

Univerzita Karlova
Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Alena Vrbová, DiS.

**PSYCHICKÉ POTÍŽE / DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ
JAKO TÉMA VŠEOBECNÉ PRIMÁRNÍ PREVENCE
V PROSTŘEDÍ ŠKOLY**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Miroslava Janoušková, Ph.D.

Praha 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Čivčicích dne 23. prosince 2018

Bc. Alena Vrbová, DiS.

Poděkování

Psaní diplomové práce by se v mém případě dalo v některých momentech nazvat doslova rizikovým chováním. Nejenže jsem okusila mnoho podob psychické krize, ale sklouzávala jsem například i k nadměrnému přijímání potravy. Naštěstí jsem byla v copingových strategiích nakonec aktivní a zaměřená „na problém“ a vyhledání pomoci (help-seeking) tak proběhlo včas a úspěšně. S radostí totiž mohu na tomto místě poděkovat všem těm, bez nichž by moje diplomová práce neznala konce.

Děkuji svým kolegům a přátelům. Drahušce za podporu v přemáhání počáteční prokrastinace, Lence za technickou pomoc, Jitce a Martinovi za motivaci vytrvat až do konce, Jirkovi za odborné psychiatrické rady.

Děkuju svým respondentkám a respondentům za čas, který mi věnovali, za otevřenost a upřímnost, kterou se mnou v rámci rozhovorů sdíleli.

Děkuji své rodině za psychickou odolnost, toleranci a trpělivost. Lubošovi za technickou podporu a „udržování klidu“, Apolence a Magdalence za pravidelné monitorování toho, „kolik ještě stránek zbývá do konce“.

Mgr. Martině Matusškové děkuji za dohled nad užíváním jazyka českého.

V neposlední řadě děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. et Mgr. Miroslavě Janouškové, PhD. za ochotu, vlídnou přísnost, odbornost, nadhled a zájem o téma, se kterými mě skrze všechny kapitoly práce trpělivě provázela.

OBSAH

ABSTRAKT

I. ÚVOD..... 1

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	6
1.1. Coping – vyrovnávání se s duševním onemocněním, jeho zvládnání	7
2. ADOLESCENCE	10
3. DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A ONEMOCNĚNÍ V ADOLESCENCI.....	11
3.1. Duševní onemocnění vs. psychické potíže – jaký je v tom rozdíl?	12
3.2. Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství	15
3.2.1. Deprese v dospívání.....	16
3.2.2. Sebepoškozování v dospívání.....	18
3.2.3. Suicidalita v dospívání.....	18
3.2.4. Úzkostné poruchy v dospívání.....	19
3.2.4.1. Panická úzkostná porucha.....	20
3.2.4.2. Sociální fobie	20
3.2.5. Schizofrenie v dospívání.....	21
3.2.6. Bipolární porucha v dospívání.....	21
3.2.7. Poruchy příjmu potravy v dospívání.....	22
3.2.8. Užívání návykových látek v dospívání.....	22
3.2.9. Souhrnný přehled symptomů poukazujících na duševní onemocnění u dospívajících.....	23
3.3. Souvislost psychických potíží a rizikového chování adolescentů.....	24
4. STIGMA.....	25
4.1. Diagnóza jako sociální stigma	25
4.2. Sebestigmatizace	27

4.3.	Snižování stigmatizace ve společnosti (destigmatizace).....	28
4.4.	Snižování stigmatizace a prevence.....	28
4.5.	Stigma a včasné vyhledání pomoci (help-seeking)	30
5.	PREVENCE.....	30
5.1.	Vymezení prevence	31
5.2.	Duševní hygiena	33
5.3.	Vývoj školské primární prevence v ČR	35
5.4.	Současný systém školské primární prevence v ČR.....	36
5.4.1.	Horizontální a vertikální úroveň koordinace primární prevence	36
5.5.	Primární prevence ve škole	37
5.5.1.	Programy primární prevence ve vztahu k duševnímu zdraví – nemoci.....	39
5.5.1.1.	Zipyho a Jablíkovi kamarádi.....	40
5.5.1.2.	Jak se pozná, že už (jsem) se zbláznil.....	41
5.5.1.3.	Blázníš? No a!	41
5.6.	Evaluační programů primární prevence.....	43
5.7.	Zapojení lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním.....	44
	do poskytování podpory	45
	do preventivních a destigmatizačních programů	45
6.	DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ	47
6.1.	Rizikové chování ve vztahu k prevenci.....	47
7.	FORMY RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ A JEJICH SOUVISLOST S PSYCHICKÝMI POTÍŽEMI.....	49
7.1.	Závislosti a poruchy příjmu potravy	50
7.2.	Záškoláctví a šikana	51
7.3.	Rasismus a xenofobie.....	51
7.4.	Problematika sekt	51
8.	ZAJIŠŤOVÁNÍ KVALITY VE ŠKOLSKÉ PRIMÁRNÍ PREVENCÍ	52

8.1. Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů školské primární prevence rizikového chování.....	52
8.2. Jak poznáme efektivní program primární prevence	54
9. PRIMÁRNÍ PREVENCE A NÁVAZNOST.....	55
9.1. Podporované vzdělávání	58
9.2. Včasná intervence	61

III. METODOLOGIE

10. METODIKA VÝZKUMU.....	63
10.1. Kvalitativní strategie výzkumu.....	63
10.2. Technika sběru dat – rozhovor	64
10.3. Popis vzorku respondentů a terénu.....	64
10.4. Operacionalizace	66
10.4.1. Přehled dílčích výzkumných otázek.....	66
10.4.2. Operacionalizace dílčích výzkumných otázek	66
10.5. Návrh scénáře rozhovoru.....	68

IV. EMPIRICKÁ ČÁST

11. PRŮBĚH SBĚRU A ANALÝZY DAT	69
11.1. Sběr dat.....	69
11.2. Průběh analýzy dat	71
12. INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	72
12.1. Znalosti – informace z oblasti duševního zdraví – duševních nemocí.....	72
12.1.1. Co to je?	72
12.1.2. Osobnost, temperament.....	73
12.1.3. Somatické projevy.....	74
12.1.4. Zkušenost s duševním onemocněním v rodině	74

12.1.5.	Ve škole „ani zmínka“.....	76
12.1.6.	Dílčí závěr	76
12.2.	Coping.....	77
12.2.1.	Útěkárky a útěkáři	78
12.2.2.	Sociální opora.....	79
12.2.3.	Zapojovat hlavu!.....	81
12.2.4.	To nemůžu udělat!.....	81
12.2.5.	Když psychická bolest nestačí.....	82
12.2.6.	Jídlo jako zhmotněná forma lásky.....	83
12.2.7.	Dílčí závěr	84
12.3.	Help-seeking	85
12.3.1.	Pomoc – ale s čím?.....	85
12.3.2.	Na pomoc? – Příliš mladá!	86
12.3.3.	Stigmatizační guláš s předsudky	87
12.3.4.	To to trvalo	89
12.3.5.	Dílčí závěr	90
12.4.	Vliv na studium.....	91
12.4.1.	Blázne! Šprte!.....	92
12.4.2.	Diskriminace na plný pecky	94
12.4.3.	Dílčí závěr	94
12.5.	Rizikové chování	95
12.5.1.	Role rodičů ve vztahu k rizikovému chování.....	95
12.5.2.	Záškoláctví	97
12.5.3.	Alkohol.....	99
12.5.4.	Poruchy příjmu potravy a sebepoškozování.....	100
12.5.5.	Dílčí závěr	101
12.6.	Primární prevence.....	102

12.6.1.	Dílčí závěr	105
---------	-------------------	-----

IV. ZÁVĚR

13.	VÝSLEDKY EMPIRICKÉ ČÁSTI.....	107
13.1.	Zodpovězení hlavní výzkumné otázky	107
14.	Doporučení pro nastavení speciálního standardu pro oblast primární prevence psychických potíží / duševního onemocnění.....	112
	Témata v primární prevenci zaměřené na oblast duševního zdraví a nemoci.....	113
	Práce s příběhem	114
	Lektoři preventivního programu (preventisté)	115
	Role pedagoga.....	116
15.	SLOVO ZÁVĚREM.....	117
16.	Seznam použitých zkratk	
17.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	
18.	SEZNAM PŘÍLOH	
	Příloha č. 1 – Výčet destigmatizačních aktivit v ČR	
	Příloha č. 2 – Varovné příznaky duševních onemocnění u dětí a dospívajících	
	Příloha č. 3 - Výčet legislativy, která definuje primární prevenci rizikového chování	
	Příloha č. 4 - Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů školské PP RCH	
	Příloha č. 5 - Formulář - Informovaný souhlas – pro účastníky kvalitativního výzkumu	
	Příloha č. 6 – Návrh témat pro polostrukturovaný rozhovor	
	Příloha č. 7 – Projekt diplomové práce	

ABSTRAKT

Diplomová práce je věnována oblasti psychických potíží / duševních onemocnění jako možnému tématu všeobecné primární prevence ve školním prostředí. Upozorňuje na téma duševního zdraví a nemoci jako na oblast, která není v rámci primární prevence v našich podmínkách systémově komplexně řešena a není jí věnována taková pozornost, jakou by si zasloužila. V teoretické části jsou nejprve vymezeny základní pojmy, jakými jsou duševní zdraví a onemocnění, rizikové chování, stigma a prevence. Pozornost je zaměřena na období adolescence a pohledu na možné souvislosti mezi rizikovým chováním a psychickými potížemi/onemocněními. Teoretická část práce dále přibližuje copingové strategie dospívajících a oblast všeobecné primární prevence rizikového chování v současném pojetí MŠMT, včetně zajišťování a kontroly kvality a efektivity programů. V krátkosti je pojednáno o návazné péči – podporovaném vzdělávání a včasné intervenci.

Práce si klade za cíl zmapovat potřeby mladých lidí se zkušeností s duševním onemocněním ve vztahu k primární prevenci a přinést doporučení pro začlenění tématu duševního zdraví a nemoci do stávajícího systému primární prevence. Metodologie je založena na kvalitativní strategii výzkumu. Byly realizovány polostrukturované rozhovory s jedenácti respondenty-peer pracovníky, zaměstnanými na pozicích peer konzultantů a peer lektorů v sociálních službách pro lidi s duševním onemocněním.

Výsledky empirického výzkumu poukázaly na potřebu dostupnosti informací, otevřené komunikace v rodinách a školách a sociální opory vůbec, dále na potřebu posilování sebevědomí, sebedůvěry a pozitivního sebehodnocení dospívajících, podporu v osvojování vhodných copingových strategií tak, aby v případě potřeby docházelo k včasnému vyhledání pomoci. To všechno by mělo probíhat v prostředí, kde nepanují předsudky a diskriminace. Z výsledků výzkumné části vyplývá, že potřeba destigmatizace je vedle dostupných informací a sociální opory nutnou součástí primární prevence.

Klíčová slova: adolescence – psychické potíže – duševní onemocnění – primární prevence – primární prevence – rizikové chování – coping – help-seeking – stigma – destigmatizace

ABSTRACT

The diploma thesis is devoted to the area of mental health problems / mental illnesses as a possible topic of general primary prevention in the school environment. It points out, that the mental health and illness is not being systematically solved. In the area of primary prevention is not given the kind of attention it deserves. In the theoretical part, basic notions are defined first, such as mental health and illness, risk behavior, stigma and prevention. The focus is on the period of adolescence and the perspective of possible links between risky behaviors and mental health problems/illnesses. The theoretical part of the work is also centered on the coping strategies of adolescents and the area of general primary prevention of risk behavior in the current concept of the Ministry of Education. That includes ensuring and controlling the quality and effectiveness of primary prevention programs. In brief, follow-up care - supported education and early intervention is discussed.

The aim of the work is to map the relation of the needs of young people with mental illnesses and primary prevention. In addition, the findings will be a base for recommendations how to incorporate the topic of mental health and illness into the existing system of primary prevention. The methodology is based on a qualitative research strategy. Semi-structured interviews were conducted with eleven respondents working as peer consultations and peer educators in social services for people with mental illness.

The results of empirical research have highlighted the need for available information, open communication within their families and schools, and social support over all. In order to find help early, it has been proven that strengthening self-confidence and positive self-esteem of teenagers is essential as well as providing support in the adoption of appropriate coping strategies. All this should happen in an environment, where no prejudice or discrimination exists. The results of the research section show that the demand for destigmatization is a crucial part of primary prevention as an additional layer to available information and social support.

Key words: adolescence – mental health problems – mental illness – primary prevention – risk behavior – coping – help-seeking – stigma – destigmatization

I. ÚVOD

Měla by mít primární prevence psychických potíží/duševních onemocnění svoje jisté místo v současně nastaveném systému školské primární prevence MŠMT?

Jsou témata velkého strachu, úzkostí, dlouhotrvajících pocitů marnosti apod. méně riziková než témata, která nalezneme ve zpracovaných dokumentech závazných pro školství souhrnně pod pojmem „rizikové chování“?

A jaké jsou potřeby žáků a studentů druhého desetiletí 21. století právě ve vztahu k prevenci?

Možná začínám svoji diplomovou práci poněkud netradičně, výše uvedenými otázkami. Jsou to otázky, které mi přicházely na mysl během mé praxe a studia, v návaznosti na to pak také pochopitelně v souvislosti s přemýšlením o tématu vlastní diplomové práce. Zdá se, že potřebuji nějak nahradit původní pracovní název své práce¹, který nejen, že by se nevešel na desky, ale málokdo, kdo se o moji práci zajímal, jej vydržel poslechnout až do konce. Vedle toho jsem se nakonec sama smířila s tím, že práci musím skutečně rozepsat, a že se celé moje poselství do jejího názvu nevejde. O to a o odpovědi na položené otázky se pokusím v následujících řádcích.

Duševní zdraví je podstatnou součástí duševní pohody (well-being) a kvality života, a má tak velký vliv i na zdraví fyzické. Problematika duševního zdraví a nemoci představuje ve 21. století jednu z největších zátěží lidské společnosti. Tyto skutečnosti mě, jak už jsem předslala, jako jedny z mnohých důležitých vedly k volbě tématu diplomové práce.

Další skutečností, kterou v úvodu práce nemohu opomenout, je poznatek, že duševnímu zdraví a nemoci jako celku není věnována systémová pozornost ze strany Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky (MŠMT). A to přesto, že má MŠMT v současnosti vytvořeny a propracovány metodické pokyny primární prevence jednotlivých forem rizikového chování dětí a mládeže a pravidelně od porevoluční doby zpracovává strategie a akční plány pro zajišťování a realizaci programů primární prevence na další období (tří až pětiletá). Poskytovatelé primární prevence (nejčastěji NNO) podle daných

¹ Primární prevence duševního onemocnění jako rovnocenná oblast pro zahrnutí do systémového přístupu ke všeobecné primární prevenci v prostředí základních a středních škol spadající pod resort MŠMT.

standardů postupují, aby obdrželi certifikaci odborné způsobilosti a jejich programy mohly být školám doporučovány a zároveň také ze strany MŠMT finančně podporovány.²

Spolu s tím je potřeba zmínit, že v současné době je v běhu reforma psychiatrické péče. Ta se započala v roce 2013 a její průběh je nastíněn v dokumentu s názvem Strategie reformy psychiatrické péče. Reforma v období 2014–2024 počítá s naplněním několika cílů. Primární prevence, ke které se tato diplomová práce vztahuje, se dotýká, řekla bych pouze okrajově, cíle dva. A to:

cíl č. 2: omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně;

cíl č. 4: zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci (MZČR, 2013).

