poruch či nespavosti. Toto vše bylo umocněno i tím, že byla omezena i psychologická a psychiatrická péče a adolescenti přišli o možnost využít služby např. školního psychologa (Uhlíř, 2021).

Podobné zkušenosti zažívali lidé v i ostatních evropských zemích. Pracující rodiče na plný úvazek měli najednou problém vybalancovat péči o děti a splnit požadavky ve svém zaměstnání. Obzvláště domácí výuka byla pro mnohé náročným úkolem, např. u dětí s neurovývojovými poruchami, přičemž se zvyšovalo domácí napětí a riziko domácího násilí (Bínová a Havelka, 2021).

Zahraniční články také upozorňují na vyšší nárůst násilí páchaného na dětech a adolescentech, s čímž se zvýšilo riziko zneužívání, týrání a následných traumatizujících zážitků. Rostoucím rizikům byli zejména vystaveni jedinci s nízkým socioekonomickým postavením a již existujícími lehkými duševními potížemi. Tento předpoklad je postaven již na předchozích výzkumech prokazujících, že nízký socioekonomický status a nízké vzdělání rodičů jsou rizikovými faktory pro vznik duševních problémů u dětí a adolescentů. Omezený životní prostor kvůli nařízené karanténě může rovněž negativně ovlivnit duševní zdraví. Vyrovnat se se současnou situací je obzvláště pro adolescentní věk obtížný úkol, jelikož tyto nové okolnosti mohou vnímat jako neslučitelné s jejich vývojovými úkoly. Důsledky pandemie COVID-19 mohou mít tedy obrovský dopad na jejich sociální život a zejména na jejich duševní zdraví (Ravens-Sieberer, 2021).

4.2. Anketní šetření Asociace dětské a dorostové psychiatrie

Koordinační výbor Asociace dětské a dorostové psychiatrie v květnu 2021 provedla anketní šetření, ve které oslovil praktikující dětské a dorostové pedopsychiatry. Cílem ankety bylo zjistit, zda v období od března 2020 do konce dubna 2021 se zvýšila poptávka po pedopsychiatrické péči (dětské a dorostové péči) a jaké duševní poruchy se nejčastěji objevovaly. Ankety se zúčastnilo dohromady 42 pedopsychiatrických lékařů.

U dětí a adolescentů byly sledovány tyto nejčastější duševní poruchy:

- Závislost na psychotropních látkách
- Netolismus – závislost na počítačových hrách, sociálních sítí
- Psychotické poruchy
- Depresivní poruchy
- Střídání nálad s depresivními propady
- Úzkostné poruchy
- Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)
- Disociativní poruchy

- Poruchy příjmu potravy
- Sebeпоškozování
- Sebevražedné myšlenky
- Sebevražedné jednání
- Somatoformní poruchy (tělesné příznaky bez žádné organické příčiny)
- ADHD, hyperkinetické poruchy
- Poruchy chování
- Domácí násilí

Výsledky přinesly zjištění, že během **prvního lockdownu** (od března do září 2020) pouze 7 lékařů zaznamenalo nárůst nově přichozích pacientů, 12 lékařů konstatovalo snížení stavu a běžný stav potvrdilo 23 lékařů. Prokazatelně se zvýšil výskyt netolismu a úzkostných poruch.

Avšak během **druhého lockdownu** (tj. v rozmezí od října 2020 do dubna 2021) se již objevil výrazně zvětšený nárůst nových pacientů ve srovnání s předchozím obdobím. Vyšší poptávku potvrdilo 30 lékařů, běžný stav konstatovalo 10 pedopsychiatrů a snížení stavu pacientů zaznamenali pouze 2 lékaři. Oproti běžnému stavu i oproti prvnímu lockdownu se mezi poruchami zvýšil výskyt netolismu, depresivních poruch, střídání nálad s depresivními propady, OCD, poruchy příjmu potravy, sebeпоškozování, suicidální myšlenky, poruchy chování a největší nárůst byl u úzkostných poruch. Lékaři dále popisovali zejména obtíže s obráceným režimem spánku a bdění, narůstající demotivaci a otrávenost, rezignaci na vzdělávání a celkovou ztrátu zájmů. Důležité je poznamenat, že u žádné ze sledovaných duševních poruch nepřevažovalo hodnocení, že by se vyskytovaly méně často než v období před pandemií.

Jako problematická se aktuálně jeví přetíženost pedopsychiatrických ambulancí a nedostatek volných termínů, což vede k dlouhým objednacím dobám. „*Objednací lhůty k prvnímu vyšetření pedopsychiatrem se často pohybovaly až v řádu měsíců, některé ambulance již dokonce nové pacienty nepřijímaly vůbec. Dříve byla situace řešitelná dojížděním rodin pacientů do regionů s lepší dostupností pedopsychiatrické péče. V současnosti je kapacita téměř nebo zcela naplněna ve všech regionech ČR*“ (Bínová a Havelka, 2021).

4.3. Zvýšení výskytu depresí a úzkostí

Nejčastěji jsou publikována data zaznamenávající nárůst depresí a úzkostných projevů. „Dle metaanalýzy je nárůst depresivních a úzkostných symptomů téměř dvojnásobný. Před pandemií byla prevalence klinicky významně zvýšených symptomů deprese 12,9 %, během pandemie to bylo 25,2 %. U symptomů úzkostných poruch to bylo před pandemií 11,6 % a během pandemie 20,5 % “ (Racine, 2021).

Mezi úzkostné poruchy jsou zahrnuty i psychosomatické projevy, kam se řadí nespavost, která se během pandemie vyskytovala u 43,3 % adolescentů, dále bolesti hlavy v zastoupení 40,5 %, pocity slabosti 33,8 % a bolesti břicha u 30,5 %. Dále je popisován také zvýšený výskyt a zhoršení prvotních symptomů obsedantně-kompulzivní poruchy⁷ (z angl. jazyka *obsessive-compulsive disorder*) v procentuálním zastoupení 19,7-22,6 % pacientů (Ravens-Sieberer, 2021).

4.4. Neurovývojové poruchy a protipandemická opatření

Řadíme mezi ně poruchy aktivity a pozornosti⁸ (ADHD) a poruchy autistického spektra⁹ (PAS). Pro obě kategorie je typické, že děti a dospívající jsou silně vázáni na pravidelný režim a jasně nastavený řád. Z toho důvodu pro ně protipandemická opatření znamenala silný zásah do jejich pravidelného režimu. Současně je velmi náročné a obtížné vysvětlit těmto jedincům, z jakého důvodu došlo k tak rapidní změně. U jedinců s PAS došlo ke zhoršení v oblasti depresivních poruch, k větší podrážděnosti a k poklesu soustředěnosti (Uhlíř, 2021).

⁷ Nemoc, při které postiženého trápí nepříjemné myšlenky způsobující silnou úzkost, napětí či nepohodu. Mezi základní projevy se řadí neustálé ujišťování se, obsese a kompulze. Trápí jej obavy, že v případě, když něco zanedbá, se přihodí něco zlého (Praško, 2003).

⁸ Vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity (Zelinková, 2015).

⁹ Patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje, kdy je vývoj dítěte narušen do hloubky a v mnoha směrech v důsledku vrozeného postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci a fantazii (Thorová, 2012).

4.5. Vliv pandemie na pacienty s poruchou příjmu potravy

Během pandemie se zvýšil počet příjmů dětských a adolescentních pacientů s mentální anorexií. „*Ze symptomů mentální anorexie je v souvislosti se zhoršením během pandemie zmiňováno zabývání se vlastní postavou a jídlem u 73 % pacientů a dále myšlenkami na cvičení. U 29 % pacientů se objevila také nižší motivace k další léčbě poruch příjmu potravy.*“ U těchto pacientů také došlo k většímu nárůstu depresí a úzkostí, což je přičítáno především sociální izolaci, nepravidelnosti režimu, zejména v jídelním režimu, snížení dostupnosti zájmových aktivit, vystavení se znepokojujícím zprávám z médií ohledně pandemie a sníženou dostupností zdravotních služeb včetně psychologické péče. Vedle mentální anorexie byl také zkoumán vliv na obezitu – ukázalo se, že více než 50 % pacientů během pandemie přibralo (Uhlíř, 2021).

4.6. Rizikové a protektivní faktory

Mezi rizikové faktory vzniku či zhoršení duševních potíží u adolescentů řadíme zejména strach z nákazy onemocněním COVID-19, negativní nastavení mysli vůči karanténám a protiepidemickým opatřením a špatnou komunikaci s rodiči. Mezi protektivní faktory naopak spadá dobrá komunikace s rodiči, pozitivní přístup k opatřením, pokusy nalézt výhody jako je např. více času stráveného s rodinou, více času na sebe a na svůj seberozvoj či na cvičení (Uhlíř, 2021).

Německá studie ukázala větší prevalenci duševních poruch u dětí a adolescentů – z 9,9 % na 17,8 %. Můžeme hovořit, že jako jeden z nejvíce vnímaných problémů pandemie je ztráta sociálního kontaktu a vazeb. Zejména v adolescentním věku je zvýšená potřeba interakce s vrstevníky. Co se týče období uzavřených školských zařízení, děti i adolescenti trpěli sníženou fyzickou aktivitou, naopak se zvýšil čas trávený u obrazovky v návaznosti na domácí online výuku. Došlo k celkovému zhoršení životosprávy (Uhlíř, 2021).

Závěrem k této kapitoly se mi jeví přínosné zmínit fakt, že lockdown a karanténa s sebou nepřináší pouze ekonomické ztráty, ale ztráty i na duševním zdraví. A jak již víme, děti a adolescenti patří právě k těm nejrizikovějším skupinám. Uzavření školských zařízení nemá vliv pouze na vzdělání, ale na celkový psychosociální vývoj. Obecně odborníci doporučují, aby se i během karantény adolescenti snažili dodržovat režim podobný co nejvíce tomu běžnému, tzn. vstávat v podobnou ranní dobu a ne 5 min před

online výukou. Rodiče či jiné blízké osoby by je měli motivovat do cvičení i v domácích podmínkách a vytvořit si nové zdravé podporující návyky. Je nutno více spolu doma komunikovat o daných opatřeních a pokusit se nalézt přínosy v celkově špatné situaci. To vše může dětem, adolescentům a i dospělým pomoci k udržení duševní rovnováhy a posílení duševní kondice.

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Popis výzkumného šetření

V návaznosti na teoretické informace se přesouváme k druhé části diplomové práce, a to k části praktické. Na následujících stránkách práce bude popsáno a analyzováno, jak probíhalo výzkumné šetření v psychologických poradnách a v Denním stacionáři pro adolescenty, který je řazen pod psychiatrickou kliniku 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice. Na těchto odděleních jsem se rozhodla hlouběji prozkoumat problematiku duševního zdraví adolescentů a zjistit, s jakými konkrétními potížemi se adolescenti během pandemie setkávali a co potřebovali ve svém životě řešit.

Výzkumné šetření bylo uskutečněno během měsíců března a dubna 2022.

5.1. Metodologie

Ve své práci jsem využila **kvalitativní výzkum**, který Hendl (2012, s. 48) *vnímá jako „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“*

Zvolila jsem si jej z toho důvodu, jelikož mi umožnil bližší nahlédnutí do problematiky duševního zdraví adolescentů a dále také proniknutí do situací, ve kterých se vyskytují. Díky tomu jsem lépe porozuměla jejich duševním obtížím a mohla je ve své práci popsat.

Mezi hlavní znaky kvalitativního výzkumu patří dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis. Pozorovatel by měl být schopen zaznamenat skoro všechny detaily, které se v daném prostředí během výzkumu objevily. Během výzkumného šetření mohou být zaznamenány i obrazové záznamy, které následně taktéž zkoumá. Zároveň by si měl výzkumník během svého výzkumu opatřovat písemné poznámky a krátké zápisy sloužící k vytvoření celistvého pohledu na zkoumané prostředí. Jako primární se jeví schopnost výzkumníka vysvětlovat jevy očima zkoumaných osob, nikoliv na základě svých vlastních názorů a již zažitých zkušeností či tradic. *„Všímá si i rozdílů mezi zkoumanými osobami*

a zjišťuje, zda existují rozdíly v tom, jak se ony dívají na danou věc. Všechny tyto pohledy musí výzkumník vzájemně konfrontovat a vytvořit celistvý, ale vnitřně diferencovaný obraz prostředí“ (Gavora, 2000, s. 142).

5.2. Cíl výzkumného šetření

Cílem je zjistit, z jakého důvodu adolescenti přicházejí do psychologických poraden a Denního stacionáře pro adolescenty, jaké potíže řeší a jak vypadá způsob jejich podpory.

5.3. Charakteristika výzkumného souboru

Pro mé výzkumné šetření se respondenty stali školní i mimoškolní psychologové a psychoterapeuti působící v psychologických poradnách a v Denním stacionáři pro adolescenty. Expertní rozhovory byly provedeny dohromady s pěti respondenty. Respondenti z psychologických poraden jsou označeni jako R1 a R2 a zaměstnanci Denního stacionáře pro adolescenty R3, R4 a R5. Za jejich spolupráce byly zkoumány a analyzovány jejich zkušenosti s terapeutickou prací s adolescenty během pandemie a hlavně to nejpodstatnější – formy pomoci mladým dospělým v oblasti duševního zdraví.