Jak se ve Strategii uvádí: „Včasné diagnostice skryté psychiatrické nemoci můžeme napomoci prostřednictvím speciálních workshopů o duševním zdraví pro děti ve školách (nebo v rizikových prostředích – dětských domovech, ústavech apod.)“ (MZČR, 2013). Dalším z definovaných cílů v tomto dokumentu je: „Každý má rovné právo realizovat svoji duševní pohodu v kterémkoli věku a toto právo je zajištěno zvláště těm, kteří jsou nejvíce zranitelní nebo ohrožení.“ Z něj vyplývají následující úkoly: „vývoj a implementace programů zaměřených na prevenci suicidalitu, vývoj a implementace kvalitních programů prevence ve školách, stimulace zaměstnavatelů k vývoji a implementaci preventivních programů na pracovištích, zajištění nízkoprahových služeb včasné intervence pro staré lidi“ (MZČR, 2013). Velká pozornost je v rámci Reformy zaměřena na vznik Center duševního zdraví (CDZ). Od nich jsem si zpočátku slibovala, že systematicky zastanou i roli poskytovatelů primární prevence zaměřenou na školy, a tedy dospívající populaci. Prevence se CDZ však budou dotýkat jen částečně, a to zejména formou poskytování prevence zdravotnické. Užitečnou podpůrnou roli z pohledu primární prevence pak podle mého názoru zastane projekt „Destigmatizace“, a to právě programy na snižování stigmatu. Zároveň jen na okraj zmíním, že Vláda v rámci implementace *Národní strategie Zdraví 2020* odsouhlasila 13 akčních plánů. Účelem této strategie, kterou podpořila i Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, je stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a spuštění účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení

² Ředitelé školy, ač jsou povinni programy primární prevence zajistit, ne vždy tomu patřičně uzpůsobí rozpočet školy.

zdravotního stavu populace. Mezi schválené akční plány patří dokument Akční plán č. 3: Duševní zdraví 2013–2020³.

Otázku „Jaké jsou potřeby žáků a studentů druhého desetiletí 21. století ve vztahu k primární prevenci?“ ve mně vzbudila skutečnost, která mě k výběru tématu diplomové práce vedla v neposlední řadě. A tou je sice to, že jsem se sama od roku 1997 realizaci primární prevence rizikového chování zabývala. Jako lektor primární prevence drogových závislostí jsem nejčastěji pracovala s cílovou skupinou žáků 2. stupně základních škol, jejich pedagogy a také rodiči. V té době se již jednalo o program dlouhodobý a komplexní, tedy takový, ve kterém se nevěnovala pozornost pouze návykovým látkám, ale u žáků jsme posilovali základní dovednosti (komunikaci, řešení konfliktu, odmítání), zabývali jsme se tématem životních hodnot, prostor byl věnován posilování sebevědomí a v neposlední řadě samozřejmě i formování postojů dětí žádoucím směrem ve vztahu k drogám. Nezapomínalo se ani na tzv. „ostatní formy rizikového chování“ (např. šikanu, xenofobii, rasismus, rizikové sexuální chování), v té době (rok 1998) však byly zahrnuty pod termín „sociálně patologické jevy“.

V současné době se během své profese setkávám (od roku 2007) s mladými lidmi, kteří studují střední nebo vysokou školu a zkušenost s duševním onemocněním již mají nebo se s ním začnou potýkat právě v průběhu studia. V době, než jsem získala zkušenosti s podporou zmíněné cílové skupiny studentů, jsem věřila tomu, že dlouhodobý komplexní program všeobecné primární prevence, který jsem sama řadu let realizovala a podílela se na jeho koordinaci, je skutečně komplexní. Komplexností tady myslím zahrnutí všech možných „rizik“. Vedle toho také nezbytnost toho, aby alespoň na minimální úrovni probíhala a fungovala také spolupráce se školou i rodinou, samozřejmě. Školy jsem v té době (2007) také začala navštěvovat se seminářem, který jsme v Ledovci⁴ nazvali „Jak se pozná, že už (jsem) se zbláznil/a“ a o pár let později (2015) jsme se zapojili také do projektu

³ World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: WHO, 2013. Tento akční plán duševního zdraví byl přijat na 66. Světovém zdravotnickém shromáždění WHO 19. září 2013.

⁴ Ledovec, z. s. – nestátní nezisková organizace se sídlem v Ledcích u Plzně a Poradenským centrem v Plzni. Byla založena v roce 2001. V současné době poskytuje 5 registrovaných sociálních služeb. Jejím posláním je nabízet lidem s duševním onemocněním a/nebo mentálním handicapem z plzeňského regionu podporu při udržování a zlepšování kvality jejich života v běžných podmínkách. Provozuje webový portál www.zotaveni.cz a Pomocnou školu Ledovec. Realizuje veřejné akce na podporu destigmatizace lidí s duševním onemocněním pro veřejnost, podporuje sociální firmy (např. Garden Gang, s.r.o.), CHRC (Club House a Recovery College) v Plzni a možná jste měli štěstí potkat se s Cirkusem Paciento. Více na www.ledovec.cz.

„Blázníš? No a!“⁵, který z Německa převzal a realizuje (spolu s dalšími organizacemi v ČR) Fokus Praha.⁶ Ve školním prostředí se setkávám s dospívajícími, kteří se začali cítit nekomfortně ve své třídě (škole), neumějí svůj stav pojmenovat a často nemají ve svém okolí nikoho, s kým by byli schopni o svých potížích mluvit, pokud by věděli jak. Nezřídka pak raději zůstávají doma a předčasně a zbytečně ukončují studium či přecházejí (i opakovaně) na jinou školu v domnění, že je to to správné řešení psychické (a většinou zároveň i fyzické) nepohody. Stále častěji v rámci seminářů a poskytování služby podporované vzdělávání⁷ narážíme na problematiku úzkostí nebo sociální fobie, a to častěji než na poruchy příjmu potravy, již oficiálně zahrnuté do primární prevence rizikového chování. Jedinci v těchto situacích nevědí, co se s nimi děje, neví, co mají dělat, nezřídka jsou na svá trápení zcela sami a bývají stigmatizováni. Jejich problémy jsou pro okolí těžko definovatelné, někdy zlehčovány nebo zaměňovány za somatická onemocnění.

V samém úvodu práce zmiňuji některé z otázek, které mě přivedly k tématu diplomové práce. Přibližují čtenáři oblasti pozornosti mého zájmu týkající se primární prevence duševního onemocnění u dospívajících. Nejsou to však přímo otázky výzkumné, (i když k výzkumné otázce, na níž si kladu za cíl najít odpověď, mají blízko). Nehledejme na ně tedy odpovědi ve výzkumné části práce. Na stanovené otázky však reaguji v části teoretické – přibližuji čtenáři problematiku primární prevence na poli MŠMT a objasňuji to, co se v rámci primární prevence počítá mezi rizikové chování. Rizikovosti některých typů chování se věnuji s ohledem na jejich počátek, který se vztahuje právě nejčastěji do období adolescence (podobně jako počátek psychických potíží a samotných duševních onemocnění). Spojitost obou jevů – *psychických problémů* a *rizikového chování* se tady více než nabízí. Přitom prvním z nich (psychickým problémům) není na poli primární prevence věnována systematicky a komplexně taková pozornost, jak je tomu u okruhů jednotlivých forem rizikového chování. Právě proto jsem se rozhodla se ve výzkumné části zaměřit na potřeby lidí se zkušeností s duševním onemocněním ve vztahu ke školní primární

⁵ Podrobněji o programu BNA dále v textu – kapitola 5.5.1.

⁶ Fokus Praha, z. ú., – nestátní nezisková organizace, která vznikla v roce 1990. Jejím posláním je podpora lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Pro tyto lidi nabízí komplexní komunitní péči v neustavných podmínkách. (www.fokus-praha.cz)

⁷ „Podporované vzdělávání je služba pro mladé lidi s psychickými problémy nebo duševním onemocněním, jejich blízké a pedagogické pracovníky, která je poskytována prostřednictvím podpůrné sítě zdravotnických, sociálních a pedagogických institucí“ (www.ledovec.cz). Služba byla zavedena a pilotně ověřována v Ledovci, z. s., od roku 2007. V současné době je i nadále poskytována mladým lidem (a jejich rodičům, pedagogům,…) v rámci sociální služby Sociální rehabilitace Ledovec. Více o službě na www.ledovec.cz a www.normalnestuduju.cz

prevenci. Přestože respondenty tohoto výzkumu nejsou lidé v adolescentním věku, k tomuto období se s nimi v rozhovorech vracím. Zajímám se o jejich zkušenost s preventivními programy a o to, jaké potřeby jim v tomto období vzhledem k psychickým potížím, se kterými se potýkali, nebyly naplňovány.

V TEORETICKÉ ČÁSTI nejprve přibližuji pojmy duševní zdraví a duševní nemoc a vysvětluji s nimi související termíny coping a help-seeking. Dotýkám se pojmů adolescence, stigmatu, sebestigmatu, stigmatizace a destigmatizace, rizikového chování a jeho souvislostem s psychickými potížemi, školní primární prevenci. Podrobněji se zastavuji u poruch chování a emocí, které se v dětství a dospívání objevují nejčastěji. Zaměřuji se blíže na pojetí primární prevence v systému MŠMT na její evaluaci a znaky efektivity. Odkazuji na dokument *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování* (dále jen Standardy) a samotný proces certifikací odborné způsobilosti poskytovatelů primární prevence rizikového chování. V poslední kapitole teoretické části se zabývám tzv. návaznou péčí, která je po realizovaných programech primární prevence u adolescentů nezřídka potřebná.

V PRAKTICKÉ ČÁSTI zpracovávám vlastní kvalitativní výzkum zaměřený na potřeby lidí se zkušeností s duševním onemocněním ve vztahu právě k primární prevenci duševního onemocnění.

V ZÁVĚRU práce se věnuji odpovědi na stanovenou výzkumnou otázku, a navrhuji doporučení ke speciálnímu standardu pro uchopení oblasti pro primární prevence duševního zdraví a nemoci v prostředí školy.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Je bezpochyby, že duševní zdraví je základním kamenem celkového zdraví člověka. Společně se zdravím fyzickým jsou stěžejní sociální a ekonomickou hodnotou. Pokud jsme zdraví, umožňuje nám to činit vedle „být zdravý“ i jiné další aktivity. Mám na mysli chodit do školy, do zaměstnání, pracovat, věnovat se svým zájmům, případně založit rodinu, vychovat své potomky, pěstovat mezilidské vztahy.

Již v roce 1946 definovala zdraví Světová zdravotnická organizace takto: „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“ Duševní zdraví pak definuje v současnosti Světová zdravotnická organizace jako: „stav pohody (well-being), kdy každý jedinec realizuje svůj vlastní potenciál, dokáže se vyrovnat s běžnými životními stresy, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen přispívat své komunitě.“⁸

Duševní onemocnění představují v rozvinutých zemích dle údajů WHO a Světové banky největší společenskoekonomickou zátěž (duševní onemocnění 22,0 %, kardiovaskulární choroby 20,4 %, nádorová onemocnění 13,7 %). Počet pacientů přicházejících do psychiatrických ambulancí v ČR se od roku 2000 do roku 2007 zvýšil o více než jednu třetinu. Největší nárůst byl zaznamenán u poruch nálady (o 109 %) a neurotických obtíží (o 53 %) (Raboch a Wenigová, 2012).

Výskyt duševních onemocnění stále narůstá i v naší populaci. Vyplývá to z dostupných statistických dat. V roce 2016 vyhledalo v ČR pomoc psychiatra 641 663 lidí, to je téměř o 30 000 osob více než v roce předchozím.⁹ „Nejčastějšími diagnózami, pro které byli ošetřeni pacienti v psychiatrických ordinacích, byly stejně jako v předešlých letech neurotické poruchy (40 % z celkového počtu léčených pacientů) a afektivní poruchy (18 %). Dalšími častými poruchami, které byly u pacientů diagnostikovány, byly organické duševní poruchy (12 %), schizofrenie (8 %) a poruchy vyvolané návykovými látkami (7 %)“ (ÚZIS, 2016).

Duševní onemocnění jsou řazena mezi onemocnění civilizace a často začínají právě v dětství, dospívání nebo rané dospělosti. Problematikou duševních onemocnění v adolescenci se budu zabývat v kapitole 3.

⁸ Vlastní překlad – http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

⁹ Pro srovnání: V roce 2006 bylo na psychiatrických pracovištích ošetřeno 458 500 pacientů (ÚZIS, 2006).

Následující dvě podkapitoly budou věnovány oblasti vyrovnávání se s psychickými potížemi/problémy, zvládání zátěže, která je jejích důsledkem (coping) a také se zmíním o problematice ne/vyhledávání pomoci (help-seeking). Oběma pojmům se ve své práci věnuji jen ve stručnosti, jedná se však o podstatná témata, která nemohu v problematice primární prevence a duševních onemocnění u adolescentů vynechat. Jak víme, nevyhledání pomoci či její odsouvání je pro dospívající (podobně jako pro všechny ostatní) rizikové (například z hlediska nadužívání alkoholu, zneužívání jiných návykových látek, suicidality, nabalování dalších a dalších problémů (nejen psychických, ale i souvisejících fyzických, vztahových, sociálních a ekonomických). Literatura dokládá, že čím delší je trvání epizody duševní nemoci v adolescenci, tím se zvyšuje pravděpodobnost duševní nemoci v období dospělosti (např. Patton et al., 2014).

1.1.Coping – vyrovnávání se s duševním onemocněním, jeho zvládání

Původ slova coping vychází z řeckého *colaphos*, což původně znamenalo úder do ucha při boxu. Dnes je překládáme jako „zvládání zátěže“, podle anglického *to cope* - vyrovnat se s něčím, něco zvládat. Termín se objevuje nejčastěji v následujících spojeních „coping with stress“ – zvládání stresu, „coping with illness“ – zvládání nemoci (Křivohlavý, 1994).

Pro přesnější vymezení copingu můžeme použít dnes již klasickou Lazarusovu definici, která coping charakterizuje jako behaviorální, kognitivní anebo sociální odpověď, vztahující se k úsilí osoby regulovat (ve smyslu minimalizovat, překonávat nebo tolerovat) vnitřní nebo vnější tlaky, napětí vyplývající s transakcí osoby a prostředí (Výrost, Slaměník, 2001:195). Jsou tím míněny požadavky mimořádně vysoké, které mohou člověka značně zatěžovat nebo i převyšovat zdroje, kterými jedinec disponuje. Tato definice bere v úvahu jak požadavky kladené na člověka, tak zdroje jeho sil a možností (Křivohlavý, 1994).

V literatuře se setkáváme také s pojmem „coping behavior“ – „chováním, které slouží ke zvládání požadavků prostředí“. Tento pojem zavedl A. H. Maslow, aby odlišil coping od chování, které vzniká samo pro sebe nebo pro potěšení (Křivohlavý, Baštecká in Baštecká ed., 2009).

Podle Křivohlavého (1994) je coping vyšším stupněm adaptace, uplatňuje se v takových situacích, ve kterých nemáme k dispozici potřebné znalosti a dovednosti.

Obecně platí, že coping zahrnuje behaviorální, kognitivní nebo sociální reakce jedince na zátěžovou situaci s cílem regulovat vnitřní nebo vnější tlaky. Coping je tedy dynamickým neustále se měnícím procesem, nikoli jednorázovou záležitostí. Copingové strategie lze vymezit jako reakce sloužící ke snižování úrovně nežádoucí zátěže, napomáhají k vyrovnávání se s nimi, podporují jejich zvládnutí. Jejich efektivitu je vždy třeba posuzovat v daném kontextu. Autory zřejmě nejznámějšího modelu copingu jsou Lazarus a Folkmanová. Rozlišují 3 základní typy strategií:

a/ strategii zaměřenou na problém (problem-focused coping) – jedná se o takové projevy chování, jakými jsou analýza problému, sestavení plánu postupu, aktivní samostatné jednání; úsilí působit na prostředí, měnit ho;

b/ strategii zaměřenou na emoce (emotion-focused coping) – obsahuje expresivní vyjadřování emocí, reinterpretaci jevů, přijetí situace, ale i popření; úsilí vyplývající z vlastní emocionální reakce, mění se ve směru přiměřeného přijetí situace;

c/ strategii zaměřenou na únik – např. denní snění, spánek, užívání alkoholu nebo drog (Lazarus in Baumgartner, 2001).

Lazarus pak dále uvádí následující 4 kategorie copingových strategií:

- strategii různých druhů činností, posilování vlastních zdrojů síly a zdokonalování schopností boje se stresem.