5.4. Metoda sběru dat

Způsobem sběru dat byla zvolena **metoda hloubkového rozhovoru**. Švaříček a Šedřová (2007, s. 159) ji vnímají jako nejčastěji využívanou metodu v kvalitativním výzkumu. Je to metoda, „*jejímž účelem je získat vyličení žitého světa dotazovaného s respektem i interpretaci významu popsanych jevů*“. Výhodu této metody shledávám především v jeho volnosti a pružnosti. Podstatná pro mě byla také možnost přeformulovat otázku, pokud se mi od respondenta nedostalo dostatečné odpovědi. Příležitostně jsem položila respondentovi doplňující dotaz a umožnila mu odpověď ujasnit a lépe vysvětlit.

5.5. Výzkumné otázky

Během mého výzkumného šetření bylo cílem získat odpovědi především na tyto výzkumné otázky:

VO1: Do jakých kategorií se řadí potíže, se kterými adolescenti přicházejí do zařízení během pandemie?

VO2: Jak vypadá způsob podpory ze strany psychologů a psychoterapeutů?

VO3: Přicházeli adolescenti během období pandemie častěji než obvykle?

VO4: S jakými potížemi, které před pandemií nebyly, se psychologové a psychoterapeuti setkali?

VO5: Sledují psychologové a psychoterapeuti nějaké změny v psychice adolescentů po rozvolnění opatření?

VO6: Jaké jsou techniky zvládnání úzkostí a depresí, které adolescenti využívají?

5.6. Struktura rozhovoru – tazatelské otázky

Pro potřeby výzkumného šetření byla vytvořena struktura hloubkového rozhovoru. Vzhledem k tomu, že se jedná o otevřené otázky, často se jejich pořadí měnilo v závislosti na jednotlivých výpovědích respondentů a každý rozhovor byl proto jiný. Vždy však bylo mým cílem se co nejvíce přiblížit k výzkumným otázkám. Jak jsem se již zmiňovala v podkapitole Cíl výzkumného šetření, chtěla jsem prozkoumat zejména oblast duševních potíží adolescentů a jejich konkrétní projevy. Primární pro mě byla tedy otázka č. 1 – Do jakých kategorií se řadí potíže, se kterými adolescenti přicházejí do zařízení během pandemie? Strukturu rozhovoru jsem si vytvořila především podle dalších výzkumných otázek. Od rozhovoru jsem očekávala zjištění především dostatku dat a informací o nejčastěji se vyskytujících duševních potížích u adolescentů, názor odborníků na samotný lockdown a jeho vliv na psychiku adolescentů. Zároveň jsem chtěla zjistit jisté doporučení, co bychom my jako společnost mohli udělat pro mladé dospělé, aby se zlepšila úroveň jejich duševního zdraví.

Dotazovaným respondentům bylo položeno 12 následujících otázek:

1. Do jakých kategorií byste rozdělil/a potíže, se kterými k Vám adolescenti přicházejí během pandemie?
2. Z jakého důvodu přicházejí nejčastěji? Jaké potíže konkrétně potřebují řešit nejvíce?
3. Jak vypadá způsob jejich podpory? Pomáháte klientovi zprostředkovat kontakty na jiné služby či odborníky? Pokud ano, můžete mi prosím uvést na jaké?
4. Jaké techniky práce s adolescentem jsou nejčastější? Jaké jsou Vaše realizované postupy?
5. Jak dlouhá je obvyklá práce s adolescentem? Jak je to možné, že někomu stačí pouze jedno sezení a někdo jich potřebuje více?

6. Kolik z těch adolescentů, kteří k Vám přišli, bylo v tak vážném stavu, že jste mu doporučil/a psychiatrické vyšetření? Můžete mi uvést nějaký konkrétní příklad, samozřejmě anonymně?
7. Přicházeli adolescenti během období pandemie častěji než obvykle?
8. Jaký je Váš názor na vliv tzv. lockdownu na psychiku? S jakými potížemi, které před pandemií nebyly, se nyní setkáváte? Můžete mi je popsat?
9. Jakmile došlo k rozvolnění opatření, sledujete nějaké změny v psychice adolescentů? Chodí méně lidí? Přicházejí s jinými problémy?
10. Jakým způsobem adolescenti nejčastěji bojují s úzkostmi a depresí?
11. Pokud k Vám přicházejí adolescenti do poradny, jakou mají fungující sociální oporu? Má tato sociální opora vliv na jejich problémy? Přichází i přesto, že ji mají? Nebo častěji přicházejí ti, co ji nemají?
12. Je zde nějaký způsob, jak můžeme pomoci my jako společnost?

5.7. Realizace výzkumu šetření

Následně bude popsán podrobnější postup výzkumného šetření mé práce v terénu.

Celá realizace výzkumu započala oslovením vhodných respondentů přes elektronickou poštu. V první řadě byl objasněn cíl výzkumu a časová náročnost rozhovoru. Všichni respondenti se výzkumného šetření zúčastnili dobrovolně a po předchozí domluvě, dále také byli seznámeni s možnou publikací získaných poznatků pro účely mé diplomové práce. Zároveň všem byla poskytnuta a zaručena anonymita. Následně byl domluven konkrétní termín, kdy by mělo výzkumné šetření proběhnout. Tazatelské otázky a struktura rozhovoru byly vždy předem elektronicky zaslány, aby se respondenti mohli lépe na rozhovor připravit. Dohromady proběhlo pět expertních rozhovorů a konaly se vždy v přirozeném prostředí dotazovaných. S každým respondentem rozhovor proběhl na profesní úrovni a všichni byli velice nápomocní a ochotní mi zodpovědět doplňující dotazy. Komunikace se všemi proběhla výborně a pro můj výzkum byl zjištěn dostatek informací.

Každý rozhovor s respondentem trval přibližně 45-50 minut. Během samotného dotazování jsem si důležité informace zaznamenávala formou písemných poznámek. Primární však byl záznamník na mobilním telefonu, díky kterému bylo umožněno si rozhovory nahrát. Nejprve byl respondent dotázán, zda souhlasí s nahráváním rozhovoru. Od každého z nich jsem získala ústní souhlas.

5.8. Interpretace výsledků

V následující podkapitole budou interpretovány výsledky výzkumného šetření. Jako metodu vyhodnocování a analýzu kvalitativních dat jsem si zvolila **otevřené kódování**. Kódováním se dle Hendla (2012, s. 246-247) rozumí „*rozkrutí dat směrem k jejich interpretaci, konceptualizaci a nové integraci*.“ Postupovala jsem tak, že jsem si nejprve vytvořila několik kódů, ze kterých jsem následně vytvořila jednotlivé kategorie. Přepsané rozhovory od respondentů (text) jsem tedy rozdělila na jednotky, těmto jednotkám jsem přidělila kódy (jména), s nimiž jsem nadále pracovala a vytvořila z nich kategorizovaný seznam kódů (kategorie).

Abych tyto kategorie mohla převést do publikovatelného textu a do výsledné výzkumné zprávy, musela jsem zvolit jistou analytickou techniku. Osobně jsem si vybrala **techniku „vyložení karet“**. Postup byl následovný: vzala jsem kategorizovaný seznam kódů, jednotlivé kategorie vzniklé skrz otevřené kódování jsem uspořádala do textu, který je ve své podstatě převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií.

5.9. Výsledky otevřeného kódování

Na základě provedeného otevřeného kódování vzniklo 10 kategorií, jejichž podrobnější popis následuje níže. Jednotlivé kódy spadající pod kategorie jsou vyznačeny v textu tučně.

1) Nejčastější potíže

První kategorie, která z analýzy vystupovala, je kategorie s názvem **nejčastější potíže**. Všichni respondenti se shodli, že mezi nejčastější aktuální problémy adolescentů patří úzkosti, úzkostné stavy, sociální fobie a sebepoškozování.

(R1): „Dost často se objevují úzkostné poruchy, to je asi ta největší skupina potíží.“

(R2): „Jsou to nejčastěji nějaké sociální fobie, **úzkostné stavy**, pocity, že nezapadají mezi vrstevníky. Nejčastěji jsou to opravdu úzkosti. To je nejčastější zakázka, úzkost ze vztahů, mluvit před lidmi, vstoupit do autobusu, k tomu se dost často pojí psychosomatický potíže, tzn. projevy v tom, že je jim špatně, problémy zažívací, bolesti hlavy, panické ataky, na které si stěžují.“

(R3): Fobie, ve smyslu **školní sociální fobie**, nejvíc úzkosti, psychosomatické potíže, poruchy příjmu potravy, určitě sebepoškozování, to je takové teď hodně na vzestupu. Teď tu máme kluka, který nechodí vůbec do školy, není schopen se vrátit k žádnému sportu. Tam je to z velké části kvůli covidu, přestal chodit do školy, zesílily deprese, úzkosti, strach z lidí a teď dochází do ambulantní péče k psychoterapeutovi. Ale za celou dobu, co tu je, tak za celou dobu se do té školy nešel ani podívat, což my máme nějakou snahu, aby ti děti a adolescenti v průběhu té léčby začali chodit více do školy nebo si našli brigádu, aby se něco aktivně dělo, tak u něj se nic neděje.“

(R4): „Hlavně ty úzkostné stavy a sociální fobie, která se rozvinula a takový ty poruchy komunikační, nedostatek osobního kontaktu. Hodně narostlo **sebepoškozování** u adolescentů. Je tam často volání o pomoc, o pozornost a když to necháme rozjet, oni si to navzájem ukazují, co si udělali...“

(R5): „U nás je to 50 % hlavně úzkostné poruchy, hlavně sociální školní fobie.“

Co se týče **poruch příjmu potravy**, velmi často se mezi respondenty objevoval názor, že právě během pandemie se kladl zvýšený tlak na zdravý životní styl. Jelikož byli všichni pouze doma, bylo potřeba dělat nějaký sport, pravidelně se stravovat a v některých případech (zejména u mladých slečen, které už nějakým způsobem nebyly před tím spokojeny se svým vzhledem) se tato posedlost a honba za dokonalostí přehoupala do anorexie či bulimie. (R2): „Samozejmě poruchy příjmu potravy jsou také ve větším počtu oproti tomu, než to bylo před pandemií. Tím, jak byli sami, bez kontaktu dost často, jenom na sociálních sítích, tak se více začali zabývat sami sebou a navštěvují různé stránky, to, co je nenapadlo, tak na to si tam přišli.“

2) Novodobější potíže

Respondenti uvedli, že během pandemie se setkali s jistými novými problémy či s jejich gradací.

(R2): „*To, co se během pandemie přidalo v podstatě je **problém docházet do školy**, začlenit se do normálního režimu, dost často narůstá potřeba mít individuální vzdělávací plán u těch studentů, přestávají zvládat denní docházení do školy, zvykli si na online výuku. Tam se dost často připojí nějaký depresivní vztahy, sklony se sebepoškozovat nebo je taky dost těch, kteří mají **problémy s vlastní orientací**, nevědí, jak jsou na tom, jestli jsou binární, nebinární, takže to je taky takový častější. To je velký téma, které začíná u těch 13 roků, 15, 16 s tím přijdou nejčastěji.*“

(R5): „*Kromě postcovidových syndromů, mám některý pacienty, kterým se zhoršily úzkosti po covidu nebo nespavost, to tady před tím nebylo samozřejmě před covidem.*“

(R4): „*Dneska se také hodně řeší ty **transgendery**, to se hodně rozjelo. Měli jsme tady takové, co skončili v Bohnicích, protože to nechtěla nikomu říct, aby je nezklamala, nechtěla ani hormony ani operaci ani nic a prostě byla to holka, cítila se jako kluk, měla klučičí postavu, široký ramena, chlapecký rysy, fakt tak vypadala... Teď přišla jedna slečna s tím, že ji máme říkat ono, ale už na to zase zapomněla. (smích).*“

S tématem transgender souvisí i možné **volání o pozornost** u některých adolescentů.

(R4): „*Občas je to takové volání o pozornost, já chci být někdo. Dneska nestačí se dobře učit, mít nějaký sportovní úspěchy, to je moc práce, na to se musí makat, když chcete něco dokázat. A to se většině těch lidí nechce.*“

(R5): „*Je to někdy volání o pozornost, ale je mezi nimi rozdíl, jsou tady tací, u kterých o tom nepochybují, ale pak je tady spousta takových, u kterých si myslím, že je to volání o pozornost, co bych ještě vymyslel, tak ještě změním pohlaví.*“

Objevuje se také jistá **gradace již stávajících problémů**. (R3): „*Během pandemie zesílily třeba nějaký rodinný dysbalance, který byly doma. Když ten puberták chodí do školy, má nějaký režim, nějaký kamarády, tak to není třeba tak průhledný, silný, ale v rámci té pandemie, když byli všichni doma, tak nějaký rodinný obtíže mohly někdy zesílit.*“

3) Nárůst klientů

Většina mých respondentů zaznamenala **nárůst klientů** během pandemie (respektive po rozvolnění opatření).

(R2): „*Chodí více lidí, není jich méně, je jich více, protože právě to je ten dopad, že oni si zvykli na to, že je nějaký opatření, už jsou si ve svém světě a už se jim nechce zpátky, mají strach, co je čeká v tom normálním režimu. Takže přibývá právě těch, kteří by chtěli být více doma, bývají to ti adolescenti, i děti na prvním stupni základní školy.*“

(R3): „*Ted' tady vnímám takový nával, pořád máme v péči hodně dětí i adolescentů...*“

(R4): „*Měli jsme jich na čekací listině strašně moc... to bylo spíš tím, že ti rodiče nevěděli, kam s těmi dětmi a dost si je přehazovali, posílali je nám psychiatři a psychologové. Po tom rozvolnění chodí více lidí... Přicházejí s úzkostmi a depresí, ale s tím chodili i před tím, ted' to má jen jiný rozměr, když to tak řeknu.*“

(R5): „*Víme, že v době pandemie klesl počet psychiatrických vyšetření, ale to ne z toho důvodu, že by nebyly potřebný, že byly tyto služby omezené. Počet se zvýšil, jakmile se zase otevřely...*“

Příčinou nárůstu byla zejména izolace, kterou podle R2 moc adolescentů nezvládlo: „*Nebo naopak ten návrat z té izolace, do toho fungování, to jim nejde doted*“.