Pozornost jedince je v tomto případě zaměřena na možnosti přímého ovlivnění aktuálních podmínek.

- strategii útoku na stresor

Jedná se o strategii doprovázenou pocitem nebezpečí a ohrožení, případně také zloby.

- strategii vyhnutí se stresoru

Tato strategie je provázena pocitem strachu. Jedinec se působení stresoru snaží vyhnout, nikoli však preventivně.

- strategii apatie

Tato strategie je spojena s pocitem bezmoci a beznaděje, jelikož není možné z působnosti stresoru uniknout, ani jej jakýmkoliv mu dostupným způsobem zničit. (Lazarus, 1966)

Vzhledem k zaměření této práce na období adolescence, se budu věnovat copingovým strategiím dětí a dospívajících. Ty se totiž od copingových strategií dospělých liší. Reakce na zátěž bývají ovlivňovány menšími (a méně častými) zkušenostmi s různými stresory, a proto reakce nemusejí být adekvátní dané situaci či zvolená copingová strategie efektivní. Dle Compase (2001) se právě v období adolescence budují základy copingových strategií, které jedinec využívá v dospělosti. Baštecká (2005: 44) k tomu uvádí: „Zvládat se učí člověk zvládáním. Každá zátěž, kterou projde, ho vybaví informací, jaká strategie uspěla a co lze používat příště. Narazí-li na situaci, kdy na požadavky prostředí jeho dosavadní způsoby, jak zvládat zátěž, nestačí, nastává krize, jedna z nejmocnějších příležitostí k učení.“

Děti a dospívající jsou při volbě copingových strategií (a hodnocení dané situace) ovlivněni svým okolím, rodiči, přáteli, spolužáky a také dostupností sociální podpory. Tato závislost na okolí může zabraňovat v jejich rozvoji i ve vývoji copingových postupů. Konkrétní copingové strategie i celý proces zvládání má u dětí a adolescentů více obranný charakter (Medved'ová, 2004).

Ayers (inspirován Lazarusem a Folkmanovou) předložil spolu s kolegy (1989) svůj empirický model dimenzí copingu. Podobně jako u Lazaruse a Folkmanové, můžeme i u Ayerse rozpoznat strategie zaměřené na problém a strategie zaměřené na emoce. Charakterizuje 10 copingových strategií u dětí a dospívajících a dělí je dále do 4 sekundárních dimenzí:

Aktivní copingové strategie: kognitivní rozhodování, hledání pochopení, přímé řešení problému a pozitivní přehodnocení; snaha aktivně uchopit problém a změnit podmínky, které způsobují nadměrnou zátěž.

Strategie vyhledávání opory: hledání podpory při řešení problému a hledání emoční podpory, hledání pochopení u druhých, podpory při řešení problému.

Strategie rozptýlení: fyzické uvolňování pocitů a rozptylující aktivity; snaha uvolnit se pomocí jiných aktivit, rozptýlit se od přemýšlení nad řešením problému.

Strategie vyhýbání: únikové aktivity a kognitivní vyhýbání; snaha aktivně se vyhnout řešení problému (Ayers, 1996).

Mezi copingové strategie patří i *help-seeking*, tedy vyhledávání pomoci (a vyhledávání odborné pomoci). Dovednost, schopnost a odvaha používat tuto strategii by měla být podle mého názoru stěžejním cílem primární prevence zaměřené na oblast

duševního zdraví a nemoci pro cílovou skupinu dětí a dospívajících. Vyhledání pomoci je naučeným jednáním, které také často okoukáme od svých rodičů. To může být v případě psychických potíží a nemocí vzhledem k míře stigmatizace v naší společnosti (zmiňuji dále v textu) problém. Neochota vyhledat odbornou pomoc je totiž právě jedním z důsledků stigmatizace i sebestigmatizace (Ocisková, Praško, 2015).

Rickwood (2005) definuje help-seeking jako termín, který je možné používat obecně k pojmenování chování „aktivního vyhledávání pomoci u ostatních lidí“, které může mít mnoho podob, například: hledání porozumění, rady, informací, ošetření (případně léčby), obecné podpory (Rickwood a kol, 2005). Zmiňuje, že help-seeking se vztahuje k druhým lidem, a je proto často založený na sociálních vztazích a interpersonálních schopnostech.

Mareš uvádí, že vyhledávání pomoci bylo původně hodnoceno negativně, jako „indikátor jedincovy nekompetentnosti, nezralosti, důkaz jeho závislosti na jiných lidech, nízkého sebepojetí, absence vhodných zvládacích strategií“ (Mareš, 2002:42). Postupně se tento pohled naštěstí vyvíjel (vlivem poznatků pedagogické psychologie). Dnes se na vyhledání pomoci umíme dívat pozitivně, například jako na „důkaz“ adaptivní strategie při autoregulaci.

Výzkumy (např. Patton et al., 2014) dokazují rizikovost odkladu pomoci, a to nejen z důvodu suicidálních pokusů. Přitom včasná intervence pomůže nejen v případě aktuální potřeby, ale pozitivní zkušenost s psychologickou intervencí také vede k vyšší ochotě vyhledat pomoc i v budoucnu (Gulliver et al., 2010).

Je důležité zmínit, že odbornou (psychologickou/psychiatrickou/pediatrickou) pomoc vyhledá pouhá jedna třetina z adolescentů, kteří prožívají psychické potíže (Andrews et al., 2001).

2. ADOLESCENCE

Období adolescence je významnou životní etapou každého jedince. Je to čas plný hledání sebe sama, čas velkých změn (tělesných i mentálních). Je obdobím rozvíjení vlastní identity, velkou roli hraje potřeba nezávislosti na jedné straně, na straně druhé pak potřeba být důležitý pro ostatní. Podstatnou roli hraje potřeba vztahů jako trvalých a dlouhodobých

hodnot. Dospívání je podle Říčana (1989) vývojovým obdobím, které má z biodromálního¹⁰ hlediska pro člověka rozhodující význam.

Známý je výrok sociologa Jana Kellera vztahující se k vnímání lidí v období dospívání – „k mládeži“: „Bezpečně se o ní ví jen to, že vyrostla v systému, který mluví slovy andělskými o svobodě a neomezených možnostech, a který by si docela dobře vystačil i bez ní. V blankytném moři pravdy a lásky se uplatní jen ti z nich, kteří v tvrdé a neúprosné konkurenci převálcují méně šťastné vrstevníky. Tito mladí věrně kopírují systém, ve kterém žijí“ (Kraus, 2006: 13).

V odborné literatuře obvykle nalezneme dělení adolescence na časnou/ranou, střední a pozdní. Autoři se však v periodizaci tohoto vývojového stádia různí. Například Vágnerová (2008a) rozlišuje ranou a pozdní adolescenci. Ranou umísťuje do období mezi 11. a 15. rokem věku. Dalších pět let života nazývá pozdní adolescenci, ve které dochází ke komplexní proměně osobnosti dospívajícího i jeho společenských pozic. Tato fáze je zaměřena především na hledání sebe sama a na rozvoj vlastní identity. Odlišnou periodizaci používá Macek (2003), který se nechal inspirovat americkou koncepcí, a za adolescenci označuje celé období mezi dětstvím a dospělostí. Právě na toto období se ve své práci zaměřím – na dobu, kdy jsou dospívající žáky druhého stupně základních škol až po období středoškolské. Jak víme, celé toto období je také rizikové z hlediska vzniku psychických onemocnění, na což nepřímo upozorňuje i název skupiny onemocnění dle Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN-10: „Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci“.

3. DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A ONEMOCNĚNÍ V ADOLESCENCI

Shrnu-li předcházející kapitolu, dospívání je náročné období a prožívat během něj psychické potíže či krize je normální. Adolescence je totiž spojena s rozmanitými rizikovými faktory, které souvisejí se zátěžovými a stresovými situacemi. Ty se mohou, jak uvádí např. Palíšek (2007), v extrémních případech stupňovat až ke vzniku duševního onemocnění. Také výsledky výzkumů poukazují na to, že duševní onemocnění často propukají v mladém dospělosti nebo v dětství, adolescence je z hlediska vzniku duševních onemocnění považována za nejkritičtější období (například Schonert-Reichl, 2013). Uvádí se, že celkově

¹⁰ Týkající se celoživotního vývoje a rozvoje, formování a perspektiv psychiky a osobnosti (bios-život, dromoscesta).

téměř 20 % dětí a adolescentů trpí duševními problémy. Podle německého výzkumu až 50 % všech duševních onemocnění se poprvé objeví již před 14. rokem a 80 % nejpozději do 17. roku věku člověka (BPtK-Standpunkt, 2013). Dospívání je také věkem kritickým z hlediska sebevražedných pokusů – dle výzkumů má 8 – 10 % adolescentů suicidální myšlenky (Brière et al., 2015).

3.1. Duševní onemocnění vs. psychické potíže – jaký je v tom rozdíl?

V předchozí kapitole jsem použila termín psychické potíže. Tento termín používáme při práci s adolescenty nejen během programů prevence, a to z mnoha důvodů. Pokusím se je prostřednictvím následujících řádků nastínit.

Najít hranici mezi „normálním“ chováním dospívajících a tím, které můžeme označit za problémové či takové, které poukazuje na duševní onemocnění, není jednoduché. Tato hranice je navíc individuální, je ovlivněna mnoha faktory a jedinečností každého z nás. Zajímavý je pohled Probstové, která upozorňuje na relativitu termínu duševní nemoc – „to, co je v jedné kultuře považováno za poruchu, v druhé může být považováno za normální, či dokonce žádoucí“ (Probstová in Baštecká, 2009:80).

Některé projevy nemusejí být automaticky projevem nějakého „nepořádku“, může se jednat pouze o odraz osobnosti dítěte/dospívajícího. Takové chování může mít navíc někdy jen přechodný charakter (strach ze tmy, samoty), může se jednat o reakci způsobenou vyrovnáváním se se změnami a s procesem přizpůsobování se jim (přechod ze školy na školu). Je třeba mít na paměti, jak jsem zmínila v předchozí kapitole, že období dospívání je plné vnitřních konfliktů, pochybností apod. a mladý člověk může tak často reagovat impulzivně, být nervózní nebo naopak uzavřený do sebe.

Žádné vymykající se chování však nemusí hned poukazovat na přítomnost duševního onemocnění. Objeví-li se však, je dobré mít se na pozoru. Troufám si tvrdit, že každý člověk, a to nemusím hledat ve výzkumech a statistikách, tu a tam prožívá těžké chvíle – cítí se nejistě, není schopný se koncentrovat, prožívá různě silné úzkosti, strachy, obavy, trpí smutkem nebo „depkami“, a fungování pod stresem (ve škole, v zaměstnání) při současném životním stylu snad ani není potřeba připomínat. Tedy, shrnu-li předchozí, můžeme hovořit o *psychických potížích*. Jedná se o přijatelnější termín, než jakým je termín diagnóza duševního onemocnění. Tento pojem je také dospívajícím mnohem bližší, umějí si sami dobře představit, co všechno se například s nervozitou (a trémou) pojí, a to nejen po stránce

psychické, ale jsou si zároveň velmi dobře vědomi i projevů fyzických (pocení, třes, červenání se, nevolnost, bušení srdce, bolesti břicha, hlavy).

Pro některé psychické potíže/problémy používáme, zejména když nabydou na své intenzitě, termín *psychická krize*.¹¹ Podle Špatenkové (2009) „patří označení ‚krize‘ v psychologii k pojmům neurčitým (fuzzy), přesto běžně přijímaným a chápaným“ (Špatenková in Baštecká (ed.), 2009: 150).

Psychická krize bývá reakcí člověka na náročnou životní situaci, na nějakou dramatickou změnu. Bývá provázena negativními emocemi. Jedinec se do ní dostane tehdy, klesne-li jeho resilience (odolnost), střetne-li se s nějakou překážkou, kterou již není schopen zvládnout sám, případně za podpory mechanismů, které fungovaly dříve, za podpory svých blízkých, a to v relativně krátkém čase a za běžných podmínek. „Akutní zvládání krizové situace trvá obvykle 4–6 týdnů“ (Špatenková in Baštecká ed. 2009: 147). Psychická krize se projevuje selháváním jak v osobním, tak pracovním životě (partnerská krize, krize v zaměstnání, ve škole). Změny se dějí ve všech oblastech – v oblasti biologické (únava, neschopnost jíst nebo naopak nadměrná konzumace potravin, případně alkoholu, nekvalitní spánek), v oblasti psychické (objevují se smutky, deprese, pocity marnosti, obavy), v oblasti sociální (ubývá kontakt s přáteli, kolegy, spolužáky, jsme ve styku s nimi nepříjemní) a nesmíme zapomenout ani na oblast spirituality.

Říčan (in Baštecká ed., 2009) zmiňuje, že „pozornost zaslouží zejména spirituální stránka adolescentní vývojové krize, která má někdy bouřlivý průběh právě u těch dospívajících, kteří upřímně hledají smysl života a jsou schopni tvořivé revolty proti konvencím a kompromisům předchozí generace.“ Dále Říčan (1989) upozorňuje na to, že ve věku adolescence – v krátkém období několika let, dochází u jedince k velmi mnoho změnám. To je náročné i pro silného dospívajícího s podpurným a tolerantním zázemím, včetně chápající rodiny. V případě ztížených podmínek je třeba počítat s těžkostmi.

Je také důležité připomenout rizikovost přechodu mezi jednotlivými vývojovými stádii. V období dospívání dochází k přestupu ze školy na školu (ZŠ – SŠ – VŠ), ke změně školního kolektivu, potřebě do školy (na praxi) dojíždět, k odloučení od rodiny (internát, kolej), přicházejí první partnerské vztahy, maturita, první zaměstnání, samostatné bydlení). Ne vždy se jedná o extrémní psychickou zátěž, příprava na ni (posilování resilience,

¹¹ *Krinein* (řec.) – posuzování, rozlišování, rozhodování, *krinó* – oddělit, vybrat, volit, dále *krisis* – rozhodnutí, rozsouzení (předpokladem je rozlišování mezi podstatným a nepodstatným)

sebedůvěry a sebevědomí, dostupnost informací z oblasti duševního zdraví) může být v období adolescence podstatným nástrojem k tomu, aby mladý člověk krizi přešel a s psychickými potížemi se dokázal vyrovnat.

Stanovení samotné diagnózy duševního onemocnění u dětí a dospívajících je složitým procesem, který přísluší do rukou odborníka/odborníků (psychiatr, klinický psycholog, pediatr). Navíc správné pojmenování (diagnóza) není v daný moment to nejdůležitější. Mnohem důležitější je zabývat se příznaky. Train uvádí, že „chování dětí s poruchou se od chování ostatních liší pouze tím, že jeho projevy jsou *závažnější, trvalejší a společensky obtěžující*“ (Train, 2000: 14; zvýraznění v originále). Train dále upozorňuje na to, že se jako rodiče „zdravotních problémů souvisejících s činností mysli a mozku bojíme tolik, že jsme ochotni obětovat štěstí a tělesné zdraví svých dětí: podle odhadů můžeme říci, že pouze jednomu z deseti dětí trpících určitými osobními problémy se dostává odborné pomoci“ (Train, 2000: 13).

Moje zkušenost je taková, že pro některé rodiče, kteří kontaktovali sociální službu sociální rehabilitace na doporučení školy, by bylo přijatelnější, kdyby jejich potomek trpěl raději závislostním problémem než jiným typem duševního onemocnění. Pokud adolescent prožívá těžké chvíle, řekněme psychickou krizi (popsanou výše), nechce ihned obdržet nálepkou ve formě „diagnózy duševního onemocnění“ a ani to velmi často není vlastně potřeba. S výše uvedenými potížemi se většinou zvládneme sami nějak vypořádat, máme už i jako dospívající vypracovány různé mechanismy, které nám fungují (vyležet „*psychické nachlazení*“¹² podobně jako bolení v krku s rýmou a kašlem, či se na pár dní stáhnout do samoty, projít se s přáteli – psími nebo lidskými, věnovat se pár dní jen tomu, co nás baví, naplňuje apod.), a některé potíže pak i zmizí „samy“.

Myslím si, že mnohem důležitější (než správná diagnóza) bývá pro mladého člověka umět svoje pocity pojmenovat a vědět, že takové potíže se nedějí jen jemu samotnému na celém světě. Zkrátka, že není sám, kdo potřebuje podporu či pomoc. Z našich zkušeností (z projektu podporovaného vzdělávání) si ze setkávání se studenty odnáším poznatek, že pro dospívajícího není příjemné, v momentě, kdy si potřebuje pouze promluvit, ujasnit si některé věci či potřebuje-li radu týkající se školy a přípravy na vyučování (ač mohou tyto problémy, samozřejmě i více či méně, souviset s počínajícím duševním onemocněním anebo

¹² Termín použila v rozhovoru respondentka Adéla.

„jen“ s momentální psychickou krizí), být veden jako pacient nebo dokonce klient sociální služby „pro dospělé.“¹³

V závěru této kapitoly bych ještě ráda zmínila slova MUDr. Pozdílkova (2018), který v rámci vzdělávacího kurzu zdůraznil, že „psychiatrické nemoci jsou škály. Nikdo není ‚autista‘, jsme ‚více‘ nebo ‚méně‘. A projevy onemocnění jsou také škály, často bipolární.“

Následující podkapitola, týkající se jednotlivých psychických onemocnění (diagnóz) nemá vzhledem k zaměření práce sloužit k úplnému výčtu a popisu duševních onemocnění, se kterými se můžeme v adolescenci potkat. Využijeme ji k přiblížení těch, jejichž výskyt je mezi adolescenty nejčastější.

3.2. Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství

Nejspíše i nezasvěcenému čtenáři se bez přemýšlení vybaví ADHD¹⁴ a autismus. Obě tyto diagnózy – porucha pozornosti s hyperaktivitou (dále jen ADHD) a poruchy autistického spektra jsou v dětství a adolescenci diagnostikovány nejčastěji. (Asociace dětské a dorostové psychiatrie uvádí, že syndromem ADHD trpí 4 až 6 % dětské populace. Podle statistik MŠMT bylo vedeno za rok 2016 0,9 procenta žáků s ADHD. Zahraniční autoři uvádějí výskyt vyšší – např. Train (2001) uvádí až 19 %.)

Jaký je však jejich úplný výčet? „Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci“ – pod tímto názvem je nalezneme v Mezinárodní klasifikaci nemocí a příčin smrti (MKN-10) jako diagnózy F90 až F98. Jedná se konkrétně o:

F90: hyperkinetické poruchy (porucha aktivity a pozornosti, hyperkinetická porucha)¹⁵

F91: poruchy chování (dále PCH) – (Mezi ně patří PCH ve vztahu k rodině, PCH socializovaného typu, PCH nesocializovaného typu a porucha opozičního vzdroru.)

F92: smíšené poruchy chování a emocí

F93: emoční poruchy se začátkem specif. v dětství (např. separační úzkostná porucha v dětství, fobická úzkostná porucha v dětství)

F94: poruchy sociálních funkcí

F95: tikové poruchy

¹³ Podpora mladým lidem (nejdříve od 16 či 18 let) s duševním onemocněním (a jejich rodinám) je poskytována často v rámci sociálních služeb sociální rehabilitace. Vedle pedagogicko-psychologických poraden a malého počtu školních psychologů neexistují v ČR instituce, které by poskytovaly podporu (včetně podpory vzdělávání) této cílové skupině v běžném prostředí (škola, rodina). V rámci reformy psychiatrické péče je do budoucna počítáno se vznikem CDZ pro děti a dospívající.

¹⁴ Dříve označována jako „LMD“ – lehká mozková dysfunkce (dvě různá pojetí ADHD x LMD – popis chování x hypotéza o příčinách)

¹⁵ Podle americké klasifikace DSM IV-R se jedná o „poruchu pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)“ a „poruchu pozornosti (ADD)“.

F96: jiné poruchy (enuréza, enkopréza, koktavost...)

Poruchy chování postihují 2,1 % dětí (Polanczyk et al., 2015). Projevují se hrubým porušováním norem (např.: krádeže, agresivní chování, opakované lži či sexuální přestupky; s věkem jejich závažnost narůstá (Říčan & Krejčířová, 1995). Jsou způsobeny disharmonickým vývojem osobnosti, deprivací emocionální či sociální, nevhodným modelem rodičů s nepřijatelným chováním, projevem jiné psychické nemoci či mohou být projevem volání o pomoc.

V následujících podkapitolách se zastavuji u vybraných významných diagnostických okruhů (úzkostných poruch, schizofrenních psychóz, bipolární afektivní poruchy, unipolární depresi), se kterými se v dětské a adolescentní psychiatrii můžeme potkat. Dále u diagnóz, které MKN-10 uvádí jako možné pro diagnostiku v kterémkoli věku (nikoli jen u dětí a dospívajících). Mám například na mysli: schizofrenii (F20), bipolární poruchu (F31), depresivní poruchu (F32), fobické úzkostné poruchy (F40) a závislostní poruchy.

Často se uvedená onemocnění vyskytují v kombinacích.

3.2.1. Deprese v dospívání

I dnes se setkáme s názorem, že děti a dospívající nemohou prožívat depresi: Vždyť dětství je tak krásné a bezstarostné období! Běžně se tedy stává, že depresivní syndrom není u dětí a dospívajících včas odhalen, protože se jednoduše neočekává, že by se „to“ mohlo stát. Případně se příznaky deprese (či dalších potíží psychického rázu) schovávají za různá somatická onemocnění (bolesti břicha, hlavy).

Literatura skutečně uvádí, že až do roku 1970 převládal tento teoretický názor (ovlivněný psychoanalýzou) i mezi odbornou veřejností. Podle něj děti nemohou zažívat díky nezralým osobnostním strukturám extrémní nálady, tedy, domnívali se, že k rozvinutí závažné poruchy nálady je zapotřebí určitá psychická vyzrálость (Lewis, 1996). Teprve na přelomu 80. a 90. let 20. století se v uznávané americké učebnici psychiatrie¹⁶ objevuje samostatná kapitola věnovaná depresi a dalším poruchám nálad dětí a adolescentů (Goetz, 2005).

Depresivní porucha je dělena podle závažnosti na lehkou, středně těžkou, těžkou a těžkou s psychotickými příznaky. S těmi všemi se můžeme potkávat již v adolescenci, častěji ve formě depresivní reakce v rámci poruchy přizpůsobení – tzv. „depresivní porucha

¹⁶ Kaplan HI, Saddock BJ. Synopsis of Psychiatry. 1998. 8nd ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.

chování“ – ta je kategorizovaná právě pro dětský věk. Diagnostické kategorie u tzv. juvenilní deprese jsou shodné s těmi pro dospělé populaci. MKN-10 nevyčleňuje samostatná kritéria pro děti a dospívající (až na výjimky).

Deprese je označována za významný rizikový faktor zvyšující možnost sebepoškozování a suicidalitu. Uhlíková (2012) uvádí, že se deprese vyskytuje asi u 4–8 % adolescentů.

Tabulka 1 Depresivní příznaky podle věku

VŠECHNY VĚKOVÉ SKUPINY	PŘEDŠKOLNÍ DĚTI	DĚTI ŠKOLNÍHO VĚKU	ADOLESCENTI
depresivní nálada	podrážděnost	depresivní vzhled	podrážděná nálada
poruchy soustředění	smutek	somatizace	anhedonie
Nepsavost	anhedonie	agitace	pocity nudy
ztráta energie	plačtivost	separační anxieta	pocity beznaděje
pocity méněcennosti	omezení aktivit a zájmů	fobie	změny hmotnosti
pocity viny	odmítání kontaktů s vrstevníky		poruchy chování
suicidální myšlenky			hypersomie
			abúzus návykových látek

Zdroj: Dudová, I. 2007, vlastní zpracování.

Jak můžeme vidět v *Tabulce 1*, deprese dospívajících má (na rozdíl od dětské) mnoho společného s dospělými. Rozdílem pak může být namísto depresivní nálady nálada podrážděná.

„Pro depresi školáků jsou typické psychosomatické příznaky, hlavně bolesti hlavy, břicha a nevolnosti. Náladu hodnotí jako špatnou, obtížně se soustředí, jsou více unavení, podráždění a úzkostní. Mají problémy ve vztazích s vrstevníky i dospělými, často se zhoršuje jejich školní výkon. Místo nechutenství se může objevit tendence k přejídání, a tím i zvýšení hmotnosti“ (Dudová, 2007: 29–30).

Autorka dále zmiňuje jako relativně časté i psychotické příznaky – bludy, sluchové halucinace, paranoiu; uvádí zpomalené psychomotorické tempo a podrážděnost.

„Do dospělosti přechází až 70 % depresivních poruch adolescentního věku“ (Paclt, 2001: 15).

3.2.2. Sebepoškozování v dospívání

Je definováno jako záměrné ubližování sobě samému bez úmyslu vědomě se usmrtit. Je to způsob vypořádávání se s nepříjemnými duševními stavy. Je také jistým způsobem komunikace, zejména voláním o pomoc (stejně jako u suicidálního pokusu).

Jedinec, trpící nepříjemnými pocity – vztekem na sebe sama, úzkostí a napětím, které je těžké vydržet – zvládnout, se brzy dostává do začarovaného závislostního kolotoče. Neboť sebepoškozováním se toto vnitřní napětí uvolňuje vyplavováním hormonu tzv. dobré nálady (beta endorfinu). Sebepoškozování se tak jednoduše stává návykovou poruchou, která je často skrývána z důvodu studu (Uhlíková, 2012; Fojtíček et al., 2012). Se sebepoškozováním se setkáváme ve formě škrábanců, řezání, záměrného popalování, vytrhávání vlasů, patří sem i polykání léků či předmětů. Sebepoškozování není uváděno jako samostatná diagnóza. Často se také projevuje jako součást následujících onemocnění: poruch osobnosti, závislostí, poruch příjmu potravy. Malá (2007) uvádí prevalenci u psychiatrických adolescentních pacientů ve výši až 60 %.

V celkovém měřítku se sebepoškozující chování u dětí a dospívajících vyskytuje asi u 2,5–21,4 % populace. Čísla se u jednotlivých autorů liší. Mezi faktory, které sebepoškozování spouštějí, jsou zahrnuty zkušenosti se sexuálním, psychickým či fyzickým zneužíváním, traumatické události a nezdravé rodinné klima.

Koutek a Kocourková (2003) uvádí, že 55–85 % jedinců, kteří se sebepoškozují, se minimálně jednou v průběhu života pokusí o sebevraždu.

3.2.3. Suicidalita v dospívání

Podle údajů poskytovaných WHO (2014) sebevražda představuje 8,5 % ze všech úmrtí mladých lidí ve věku 15–29 let na celém světě a zároveň je druhou nejčastější příčinou úmrtí (hned po dopravních nehodách).

„U více než 90 % dokonaných sebevražd adolescentů bylo přítomno alespoň jedno duševní onemocnění. Další faktory sebevražedného chování u adolescentů pocházejí z jejich sociální oblasti (dysfunkční rodina, alkoholismus rodičů, neuspokojivé sociální vazby)“ (Prajsová, 2018).

Suicidální myšlenky jsou pro dospívání typické. Koutek a Kocourková uvádějí sebevražednost jako 3. nejčastější důvod, pro který bývají adolescenti urgentně psychiatricky vyšetřeni. Suicidium pak zmiňují jako 2. nejčastější důvod úmrtí dospívajících.

Autoři dále uvádějí jako největší rizikové faktory suicidálního chování disharmonické rodinné prostředí, sociální izolovanost mezi vrstevníky, snížené sebehodnocení, zvýšená impulzivita, depresivní projevy, sklon k užívání alkoholu a drog, nechtěné těhotenství a také předcházející suicidální pokus (Koutek, Kocourková, 2003).

Podle Paclta (1999) se sebevražedné pokusy vyskytují u 7,1 % adolescentů. Jako důvody vedle úzkostí a depresí a zneužívání návykových látek (včetně alkoholu) uvádí osobnostní poruchy a poruchy chování, výskyt sebevražedných pokusů v rodině, rodinné násilí a projevy impulzivity jako součást osobnostní patologie. Paclt (2014) zmiňuje výsledky nejdůležitější výzkumné studie z roku 2000, kdy za použití dotazníků Kovacové zjistili v běžné populaci dospívajících (13–15 let, 296 respondentů) vážné suicidální tendence u 3,2 % chlapců a 1,4 % dívek. Z těchto výsledků vyplynulo, že vážné suicidální tendence se objevují u adolescentů, u kterých se současně vyskytují nízká kvalita rodinné emoční atmosféry, špatné rodinné vztahy (zejména s matkou) a u mladších adolescentů také abúzus alkoholu a drog (Paclt, 2014).

Malá (2007) uvádí, že nelze jednoznačně odlišit sebepoškozování, které nesouvisí se suicidální aktivitou a uvádí, že až 85 % sebepoškozujících uskuteční alespoň 1× suicidální pokus. Po sebevražedných úvahách nastupuje stádium suicidálních tendencí, kdy jedinec akt již plánuje. V pozdní adolescenci dochází k častější realizaci sebevražd než v jejím raném období (Koutek, Kocourková, 2003).

3.2.4. Úzkostné poruchy v dospívání

Patologická úzkost je nejdůležitějším symptomem spojujícím všechny úzkostné poruchy. Patří mezi ně např. generalizovaná úzkostná porucha, panická úzkostná porucha, fobické úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha nebo smíšená úzkostně-depresivní porucha. Už podle odhadu profesora Z. Matějčka (1991) byla problematika úzkostí třetí nejčastějším důvodem pro návštěvu poradenských služeb (hned za problematikou intelektových schopností a problémů spojených s ADHD). Úzkostné poruchy mají poměrně vysokou komorbiditu, jsou si v mnohém podobné, ale každá má svá důležitá specifika. Praško (2005) uvádí, že každý druhý případ úzkostné poruchy je spojen s ještě minimálně jednou duševní poruchou, nejčastěji s další úzkostnou poruchou nebo depresí. Podobně jako u depresí byly i úzkostné poruchy považovány za onemocnění dospělé populace. V dalších podkapitolách přiblížím panickou poruchu a sociální fobii.

3.2.4.1. Panická úzkostná porucha

Jedná se o časově ohraničenou intenzivní úzkost, která propuká bez zjevné vazby na nějakou konkrétní událost. Tuto úzkost doprovází řada různých nepříjemných symptomů, jakými jsou zrychlený puls, palpitace, třes, chvění, sucho v ústech, obtížné dýchání až zalykání se, nauzea, návaly horka nebo chladu, mravenčení, necitlivost končetin, strach ze zešílení, strach ze smrti. Panickou ataku¹⁷ mohou provázet také psychické symptomy v podobě derealizace, depersonalizace (Goetz, Hrdlička, 2004). Někteří jedinci se po prožití panické atace domnívají, že se jednalo o infarkt nebo mrtvici a vyhledávají pomoc na pohotovosti. Tady (i opakovaně) zjišťují, že je jejich somatický nálezný v normě. Přichází trvalý strach z dalšího záchvatu a řada různých somatických vyšetření. Takto hrozí rozvoj tzv. sekundární hypochondrie, ale také vyhýbavého chování a tím i agorafobie (Praško, 2005).

Praško (2005) zmiňuje celoživotní prevalenci panické poruchy mezi 1,4–3,5 % populace. Výskyt ojedinělých záchvatů se objevuje u 7–9 % lidí. Dodává, že často není porucha rozpoznána a tedy ani léčena. Údaje o výskytu panické poruchy v dětství a adolescenci nejsou jednotné. Studie jsou většinou retrospektivní. 18 % dospělých pacientů trpících panickou poruchou zmiňuje její objevení před 10. rokem života, 7 % uvádí období mezi 10. a 15. rokem (Praško, 2005; Hort, 2000).