(R3): „*Po rozvolnění opatření mi přijde, že je jich ještě víc. Protože se mají vrátit do té školy a v tu chvíli začínají ty problémy, že to nejde, přijde mi, že do té doby, dokud to bylo online, tak to nějak šlo a ted' když se musí vrátit do té školy, tak mi přijde, že to je ten důvod proč k nám přišli, že to nezvládají.*“

(R5): „*Ti adolescenti neměli vlastně nějakou psychiatrickou diagnózu, ale potřebovali sociální kontakt a šli do nějaké deprese z toho, že základní potřeba dospívání není naplněna.*“

Jako poměrně velký problém se jeví **plná kapacita zařízení**.

(R1): „*Já jsem vlastně konstantně zavalená (smích). Jestli je převis větší nebo menší... To si nemyslím, myslím si, že těch lidí je pořád víc, než já kapacitně dokážu zvládnout.*“

(R3): „*Ted' tady vnímám takový nával, pořád máme hodně dětí, ale myslím, že to je celkovým stavem té dětské a adolescentní psychiatrické péče. Myslím si, že by ta péče měla být navýšena.*“

(R5): „*Kapacita psychiatrických ambulancí je nadoraz, takže o moc víc to zvýšit nejde. Spíše se zvýšil počet akutních pacientů a pacientů ve vážném stavu. Nedokážu říct, jestli*

chodí častěji, protože my jsme pořád na doraz, už spoustu let... Pořád máme 20 lidí čekajících na přijetí.“

4) Psychoterapie jako způsob podpory

Jelikož mými respondenty byli psychologové a psychoterapeuti, jako nerozšířenější způsob podpory adolescentů se jeví psychoterapie.

Podoba psychoterapie je různorodá. (R1): *„Já mám konkrétně zaměření na rodinnou psychoterapii, je to systém zaměřený na spiritualitu člověka, asi jako jediný systém, který ho neopomíjí. V rámci psychoterapie se pracuje s původní rodinou klienta, takže se řeší nějaký příčiny a komunikační vzorce z dětství, který většinou pak ovlivňují komunikaci v těch vztazích. Jinak se samozřejmě prochází celý intrapsychický systém člověka, pracuje s jeho představami, pocity, jaký má očekávání, touhy, až do takového toho JÁ.“*
(R2): *„Způsob mojí podpory je psychoterapeutická podpora formou individuální psychoterapie.“*

Podobu psychoterapie v Denním stacionáři pro adolescenty popsal (R3): *„My tu vlastně máme každý den psychoterapeutickou skupinu, takže to je prostě na bázi skupinové terapie, kdy většinou ti adolescenti sami si přinesou nějaký téma. Řeknou třeba: Chci se bavit dneska o kamarádech, zažil jsem dneska tohle, konkrétní věci, že se jim něco stalo nebo že se necítí dobře, nebo nějaký obecný téma a sdílej to v rámci té skupiny a my se to snažíme nějakým způsobem psychoterapeuticky směřovat, aby to k něčemu bylo, aby to dávalo nějaký smysl, nějak je podpořit. No a jinak já mám s nimi ty individuální psychoterapie, ty máme rozděleny na sezení, to se setkáváme 1x týdně, a to jsou takový spíš věci, který oni na té skupině moc řešit nechtějí, protože je to pro ně buď moc těžký nebo komplikovaný, nebo se za to nějak stydí, tak to jsou jako různé věci. My v rámci té psychoterapeutické skupiny využíváme různé techniky, jakože různé psychoterapeutické hry nebo i normální, nebo i arteterapeutiky, skupinové, tak různě to kombinujeme, to záleží také na tom, jak jsou ti adolescenti unavení, kolik jich tu zrovna je, podle toho se trochu intuitivně mění, co se bude dělat.“*

(R4): *„Psychoterapie je nejčastější technika. Arteterapie, ergoterapie, léčebný tělocvik, relaxace, individuální a skupinová a psychoterapie. Využíváme také imaginaci, učíme je relaxovat s relaxační hudbou.“*

(R5): *„Je to skupinová a individuální terapie. Já mám kognitivně-behaviorální výcvik, je založený na principu, že každé chování má nějaký smysl pro člověka, krátkodobý*

i dlouhodobý pozitivní i negativní efekt. Na něj jsou navázány emoce a myšlenky, které to chování udržují, a základní princip práce je analýza situace, co vlastně udržuje to naše chování a pak přepracování těch myšlenek, které to chování utužují. Změna kognitivního schématu, ta vede ke změně chování, je to terapie zaměřená na budoucnost, vychází z toho, co je teď, z nějaký analýzy vztahu a směřuje ke změně chování v budoucnosti. Využívá se práce s automatickými myšlenkami, změna těchto myšlenek, změna kognitivních schémat a nácvik toho chování. Například nácvik docházky do školy nebo jiných sociálních dovedností, začínáme třeba navazovat i oční kontakt. Hodně pracujeme i s deníčky, aby měli přehled o tom, že se to posouvá. Ze dne na den se to nezmění, ale třeba za týden tam už nějaký postup možný je.“

Začátek psychoterapie podle (R1): *„Když přijde adolescent s úzkostnými potížemi, je nejprve třeba domluvit zakázku. Pokud ten člověk chce psychoterapii nebo jen poradenství.“*

Cílem je dosáhnout změny a jisté **transformace psychiky**.

(R1): *„Právě v tom JÁ probíhá pak změna. Je to proces, je to živý, s každým člověkem je to individuální. Pokud ten člověk má zájem a **motivaci**, protože ta psychoterapie není nic jednoduchého i pro něj, ale dost často je to i bolestivá změna. Takže pokud tu motivaci má, tak se stanoví cíl té práce, uvědomí si ten člověk, co chce změnit ve svém životě, kam chce dojít a společně domluvíme tu zakázku.“*

Délku trvání psychoterapie uvádí každý respondent jinak.

(R1): *„Těch sezení je minimálně 6-7, to je taková ta krátká psychoterapie. Za těchto 6-7 sezení je možné dosáhnout nějaké změny, mň to není.“*

(R2): *„Ta obvyklá péče je rok, dva. Mám klientku třeba i 5 let. Fakt chodí intenzivně, tam bude opravdu nejspíš hraniční porucha osobnosti, ale já tam vidím velký postup v tom, že je stabilnější než na začátku. Když jsme začínaly, měla pokus o sebevraždu, byla hospitalizovaná, byly tam nějaké experimenty s drogami, tohle to všechno už tam není, sebepoškozuj se, ale už ne v takové míře a reaguje a zvládá ty věci mnohem líp, než na začátku. Ten **efekt** tam je. Jsou opravdu lidi, kteří si potřebují něco jen srovnat, je to spíš nějaká reakční záležitost, něco se stane, s něčím se setká, co ho nějak rozbolí, co potřebuje si uspořádat nějaký svoje myšlenky, pak mu opravdu stačí jedno setkání, kdy mu opravdu stačí, že si s někým popovídá, ani nepotřebuje slyšet názor toho druhého, někdy si to potřebuje před někým cizím objektivním pojmenovat a říct a najednou mu to*

dojde samotnému a už to nepotřebuje a už nepřijde nikdy. Pak jsou typy, které prožívají určité období, nastala nová situace a mají potřebu nějakou dobu třeba půl roku někam docházet a s někým to prožít a srovnat si to. A pak jsou případy, kdy řeší něco složitějšího, puberta je složitá sama o sobě, když se do toho přidají ještě napjaté vztahy, tak opravdu takoví ti mladší adolescenti mají období, kdy potřebují chodit někde si povídat, dost často, když to nejde v tom věku s rodiči a potřebují mluvit s někým jiným.“

(R3): *„Tady u nás je to 12 týdnů, ale záleží na druhu psychotherapeutického výcviku. Já mám psychodynamický, ten je poměrně na dlouho, takže můžu mít v péči adolescenty 2-3 roky klidně.“*

(R4): *„To je právě individuální, my máme ve stacionáři maximum těch 12 týdnů. A většinou oni mají už svého ambulantního psychiatra, psychologa, psychotherapeuta, ještě k tomu rodinnou psychotherapii... Takže těch 12 týdnů.“*

(R5): *„U nás je obvyklá práce s adolescentem stanovena na 12 týdnů. V kognitivně-behaviorální terapii se většinou domlouvá 10 sezení a pak se vyhodnocuje, jestli to má efekt, když ne, tak se mění terapie za jiný typ a nebo záleží, jaký je to problém.“*

Co se týče **frekvence sezení**, R1 doplňuje: *„Ze začátku je to jednou za týden, pak se to prodlužuje na jednou za 14 dní, pak jednou za 3 týdny až za měsíc. Zase v individuální závislosti na tom, co ten člověk aktuálně potřebuje a kolik na to potřebuje času v tom mezi dobí, mezi těma sezeními. Protože samozřejmě i ta frekvence těch sezení má nějaký smysl a mimo těch sezení, za tu dobu, co se vlastně s tím klientem nevidím, tak on to samozřejmě aplikuje do svého života. A to už je na něm, jakým způsobem. Takže i tohle to je důvod, proč někdo jich má 6 a někdo jich má mnohem víc.“*

(R5): *„Když děláme nějaký posun v chování, tak to nemá smysl více než jednou týdně, protože rychleji se ten člověk stejně nedokáže změnit a trénovat ty věci.“*

Požádání o pomoc dva respondenti vyzdvihli jako důležitou součást psychotherapie.

(R1): *„Záleží taky do jaký míry si umí přiznat, že potřebují pomoc. Protože to je velmi funkční, jo, když ten člověk si už řekne: Já tohle nezvládám a potřebuji pomoc, tak pořád ale ještě je to člověk, který jakoby má tu míru odolnosti a takový ten pud sebezáchovy, tak je to v pořádku. Pak jsou lidi, kteří se v tom budou utápět a ani si neřeknou o tu pomoc a nikam nepřijdou a jsou na tom třeba hůř než ti, co někam chodí.“*

(R2): *„Ti adolescenti si čtou různé diagnózy, aby si sami stanovili nějakou, takže dost často přijdou s tím, že vědí, co jim asi tak je. A říkají si o pomoc. To je u těch adolescentů častější bych řekla, že si o tu pomoc říkají sami. Není to o tom, že by je ten rodič přivedl,*

ale ten pacient si o to řekne sám. Opravdu je to takový, že si sami napíšíou mail, že potřebují nějakou psychoterapii nebo hospitalizaci.“

5) Vliv pandemie

Během rozhovorů se všichni respondenti shodli na názoru, že pandemie měla rozhodně **negativní vliv** na duševní zdraví adolescentů.

(R1): *„Ta pandemie ovlivnila jejich vztahy, vůbec možnosti navazování nějakých prvních lásek a takový celý sociální život, což vlastně v tomto věkovém období je to nejpodstatnější, to, co oni potřebují pro svůj vývoj, i pro své zvládnutí vývojového úkolu, který je součástí pubescence, i adolescence, tak různě se to prolíná. Tohle to je něco, co pandemie určitě ovlivnila.“*

(R3): *„Sensitivnější, úzkostnější adolescenti najednou čelili tomu, že například se musí zapojit online, třeba jim to nějak nevyhovovalo, že je někdo pozoruje, to se tady dost často objevovalo. Myslím si, že na psychiku to určitě vliv má, dost záleží na tom jedinci, jak to zrovna ten člověk má s tím, že je třeba sám doma a že se musí sám doma připravovat a pak na podpoře té rodiny. Jsou děti, které byly doma celý den samy anebo žijí s jedním rodičem a zhoršily se nějaký potíže, tak tam je to pak těžký.“*

(R5): *„Myslím, že víc, než samotné omezení vadil ten **chaos**. To, že nic nebylo spolehlivé, že se furt všechno měnilo. Pořád byl někdo v karanténě, buď my nebo klienti, na to si stěžovali hodně, že se třeba 3 měsíc neviděli s terapeutem. To vídám i ve zprávách těch klientů, psychologka tam napsala, že chodí každých 14 dní a pak je tam pauza 4 měsíce, že furt byl někdo nemocný, byla karanténa, pracoviště zavřené, tak to určitě bude mít dopad, třeba tohle konkrétně bylo dítě s posttraumatickou stresovou poruchou, který se hezky zlepšovalo, a pak když je tam dlouhá pauza, se nic nezměnilo a šlo to trochu zpátky...“*

Největším problémem byla zřejmě **absence sociálních kontaktů**.

(R1): *„Častěji přicházeli ti adolescenti s tím, že jsou zavřeni doma s rodiči a nějakým způsobem je to ovlivní, ale zase i ten faktor není jenom pandemie. Pokud by přišel nějaký virus, tak by to nevadilo, vadí ta opatření. Vadí jim to, že mají respirátory na obličej, to hlavně, protože úplně jako chybí ta mimika toho obličej, chybí jakýkoli sociální interakce a rozvíjení komunikačních schopností, kromě verbálních. Čtení těch neverbálních, to je nějaká jedna část a druhá část je ta izolace. Protože v tomto věkovém*

období děti mají za úkol trošku se odseparovat od rodičů a zapojit se do kolektivu, být součástí a zároveň vytvářet svoje já, svoji identitu, a to je těmi opatřeními skoro znemožněno. Ta izolovanost, ta schopnost navazovat sociální vztahy se tak utlumila. Neříkám, že se nějak zničila, oni to ty děti a adolescenti doženou zase, když se jim to rozvolní, ale samozřejmě ten vývoj se nezastaví. To dítě je už zase o 2 roky někde jinde, je rozdíl, jestli mu bylo 16 let nebo 18, nebo 13 a 15. Takže to musí prostě dohánět.“

(R2): „Ty děti a adolescenti žijí teď, tím že se těšili, že budou chodit na plesy a do tanečních a budou mít maturitní plesy a šerpování a oni to neměli. Oni jsou v podstatě okradeni o zážitky, které se jim nikdy už nevrátí. Ten, kdo už nastoupil na střední už nikdy nezažije rozloučení s 9. třídou a některý to opravdu neměli. A některý maturanti neměli plesy, nerozloučili se třeba osobně ani s tím učitelem, jenom vysvědčení jim nechali na sekretariátě. Takže jim chybí rituály, které my jsme jako dospělí i zažili, proto to ti dospělí zvládali líp, protože se mají o co opřít. Tihle ti adolescenti moc ne.“

(R4): „Co se týče sociálních vztahů, tam je to teď špatný a bude chvíli trvat, než se to spraví...“

(R5): „Vliv lockdownu na psychiku byl určitě špatný... právě u adolescentů, že tam je omezený sociální kontakt, což je jedna ze základních potřeb dospívání, být se svou vrstevnickou skupinou, to bylo pro spoustu z nich zatěžujících.“

Změny po rozvolnění opatření, (R1): *„Nepozoruji, že by chodilo míň lidí.... Byla taková velká vlna, takových různých sebepoškození a pokusů o sebevraždu, a to bylo v době, kdy už opatření byly rozvolněny. Samozřejmě někdy se objevují úzkosti, když adolescenti byli dlouho doma. Někteří však byli **spokojeni s distanční výukou**. Někomu to vyhovovalo, takovým těm introvertnějším nebo ti, co měli třeba nějaký potíže ve škole, probíhala tam nějaká šikana nebo tam zkrátka neměli kamarády, tak těm to vyhovuje, ti si tam doma zalezou, ale pak nastává právě ten problém, když se mají vrátit do toho běžného fungování.“* (R2): *„Napřed jim to hrozně vadilo, pak si na to ale zvykli, zjistili, že mají svůj režim, svoji pohodu, hlavně se odstranil ten stres z toho výkonu ve škole, protože ze začátku ty školy nedávaly hodnocení objektivně, známkovalo se za ochotu, že se tam ty děti vůbec přihlásily. Tak to bylo napřed zařízeno a najednou se pak vrátili a první, druhý ročník zvládli s 1 a teď mají 4. Takže teď se hlásí, aby měli IVP, aby mohli být zase doma a dostávat úkoly, které budou dobře zvládat.“*

(R5): „Je skupinka adolescentů, kterým to vyhovovalo a kteří byli šťastní, že můžou být online. To jsou ti, co už před tím měli úzkosti ze sociálních kontaktů a hrozně jim ta online výuka vyhovovala. Máme tady pacienty, kterým to vyhovovalo.“

Někteří adolescenti měli následně problém s **návratem do školy**. (R4): „A pak máme tady pár jedinců, kteří nejsou schopni se vrátit do té školy. Tady ve stacionáři třeba měsíc trvá, než jsme nějaké děti a adolescenty stabilizovali, aby zpátky naskočili do toho nějakého režimu a pak vlastně nacvičují tu školu, hodinu, dvě, jeden den v týdnu, dva dny v týdnu, tři.“

6) Techniky zvládání

Ve svém výzkumu jsem se také zajímala o to, jakým způsobem jsou adolescenti schopni bojovat proti úzkostem a depresím. Do této kategorie jsem zařadila kódy s názvy **rizikové faktory zvládání, pozitivní faktory zvládání a aktivizace jedince**.

Rizikové faktory zvládání byly popsány následovně:

(R2): „Bojují tím, že mají sklon se uzavírat do sebe a poškozují se, to je nečastější, že se pořežou, nebo popálí nebo si trhají vlasy.“

(R3): „Dost často bojují tím sebepoškozováním a taky tím nechozením do školy, a tak nějak tou izolací. Izolují se, stahují se, někdy přes ty poruchy příjmu potravy, někdy přes sebedestruktivní tendence. Když ta úzkost propukne, ne vždy oni tomu vždy rozumí, co to vlastně je, tak je to takový, že přestanou chodit do školy, starat se o sebe, začnou si ubližovat, ale vlastně tomu moc nerozumí, jde do takový sebedestrukce nebo až k agresi.“

(R4): „Někdo se uchyluje k sebepoškozování, hodně se řezají, to ráno vždy nastoupili ke kontrole, abychom zjistili, jak to mají ošetřeny, jednou jsme takto někoho posílali na šití. Takže takhle to řeší, někdo se uchyluje ke drogám, spousta z nich mají problém s tím, že celou noc hrají na počítači.“

(R5): Nejčastěji si myslím vyhybavým chováním, že se vyhybají situacím, které tu úzkost vyvolávají a možná stejně častý důvod je sebepoškozování, které jim uleví od toho napětí, od nervozity, zlepšuje to náladu.“

Co se týče **protektivních faktorů zvládání**:

(R1): „Někomu pomůžou třeba ti kamarádi, nebo si najdou nějaký jiný zdroj zvládání, hodně závisí na tom zvládání stresu, takže někomu stačí chodit cvičit chodit někam za kamarády, někdo si to tak jako zvládne svým způsobem, najde si nějaký smysl v tom životě,

co mu dělá radost. Takže vyloženě je to o tom, o těch copingových strategiích zvládnání, co si vytvoří.“

(R4): „Hodně teď kreslí nebo tady máme hodně muzikantů, takže možná toto jim pomáhá. Přijde mi, že jak nebylo co dělat, tak začali hodně kreslit, nepotřebuji k tomu nějaký drahý věci a dá se to takhle dělat doma. Přijde mi, že ten poslední rok a půl je tady více výtvarně zdatných. Je to hodně o rodičích, aby je přiměli něco dělat, vytáhnout je někde za nějakým sportem, na chalupu, ale oni ti puberťáci nechtějí dělat nic.“

(R5): „Relaxační techniky se sami moc nenaučí, ale mají spíš nějaké aktivity, hodně často jim pomáhá, když někomu zavolají, potřebuji si s někým popovídat, když odvedou něčím pozornost, ale hodně z nich má nějaké kreativní aktivity. Anebo mají nějaké zvíře, to hodně často taky říkají, že chodí na procházku se psem nebo když se mazlí s králikem, tak se to zlepšuje. Takže to jsou určitě nějaké protektivní faktory. A sociální síť, nebo když si pouští hudbu nebo s někým komunikují, ale zároveň tam často narazí na zdroj úzkostí, protože tam často taky někdo někoho lituje.“

Důležitá je taktéž **aktivizace jedince:**

(R1): „Co se týče toho cvičení, tak taky záleží na tom, zda v nich ta frustrace vyvolává agresi. Každý je nastavený jinak, někomu to způsobuje nějakou frustraci a jde to do úzkostí, někdo prostě neví, co se sebou. Záleží na tom nastavení, pokud někdo dělá balet, tak asi nepůjde boxovat. Pokud někdo cvičí jógu, tak nepůjde, já nevím, střílet. Někdo potřebuje dynamičtější věci, někdo takové víc klidové, takže závisí. Obecně u depresí je dobré toho člověka nějak aktivizovat, aby aspoň něco zvládnul. Depresivní člověk vám boxovat nepůjde. Takže je dobrý, když třeba aspoň zvládne procházku.“

7) Sociální opora

Další kategorií vzniklou z kódů je sociální opora, která je pro adolescenta s duševním onemocněním velice klíčová. Zkoumala jsem, jakou sociální oporu adolescenti mají či mohou mít a zda mají spíše funkční nebo nefunkční rodinné zázemí.

*(R1): „Záleží, co myslíte sociální oporou. Určitě základ je **funkční rodina**, v momentě, kdy je funkční rodina, tak většinou jako nepřicházejí...respektive taky se stane že mají funkční rodinu, ale mají problémy v oblasti vrstevnické, že něco se tam děje, a přitom to dítě má normální komunikační zralost, kdy je i prostě bez nějakých psychických poruch*

*a je to úplně zdravý fungující jedinec a prostě jsou tam nějaký třeba neshody, nějaký problémy v tom kolektivu nebo v navazování vztahu a nebo v partnerských vztazích. Takže i takto to může být a zdá se být ta sociální opora dostačující a stejně třeba něco řeší. Každý v životě něco řeší (smích). Řekněme, že děti vyrůstající ve funkčních rodinách mají **vyšší resilienci**, vyšší odolnost vůči stresorům, takže se dá předpokládat, že ti, co ji mají nefunkční tu rodinu nebo nemají jinou sociální oporu, tak pravděpodobnost, že skončí v té poradně je větší. I při té pandemii je vždycky potřeba myslet na to rodinný zázemí u těch dětí a adolescentů, že pokud by to rodinný zázemí fungovalo, tak to ten jedinec zvládne, sice s nějakým mírným stresem, ale zvládne a v té ambulanci neskončí. Takže není možný to svalovat na pandemii, samozřejmě to období je těžký pro ty děti, to jako je, jak pro ty v té pubescenci, tak pro ty v té adolescenci, ale pokud mají funkční rodinu, tak to většinou zvládnou.“*

*(R2): „Dost často to jsou adolescenti z na první pohled normálních fungujících rodin. Jsou to úplný rodiny, oba rodiče, že by tam jako na první pohled bylo něco rozpadlého, ale když pak to odkrýváme, tak tam dost často v té rodině bývá **problém v komunikaci**. Dost často, když to jsou holky, tak tam narážíme na tátu, že tam je problém s otcem v té komunikaci, že ten táta u těch úzkostlivých holek bývá dost často jako že je spíš ten typ, že nekomunikuje a nedává emoce najevo. Ta sociální opora samozřejmě na ty problémy vliv má, protože ti tátové mají tendenci bagatelizovat ten problém té dcery, doprovází je někdy na tu terapii, přijdou, ale někdy je vidět, že to považují za nějakou slabost, jakože oni by to nepotřebovali.“*

*(R3): „Tak různě, někdo má větší sociální oporu, má úplnou rodinu, někdo je s jedním rodičem, je to různorodé. Pak jsou tu děti z rodin, kde je jeden rodič, to samozřejmě je těžké třeba i z finančních důvodů. A pak tu jsou takový propady, kdy jsou rodiče alkoholici nebo je tam nějaký psychiatrický onemocnění, nebo domácí násilí, to se samozřejmě taky děje. Nebo zneužívání, to taky, to jsou takový ty **nefunkční rodiny**... Nedokážu úplně říct, jestli spíše docházejí adolescenti s nízkou sociální oporou, je tu dost lidí z úspěšných rodin, jsou to děti doktorů, učitelů, psychologů... Je to různorodé, někdy jsou rodiny, který jsou normální a něco se tam nedaří a pak člověk mluví s těmi rodiči a oni vůbec nevěděli, že je to až takhle vážný třeba... Nechci křivdit těm rodinám, někdy mám pocit, že někdy je to prostě normální, že se tam něco nedaří a pak se to povede na rodinných konzultacích vysvětlit a té rodině to pomůže.“*

(R4): „Někdy je to právě o tom, že ty rodiny se snaží dítě **zabezpečit hmotně** – aby mělo moře, hory a mobily, ale zase na úkor toho, že na něj nikdo nemá čas a nevěnují se mu... a pak jsou ti ze sociálně slabších rodin. Takže záleží... otázka je, jestli ta sociální opora souvisí s tou hmotnou, že mají vše v nadstandardu, ale zase tam chybí ta rodičovská péče a přístup, aby si na ně udělali čas. Dneska vůbec neexistuje to, že by se ty rodiny scházely u jídla, a to dělá hodně moc, u toho společného jídla se vždy všechno probralo, co se stalo za ten den.... tohle je velký nedostatek, si myslím. Takový ty rituály prostě, ten pospolitý život.“

(R5): „Polovina z nich má kurátora, pokud se to dá nazývat fungující sociální oporou. Myslím si, že více těch adolescentů, co sem do stacionáře přicházejí, nemá sociální oporu a hledají ji.“

8) Zprostředkování jiných služeb

Respondenti byli taktéž dotazováni, zda v průběhu spolupráce poskytují adolescentům kontakty na jinou péči.