3.2.4.2. Sociální fobie

Sociální fobii popisují obavy a strachy, které jsou spojeny se situacemi, ve kterých přichází v úvahu zvýšení pozornosti jiných lidí. „Lidé trpící sociální fobií cítí nervozitu a napětí ve společnosti jiných lidí“ (Praško, 2005: 19). Vede k vyhýbavému chování a k nárůstu sociální izolace. Hort (2000: 221) popisuje fobii jako „iracionální strach z nejrůznějších objektů a situací, který vyvolává silnou úzkost (někdy až panické povahy).“

Podle Praška (2005) se sociální objevuje obvykle kolem puberty, nejčastěji ve věku mezi 14 a 20 lety. Toto období popisuje jako typické pro stydlivost. Ta je oproti sociální fobii častějším jevem – Praško (2005) uvádí, že nadměrný stud během života zažívá 80–90 % populace. Popisuje běžné situace, u kterých jsme stydliví (první schůzka) a upozorňuje na to, že na rozdíl od sociální fobie, se v těchto případech adaptujeme a dojde ke snížení studu. Naopak u sociální fobie dojde k vyhýbavému chování.

¹⁷ O „úplné panické atace“ hovoříme v případě, že se vyskytnou spolu s náhlou úzkostí alespoň tři další uvedené symptomy trvající několik minut (Goetz, Hrdlička, 2004).

Vyskytuje se ve formě částečné sociální fobie (vystoupení) a ve formě generalizované (široce provázané jednotlivé fobie). Sociální fobie se nejčastěji objevuje ve věku 11–15 let, a může být spojena se školní docházkou. Tady bývá vyhýbavé chování na kritické situace značně omezeno – do školy se „musí“. Děti i dospívající mívají nejčastěji problémy s vystupováním před ostatními – sportovní, umělecké výkony, strach doprovází i zkoušení před tabulí nebo bytí a obědvání ve školní jídelně či používání WC (Hort, 2002).

3.2.5. Schizofrenie v dospívání

I výskyt schizofrenie je častý právě v období dospívání. Literatura uvádí, že v 60–70 % případů propuká před 25. rokem (např. Hort et al, 2000). Mezi příčiny onemocnění jsou řazeny: dědičná zátěž, vliv prostředí, předchozí intoxikace kanabinoidy, halucinogeny či stimulancií, které mohou zvýšit riziko propuknutí nemoci či uspišit její začátek (Hollis, 2015). Začátek onemocnění v adolescenci je charakteristický dramatickým nástupem, těžšími negativními symptomy, větší dezorganizací, různými typy halucinací a perzekučními bludy.

Mezi první projevy nemoci patří sociální izolace, zhoršení školního výkonu a neobvyklé chování, které nastupují průměrně rok před propuknutím pozitivních příznaků. U jedné třetiny jedinců s první epizodou schizofrenie se objevují také afektivní symptomy. Včasné vyhledání pomoci snižuje riziko pozdějšího propuknutí psychózy. V dalším průběhu onemocnění hrají důležitou roli také premorbidní sociální zázemí a kognitivní schopnosti, délka trvání první epizody i délka léčby a negativní příznaky, které zhoršují prognózu (Hollis, 2015). U jedinců s psychotickými příznaky byla také zjištěna vyšší prevalence sebepoškozování a vyšší riziko sebevražedných pokusů (Nishida et al, 2014).

3.2.6. Bipolární porucha v dospívání

Bipolární afektivní porucha u adolescentů je vážným psychiatrickým onemocněním, při kterém se střídavě vyskytují období s výraznými poruchami nálady – deprese nebo mánie. Tyto epizody bývají provázeny poruchami myšlení, změnami tělesné i psychické aktivity a chování. Dudová (2012: 7) zmiňuje, že se často projevuje atypicky a „bývá neepizodická, chronická, s kontinuálním rychlým cyklováním a smíšenými epizodami.“

Train (2001) uvádí, že bipolární porucha postihuje podle odhadů 0,8 % populace. U jedné pětiny nemocných bipolární poruchou dojde k jejímu rozvoji právě během adolescence, a to nejčastěji mezi 15.–19. rokem (Hort et al., 2000).

V souvislosti s bipolárním onemocněním se může dospívající jedinec setkávat se školním neúspěchem a může se u něj objevit asociální chování, uvádí také zvýšené nebezpečí suicidality (Train, 2001). Přibližně 20 % adolescentních pacientů provede alespoň jeden vážný suicidální pokus (Hort et al., 2000).

3.2.7. Poruchy příjmu potravy v dospívání

Poruchy příjmu potravy jsou specifickým onemocněním, které vzbuzuje zájem u široké veřejnosti (módní trend, ideální štíhlost, diety), ale také odborníků – to však z důvodu vysoké mortality a nízkého věku, který se k počátku vzniku potíží váže. „V období dospívání jde o třetí nejčastější psychiatrické onemocnění s úmrtností dvakrát vyšší ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty a desetkrát vyšší v porovnání se zdravou populací“ (Uhlíková, 2012: 370).

Mezi obecně známé diagnózy spadající do okruhu poruch příjmu potravy patří mentální anorexie (úmyslné snižování hmotnosti, její střežení a zkreslené vnímání vlastního těla) a mentální bulimie (opakující se záchvaty přejídání spojené s nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti – vede ke krajnímu řešení – zvracení). Pro obě onemocnění je podle Krcha (2002) společné nízké sebevědomí, sociální problémy a nejrůznější somatické obtíže. „Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat“ (Krch, 2002: 22).

„Prevalence mentální anorexie u dívek¹⁸ je celosvětově 0,3–1 %, u mentální bulimie 1–3 %, některá kritéria mentální bulimie splňuje v ČR až 15 % dospívajících“ (Uhlíková, 2012: 370).

3.2.8. Užívání návykových látek v dospívání

Podle Nešpora a Csémyho (2014) je téměř většina duševních onemocnění spojena s vyšším rizikem užívání alkoholu. Zmiňují vedle užívání jiných návykových látek i nelátkových závislostí poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti, poruchy nálad i psychotická onemocnění. Vedle toho nadužívání alkoholu může napodobovat svým širokým spektrem symptomů, napodobovat příznaky nejrůznějších psychických onemocnění, a zapříčinit stanovení mylné diagnózy, zvláště pak v případech kdy člověk užívání alkoholu tají. „Riziko problémů působených alkoholem je také vyšší u jedinců vystavených

¹⁸ U chlapců nebyla v daném zdroji uvedena.

nadměrnému stresu a zátěžovým životním událostem“ (Boden citován in Nešpor, Csémy, 2014).

Autoři ve svém textu dále upozorňují na to, že „součástí kvalitních preventivních programů bývá nácvik způsobů, jak zvládat stres a silné emoce (využívání relaxačních technik a přiměřeně tělesné aktivity, komu se svěřit, kde hledat pomoc pro specifické problémy atd.)“ (Nešpor, Csémy, 2014). Prokopčáková (1997) zjistila, že ochotu zkusit drogu podporují depresivní a úzkostné stavy u dospívajících (respondenti byli ve věku 15 let). Dále pak agresivita, nízké sebevědomí, nízká schopnost sociálních interakcí a špatné vztahy s rodiči (ty hrály významnější roli než špatné vztahy s kamarády nebo učiteli (Prokopčáková, 1997). U jedinců s duševní poruchou nebo jinak zvláště ohrožených je třeba prevenci přizpůsobit jejich individuálním potřebám. Americké prameny takový individualizovaný přístup nazývají „selektivní prevencí“.¹⁹

3.2.9. Souhrnný přehled symptomů poukazujících na duševní onemocnění u dospívajících

Následující část je věnována přehledu symptomů, které by měly vést k podezření na počínající duševní onemocnění u dospívajících“ (Uhlíková, 2012: 370). Tabulku (Tabulka č. 2) jsem ponechala v originálním provedení autorky. I tady se potkávají duševní onemocnění a rizikové formy chování (vytyčené MŠMT).

¹⁹ Termín selektivní prevence vysvětlují v kapitole 5. 1. – Vymezení prevence.

Tabulka 2 Symptomy, které by měly vést k podezření na počínající duševní onemocnění u dospívajících

Tabulka 1. Symptomy, které by měly vést k podezření na počínající duševní onemocnění u dospívajících (zvýrazněné symptomy jsou závažné)

Symptom	Schizofrenie	Poruchy nálady	Návykové látky	Poruchy příjmu potravy	Zdravý adolescent
Agresivita	+	-	+	-	-
Sebepoškozování	+	+	+	+/- (častěji u bulimie)	-
Suicidalita	+	++	+/-	+/-	-
Změna aktivity	ochuzení	+/-	+/-	+/- (hyperaktivita)	+/-
Změny emotivity	ochuzení	labilita	labilita	+/-	labilita
Zhoršení ve škole	+	+	+	+/- (perfekcionismus)	+/-
Změna myšlení	++ (bludy, paranoidita, ochuzení, rozvolněné asociace, pseudofilozofování)	+/-	+ (bludy, paranoidita)	+/- (zaujetí životním stylem)	+
Změna vnímání	++ (halucinace, iluze)	+/-	+	-	-
Porucha soustředění	+	+	+	+	+/-
Somatické stesky	+	+	+	++	-
Sociální stažení	+	+/-	+/-	+/-	-
Změny spánkového režimu	+	+	+	+/-	+
Pokles hmotnosti	-	+	+	+/- (stagnace vývoje)	-

Zdroj: Uhlíková, 2012

3.3. Souvislost psychických potíží a rizikového chování adolescentů

Do této kapitoly mi pomohla plynule přejít Tabulka 1. Její autorka v ní popisuje závažné symptomy spojené pravděpodobně s počínajícím duševním onemocněním. K těm nejzávažnějším příznakům, které v dospívání vyžadují psychiatrickou intervenci, sama řadí: „jakékoli formy agrese, včetně suicidálního chování, účelového vyhrožování, sebepoškozování a agrese vůči věcem nebo zvířatům“ (Uhlíková, 2012: 371). Dále uvádí méně nápadné symptomy, jako například: změny chování a myšlení, režimu spánku, zájmů a vztahů s vrstevníky, zhoršení školního výkonu, soustředění, výkyvy nálady. Tyto příznaky, jak jsem již zmínila, bývají pro okolí méně nápadné, i tak však jistě stojí za pozornost. Patologické může být absence vývojové změny v dospívání, například stagnace osobnostního vývoje a setrvávání ve stadiu *difúzní identity*²⁰. „Symptomem duševního onemocnění mohou být i proměnlivé a nespecifické somatické příznaky, polymorfni stesky, bolesti bez zjevné příčiny, únava, změna váhy“ (Uhlíková, 2012: 371).

Přehled symptomů, kterých bychom si měli při kontaktu s dospívajícími všimnout, přináším ještě v příloze č. 2 – Varovné příznaky duševních poruch dětí a dospívajících.

²⁰ Difúzní identita nebo také **zmatení rolí** neboli difúzní identita. Dospívající aktivně odmítá (ať již na vědomé či nevědomé úrovni) vymezení sebe samého jako jedinečného subjektu (Macek, 2003). Jedinec neprožívá krizi ani závazek, je velice snadno ovlivnitelný vrstevníky, často mění názory v souladu s očekáváním skupiny, které je členem, sebehodnocení je závislé na hodnocení druhých.

4. STIGMA

Ve své diplomové práci se zabývám primární prevencí duševního onemocnění zaměřenou na dospívající. Vzhledem k tomu, že také naše postoje (včetně předsudků) se formují již v dětství a dospívání, je potřeba se v rámci preventivních programů zaměřit i na téma stigmatu a sebestigmatu (nejen ve vztahu k duševním nemocem)²¹. Již jsem zmínila, stigmatizace a sebestigmatizace negativně ovlivňují včasné vyhledání pomoci. Z výzkumu, který byl realizován ve 14 evropských zemích, vyplývá, že v zemích, kde jsou mezi lidmi méně stigmatizující postoje, je vyšší míra vyhledávání odborné psychiatrické pomoci, lepší přístup k informacím z oblasti duševního zdraví a vedle toho také nižší míra sebestigmatizace (Evans-Lacko et al., 2012).

4.1. Diagnóza jako sociální stigma

Duševní onemocnění přinášejí nejen problémy zdravotního rázu, ale mají významný dopad i na sociální život jedince. Jedním z nejzávažnějších sociálních dopadů je stigmatizace. Tu můžeme chápat jako proces, kdy jsou jedinci ubírána jeho práva či je s ním zacházeno nespravedlivě či neslušně z důvodu jeho duševního onemocnění. Duševní onemocnění je v tomto případě stigmatem, tedy negativní nálepkou založenou na společenských předsudcích (Janoušková, Winkler, 2015).

Thornicroft (2006: 206) uvádí, že „stigma můžeme spíše považovat za zastřešující pojem, který se skládá ze tří hlavních prvků: 1. problém vědomosti (neznalost), 2. problém postojů (předsudky), 3. problém chování (diskriminace).“ Upozorňuje na to, že stigmatizace ústí v *diskriminaci*²² a má tak negativní dopady na kvalitu života lidí s duševním onemocněním (např. upírání práva na stejné podmínky u přijetí do zaměstnání či propouštění ze zaměstnání z důvodu psychiatrické diagnózy).²³ Obecně diskriminací rozumíme odlišné zacházení ve srovnatelných situacích bez rozumného zdůvodnění.²⁴ Stigmatizace ve svém důsledku způsobuje sociální izolaci a zatajování nemoci či dokonce strach a vyhýbání se vyhledání pomoci.

²¹ Problematika stigmatizace je v programech primární prevence již zahrnuta (xenofobie, rasismus, apod.)

²² „Diskriminace – lat. dis-crimen (obvinění, zločin) – neoprávněné rozlišování“ (Probstová in Baštecká, 2009:79).

²³ Podobně Praško (2001) uvádí, že jedním z důsledků stigmatizace je diskriminace.

²⁴ Více v zákoně č.198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací, ve znění pozdějších předpisů.

Stigma je popisováno jako „odsuzující postoj společnosti pro údajnou duševní, tělesnou, nebo sociální méněcennost vedoucí k odmítání a vyloučení jedince nebo skupiny ze společnosti“ (Hartl, Hartlová, 2010: 553).

Stigmatizace duševních onemocnění je založena na odlišnosti psychiatrických pacientů od běžné společnosti bez ohledu na druh psychické nemoci. Samotná léčba na psychiatrii je důvodem k přidělení negativní nálepky (Praško, 2001). „Postavení duševně nemocného ve společnosti bylo a stále je odrazem dané doby, úrovně poznatků a vyspělosti kultury“ (Ocisková, Praško, 2015). Lidé s duševním onemocněním ovlivnění sebestigmatizací nabývají dojmu, že jsou většinou společností neakceptovatelní.

Abychom mohli stigmatizaci snižovat či odstraňovat, je třeba na ni pohlížet jako na soubor výše uvedených samostatných problémů a pochopit je tak. Stigmatizace je výsledkem pocitu z ohrožení z důvodu odlišnosti. A to, co neznáme, nás ohrožuje. Například skupina nějakých lidí s odlišujícími znaky je pro nás ohrožující o to víc, čím méně toho o ní víme.

Z toho je zřejmé, že vedle zvládnutí neznalosti, bude potřeba pracovat s postoji jednotlivců ve společnosti (nejlépe v dětském a dospívajícím věku, kdy se postoje významně formují) a docílit trvalou změnu chování, která se stane „tradicí“ a bude přenášena z generace na generaci „konečně“ v této důstojné formě, oproti dosavadnímu šíření mýtů a předsudků. Stereotyp stigmatu lidí se zkušeností s duševním onemocněním je v naší společnosti totiž předáván z generace na generaci, a to navíc za podpory medií, která duševní nemoc zobrazuje často tak, abychom lidi s duševním onemocněním vnímali jako nebezpečné.

Stigmatizace u nás je v porovnání s ostatními zeměmi vysoká. Jedna z prvních studií, která srovnává úroveň stigmatizujícího chování v zemích, které byly na opačných stranách železné opony, je studie *Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace*.²⁵ Jejím cílem bylo zjistit prevalenci hlášeného a zamýšleného stigmatizujícího chování vůči lidem s problémy s duševním onemocněním v České republice, a porovnat tato zjištění se zjištěními z Anglie (Winkler et al., 2015). Ze shrnutí výzkumné zprávy mohou citovat: „Prevalence stigmatizujícího jednání v české populaci je alarmující“ (Winkler et al., 2014).

²⁵ „Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England“

I v roce 2018 je tomu stále tak, jak uvedla Vágnerová (2009: 10): „Česká společnost (a nejen ona) se k lidem s psychickou nemocí zkrátka nechová příliš dobře. Na vině je pravděpodobně malá informovanost o oblasti duševního zdraví a z ní plynoucí strach z duševního onemocnění, který pak vede k diskriminaci těch, kteří s psychickou chorobou mají co do činění.“

4.2. Sebestigmatizace

Stigma, které je společností přisuzováno danému duševnímu onemocnění, je nemocným člověkem internalizováno. Sebestigmatizaci můžeme vyjádřit jednoduše jako přijetí zakoušeného stigmatu vztahujícího se k emočnímu prožívání nebo diskriminaci. (Corrigan, 2004). Po jeho osvojení se u lidí s duševním onemocněním objevuje stud, jedinec přestává vnímat pravou hodnotu sebe sama. Z toho je zřejmé, jak úzce je veřejná stigmatizace, které byla věnována předchozí kapitola, propojena se sebestigmatizací (self-stigmatem). Sebestigmatizace bývá provázena změnou sebepojetí, ztrátou pozitivních přesvědčení o sobě, snížením sebevědomí a sebedůvěry (Corrigan et al., 2006).

Praško (2008) ozančuje sebestigmatizaci (vedle stigmatizace) za jeden z udržovacích faktorů duševního onemocnění. Sebestigmatizace má významný negativní vliv na rozhodnutí člověka vyhledat pomoc (help-seeking). Neochotu vyhledat odbornou pomoc, jako důsledek sebestigmatizace a veřejné stigmatizace, uvádějí např. Ocisková a Praško (2015). Na self-stigma jako na bariéru k vyhledání pomoci u lidí s první atakou psychického onemocnění poukázaly výsledky studie, jejímž cílem bylo popsat zkušenosti pacientů na jejich cestě k pomoci a identifikovat faktory, které pomáhají nebo naopak zabraňují snahám o její vyhledání (Anderson, 2012).

K dispozici je v současné době mnoho výzkumů, které se zabývají negativními dopady na kvalitu života člověka s duševním onemocněním, i celé rodiny. „Z nich je zřejmé, že důsledky sebestigmatizace jsou významné a zasahují do různých oblastí. Ukazuje se, že negativně ovlivňuje sebevědomí, pocit naděje, zotavení, empowerment, sociální fungování a celkovou kvalitu života“ (NUDZ, Destigmatizační manuál). Například jedna z posledních průřezových studií v ČR (Vrbová et al., 2017) nízkou kvalitu života v souvislosti se self-stigmatem potvrdila. Výzkumný vzorek tvořili lidé se zkušeností se schizofrenním onemocněním. Výsledky poukázaly na to, že pacienti s vyšším počtem psychiatrických hospitalizací, s vyšší závažností poruchy, s výraznějšími projevy deprese a úzkostí a vyššími

dávkami medikace prokázaly významně nižší kvalitu života než pacienti s vyšší nadějí, sebeovládáním a vytrvalostí (Vrbová, 2017).

4.3.Snižování stigmatizace ve společnosti (destigmatizace)

Kampaně či jiné aktivity, vedoucí k destigmatizaci, často pořádají organizace, které podporují lidi se zkušeností s duševním onemocněním prostřednictvím sociálních (a zdravotních) služeb a v České republice též prostřednictvím rozrůstajících se Center duševního zdraví²⁶(dále CDZ) v rámci probíhající reformy psychiatrické péče. Jedním z produktů těchto akcí může být i to, že přiměje některé jedince k vyhledání pomoci, k tomu, že se začnou léčit. Otázkou je, zda pokud takto učiní, postupně zjišťují, že se vytrácí jejich původní postavení, zpochybňuje se schopnost k vlastnímu samostatnému rozhodování, další práva a jakýkoli náznak nesouhlasu či odporu je považován za další „příznak“ nemoci.

Pokud jsou lidé se zkušeností s duševním onemocněním v naší společnosti stále nálepkováni a posléze i diskriminováni, je na místě změna postojů a myšlení společnosti tak, aby jim byl umožněn běžný život s možností využívat základní práva. Odborná literatura dokládá, že přímý osobní kontakt s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním²⁷ je jedním z nejefektivnějších nástrojů ke zlepšování postojů k těmto lidem (například Thornicroft, 2011).

4.4.Snižování stigmatizace a prevence

Dovolím si tvrdit, že problémů způsobených a plynoucích ze stigmatizace jedince se v nejrannějších obdobích života může efektivně dotýkat správně nastavená oblast všeobecné primární prevence, neboť jejím cílem je (mimo jiné) předávat informace. Pokud mám informace o tom, co se se mnou v období dospívání může dít (psychické potíže/počínající duševní onemocnění), že na to nejsem sám/sama a kam (a jak – coping) se s takovými potížemi obrátit pro pomoc, a navíc nemám strach z toho, že dostanu „nálepku blázna“ –

²⁶ Centra duševního jsou jedním z pilířů právě probíhající reformy psychiatrické péče v ČR. V rámci té by měla postupně vzniknout síť CDZ (přibližně na 100 000 obyvatel 1 CDZ). Pracovníci CDZ pracují jako multidisciplinární tým – jsou v něm zastoupení sociální i zdravotní pracovníci, člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním (peer pracovník), psychiatr, psycholog. Cílem CDZ je poskytovat lidem s duševním onemocněním podporu v jejich přirozeném prostředí, tedy v místě bydliště tak, aby mohli nadále žít se svou rodinou a blízkými za podpory terénních a ambulantních služeb. Smyslem je minimalizovat počet i délku hospitalizací a neizolovat tak lidi, kteří se s duševním onemocněním potýkají. *Zdroj: Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)Verze 1.2, 25. 4. 2017.*

²⁷ Tento kontakt je zprostředkován poslední částí školského dne projektu BNA.

tedy lépe řečeno – budu stigmatizován, může to mít vliv na včasné vyhledání pomoci (help-seeking).

Myslím si, že práce s jakýmkoli stigmatem má mít v primární prevenci svoje stálé místo. Primární prevence má nenahraditelnou roli v podpoře mladých lidí, kteří se potýkají s duševním onemocněním (nebo se s ním v průběhu dalšího života setkají, a to třeba i v rolích rodičů). Primární prevence může přispívat k včasnému vyhledání pomoci a může výrazně podpořit osvětu celé naší společnosti právě směrem ke snižování stigmatizace. Ke snížení stigmatizace můžeme přispívat prostřednictvím cílených intervencí, které jsou zaměřeny na konkrétní část populace (studenty, různé profesní skupiny apod.) nebo na populaci jako celek. V dalších kapitolách se pozastavím nad snižováním stigmatizace prostřednictvím aktivit destigmatizačních a primárně preventivních (v prostředí školy?).

Stigmatizace a boj proti ní patří v současné době v České republice mezi stěžejní témata v rámci reformy psychiatrické péče. Prozatím však nebylo na podporu destigmatizace realizováno příliš programů. To se může měnit prostřednictvím projektu Destigmatizace (NUDZ), jehož cílem je zabezpečit efektivní destigmatizaci lidí s duševním onemocněním a zajistit jim tak trvalé zvýšení kvality života. Projekt je zaměřen na snížení stigmatizace (a sebe-stigmatizace) u cílových skupin, kterými jsou lidé s duševním onemocněním, jejich rodinní příslušníci, zdravotní profesionálové, sociální pracovníci, pracovníci veřejné správy a lidé žijící v komunitách u vznikajících CDZ. Projekt byl spuštěn v září 2017 jako jedna z aktivit probíhající reformy psychiatrické péče.²⁸

Boj proti stigmatizaci potřebuje mít dlouhodobý a systematický charakter, protože krátkodobé programy a intervence situaci nezmění (Satorius, 2010). Tedy i v tomto případě platí stejný přístup jako v primární prevenci. Také tady dlouhodobost, komplexnost a cílenost patří mezi znaky, které by v efektivním programu neměly chybět. Více se o tomto rozepisují kapitole 8.2.

Přestože, jak jsem již uvedla, destigmatizačních aktivit v naší republice do roku 2017 neprobíhalo mnoho,²⁹ můžeme říci, že jich je podstatně více, než programů zaměřených na primární prevenci duševních onemocnění. Mám na mysli ty, které probíhají alespoň částečně s vědomým respektem k zásadám efektivního programu primární prevence tak, jak jej rozepisují v samostatné kapitole 7. 2.

²⁸ <http://destigmatizace.info/>

²⁹ Jejich výčet přináším v příloze č. 1.

4.5. Stigma a včasné vyhledání pomoci (help-seeking)

Stigma je tedy také důležitým faktorem s negativním vlivem na včasné vyhledání pomoci (help-seeking). „Včasnost pomoci je velmi důležitá, protože první tři roky vzniku a rozvoje psychotické nemoci, ať už schizofrenie nebo bipolární afektivní poruchy, jsou určující“ (Hejzlar, 2018).³⁰

Strach z toho, že budu stigmatizován/a má bezesporu také vliv na připuštění si psychických potíží vůbec. Není výjimkou, pokud jedinec vnímá svoji jinakost a stydí se za ni. Často neví, jak o svých potížích mluvit, a potýká se se studem vyhledat a navštívit odbornou pomoc – psychologa/psychoterapeuta/psychiatra. Např. lidé s úzkostnou poruchou si mnohdy odmítají připustit, že jejich problémy mají základ v psychice a skrytě se obávají, že „jsou blázni“ (Praško, 2005).

Můžeme tedy říci, že jedním z negativních dopadů stigmatizace, je neochota vyhledat pomoc a strach z odsouzení okolím. Vyhledání odborné pomoci, jak psychologické nebo psychiatrické, je často vnímáno jako selhání a projev slabosti. Nejen samotným jedincem, ale ve většině případů i jeho rodinou, což v případě psychických potíží u dospívajících znamená obrovskou bariéru.

Z pohledu včasného vyhledání pomoci je pak důležité zmínit, že „riziko stigmatizace jedince psychiatrickou péčí a případně diagnózou je nesrovnatelně méně nebezpečné pro jeho další vývoj v porovnání s riziky neléčeného duševního onemocnění“ (Uhlíková, 2012:371).

5. PREVENCE

Další kapitola se zabývá oblastí prevence. Z předchozího textu je zřejmé, že nás zajímá prevence primární a to ta, kterou je možné realizovat v prostředí školy (základní, střední) se zacílením na věk adolescence v celé jeho šíři, tematicky pak na psychické potíže – duševní onemocnění.

V úvodu této kapitoly bych se nejprve zastavila u stěžejního dokumentu, který se zabývá zdravím v našich podmínkách. Tím nejkomplexnějším dokumentem je „*Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR: Zdraví pro všechny v 21*“ (Dále

³⁰ MUDr. Hejzlar, psychiatr, ředitel Péče o duševní zdraví a zástupce primáře psychiatrického oddělení v Pardubické nemocnici. Z rozhovoru pro časopis Psychologie Dnes, září 2018, dostupné z: <https://nakladatelstvi.portal.cz/casopisy/psychologie-dnes/98163/vazna-psychiatricka-onemocneni-vznikaji-obvykle-uz-v-mladi>

Program), který byl vytvořen na základě usnesení vlády ČR č. 1046 ze dne 30. října 2002 jako národní varianta programu Světové zdravotnické organizace (WHO). Na základě tohoto Programu pak tehdejší ministryně zdravotnictví zřídila *Výbor ZDRAVÍ 21*. Program je především v gesci Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR), avšak s mezirezortní působností, a jednotlivá ministerstva jsou garanty různých částí programu. Například MZ ČR je garantem úkolu zaměřeného na vytváření podmínek *pro zdravější způsob života dětí a dospívajících*, MŠMT je hlavním garantem dílčích úkolů orientovaných na systematickou prevenci násilí a šikany ve školách a na snížení podílu mladých lidí, u kterých se objevují zdraví škodlivé formy chování, jako jsou konzumace drog, tabáku a alkoholu.

Zdraví 21 se snaží „postihnout komplexní determinanty podpory zdraví, usiluje o celostní přístup. Nezaměřuje se pouze na takové aktivity, které usilují o změnu chování jednotlivce na reakci na konkrétní rizikový faktor. Celý program [...] vychází z pojmu zdraví jako takového, chápaného podle definice WHO (Světová zdravotnická organizace) jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze jako nepřítomnost nemoci“ (Miovský et al., 2010: 67–68).

Program vyjmenovává 21 cílů, vedoucích ve svém souhrnu k vybudování fungujícího modelu komplexní péče o zdraví celé společnosti, včetně dětí a mladistvých. Odpovědnost za plnění těchto cílů nese vláda ČR a jí zřízená Rada pro zdraví a životní prostředí.

Další zásadní dokumenty, které jsou závazné přímo pro programy školní primární prevence, zmiňuji v následujících kapitolách.

5.1. Vymezení prevence

Opatření učiněná předem, včasnou obranu či včasnou ochranu nazýváme jedním slovem pocházejícím z latiny – PREVENCÍ (praevenire). Postupně se prevence zaměřená na předcházení nemocem, nehodám, úrazům, ale i nežádoucím jevům, rozčlenila na primární a sekundární (tedy na prevenci před vznikem nemoci či na předcházení např. návykových látek u osob, které ještě nejsou s drogou v kontaktu) a prevenci, jejímž cílem je předejít dalšímu poškození) – to bylo v 50. letech 20. století a nakonec, v letech 60., na prevenci terciární, která má za cíl předcházet vážnému nebo trvalému zdravotnímu či sociálnímu poškození.

V této kapitole, i celé práci, se však budeme pohybovat, jak jsem už zmínila, na poli prevence primární. Ta se vztahem k rizikovému chování systémově spadá pod působnost

Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR, i když její mezioborovost je vzhledem k zahrnutým oblastem zřejmá (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ministerstvo vnitra ČR). Následující kapitolu věnuji jejímu vymezení.

Dle MŠMT (2010) je primární prevence výchova ke zdravému životnímu stylu a k rozvoji pozitivního sociálního chování a rozvoji psychosociálních dovedností a zvládnání zátěžových situací osobnosti. „Na prevenci můžeme nahlížet jako na soubor intervencí, jejichž cílem je zamezit či snížit výskyt a šíření rizikového chování. Nejrychleji se vyvíjela prevence užívání návykových látek. Stala se tak tvůrcem a hybatelem procesu vývoje prevence jako celku“ (Miovský et al., 2010). Podle Čecha (in Miovský, 2012: 107) „prevencí může být jakýkoli typ výchovné, vzdělávací, zdravotní, sociální či jiné intervence směřující k předcházení výskytu rizikového chování, zamezující jeho další progresi, zmírňující již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhající řešit jeho důsledky“.

Modely a přístupy, prostřednictvím nichž se ve společnosti snažíme o snížení konkrétních nežádoucích jevů, jsou vytvářeny na základě stanovených cílů primární prevence.

Nespecifická primární prevence je ve Standardech odborné způsobilosti primární prevence užívání návykových látek charakterizována cílem, kterým je „výchova dětí a mládeže ke zdraví, k osvojení pozitivního sociálního chování a snaha o zachování integrity osobnosti“ (MŠMT, 2005:4 a také MŠMT, 2008: 6).

Specifická primární prevence představuje aktivity a programy s úzkým zaměřením na jeden či více typů rizikového chování a na rizika s nimi spojená. Za školskou specifickou primární prevencí rizikového chování považujeme takové intervence a programy, které jsou úzce zaměřeny na definované oblasti rizikového chování a s nimi spojené fenomény.³¹

Další členění specifické prevence podle úrovní s ohledem na rizikovost cílových skupin zveřejnilo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti ve svém časopise *Zaostřeno na drogy*³² na jaře roku 2006. Tady se objevují, domnívám se, že vůbec poprvé (v české odborné literatuře) definice prevence všeobecné (univerzální), selektivní a indikované³³. A už zde je zmíněno, že jednotlivé úrovně specifické prevence kladou rozdílné nároky na realizátory – lektory programů.³⁴

³¹ Rizikovému chování a jeho formám je podrobněji věnována kapitola 7.