(R1): „Pokud je nutný nějaký přeposlání a vyžaduje ten klient nějakou další službu, tak samozřejmě odesílám. U těch mladších dětí tam jsou poruchy učení, takže chodí do **pedagogicko-psychologických poraden**, když to souvisí se školou, když jsou nějaký konflikty, do kterých je zahrnuta celá třída, tak tam intervnuje školní psycholog. Popřípadě pak psychiatr, když je někdo v tom stavu, že potřebuje medikaci, tak přeposílám k psychiatrovi, popřípadě k neurologovi, když tam jsou nějaké další potíže. U těch dětí jsou to někdy věci, které jsou na hranici, ty potíže mohou být na nějakém **neurologickém podkladu**, např. epilepsie nebo záchvaty a kolapsové vztahy. Někdy je to i kardiolog, protože např. některé ty 17leté dívky hodně kolabují a tam je potřeba rozlišit, zda je tam hyperventilace z úzkosti nebo je tam nějaká srdeční vada.“

(R2): „Kontakty dávám ve chvíli, kdy zjistím, že ten klient potřebuje **péči psychiatra**, tak samozřejmě dostává, když je to někdo, kdo opravdu už není adolescent, je to dospělý člověk, co má poruchu hraniční osobnosti, tak tam jsem ji předávala kontakt na Centrum duševního zdraví. To je centrum, kde jsou psychiatři, sociální pracovníci a lidé, co se věnují těmto lidem, pomáhají jim najít práci, nějak se zorientovat třeba v těch úřadech, takže tam když mám pocit, že je to potřeba, tak ano. Nejčastěji to bývá ten psychiatr,

někdy to bývá i neurolog, kdy lidé popisují nějaké zdravotní potíže, když někdo řeší zázemí rodiny, tak OSPOD.“

(R3): „Pomáháme klientům zprostředkovat kontakty na jiné služby či odborníky, nebo skoro vždycky se snažím, když adolescenti odcházejí, aby měli prostě nějakou péči, takže nejvíc psychoterapii individuální, někdy skupinovou, pokud to jde, pokud je místo a i psychiatrickou péči. Určitě psychoterapie Anděl, Modrý dveře, Dejvický psychoterapeutický centrum, Centrum Hladina. Nebo pak na nějaký moje kolegy, o kterých vím, že třeba mají místo.“

(R4): „Jinak zprostředkováváme kontakty na různé organizace, další psychoterapeutickou péči, následnou, aby měli někoho, kdo s nimi bude dále pracovat, když odsud odejdou.“

*(R5): „Dáváme kontakty na **následnou péči**, nebo když mají nějaký specifický problém, navazujeme na sociální služby, kde dělají dobrovolnické programy, podpory volnočasových aktivit, kam můžou chodit s vrstevníky. Dům tří přání je asi nejčastější, tam jsou schopni celé té rodině pomoci s komunikací. Dále Lata – ti mají program Ve dvou se to lépe táhne.“*

9) Apel na společnost

Jako výzkumníka mě zajímala otázka, zda je zde nějaký způsob, jak by mohla celková společnost pomoci adolescentům v oblasti jejich duševního zdraví. Kategorii jsem pojmenovala apel na společnost.

*(R1): „Nejlepší pomoc společnosti je ta, když každý **pracuje sám na sobě**, pomáhá sobě. Tím se změní celá společnost. Asi nepůjete a nebudete měnit druhý lidi, to ani nejde. Ta změna přichází vždy zevnitř ven. To znamená, že jedinou změnu, kterou můžete udělat je ta, kterou uděláte sama se sebou. Vždycky ta změna proběhne vnitřně a pak se projeví ve vnějšku, tzn. v chování a pak tedy i v té společnosti. Společnost je tvořena jednotlivci, všechno je to od toho jedince, když pak ten jedinec vytvoří nějaký **zdravý partnerský vztah** a pak vytvoří rodinu, tak pokud se snaží jakoby udržovat tu rodinu funkční, pracuje na sobě, pracuje na tom vztahu, pak vychová dítě, které je zralejší, které je odolnější a které je zas jako by v té společnosti řekněme prospěšnější, když to tak řeknu. Nebo zdravější ta společnost pak bude celkově. Vždycky sám každý od sebe.“*

(R2): „Základ je **komunikace**. Mluvila jsem o tom na přednášce pro učitele, to, co nám uleví na naší práci u těch zdravých klientů, kteří nepotřebují terapii, potřebují jenom s někým si popovídat a doma to třeba nejde přes ty starosti a přes nějaký období, tak tam byl apel na ty učitele, aby prostě našli v té své hodině 5 min, na to, aby se zeptali, jak se ti děti mají a co nového a tak, aby si všímali, když se někdo dívá zrovna zamýšleně, smutně, našťvaně, aby si třeba neřekli: Je, ten je protivnej, ale aby se ho zeptali, jestli je v pohodě a jaký měl den. To si myslím, že by stačilo a tím by ubylo klientů, protože z řad adolescentů, ale i dětí je právě víc těch, kteří si chtějí chodit povídat k psychologovi, opravdu povídat a nic jim dohromady není, oni jen potřebují někoho, kdo si s nimi povídá, a to může být máma a může to být i učitel. Co tedy může společnost udělat? Všimnout si toho, jak se kdo tváří, jak se kdo má, nabídnout tu komunikaci třeba jen ústně, to kolikrát fakt stačí.“

(R3): „Nějakým způsobem upozorňovat na to, že je ta psychoterapeutická péče potřeba. Kdyby se to podchytilo dříve a byl by nějaký další stacionář, kam by mohli adolescenti docházet, tak by to bylo lepší.“

(R4): „Hlavně by měla být ta **podpora rodiny**, aby ti rodiče nemuseli mít 2-3 práce a aby se zajistily ty základní věci, aby ti rodiče trávili více času s těmi dětmi.“

(R5): „Aby chodili včas ty lidi, aby nečekali, až to bude hrozný. Není žádná **prevence**, podpora v časných fázích, ti rodiče často čekají až je to neúnosný, to je jako kdyby vám vypadla plomba a čekala jste, až vás bude bolet zub úplně šíleně. Tak takhle nějak se chovají k psychiatrické léčbě, dokud jsou ty problémy jenom trochu, tak nikam nejdou a pak dostanou termín za 3 měsíce. Anebo že musí na hospitalizaci, protože kdyby začali včas a vlastně by šlo ještě o prevenci rozvoje nemoci, tak by to bylo lepší.“

10) Kazuistika psychiatrického pacienta

Poslední kategorii jsem pojmenovala kazuistika psychiatrického pacienta. Během výzkumu jsem zjistila, že mí respondenti mají zkušenost s prací s adolescentem, u kterého duševní potíže přerostly v psychiatrickou diagnózu.

U některých adolescentů nestačí pouze psychoterapeutická podpora, ale je zde **nezbytná psychiatrická péče**.

(R2): „Poslala jsem na psychiatrické vyšetření celkem dost adolescentů, protože pro mě vážný stav je, kdy mluví o sebevražedných myšlenkách a sebepoškozuje se, opakovaně.“

Nikdy to neberu na lehkou váhu, protože i když ten adolescent chce tím jenom pohrozit a třeba to ani tak nemyslí, tak jsou případy, kdy to prostě udělá, protože zrovna má nějaký zkrat.“

(R3): „U nás většina dětí a adolescentů je od psychiatrů, jsou před tím v nějaké psychiatrické péči a nějakým způsobem to nestačí, ta ambulantní péče. Oni k nám na stacionář chodí proto, že ten psychiatr má pocit, že tu péči potřebují intenzivně, tu podporu a péči, takže je to takový mezistupeň mezi hospitalizací a ambulantní terapií.“

S psychiatrickou péčí souvisí i **potřeba medikace.**

(R1): „Někdo na tu medikaci je, někdo ne, někdy je to v průběhu, že ten člověk je třeba je že to zvládá a pak se to najednou zhoupne a potřebuje tu medikaci, nebo hned na začátku, aby ta terapie mohla vůbec probíhat a aby ten člověk měl síly na to, to zvládnout, tak se nasadí ta medikace. Hlavně je to u depresí, když přijde někdo opravdu ve vážném depresivním stavu, kdy už, já nevím, se o sebe nestará, nemá o nic zájem, nic ho nebaví, tak s takovým člověkem je hodně těžké nastartovat psychoterapii a tam je na místě nejdříve medikace.“

(R2): „Pokud má někdo za sebou pokus o sebevraždu, pak to jsou klienti, co potřebují psychiatrickou péči. Ti potřebují i tu medikaci nebo dokonce hospitalizaci, ale to ne tak často, někomu stačí ta medikace a terapie okolo.“

Kazuistika adolescenta s psychiatrickou diagnózou:

(R2): „Kluk, který byl na střední škole, introvert, teď už je to lepší, těžko zvládal změny a neuměl se tolik prosadit a nastoupil poměrně na těžký obor mezi kluky a moc to tam nezvládal a neuměl to doma říct, že tam nechce zůstat. Tam se zjistilo, že se něco děje, když v těch 16 kreslil šibenice a nějaký takový obrázky a na základě toho se dostali do psychoterapeutické péče. To jsme opravdu i poradensky zvládli, změnil školu, šel na učební obor, aby to nebyla střední, takže to se nějak srovnalo trochu a pak se ozvali po roce a měl dva měsíce před závěrečnými zkouškami a neuměl zase říct, že je tam nešťastný, takže se pokusil o sebevraždu, ale opravdu tak, že se podřezal na několik místech ve vaně. Naštěstí pro něj nevěděl, že je dobrý si pustit teplou vodu, on si nepustil žádnou. Naštěstí nevěděl, že kdyby si pustil teplou, tak to rychleji teče. A pořezal se na sucho, což pěkně bolelo. Díky tomu volal mamince, že se tohle děje, že vlastně umřít nechce, ta byla zoufalá a volala hned mě, takže to jsem je hned posílala na psychiatrii a na chirurgii, aby mu to zašili. Na psychiatrii dostal medikaci, nakonec hospitalizovaný nebyl, protože už měl nějakou psychoterapeutickou léčbu u mě, ale už je to nějaký 3 roky,

ale v péči je teda furt. Chodí na psychiatrii pořád, myšlenku pořád má, ale drží ho tady hodně ta maminka a nějaké vztahy, hodně sportuje a tetuje, má něco, co ho baví, ale pořád se hledá, má takovou křehkou duši, takže to na ukončení psychoterapie u něj zatím nevidím. Nicméně, teď se mu rozvádějí rodiče, ale zvládá to velice dobře bych řekla. Je mu 22, ale to nejhorší je snad za námi, ale člověk nikdy neví. V tu chvíli byla teda ke zvážení i hospitalizace, ke které ale nedošlo.“

(R3): „U nás ve stacionáři mají skoro všichni za sebou nějaké psychiatrické vyšetření. Doporučujeme hodněkrát i hospitalizaci, naposled minulý týden jednomu pacientovi po tom, co se mu zhoršovaly sebevražedné myšlenky v nějaké intenzitě, takže jsme to zavolali rodičům a odkázali je na nemocnici.“

S psychiatrickou péčí souvisí i její **nedostatek**.

(R3): „Cítím tlak na to, že by mělo víc stacionářů, asi ulehčit atestaci dětských psychiatrů, aby to chtělo dělat více lidí nebo nějak ten obor trošku vyzdvihnout a zpopularizovat, to mi přijde, že těch psychiatrů je fakt málo. Ale to stejné je i dětských psychoterapeutů, psychologů, mohlo by toho být víc. Já mám nějakou představu, co by se mi líbilo, kdyby bylo těch stacionářů víc, třeba přímo pro poruchy příjmu potravy, pro hraniční poruchu osobnosti, pro úzkosti a deprese, ale aby ty skupiny byly prospěšné, prostě kdyby těch stacionářů bylo víc“.

(R4): „Ta reforma psychiatrický péče furt někde vážne, furt je málo těch psychiatrů, my jsme jeden jediný stacionáře pro adolescenty v Praze, možná v celé republice.“

(R5): „Je katastrofální nedostatek těch ambulantních služeb, aby ty děti včas měly možnost jít někam si popovídat v době, kdy ještě nic nepotřebují, aby se to podchytilo v začátku.“

5.10. Výsledky výzkumného šetření

Nyní budou shrnuty výsledky výzkumného šetření a zejména odpovědi na výzkumné otázky a zhodnocení cílů práce – zda a jakým způsobem byl naplněn hlavní cíl.

5.10.1. Odpovědi na výzkumné otázky

Níže si shrneme odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky:

VO₁: Do jakých kategorií se řadí potíže, se kterými adolescenti přicházejí do zařízení během pandemie?

Aktuální potíže, se kterými adolescenti přicházeli během pandemie do poraden a Denního stacionáře pro adolescenty můžeme rozdělit do kategorií sociální (školní) fobie, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy a sebepoškozování.

VO₂: Jak vypadá způsob podpory ze strany psychologů a psychoterapeutů?

Způsob podpory je sledávám především ve formě psychoterapií, a to buď v podobě individuální či skupinové práce.

VO₃: Přicházeli adolescenti během období pandemie častěji než obvykle?

Nárůst klientů zaznamenali skoro všichni dotazovaní respondenti. K nárůstu klientů z řad adolescentů došlo, respektive po uvolnění opatření, jelikož psychoterapeutické služby byly opět dostupné.

VO₄: S jakými potížemi, které před pandemií nebyly, se psychologové a psychoterapeuti setkali?

Mezi potíže novodobějšího rázu se řadí zejména problémy docházet do školy poté, co se rozvolnila opatření. Poněkud novější je také problematika transgenderu a vlastní orientace. Respondenti také vyzorovali gradaci již stávajících potíží (např. rodinné dysbalance).

VO5: Sledují psychologové a psychoterapeuti nějaké změny v psychice adolescentů po rozvolnění opatření?

Respondenti vypožadovali, že po rozvolnění opatření došlo u některých adolescentů ke zhoršení psychického stavu, a to zejména z důvodu donuceného návratu zpět do běžného fungování.

VO6: Jaké jsou techniky zvládnání úzkostí a depresí, které adolescenti využívají?

Nejčastější technikou zvládnání úzkostí a depresí je sebepoškozování a vyhubavé chování adolescentů. Co se týče protektivních faktorů, respondenti uváděli zejména arteterapii. Dále adolescentům pomáhá jistá sounáležitost s přáteli a fyzická aktivita.

5.10.2. Shrnutí výzkumného šetření

Z pohledu výzkumníka výzkumné šetření proběhlo korektním způsobem. Respondenti byli ochotni odpovídat na výzkumné otázky i na doplňující dotazy, tudíž výzkum přinesl mnoho zajímavých poznatků. Jedním z nich bylo zjištění, že se poněkud ve velkém rozsahu rozšířily sociální fobie u adolescentů, zejména školní sociální fobie. Po rozvolnění opatření byli adolescenti donuceni vrátit se zpět do běžného režimu a spousta z nich tento úkol nezvládla. Objevují se iracionální a vtíravé myšlenky typu „všichni se na mě dívají“ vedoucí až k vyhubavému chování a k úplné sociální izolaci. Obecně respondenti vnímají pandemii a její dopad na duševní zdraví adolescentů jako obrovský problém. Ukázalo se, že spousta adolescentů docházejících do Denního stacionáře pro adolescenty neví, co se sebou, nevědí, co chtějí dále v životě dělat, jakým směrem se mají vydat. Spousta z nich se do školy vůbec nevrátila, požádali si o individuální vzdělávací plán, aby i nadále mohli zůstat doma. Úkolem psychologů a psychoterapeutů v tomto případě je aktivizace klienta k tomu, aby si alespoň našel nějakou brigádu. Denní stacionář pro adolescenty dále nabízí program pro děti a adolescenty, kteří se vrací po prázdninách do škol, jelikož pro někoho je opravdu obtížné se znovu zařadit do kolektivu. Program bývá realizován poslední 2 týdny v měsíci srpnu a spočívá v nacvičení sociálních či jiných dovedností, např. naučit se vstávat ráno v určitou dobu, dojet do školy, obecně mít nějakou povinnost. Z mého pohledu může být tento program velice efektivní.

Dále byl zjištěn nárůst nových klientů z řad adolescentů. Nejčastější zakázky jsou úzkosti, deprese, sebepoškozování. Problémem je avšak kritický nedostatek psychoterapeutické péče v České republice. Jeden z respondentů měl přání, aby se ulehčila atestace dětských a dorostových adolescentů a aby se se tento obor více zpopularizoval. Psychiatrie má obecně špatnou pověst, ve společnosti i nadále přetrvává stigma „jsem blázen, protože jsem skončil na psychiatrii“. Někteří respondenti v závislosti na tom apelují na společnost, aby se více hovořilo o duševních potížích, aby se toto téma nepovažovalo za krajně nevhodné, jelikož duševní potíže mohou potkat opravdu každého z nás.

Pandemie také podpořila závislost mladých dospělých na sociálních sítích. Spousta z nich se k sociálním sítím uchýlila natolik, že v podstatě necítí potřebu nadále fungovat v běžné společnosti. Vznikají různé virtuální skupiny, které si mezi sebou sdílejí svá trápení a potíže. To se na první pohled jeví jako velice funkční, avšak ve skutečnosti tomu tak není. Problém ve vyhledávání jedinců s podobnými problémy spočívá v následném vzájemném propadu, „topí se“ v problémech spolu. Psychoterapeutové toto udržování kontaktu mimo terapeutické sezení nedoporučují, jelikož adolescenti neustále zůstávají v roli pacienta. Objevil se také nárůst poruch příjmu potravy, kterou opět dávali někteří respondenti do souvislosti se sociálními sítěmi, jelikož právě tam se mladé dívky mohou porovnávat. Vzápětí začnou pochybovat o sobě samé a spustí se řetězec nesmyslného hladovění a nadměrného cvičení. Taktéž pandemie poruchy příjmu potravy podpořila, a to ve smyslu zvýšeného důrazu na zdravý životní styl, který se mnohdy mohl vymknout kontrole.

Rozšířené jsou také toxické partnerské vztahy, které adolescenti velice hluboce prožívají. Jedná se v podstatě o nějakou kompenzaci vztahu, o nějaké ujištění a naplnění vztahu, který nedostali v dětství a následně si jej dohledávají jinde. Obecně mají sklony k závislostem na partnerech, na lásce, na jídle, na sociálních sítích a zejména na pozornosti druhých lidí.

Co se týče následné psychoterapeutické péče, jako velice klíčové respondenti vnímají motivaci a kooperaci adolescenta. Důležitá je zejména jeho chuť na sobě pracovat a snaha dosáhnout změny. Je potřeba, aby byl jedinec zapojený do celého psychoterapeutického procesu, aby porozuměl tomu, na čem chtějí společně s psychologem či psychoterapeutem

zapracovat. Odborníci jsou zodpovědní za tento proces, ale za výsledky je zodpovědný vždy klient.

Během výzkumu bylo umožněno nahlédnout do duševního zdraví adolescentů a podařilo se zjistit, z jakého důvodu adolescenti přicházejí do psychologických poraden a Denního stacionáře pro adolescenty a jak vypadá následná podpora ve formě psychoterapie. Dle mého názoru byl cíl výzkumného šetření splněn a prostřednictvím vhodně položených otázek a správného přístupu byly požadované poznatky získány.

6. Závěr

Problematika duševního zdraví u adolescentů je velice široká. Tématem diplomové práce s názvem Duševní zdraví u adolescentů – aktuální problémy v období pandemie COVID-19 bylo přiblížit tuto problematiku a zejména představit způsob podpory mladým dospělým.

První část teoretické části se věnovala adolescenci a vývojovým změnám, ke kterým během tohoto období dochází. Druhá poměrně rozsáhlejší část se vyjadřovala již přímo k duševnímu zdraví a duševní hygieně. Uvedeny byly také důvody, proč je důležité se o duševní zdraví starat. V přílohách nalezneme sedm zásad zdravé psychohygieny a deset způsobů, jak posílit své sebevědomí, které je s duševním zdravím spjaté. Bylo popsáno procentuální zastoupení výskytu duševních obtíží u adolescentů a představeny strategie, které mohou jednotlivým vládám pomoci adekvátně reagovat na duševní potřeby adolescentů. Pozornost byla zaměřena také na Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 vytvořený Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Jeho vize spočívá v dokončení systémové reformy psychiatrie, a to do takové míry, aby lidé s duševním onemocněním měli možnost prožít co nejvíce kvalitní život.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, z jakého důvodu adolescenti přicházejí do psychologických poraden a Denního stacionáře pro adolescenty, jaké potíže řeší a jak vypadá způsob jejich podpory. Stanoveným cílem se zabýval kvalitativní výzkum, který najdeme v druhé části diplomové práce, a to v části praktické.

Ve výzkumu jsme se zaměřili na psychology a psychoterapeuty působící v psychologických poradnách a v Denním stacionáři pro adolescenty v Praze. Za jejich pomoci byly zkoumány jejich osobní zkušenosti s prací s adolescenty trpícími duševními potížemi. Bylo zjištěno, že jedním z nejčastějších důvodů, proč adolescenti přicházejí, jsou úzkostné stavy. Někteří respondenti tuto úzkost dávají do úzké souvislosti s nadměrným užíváním sociálních sítí. Právě na sociálních sítích často naráží na zdroj úzkosti. Může se jednat o různé nevhodné příspěvky či negativní komentáře mířené na jejich osobu.

Respondenti se shodli, že se všechno odvíjí od původní rodiny – pokud je rodina funkční, je menší pravděpodobnost, že se v ordinacích psychologů adolescenti objeví. S funkční rodinou souvisí i míra jejich resilience. V případě, že se objeví nějaký stresor a mají funkční zázemí, jsou schopni situaci ustát a nedojde k psychickému zhroucení. Za primární tedy

považují funkční rodinné zázemí a ochotu pracovat každý sám na sobě. Pokud chceme, aby byla společnost tvořena psychicky vyrovnanými a odolnými jedinci, je potřeba začít pečovat o své duševní zdraví. Duševně vyrovnaný jedinec je schopen navázat zdravý partnerský vztah a pak vytvořit výše zmíněné funkční rodinné zázemí. Pokud je ochoten pracovat sám na sobě a na svém partnerském vztahu, pak vychová dítě, které je zralejší, odolnější a ve společnosti prospěšnější. A poté bude celkově zdravější společnost.

Zajímavým zjištěním rovněž bylo, že spousta adolescentů je ochotna si o pomoc říci sama. Většina z nich se orientuje v různých diagnózách a jedinci jsou schopni si sami diagnostikovat tu svou. Následná pomoc ve formě psychoterapie je vždy snazší, pokud je jedinec otevřený a motivovaný ke změnám. Psychoterapie může mít různorodé formy, které se vždy používají v závislosti na individuálních potřebách klienta. Respondenti uváděli nejčastěji individuální, skupinovou či rodinnou terapii, dále pak arteterapii a kognitivně-behaviorální terapii.

Jako autorka práce jsem došla k závěru, že práce psychologů a psychoterapeutů je obtížná. Mnozí klienti očekávají, že za ně veškeré jejich problémy vyřeší, přičemž oni zodpovídají pouze za proces psychoterapie, ale za konečný výsledek vždy klient. Někteří z respondentů si svou práci berou i domů – jinak řečeno, je těžké se od ní oprostit. Co se týká pomoci adolescentům s duševními potížemi, psychologové a psychoterapeuti spolupracují s různými organizacemi, které jsou schopny klienta aktivizovat. Pracovníci z Denního stacionáře pro adolescenty se vždy snaží zajistit svým klientům následnou péči poté, co stacionář opustí. Jedná se především o psychoterapii Anděl Praha, Dejvické psychoterapeutické centrum, Dům tří prání z. ú. a Centrum Hladina, které poskytuje psychoterapii a psychologické poradenství.

Výzkum ukázal, že pandemie COVID-19 měla neblahý vliv na duševní zdraví adolescentů a že bude nějakou dobu trvat, než se jejich duševní rovnováha obnoví. Samotný lockdown přispěl k nárůstu sociálních fobií a úzkostí. Přibyly také poruchy příjmu potravy. Všechny tyto potíže tu samozřejmě byly dávno před pandemií, ale podařilo se zjistit, že během pandemie došlo k znatelnému nárůstu právě již stávajících potíží a měnila se i jejich forma. Ze sociální fobie se stala konkrétně školní sociální fobie, která je důvodem časté absence studenta ve škole. Dále bylo zjištěno, že adolescentům nevadila samotná opatření proti šíření nemoci COVID-19, ale spíše chaos způsobený těmi opatřeními. Nikdo nevěděl, co se bude dít za týden, jaké další opatření přijdou. Byla to velmi nejistá doba a spousta mladých dospělých to nesla těžce. Největším problémem byla absence sociálních kontaktů a událostí.

V důsledku opatření přišli o důležité životní události jako je například rozloučení se s 9. třídou, maturitní ples, promoce apod. Nyní jim chybí rituály, které dospělí jedinci již zažili a mohli se o tyto zážitky opřít a čerpat z nich – tito adolescenti nikoliv.

Mezi techniky zvládnání úzkostí a depresí převážela zejména arteterapie, sounáležitost s přáteli a fyzická aktivita. Všechny tyto činnosti nějakým způsobem pomáhají adolescentovi získat zpět svou duševní rovnováhu a fungovat lépe ve společnosti.

Na základě deklarovaných zjištění můžeme dokumentovat naplnění cíle práce. Výzkum ukázal postoje a vlastní zkušenost 2 psychologů a 3 psychoterapeutů pohybujících se mezi adolescenty s duševními potížemi. Jejich práce spočívá především v aktivizaci klienta a v následné psychoterapii. Dále z rozhovorů vyplynulo, že nejdůležitější je samotná prevence a včasná intervence. V návaznosti na to apelují respondenti na společnost, aby o své duševní zdraví lidé pečovali a popřípadě včas vyhledali odbornou pomoc. Stud by měl jít v tomto případě stranou.

Problematika duševního zdraví u adolescentů je poněkud citlivým a komplikovaným tématem. Jako autorka práce velice oceňuji a vážím si času, který mi respondenti poskytli a tím mi dopomohli se do problematiky dostat hlouběji.

Seznam použitých informačních zdrojů

- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Citový mozek: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-7262-408-3.
- BEDRNOVÁ, Eva. *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl*. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-198-0.
- BRONFENBRENNER, Urie. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University press, 1979. ISBN 0-674-22457-4.
- COTTERELL, John. *Social Networks in Youth and Adolescence*. London: Routledge, 2007. ISBN 978-0415359504.
- ČÁP, Jan. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-x.
- DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-628-5
- ERIKSON, Erik. *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton, 1968. ISBN 978-0393311440.
- GARMEZY, Norman a Michael RUTTER. *Stress, Coping, and Development in Children*. Baltimore: Johns Hopkins University Press., 1988. ISBN 978-080183651.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.
- GREGOR, Ota. *Zdravě žít, to je kumšt*. Praha: Olympia, 1988. Kondice.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

HLADKÝ, Aleš. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu: skripta pro posluchače Filozofické fakulty Univerzity Karlovy*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-706-6784-2.

HOUSE, James. *Work stress and social support*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1981.

JEDLIČKA, Richard. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4774-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

LAZARUS, Richard S. *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill, 1966. McGraw-Hill series in psychology.

LERNER, Richard. *America`s Youth in Crisis: Challenges and Options for Programs and Policies*. Thousand Oaks, California: Sage, 1995. ISBN 978-0803970694.