³² https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4614/587/zaostreno%20200601_primarni%20prevence.pdf

³³ Tato klasifikace prevence je dle Amerického institutu lékařství (Institute of Medicine) z roku 1994.

³⁴ Viz Charvát et al. (2012). Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

„Všeobecná primární prevence se zaměřuje na běžnou populaci dětí a mládeže, zohledňuje pouze věková kritéria. Jedná se obvykle o programy pro větší počet účastníků (obvykle třída, skupiny do 30 účastníků).

Selektivní primární prevence se zaměřuje na skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a vývoj různých forem rizikového chování a jsou většinou více ohrožené než jiné skupiny populace. Pracujeme zde s menšími skupinami, případně i jednotlivci.

Indikovaná primární prevence je zaměřena na jedince, u kterých se již vyskytly projevy rizikového chování. Jedná se o práci s populací s výrazně zvýšeným rizikem výskytu či počínajících projevů rizikového chování. Jedná se o individuální práci s klientem“ (MŠMT, 2013)³⁵.

Například Matějček (1994) použil pro přiblížení problematiky nežádoucích jevů ve společnosti a jejího řešení přirovnání k ledovci. Představíme-li si jeho vrchol, který ční nad hladinu a představuje tak tu část, se kterou může společnost přímo nějak zacházet, a zbytek ledovce, který je ukrytý pod hladinou, napadne nás, že na tu část, která není vidět, můžeme působit skrze vodu – zahříváním? Skalík pak používá právě tento příměr pro terminologii: „*Nespecifická primární prevence na úrovni celé společnosti by se měly zabývat právě tímto zahříváním oceánu a specifické preventivní programy by pak měly reagovat na konkrétní společenské fenomény.* Obě složky by se měly vzájemně doplňovat“ (Skalík in Kalina et al., 2003: 285; zvýrazněno v originále).

To, že je nespecifická prevence velmi důležitou součástí prevence obecně, je jasné. V oblasti duševního zdraví se o prevenci mluví jako o duševní hygieně. Jí se budu krátce věnovat v následující kapitole.

5.2. Duševní hygiena

Toto slovo slýcháme, alespoň tedy v sociálních službách, tak často, že v nás vyvolává reakci, kterou naše mysl obvykle reaguje na řadu jiných otřepaných klišé. Má duševní hygiena něco společného s prevencí, s primární prevencí?

V odborné literatuře se namísto termínu duševní hygiena můžeme setkat také s „mentální hygienou“, „hygienou duše“, „psychohygienou“ nebo stále častěji samotným

³⁵ Pojmy všeobecná, selektivní a indikovaná prevence podrobně jsou vysvětleny například v Miovský et al. (2012) nebo Miovský et al. (2010).

označením „duševní zdraví“. Pod zmíněnými pojmy si umíme nejspíše představit zejména správnou životosprávu, dostatek odpočinku, všestranný rozvoj. Patří sem předcházení nemocem či otázky životní vyrovnanosti a moudrosti.

Kebza uvádí, že „duševní hygiena je chápána jako soubor poznatků, schopností, dovedností a aktivit, jež mohou ovlivnit podmínky lidského života, a to:

- snížením či odstraněním rizik, která vyrovňávají nebo udržují duševní problémy, porucha nemoci;
- zvýšením vlivu protektivních faktorů, ochranných činitelů, které navozují duševní zdraví a duševní pohodu (well-being) včetně navození a podpory prožitku štěstí, spokojenosti, duševní i tělesné výkonnosti“ (Kebza in Baštecká, 2009: 75).

„Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy“ (Míček, 1984: 9). Je zřejmé, že je nezbytné klást důraz na vytváření takových vlastních životních podmínek, abychom byli schopni fungovat duševně zdraví a zároveň neustále podporovali svoji resilienci vůči tomu, co by mohlo negativně ovlivnit naši duševní pohodu.

V užším slova smyslu můžeme duševní hygienu chápat jako boj proti výskytu duševních nemocí, jak uvádí Křivohlavý (2009). Autor dále zmiňuje pojetí termínu pro duševní hygienu v anglosaské oblasti. Ten je překládán *mental health* a „často znamená citlivost k negativním odchylkám od duševní normality (např. prevenci neuróz) a tlumení rozvoje procesu psychóz, případně hledání vhodných způsobů jednání s psychiatrickými pacienty“ (Křivohlavý, 2009). Duševní hygienou v širším smyslu rozumíme „péči o umožnění optimálního fungování duševní činnosti“ (Křivohlavý, 2009: 144). Podle Míčka (1984) jde v duševní hygieně o posílení duševního zdraví, tedy o intervence na hranici mezi zdravím a nemocí. Na rozdíl od psychoterapie nejde o odstraňování již konkrétních potíží souvisejících s duševním zdravím, ale o upevňování zdraví stávajícího. Ve své knize uvádí, že se duševní hygiena zabývá „duševně zdravými lidmi“.

Duševní hygiena tedy sama o sobě jako prevence nestačí. Je však její neoddělitelnou součástí.

5.3. Vývoj školské primární prevence v ČR

Systém primární prevence u nás nefunguje odjakživa. Primární prevence, ač je primární, se například v adiktologii „usadila“ z pohledu terminologie i standardů kvality až jako poslední, tedy za prevencí sekundární a terciární. Z vývoje je pro naši oblast duševního zdraví a nemoci zajímavé to, že na svém počátku se primární prevence zaměřovala pouze na alkohol, kouření a ostatní drogy, postupně teprve na další jevy.

Podívejme se zpátky do roku 1989. Zaznamenáme tu na poli primární prevence (v té době „sociálně patologických jevů“)³⁶ výrazný zlom spojený se změnami v naší společnosti díky politickým událostem.³⁷ V té době se díky otevřeným hranicím i možnostem ve všech oblastech života projevil i nárůst potřeby primární prevence. Bylo jasné, že je třeba ji i lépe uchopit, přesněji specifikovat a postupně tak získala všeobecná komplexní primární prevence takovou podobu, která je v souladu s poslední verzí Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů primární prevence užívání návykových látek³⁸. Tato snaha se vyvíjela cestou více či méně efektivních pokusů, kdy se v rámci primární prevence hovořilo nejprve pouze o prevenci zneužívání návykových látek, viz například *Koncepce protidrogové politiky pro období 1993 – 1994* (MŠMT, 1993), která byla první strategií na vládní úrovni. Šlo v té době tedy o jednostranně zaměřenou specifickou prevenci, nikoli komplexní, která dnes už zahrnuje i další formy rizikového chování.³⁹

Před rokem 1989, který znamenal velký zlom ve vývoji nejen primární prevence, nebyl pojem primární prevence rizikového chování prakticky používán ani znám. Pokud se realizovala preventivní aktivita, bylo tomu tak pod „hlavičkou“ osvěty a na úrovni zdravotnické. Celá oblast pak spadala pod Ústav zdravotní výchovy Ministerstva zdravotnictví, který byl „garantem vzdělávání a výchovy v oblastech dotýkajících se ochrany zdraví a prevence obecně“ (Miovský et al., 2010: 14). „Konec 90. let způsobil celkové zpomalení vývoje preventivních programů a v mnoha oblastech zaznamenal dokonce krok zpět a koncepční rozvrácení v té době stále ještě příliš křehkého systému preventivních

³⁶ „Sociálně patologické jevy“ lze obecně definovat jako závažné poruchy chování jedince, které se projevují zejména v porušování sociálních, případně právních norem. Negativní následky sociálně patologických jevů se projevují jednak na úrovni jedince, zejména na jeho fyzickém a duševním zdraví, a jednak v širší rovině v rámci jeho okolí nebo i na celospolečenské úrovni.

³⁷ Přiklonění se k novému pojetí je patrné už například ve změně názvu dokumentu MŠMT „Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy“, ve kterém byl pro období 2009–2012 použit poprvé termín „rizikové projevy“. Pro období 2013–2018 pak „rizikové chování“.

³⁸ Aktuálně jsou to ty od autorů Pavlas Martanová a kol. z roku 2012. Více o Standardech v příloze č. 4.

³⁹ Viz. kapitola 6. 1. – Rizikové chování ve vztahu k prevenci.

programů. Jedním z krucálních problémů bylo např. systematické nerefluktování potřeb různých cílových skupin“ (Miovský a kol., 2010: 19).

5.4. Současný systém školské primární prevence v ČR

5.4.1. Horizontální a vertikální úroveň koordinace primární prevence

MŠMT dnes koordinuje v ČR veškeré aktivity a činnosti související s primární prevencí rizikového chování. Témata prevence však zasahují do agendy školské, zdravotnické i sociální. Podle Miovského (2015) je pro primární prevenci charakteristická její mezioborovost, která se promítá i do veřejné politiky z hlediska meziresortní koordinace.

MŠMT hraje v ČR hlavní roli při realizaci školních preventivních programů primární prevence „rizikových projevů u dětí a mládeže“ v České republice (MŠMT, 2013). Období, kdy děti a dospívající navštěvují školu, tedy období vzdělávání popisuje jako „velmi významné pro formování osobnosti mladých lidí a vše, co se v tomto období nepodaří, se jen velmi těžko napравuje v období dospělosti“ (MŠMT, 2013: 3). Poradním orgánem MŠMT pro oblast prevence je *Výbor pro koordinaci primární prevence* – na úrovni meziresortní, na úrovni vertikální pak *Výbor krajských školských koordinátorů prevence*. V rámci nadresortní spolupráce jsou důležitými: *Úřad vlády - Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky* a *Republikový výbor pro prevenci kriminality Ministerstva vnitra*.

Veškeré aktivity v primární prevenci spadající pod resort školství se řídí aktuálními dokumenty. Pravidelně jsou jimi dokumenty, které nesou název *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období...*⁴⁰, na kterou navazuje Akční plán realizace Strategie, který obsahuje priority, hlavní cíle, úkoly, odpovědnosti a termíny plnění úkolů a opatření, které mají přispět k naplnění cílů. Dokumenty jsou v souladu s platnými *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování* (Pavlas, Martanová a kol., 2012) a také s dalšími koncepčními dokumenty – Strategií prevence kriminality, Národní strategií protidrogové politiky. MŠMT ve spolupráci s krajskými institucemi a pedagogicko-psychologickými poradnami (na úrovni bývalých okresů) a samozřejmě se samotnými školami (a školskými zařízeními) a jejich školními metodikami prevence a realizátory (často z řad PPP a NNO) pak zajišťuje jejich vykonávání.

⁴⁰ Poslední vydaná strategie byla pro léta 2013–2018.

Prostřednictvím vertikální koordinace dochází ke „sladování jednotlivých aktivit na regionální a místní úrovni (tj. krajské i obecní) tak, aby byly zohledňovány místní podmínky a potřeby a současně, aby realizovaná opatření a intervence byly uskutečňovány v souladu s hlavními cíli, principy a postupy doporučenými národní strategií primární prevence“ (MŠMT, 2013). Úkolem MŠMT je metodicky vést a koordinovat činnost krajských školských koordinátorů prevence (pracovníků krajských úřadů), metodiků prevence (pracovníků pedagogicko-psychologických poraden) a jejich prostřednictvím pak činnost školních metodiků prevence (určených pedagogů ve školách a školských zařízeních) – viz obrázek č. 1. (MŠMT, 2013).

Obrázek 1 Vertikální úroveň koordinace primární prevence



Zdroj: MŠMT. Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013–2018; zpracování vlastní.

5.5. Primární prevence ve škole

Realizace školní primární prevence je v současné době na základních a středních školách povinná. O této povinnosti můžeme hovořit počínaje rokem 2004, který se stal přelomovým vlivem přijetí nového školského zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Povinnost realizovat primární

prevenci je blíže definována ve vyhlášce č. 72/2005. Prevence je pak v prostředí škol realizována prostřednictvím tzv. *Minimálního preventivního programu*⁴¹ (dále jen MPP), který na daný školní rok vypracovává *školní metodik prevence*.⁴² Toho do pozice jmenuje ředitel/ředitelka školy, který/á má dále zodpovědnost za spoluvytváření, realizaci a podporu *školní preventivní strategie* (ŠPP)⁴³, jíž je MPP součástí. Školní metodik prevence je v roli koordinátora příprav i samotné realizace, spolupracuje tedy s ostatními pedagogy ve škole na začlenění preventivních témat do výuky (školního vzdělávacího programu). Podstatná je i role třídních učitelek/učitelů, kteří by měli být (v ideálním případě) tím pedagogem, který zná svoji třídu nejlépe a může mít tak významnou roli při mapování rizikového chování ve třídní skupině a poskytování podpory svým žákům/studentům a jejich rodině, případně i ostatním spolužákům. Jak uvádí Skácelová (in Miovský et al., 2010: 101) „MPP je konkrétním dokumentem školy zaměřeným na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností.“ Vypracování a realizace MPP podléhá kontrole České školní inspekce (ČŠI).

Za jeden ze stěžejních dokumentů můžeme považovat také překlad příručky z roku 2002 kolektivu autorů Gallá et al. vydaný Úřadem vlády ČR v roce 2005 s názvem *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní drogové prevenci*. Jak je z názvu patrné, cílem této publikace je poskytnout pedagogům ve školách informace a nástroje, které jsou k realizaci efektivní primární prevence potřeba. Příručka se zaměřuje zejména na prevenci drogovou a měla by školám poskytnout návod, jak takový program sestavit s ohledem na kulturní, environmentální, sociální i ekonomické prostředí a možnosti. Je také nástrojem k analýze současného stavu či pojetí primární prevence ve škole.

Následující odstavec krátce zaměřím na legislativní ukotvení primární prevence v prostředí školy. Školy mají v ČR zákonnou povinnost realizovat primární prevenci (tzv.

⁴¹ Komplexní vymezení terminologie, definice *Minimálního preventivního programu* a doporučený postup škol při výskytu konkrétních forem rizikových forem chování dětí a mládeže se objevuje také v „Metodickém pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních“ MŠMT z roku 2007.

⁴² *Školní metodik prevence* je pracovník školy nebo školského zařízení, jeho standardní činnosti (metodické, koordinační, informační a poradenské) vymezuje *vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. Kvalifikační standardy školního metodika prevence, dalších poradenských pracovníků a příplatky za tuto činnost jsou specifikovány *zákonem č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů*.

⁴³ „ŠPP je dlouhodobým preventivním programem pro školy a školská zařízení a je součástí školního vzdělávacího programu, který vychází z příslušného rámcového vzdělávacího programu.“ (Skácelová in Miovský et al., 2015:101)

Minimální preventivní program-MPP) od roku 2004⁴⁴. Tehdy vešel v platnost nový školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, který je považován za základní legislativní dokument. Tato povinnost je podrobně definována ve vyhlášce číslo 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. Kontrolní roli v oblasti prevence plní ČŠI. Dohlíží na to, zda mají školy vypracovaný Minimální preventivní program, zda jej realizují a řídí se příslušnou legislativou.

V příloze č. 3 uvádím výčet legislativy, která primární prevenci rizikového chování definuje.

5.5.1. Programy primární prevence ve vztahu k duševnímu zdraví – nemoci

Jak je z předchozího textu zřejmé, pomyslná váha preventivních programů, které jsou řešeny v českých podmínkách systematicky (MŠMT ČR) je zatížena zejména programy z oblasti adiktologie⁴⁵ či šikany.

Pedagogové, kteří by mohli téma duševní hygieny a informace z oblasti duševního zdraví zařazovat do běžné výuky na základních a středních školách, narážejí často na vlastní nevědomost, protože se v rámci přípravy na své povolání (studium VŠ) s těmito tématy setkávají pouze okrajově. Vedle nedostatku informací se s obavou uchopit tato témata v hodinách objevuje i nedostatek dovedností, jak o takto citlivých tématech, kterými vzhledem k postojům naší společnosti (stigmatizace) duševní potíže a onemocnění jsou, s dospívajícími mluvit, jakým způsobem na tato témata otevírat diskuse.