MACEK, Petr a Lenka LACINOVÁ, ed. *Vztahy v dospívání*. 2. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2012. ISBN 978-80-87474-46-4.

MACEK, Petr. *Adolescence: Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.

MAHESHWARANANDA. *Systém "Jóga v denním životě"*. Praha: Mladá fronta, 2006. ISBN 80-204-1277-8.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MELGOSA, Julián a Raul POSSE. *Umění výchovy dítěte*. Praha: Advent-Orion, c2003. Harmonický život. ISBN 80-7172-613-3.

MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. ISBN 14-400-84

MÍČEK, Libor. *Sebevýchova a duševní zdraví*. 4. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. Knižnice psychologické literatury.

MIOVSKÝ, Michal. *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0387-4.

MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0.

NOVÁK, Tomáš. *Jak vychovat sebevědomé dítě*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4522-0.

PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškození: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-606-9.

PÖTHER, Petr. *Emoční poruchy v dětství a dospívání*. 3., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-1038-4.

PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2015. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0859-4.

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

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky II: vývoj člověka od patnácti do třiceti let*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1967. Učebnice vysokých škol.

RABOCH, Jiří. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. Praha: Mladá fronta, 2019. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5501-7.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1783-1.

SEDLÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka: význam zdravého sebevědomí: rodiče, škola, kamarádi: dítě se zvýšeným či sníženým sebevědomím: osobnostní a sociální výchova*. Praha: Grada Publishing, 2009. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2685-4.

SEIFERT, K. L. a R. J. HOFFNUNG. *Child and Adolescent Development*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1991. ISBN 9780395964262.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X

SYRIŠŤOVÁ, Eva. *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum, 1972.

ŠOLCOVÁ, Iva a Vladimír KEBZA. *Osobní pohoda vysokoškolských studentů: Česká část studie*. Československá psychologie. 2009, roč. 53, č. 2, s. 129-139.

ŠOLCOVÁ, Iva a Vladimír KEBZA. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie. 1999, roč. 43, č. 1, s. 19-38.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha, Česká republika: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8.

VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4961-0.

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

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Vyd. 12. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0875-4.

Akademické práce:

AHNEOVÁ, Karla. *Sebepoškozování v adolescentním období a jeho sdílení na internetu*. Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové

CAHOVÁ, Markéta. *Zdraví podporující a zdraví ohrožující chování v kontextu sociální opory v pozdní adolescenci*. Brno, 2016. Diplomová práce. Masarykova Univerzita

FAŠINOVÁ, Iveta. *Aspekty duševního a sociálního zdraví u adolescentů ve vztahu k cirkadiánnímu rytmu*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská Univerzita.

ZAJÍČKOVÁ, Tereza. *Faktory ovlivňující vývoj zdravého sebevědomí u žáků na II. stupni ZŠ*. Hradec Králové, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové.

Internetové zdroje:

Adolescent mental health [online]. 2021 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>)

BÍNOVÁ, Šárka a Tomáš HAVELKA. Duševní zdraví dětí a adolescentů v době pandemie covidu-19 z pohledu dětských a dorostových psychiatrů. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2021 [cit. 2022-04-24]. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/incpdfs/psy-202103-0009_10_001.pdf

CAMARA, Maria. *The role of social support in adolescents: are you helping me or stressing me out?* [online]. 2014, 1-14 [cit. 2022-04-04]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2013.875480?scroll=top&needAccess=true>

Citáty [online]. 2021 [cit. 2022-05-28]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/4360-john-stuart-mill-ucelem-vychovy-je-ucinit-jednotlivce-pokud-mozno-z/>

COVID-19 základní informace [online]. 2020 [cit. 2022-04-24]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/447-covid-19-zakladni-informace>

DAHL, R. E. *Adolescent Brain Development: A period of Vulnerabilities and Opportunities* [online]. New York: Annals of New York Academy of Sciences, 2004 [cit. 2022-02-04]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1308.001/pdf>

Depression and Other Common Mental Disorders: World Health Organisation [online]. 2017 [cit. 2022-04-20]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Duševní zdraví dětí [online]. 2021 [cit. 2022-05-28]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2021/08/dusevni-zdravi-deti-se-zhorsuje-chybi-vsak-data-i-systemova-prevence-udrzet-si-vsech-pet-pohromade-ma-detem-pomoci-novy-projekt/>

(European Psychiatry: Value of schizophrenia treatment II: Decision modelling for developing early detection and early intervention services in the Czech Republic [online]. Cambridge University Press, 2018 [cit. 2022-03-07]. Dostupné z:

<https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/value-of-schizophrenia-treatment-ii-decision-modelling-for-developing-early-detection-and-early-intervention-services-in-the-czech-republic/E2388579004DD8ED96B430D2EDB98D1C>

FORMÁNEK, T., A. KAGSTRÖM, P. CERMAKOVA, L. CSÉMY, K. MLADÁ a P. WINKLER. *Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS)* [online]. 2019 [cit. 2022-04-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.05.001>

GOETZ, Michal. *Deprese u dětí a adolescentů: Pediatrie pro praxi* [online]. 2005 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/06/03.pdf>

HOSÁKOVÁ, Jiřina, Zuzana HLUBKOVÁ a Martina HYPŠOVÁ. Sebeпоškození adolescentů jako edukační problém. *Ošetrovatelské perspektivy* [online]. 2018 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/328511271_SEBEPOSKOZOVA NI_ADOLESCENTU_JAKO_EDUKACNI_PROBLEM

Housing First v ČR [online]. 2017 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <http://www.socialnibydleni.mpsv.cz/cs/co-je-socialni-bydleni/housing-first-v-cr>

Jak chápat duševní zdraví?. *Opatruj se* [online]. 2021 [cit. 2022-05-12]. Dostupné z: <https://www.opatruj.se/dusevni-zdravi/dusevni-zdravi-a-pohoda>

Know the 10 common warning signs [online]. 2022 [cit. 2022-04-03]. Dostupné z: <https://www.nami.org/NAMI/media/NAMI-Media/Infographics/NAMI-Getting-the-Right-Start.pdf>

KOCOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK. Riziko suicidálního chování v dětském a adolescentním věku. *Pediatrie pro praxi* [online]. 2004 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2004/06/03.pdf>

MALÁ, Eva. *Sociální fobie v dětství* [online]. 2011 [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2011/02/02.pdf>

MAREŠ, Jiří. *Diagnostika sociální opory u dětí a dospívajících* [online]. 2002 [cit. 2022-04-04]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/17926256-Diagnostika-socialni-opory-u-deti-a-dospivajicich.html>

Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) [online]. 2022 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>

Mental health: strengthening our response [online]. 2018 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. 2022 [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F40.1>

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020 [cit. 2022-03-07]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>.

Národní ústav duševního zdraví [online]. 2021 [cit. 2022-05-28]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-dusevni-onemocneni-u-deti-a-dospivajicich.pdf>

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. *Duševní zdraví a imunita. Psychiatrie pro praxi* [online]. 2020 [cit. 2022-05-12]. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/incpdfs/psy-202002-0005_10_001.pdf

NEVYPUSŤ DUŠI: O nás [online]. 2022 [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/>

NEXT CLINICS Czech, a. s.: Psychohygienu [online]. 2018 [cit. 2022-02-09]. Dostupné z: <https://www.next-clinics.cz/aktualne/psychohygienu>

Pandemický plán České republiky [online]. 2019 [cit. 2022-04-24]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/brs/dokumenty/Pandemicky_plan_CR.pdf

Příznaky duševního onemocnění u adolescentů [online]. 2022 [cit. 2022-04-03]. Dostupné z: <https://mentalhealthtx.org/cs/populace/pubertaci/>

RACINE, N., B. E. MCARTHUR a J. E. COOKE. *Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19* [online]. 2021 [cit. 2022-04-24]. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2782796>

RAVENS-SIEBERER, U., A. KAMAN a M. ERHART. *Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany* [online]. 2021 [cit. 2022-04-24]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01726-5>

SAWYER, S., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C. & Patton, G. C.: *Adolescence: a foundation for future health* [online]. 2012 [cit. 2022-02-20]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673612600725>

Sebevědomí – jak si zvýšit víru v sebe (krok za krokem) [online]. 2019 [cit. 2022-04-10]. Dostupné z: <https://cestareluxace.cz/sebevedomi/>

STEINBERG, L. A. *Social Neuroscience Perspective on Adolescent RiskTaking*. [online]. *Developmental Review*, 2008 [cit. 2022-02-04]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396566/?_escaped_fragment_=po=3.57143

Stigma a stigmatizace [online]. 2021 [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://narovinu.net/stigma/>

Transformace sociálních služeb [online]. 2013 [cit. 2022-06-07]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/transformace-socialnich-sluzeb>

UHLÍŘ, Jan. Vliv pandemie covidu-19 na duševní zdraví dětí a adolescentů. *Pediatric pro praxi* [online]. 2021 [cit. 2022-04-24]. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/incpdfs/ped-202106-0001_10_001.pdf

WHO definition of health [online]. 1948. [cit. 2022-02-28]. Dostupné také z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

World Health Organization: Mental Health [online]. 2018 [cit. 2022-02-28]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

PŘÍLOHY

Příloha A – Pět strategických cílů NAPDZ 2020-2030	113
Příloha B – Sedm zásad zdravé psychohygieny podle organizace Nevypust' duši.....	117
Příloha C – Deset způsobů, jak posílit své sebevědomí.....	119

Příloha A – Pět strategických cílů NAPDZ 2020-2030

1. Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

- Cílem je zajistit efektivní řízení systému pro duševní zdraví na celé úrovni vlády, ale i zainteresovaných ministerstev
- Snaha o zabezpečení dosažitelnosti a dostupnosti relevantních informací v oblasti duševního zdraví, a to zejména pro účely změn a zavádění nových inovativních metod
- Stanovit nové profesní kompetence pracovníků, kteří se podílejí na péči o klienta s duševním onemocněním; zajistit efektivnější odbornou přípravu těmto pracovníkům
- Vybudovat specifický informační systém monitorující oblast péče o duševní zdraví (duševní poruchy u dětí a mladistvých, schizofrenie, ochranné léčení), zpracovat metodiku sběru dat a realizace sběru dat přímo z klinické praxe
- Šířit povědomí o duševním zdraví v široké veřejnosti; zlepšit zdravotní gramotnost obyvatelstva, aby bylo možné včas rozeznat symptomy duševního onemocnění a následně vyhledat vhodnou odbornou pomoc

2. Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo ti v riziku.

- Tato oblast je zaměřena především na prevenci a včasnou intervenci a na destigmatizaci lidí s duševním onemocněním
- Zvýšit finance plynoucí do oblasti péče o duševní zdraví, zejména dbát na prevenci chudoby lidí s duševním onemocněním. „*Do oblasti psychiatrické péče bude každoročně do roku 2029 alokováno o 250 mil. Kč více oproti předchozímu roku.*“
- Snížit míru nezaměstnanosti osobu s duševním onemocněním; vytvořit komplexní analýzu zapojení těchto lidí na trhu práce a podpořit rozvoj sociálního podnikání na chráněném pracovním trhu
- Primární prevence a intervence, která by měla pokrýt celý životní cyklus, tedy od narození až po seniorský věk. Včasné rozeznat psychosociální ohrožení člověka a nasměrovat jej a popřípadě jeho rodinu do vhodné formy podpory

- Vytvořit specializovaný program zaměřený na rozvoj rodičovských kompetencí, především u těch rodin, kde se vyskytují jakékoliv formy onemocnění či závislosti – cílem je snížit riziko traumatizace dětí.
- Umožnit studentům a pracovníkům veřejných vysokých škol studijní a psychologické poradenství
- Zajistit péči a podporu duševního zdraví v zaměstnání; zaměstnavatelé mají povinnosti zařadit preventivní opatření a včasné odhalení duševního onemocnění do agendy Bezpečnost a ochrana zdraví při práci – bylo zjištěno, že právě v zaměstnání se zvyšuje riziko duševního onemocnění, proto si NAPDZ klade za cíl zlepšení psychosociálních podmínek v zaměstnání
- Zařadit psychosociální gramotnost do rámcového vzdělávacího programu pro mateřské, základní a střední školy – rozvoj psychosociálních kompetencí a emoční gramotnosti na školách jakožto důležitá podmínka funkčního sociálního chování dětí a jako prevence poruch chování ve vyšším věku.
„Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání zahrnuje koncepční rozpracování psychosociálních témat, psychohygieny, psychosomatiky, duševních změn, duševního rozvoje, duševní hygieny, duševního zdraví a duševního a sociálního zdraví, a proto je potřeba především podpořit pedagogy pro práci s těmito tématy ve školách“

3. Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována

- Identifikovat a odstranit překážky v plnění závazků, které vyplývají z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality lidských práv osob s duševním onemocněním
- Zapojit uživatele a jeho blízké osoby do systému hodnocení kvality služeb v oblasti duševního zdraví
- Zohlednit rovné příležitosti mužů a ženy v oblasti duševního zdraví – výzkumy ukazují, že některé aspekty postihují více muže a některé naopak ženy.
„Výzkumy dále naznačují, že u osob ze znevýhodněných skupin (rasa / etnikum, náboženské vyznání, sexuální orientace, genderová identita) stoupá riziko vzniku duševních onemocnění, neboť pocit jinakosti a případně s tím

související sociální vyčlenění může mít negativní dopad na duševní zdraví jedinců. “ Z toho můžeme soudit, že je třeba se o toto téma hlouběji zabývat.

- Rovnost žen a mužů, genderu a vícečetných znevýhodnění v kontextu duševního zdraví. *„Společenské postavení žen a mužů má vliv na způsob, jakým muži a ženy hodnotí své zdraví a jak hodnotí zdraví žen a mužů odborná veřejnost.“* Je důležité, aby zdravotnický personál přistupoval ke svým klientům vždy s respektem a s ohledem na jejich sociální kontext. Jedná se především o individuální přístup založený zejména na potřebách klienta. V těchto oblastech by měl být zdravotnický personál vzděláván a podporován.

4. Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.

- Cílem je rozvinout multidisciplinární týmy jako stěžejní služby, které zajišťují péči v komunitách; komunitní péče zajišťuje péči v přirozeném prostředí klienta s duševním onemocněním
- Vybudovat síť sociálních služeb v přirozené komunitě pro lidi s duševním onemocněním.
- Rozvoj ambulance s rozšířenou péčí, rozvoj psychiatrických ambulancí pro děti a dorost; rozvinout multidisciplinární péči, kdy s klientem spolupracuje několik zdravotnických pracovníků
- Prioritizovat alternativní cesty k naplnění individuálních potřeb dětí v jejich přirozeném sociálním prostředí, vytvořit mechanismus prevence umístování dětí s duševním onemocněním do zařízení institucionální výchovy
- Rozvoj komunitních služeb souvisej s podporou deinstitucionalizace¹⁰. Cílem je realizace modelu péče s názvem Balanced care, který reaguje na potřeby klienta – jedná se o vyvážený poměr mezi komunitní a nemocniční službou, o ambulantní a pobytové služby. Důraz je kladen především na poskytování služeb v blízkosti bydliště uživatelů.

¹⁰ Proces, ve kterém dochází k přechodu od ústavní (institucionální) péče o osoby se zdravotním postižením k péči poskytované v přirozeném prostředí. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků (Transformace sociálních služeb, 2013).

5. Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.

- Cílem je zajistit efektivní fungování služeb v oblasti péče o duševní zdraví, zejména pak naplnění veškerých potřeb lidí s duševním onemocněním. Důležitá je i pomoc během zotavení člověka s cílem dosáhnout plnohodnotného zapojení do zpět do společnosti
- Větší a řádnější rozvoj lůžkové, komunitní a ambulantní péče o pacienty
- Multidisciplinární spolupráce – nutnost provázání služeb na úrovni zdravotně-sociálního pomezí
- Vytvořit systém civilního bydlení vhodný pro lidi s duševním onemocněním – lze vycházet například z modelu sociálního bydlení či Housing First ¹¹
- Integrace péče o duševní zdraví do primární péče praktických lékařů – ti hrají důležitou roli v odkrývání duševních onemocnění (identifikace depresivních, úzkostných či psychosomatických poruch).

(Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, 2020).

¹¹ Koncept, který s sebou nese úspěšnou formu boje s bezdomovectvím. Za cílovou skupinu můžeme považovat i lidi s vážným duševním onemocněním. Pro udržení bydlení je potřeba velká míra podpory ze strany sociálních pracovníků a dalších profesionálů. Výzkumy ukazují, že tento koncept efektivně pomáhá osobám, které jsou ohroženy ztrátou bydlení (Housing First v ČR, 2017).

Příloha B – Sedm zásad zdravé psychohygieny podle organizace Nevypust' duši

1. Pamatujte na svou pohodu

V první fázi bychom si měli uvědomit, zda máme dostatek spánku, chodíme na čerstvý vzduch a zda jíme vyváženou stravu. Všechny tyto faktory ovlivňují naše duševní zdraví, a proto je dobré na ně myslet. Výzkumy považují za ideální spát 7 až 9 hodin denně, velmi účinné je nastavení si rutiny – snažit se chodit spát a vstávat ve stejnou dobu. Chodit ven na denní světlo, může se jednat o kratší vycházku do přírody. Co se týče stravy, není nutné si odepírat veškeré nezdravé potraviny, ale spíše do svého jídelníčku zařadit více ovoce a zeleniny.

2. Pohybujte se

Najít si nějakou fyzickou aktivitu, která člověka bude bavit, považují odborníci za velmi klíčové. Nemusí jít nutně o vrchový sport, podstatou je naučit se poslouchat své tělo a dopřát mu to, co mu dělá dobře. Opět se může jednat o procházky do přírody, jógu či běh. Ideálně bychom měli věnovat této aktivitě přibližně 30 min denně ve zvýšené tepové frekvenci.

3. Udělejte si čas na své myšlenky a pocity

Žijeme v digitálním světě a jsme neustále obklopeni obrazovkami, ať už televizními, počítačovými či telefonními. Naučme se je každý den na nějakou dobu vypnout. Spousta lidí má tendenci u této elektroniky odpočívat, avšak nejedná se o pravý odpočinek. Když k tomu připočteme modré světlo, které monitory vyzařují a negativně ovlivňují náš spánek, naše duševní zdraví může dostat pořádně zabrat.

4. Bud'te součástí skupiny

Věnujme čas lidem, se kterými se cítíme dobře, jejichž přítomnost je pro nás osvobozující. Dlouhotrvající výzkum na Harvardské univerzitě ukázal, že obecně nejspokojenější a nejšťastnější lidé jsou ti, kteří pečují o své blízké a záleží jim na jejich vzájemném vztahu. Pro sdílení radostí, ale i starostí je pro nás prospěšné se obklopot lidmi, kteří s námi tyto situace chtějí prožívat a kteří jsou ochotni nám pomoci v případě nouze.

5. Mějte realistická očekávání od svých nálad

Během procesu seberozvoje bychom se měli naučit pracovat se svými emocemi a náladami. Samozřejmě, že každý máme občas špatnou náladu, a ne vždy se nám ve všem daří. V případě, že tato špatná nálada přetrvává již několik týdnů a vměšuje se do osobního či pracovního života, nenecháme si to pro sebe a vyhledejme odbornou pomoc. Je to to nejlepší, co pro sebe můžeme udělat.

6. Nastavte si dosažitelné cíle

Nastavme si v životě cíle, kterých jsme schopni dosáhnout, které nás motivují, ale nepohlují. Pokud si nastavíme zpočátku cíl velký, nebudeme schopni jej dosáhnout, což povede k frustraci a budeme se cítit zdaleka ještě hůř. U příliš malých cílů nemusíme být naopak dostatečně motivováni. Primární je tedy si zvolit takové cíle, které jsou reálné a dosažitelné.

7. Buďte na sebe hodní

Pokud se dostaneme do krizové situace, zkusme soustředit mysl na svůj dech. Pokusme se k sobě mluvit přívětivě, laskavě, ohleduplně, nebuďme na sebe příliš přísní. Hovořme k sobě stejným tónem, jako kdybychom hovořili k nejlepšímu příteli.

Pracovníci z neziskové organizace Nevypust' duši dále připomínají, že je naprosto přijatelné a běžné, pokud se nám nedaří plnit všechny výše zmíněné zásady. Mnohem důležitější je tyto zásady držet v paměti. Doporučují si zvolit jednu, která nám dává smysl a cítíme, že bychom na ní chtěli zapracovat.

(Nevypust' duši: O nás, 2021).

Příloha C – Deset způsobů, jak posílit své sebevědomí:

1. Zbavte se negativních lidí ve svém životě

Říká se, že jsme průměrem a výsledkem 5 lidí, se kterými nejvíce trávíme čas. Tito lidé mají vliv na náš život, sebevědomí, návyky, myšlení apod. Ovlivňování se děje na podvědomé i vědomé úrovni. Proto bychom se měli spíše obklopotovat pozitivními lidmi, kteří nás budou v různých směrech inspirovat a podporovat, a vzdát se lidí, kteří nás shazují, ponižují a nevěří v nás.

2. Postavte se svému strachu a překonejte ho

Strach je považován za nejčastější faktor bránící člověku v tom být opravdu sám sebou, splnit si sny a být úspěšný. Strach není skutečný ani hmotný, hnízdí pouze v naší hlavě, je to limit, který jsme si sami nastavili a který můžeme mít plně pod kontrolou. Pokaždé, když se nám podaří svůj strach překonat, posouvá se hranice naší mysli a sebevědomí bude úměrně růst. Stává se z nás sebevědomější a odvážnější osoba plná života.

3. Vnímejte selhání jako součást růstu

Častou reakcí na neúspěch a selhání je rezignace. Následné podceňování se a výčitky se odráží na našem sebevědomí a sebedůvěře. Je třeba si připomenout, že za každým úspěchem stojí několik selhání a chyb, ze kterých máme možnost se přiučit něco nového. *„Každé selhání, chyba, problém, nebo překážka je příležitost pro růst. Nezapomeňme, že s jakým postojem k tomuto přistupujeme, takovou realitu si vytváříme. Proto nedovolme, aby nějaké selhání, překážky nám stály v cestě k dosažení cíle, nebo hůř v nás vyvolávaly, nebo prohlubovaly pocit méněcennosti, nebo nízkého sebevědomí.“*

4. Sebeláska a způsob myšlení k sobě samému

Sebevědomí má úzkou souvislost se sebeláskou a prakticky se jedná o tentýž význam. V momentě, kdy začneme pracovat na pozitivním vztahu k sobě samému, zvýší se i naše sebevědomí a vnitřní hodnota. Za důležité se považuje přijmutí sebe samého i se všemi i negativními stránkami. Naučme se k sobě hovořit přívětivě a s respektem, sami se pochvalme i za malé úspěchy a budme na sebe pyšní za to všechno, co jsme v životě již dokázali.

5. Vděčnost jako nástroj ke štěstí

Pokud neustále cítíme, že nám v našem životě něco chybí, zaměřujeme se na nedostatek, máme pocit, že nám nestačí to, co již máme, začne se to projevovat ve všech aspektech našeho života. Vděčnost je velmi silná emoce a také velmi účinný nástroj pro budování sebevědomí. Existuje jisté cvičení vděčnosti, díky kterému jsme schopni změnit dynamiku energie. *„Když se vědomě snažíme všimnout si a být vděční za konkrétní pozitivní aspekty našeho života, které jsou v našem životě každý den, nakonec začneme věřit, že náš život je opravdu úžasný a skvělý. Když jsme vděční za vše, co máme, začneme se po nějaké době cítit, že jsme v proudu hojnosti a přichází úžasně věci, prostředky a lidi do našeho života. Ten pocit hojnosti nás povede k místům a zkušenostem, kde tato hojnost může růst a naplňovat náš život.“*

6. Uzdravte svou minulost

Říká se, že zdravý strom se zdravě vypadající korunou není zdravý, pokud má nemocné kořeny. Naše minulost jsou naše kořeny. Musíme je uzdravit, poučit se z chyb minulých, přijmout je a opustit je. Naučme se odpustit všem, kteří nám nějakým způsobem v minulosti ublížili, zbavme se negativních přesvědčení o sobě samém, o svých schopnostech a dovednostech. Je to očišťující proces, který nám pomůže znovu nabýt sebevědomí a my tak vytvoříme novou zdravou budoucnost. V současné době existuje několik kurzů a psychoterapií, které nabízejí člověku pomoci zpracovat určitá traumata z dětství.

7. Přestaňte se trápit tím, co si o Vás myslí ostatní

Být autentický je pro sebevědomí jedna z nejdůležitějších věcí. Měli bychom se zbavit všech iluzí, které k nám promlouvají a snaží se nám říct, jací bychom měli být, s kým bychom se měli přátelit a jak bychom se měli chovat. V souvislosti s tím zkusme přestat řešit to, co si o nás pomyslí ostatní, žijeme svůj život, ne jejich. Osvobodme se od těchto negativních vlivů. Jak se říká, netrapme se tím, co si o nás myslí ostatní – oni mají už dost práce s tím, co si myslíme o nich.

8. Nikdy se nesrovnávejte s ostatními

Chyba, kterou dělají převážně adolescenti, je srovnávání se s ostatními vrstevníky. Toto nezdravé porovnávání je třeba co nejdříve odbourat. Opět existují různé

psychoterapie, které mohou být v tomto ohledu velice nápomocné. Je třeba si uvědomit fakt, že vždy tady bude někdo chytřejší, vzhledově atraktivnější a šikovnější, než jsme my. Z toho ale nevyplývá, že naše osoba by byla horší či dokonce špatná. Jediné zdravé porovnání je srovnávání se s naším minulým já. Pracujme na tom být každý den o něco lepší, překonávejme své včerejší já. To je přesně ten růst, který potřebujeme.

9. Naučte se novou dovednost

Když vyzveme sami sebe k tomu, abychom se naučili nové věci, naše sebevědomí nám bude vděčné. Tzv. výstup z komfortní zóny je jedna z nejlepších technik posilnění sebevědomí vůbec. Rozvíjme své silné stránky. Díky tomu zjistíme, že toho zvládneme mnohem více, než jsme si kdy mysleli a ve finále zjistíme, že jsme schopni zvládnout vše a mnohem víc.

10. Začněte si plnit malé cíle

Klíčem k úspěchu je rozdělit si své cíle na menší úseky a zaměřit se na ně. Opět se dostáváme k tomu, že pokud bychom svou pozornost zaměřili na příliš velký cíl, začneme se cítit demotivováni. Pokud tyto malé úseky začneme postupně plnit a pochválíme se za každý malý pokrok, naše sebevědomí a sebedůvěra opět povyroste.

(Sebevědomí – jak si zvýšit víru v sebe, 2019).