V našich podmínkách existuje pouze minimum programů z oblasti duševního zdraví, které bychom mohli považovat za preventivní ve smyslu efektivního programu primární prevence⁴⁶. Uvádím alespoň následující tři projekty. Prvním z nich je projekt Zipyho a Jablíkovi kamarádi určený předškolním a čerstvě školním dětem. Dále se pozastavím u jednorázového semináře, který z důvodu své délky nedosahuje na to, aby byl samostatně považován za kvalitní a efektivní program. Jako součást Minimálního preventivního programu ve škole, kde na něj může pedagog (školní metodik prevence či třídní učitel a

⁴⁴ Do roku 2004 byl pedagogům oporou pouze Metodický pokyn MŠMT k prevenci sociálně patologických jevů z roku 2000.

⁴⁵ Adiktologie je samostatný transdisciplinární obor, který se zabývá rizikovým prostředím pro užívání návykových látek a pro rozvoj závislostního chování (snižování poptávky), včetně oblasti regulace a kontroly (omezování nabídky). Zdroj: www.adiktologie.cz

⁴⁶ Znaky efektivního programu primární prevence dle Standardů popisují v samostatné kapitole.

v nejlepším případě pak i rodiče doma) navazovat, by mohl sloužit alespoň jako součást (vedle dalších témat) v rámci komplexního programu všeobecné primární prevence.

Program je koncipován tak, aby jej bylo možné realizovat v různých modulech pro různé věkové skupiny adolescentů i skupin dospělých (zejména pedagogů, rodičů, úředníků apod.). Jeho součástí byla (a dále dle finančních možností organizace je) distribuce brožury s názvem *Normálně studuju. Příručka podporovaného vzdělávání pro žáky, studenty, jejich blízké a pedagogy*.

Nakonec se pozastavím, a to nejdříve, u programu Blázníš? No a?, určeného dospívajícím a mladým dospělým, který má v sobě z mého pohledu velký potenciál pro rovnocenné zařazení mezi současná témata „primární prevence rizikového chování“, tedy i jejich Standardy s výhledem na možnost dosáhnout na finanční podporu ze strany MŠMT.

5.5.1.1. Zipyho a Jablíkovi kamarádi

Metodika Zipyho kamarádi, kterou do ČR přinesla É-clinic, z. ú., ve spolupráci s Centrem sociálních služeb Praha, je zaměřena na podporu duševního zdraví dětí – posiluje sociální dovednosti dětí, rozvíjí jejich strategie zvládání obtížných/stresových situací (coping skills) a pomáhá tak předcházet projevům a rozvoji rizikového chování a výskytu duševních onemocnění. Ve světě se s touto metodou pracuje již téměř 15 let a v současnosti je rozšířena do 34 zemí, v České republice od roku 2015.

Jedná se o metodiku pro pedagogy (a rodiče) pro práci s dětmi ve věku 5 až 7 let (předškolní děti nebo 1.–2. třída základní školy). Pedagog – třídní učitel, který projde akreditovaným kurzem, je připraven pro práci s 6 tematickými moduly. Tématy jsou komunikace, řešení konfliktů, city a pocity a vyrovnávání se se změnou a ztrátou. Děti se v průběhu 24 lekcí učí hledat dobrá řešení složitých životních situací odpovídajících jejich věku. Každý modul uvozuje příběh, k němuž se v průběhu dalších lekcí spolu s pedagogem vrací. Hlavními hrdiny příběhů jsou šestiletá dvojčata Lenka a Tonda, jejich kamarádka Sandra a strašilka Zipy. Program je postaven na těchto pravidlech: je vyučován v celém svém rozsahu; upevňuje pozitivní dovednosti, správná či špatná řešení neexistují – pouze vhodná/užitečná a nevhodná/neužitečná; soustředí se na řešení, ne na osobu; děti potřebují k tomu, aby se dobře učily, opakování a kontinuitu; děti trénují své dovednosti v různých prostředích; podílejí se na programu a jsou součástí procesu; učí se od sebe navzájem; děti si namísto soupeření vzájemně pomáhají; děti samy hodnotí svůj úspěch; učitelé jsou ochotni

dětem naslouchat. Součástí aktivit je i „práce“ na doma – pro děti a jejich rodiče. Více na www.zipyhokamaradi.cz.

5.5.1.2. Jak se pozná, že už (jsem) se zbláznil

Interaktivní 90 minutový seminář začali realizovat pracovníci Ledovce, z. s., v roce 2007 v rámci pilotního projektu „Podporované vzdělávání pro studenty s duševním onemocněním v Plzeňském kraji“. Jeho cílem bylo otevřít téma duševního zdraví a onemocnění ve školním prostředí, předat žákům a studentům (zejména OU, SOU a SŠ) základní informace nejen o psychických potížích a duševním onemocnění, ale také o tom, co s „tím“, na koho se v případě potřeby obrátit. Výsledkem projektu je webový portál www.normalnestuduju.cz, na kterém je k nalezení „toolkit podporovaného vzdělávání“ a „Příručka podporovaného vzdělávání pro žáky, učně a studenty“. Aktuální informace k seminářům jsou zveřejněny na www.pomocnaskola.cz.

5.5.1.3. Blázníš? No a!

Dovolím si tvrdit, že nejrozšířenějším programem prevence duševního onemocnění určeným dospívajícím (jakkoli je považován prozatím spíše za destigmatizační aktivitu), je v současné době v našich podmínkách projekt Blázníš? No a! (BNA).⁴⁷ V ČR navázal na projekt německé organizace pro práci s veřejností v psychiatrii „Šílet je lidské“ (Irrsinning Menschlich), který byl založen v roce 2001 v Lipsku, odkud se úspěšně rozšířil do více než 60 měst. V roce 2009 za něj získala Dr. Manuela Richter-Werling prestižní cenu Ashoka Fellows. Od roku 2006 je realizován Fokusem Praha, z. ú., který jej rozšířil i do dalších měst ČR (Mladá Boleslav, Tábor, Plzeň, Beroun, Karlovy Vary, Brno, Jeseník...) a nadále v jeho šíření pokračuje. V současné době se realizaci v celé naší republice věnuje 15 tzv. regionálních týmů,⁴⁸ které koordinuje, vzdělává a metodicky vede právě Fokus Praha, z. ú.

Patrně je také programem s nejvíce propracovanou metodikou (převzatou z Lipska) a způsobem svojí realizace, snad až na několik výjimek, probíhá v souladu se současnými Standardy PP rizikového chování. Program BNA je zaměřen na duševní zdraví a nemoc jako celek. Témata jsou zpracovávány lektory v rámci tzv. „školského dne“. Časová dotace interaktivního programu je minimálně 6 vyučovacíh hodin a školám je doporučováno, aby

⁴⁷ Původně projekt „Verückt? Na und!“ převzat Fokusem Praha od německé organizace Irrsinig Menschlich e.v. se sídlem v Lipsku. Tady je projekt realizován od roku 2000.

⁴⁸ Mezi ně patří následující: od roku 2011 Fokus Mladá Boleslav, od 2013 Fokus Tábor, od 2015 Ledovec Plzeň, Fokus České Budějovice, Lomikámen Beroun, Fokus Nymburk – Kolín, Fokus Karlovy Vary–Sokolov, Fokus Mělník, od 2018 Zahradka 2000 Jeseník, Masopust Chomutov, Fokus Opava, Celsuz Brno, Fokus Písek – Sušice, Fokus Liberec.

se žáci v ten den neúčastnili již dalšího případného odpoledního vyučování. V závěru školského dne se pracuje s příběhem člověka s vlastní zkušeností s duševním onemocněním.

Cílem programu BNA je nejen předávat informace a podpořit dovednost komunikovat o psychických potížích a duševním onemocnění podobně otevřeně jako o nemocech fyzických, ale také podpořit dovednost zvládat psychické krize, které jsou běžnou součástí dospívání. Vedle toho má program vliv i na zotavení lidí se zkušeností s duševním onemocněním.

V této části pro lepší porozumění dalšímu textu a tomu, jak se v programech pro dospívající může primární prevence potkávat s destigmatizací, krátce upozorňuji na to, že tento program má trojí účinek: Pomáhá předcházet psychickým krizím, dodává dospívajícím odvalu a dovednost spolu vzájemně otevřeně komunikovat i o vážných a nelehkých tématech (primární prevence). Vedle toho podporuje uzdravování a zotavení⁴⁹ lidí s duševními problémy a vedlejším cílem, i když ne nepodstatným, je zlepšování přístupu společnosti vůči lidem s tímto znevýhodněním. Můžeme tvrdit, že třetím účinkem je jeho destigmatizační dopad.

Sama autorka původní německé metodiky BNA k programu uvádí: „,Blázníš? No a!‘ prolamuje mlčení a dává mladý lidem [...] a jejich učitelům příležitost otevřeně diskutovat [...] o malých i velkých otázkách duševního zdraví [...]. Jednodenní workshopy ve školách [...] týmy sestávající z moderátora (psychiatra, psychologa, sociálního pracovníka nebo sociálního pedagoga) a experta ve vlastní věci (člověka dotčeného vlastními problémy). [...] Celý komplexní konstrukt ‚duševní zdraví‘ díky němu získává konkrétní tvář, přibližuje na dosah – a přitom jako úplně normální věc“ (Richter-Werling, 2015: 16).

Nakonec si neodpustím ještě krátké zastavení se nad pojetím programu BNA v souvislosti se zásadami efektivity programů prevence stanovených ve Standardech poskytovatelů programů PPRCH. (Standardům i zásadám efektivní PP se věnuji v samostatné kapitole). Jeho hlavním cílem je rozvoj dovedností a způsobů rozhodování se směřujících ke zdraví, osvojení si pozitivních vzorců chování, posílení struktury osobnosti. To všechno by odpovídalo nespécifické prevenci. Zároveň však program BNA přináší informace a posiluje tak povědomí o duševním zdraví a nemoci, o možných psychických

⁴⁹ Dle nejvyužívanější definice je zotavení „...hluboce osobní a jedinečný proces proměny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí jedince. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes omezení, která nemoc přináší“ (Anthony, 1993).

potížích, o hranici, která je mezi nimi, o možné pomoci a podpoře, která je lidem se zkušeností s duševním onemocněním poskytována. Staví zdraví psychické na rovinu se zdravím fyzickým, připravuje účastníky na možnost výskytu psychických krizí v životě (aktuálních, či těch, které mohou v budoucnosti přijít) a posiluje dovednost, jak se s nimi vypořádat (coping). To všechno a práce s příběhem člověka se zkušeností („experta“ – peer lektora), která je poslední částí programu, může napomoci uvědomění si vlastní vážné psychické krize, předejití zhoršování stávajících potíží a problémů, a napomoci včasnému vyhledání odborné pomoci (help-seeking) prostřednictvím pozitivního pohledu ve smyslu zotavení (recovery). Tedy – že i s duševním onemocněním se dá žít smysluplný a nadějeplný život.

5.6. Evaluace programů primární prevence

Dovolím si tvrdit, že jedinými programy prevence zaměřenými na podporu duševního zdraví, které v ČR prošly evaluací, jsou: program zaměřený na cílovou skupinu dětí ve věku 5–7 let, jejich pedagogy a rodiče – Zipyho kamarádi a program určený dospívajícím – Blázníš? No a! a jejich pedagogům. Krátce se k jejich evaluaci zmiňuji v následujících řádcích.

Program BNA v ČR prošel v letech 2016–2018 evaluační studií, jejímž cílem bylo ukázat, jak program ovlivňuje jeho účastníky – žáky středních škol z hlediska postojů, ochoty vyhledat pomoc, sociální distance a soudržnosti kolektivu. Data byla sbírána ve třech obdobích – 4 týdny před realizací programu, ihned po programu a 4 týdny po programu. Díky tomu bylo možné ověřit, jaký je rozdíl mezi počátečními hodnotami a hodnotami po proběhlých intervencích, a to i z dlouhodobého hlediska. Závěrem je to, že program BNA má prokazatelně vliv na *sociální distanci vůči lidem (kamarádům/spolužákům) s duševním onemocněním*, na *postoje vůči lidem s duševním onemocněním* a *ochotu vyhledat pomoc*. Tedy to poukazuje na to, že program má vedle destigmatizačních i prvky preventivní– „Pozitivní vliv byl největší u těch studentů, kteří měli horší vstupní hodnoty“ (Janoušková et al., 2018).

Výsledky evaluace programu BNA v Německu (v letech 2008–2009) poukázaly na to, že se u studentů, kteří prošli programem, zlepšila strategie vyhledávání pomoci v případě problémů a jejich self-efficacy⁵⁰ se specificky posilnila ve vztahu ke zvládnání

⁵⁰ Self-efficacy = osobní vnímaná účinnost; tvoří součást sebepojetí, představuje ochranný faktor při vyrovnávání se s nároky, které na jedince klade život (Hoskovcová, 2009). „Víra ve vlastní schopnosti, dovednosti, a to za účelem dosáhnout určeného výkonu“ (Bandura, 1997: 36).

psychické krize. Výsledky studie potvrdily stejně jako v ČR vliv programu na redukování stereotypů, snižování negativních postojů a sociální distance. (Conrad et al. 2009; Richter-Werling 2003). Jeho účinnost pak byla doložena několika evaluacemi Institutu sociálního lékařství, pracovního lékařství a veřejného zdraví Univerzity Lipsko⁵¹ v letech 2001, 2006, 2011 (Richter-Werling, 2015).

Evaluací prošel také program Zipyho a Jablíkovi kamarádi. „Cílem studie bylo zjistit, zda implementace programu Zipyho kamarádi přináší signifikantní zisky pro žáky 0., 1., 2. a 3. ročníků náhodně vybraných základních škol, kteří byli hodnoceni svými učiteli a rodiči“ (Zpráva..., 2018). Do studie bylo zapojeno 14 škol (děti, pedagogové i rodiče). Výzkumný vzorek tvořilo 807 respondentů, 466 v experimentální skupině, 341 v kontrolním vzorku. Školy byly náhodně rozděleny do dvou stejně velkých skupin – experimentální a kontrolní. Experimentální skupina v průběhu školního roku 2015/16 pracovala s metodikou Zipyho kamarádi, kontrolní nikoliv. Výzkumná zpráva přináší zjištění, že metodika Zipyho kamarádi je efektivní. Zpráva je v plném znění dostupná na internetu.⁵²

V samém závěru kapitoly věnující se školské primární prevenci, připojuji ještě následující podkapitolu. V ní bych ráda zmínila jeden ze specifických znaků primární prevence duševních onemocnění, a to zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Jejich působení bylo do sociálních služeb zaměřených na tuto cílovou skupinu v ČR postupně zapojováno od roku 2014 (Foitová, 2014), dále pak i do destigmatizačních a preventivních programů. Pojdme si krátce přiblížit jejich roli v pozicích peer konzultantů a také lektorů preventivních programů.

5.7. Zapojení lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním

Do péče o lidi s duševním onemocněním (a postupně také do destigmatizačních a preventivních programů) jsou jako jejich realizátoři i u nás postupně zapojováni lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Tomuto tématu se věnovala ve své diplomové práci Drahomíra Franzová v letech 2014–2015. V té době nebyl dosud model tzv. *peer konzultantství* v české odborné literatuře zpracován. K dispozici byl pouze manuál *Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví* (Foitová et al. 2014), kterým se autorka

⁵¹ Institut for Socialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig

⁵² Celá zpráva je dostupná z:
http://www.zipyhokamaradi.cz/images/Zipyevaluace_zprava_21112016.compressed.pdf

inspirovala. Drahomíra Franzová pro svoji práci dále čerpala z holandských a anglických zkušeností. „V holandské organizaci byl první peer konzultant zaměstnán v roce 2006. V anglické literatuře se rozvoj projektů peer podpory významněji objevuje od roku 2009“ (Franzová, 2014: 30).

Tehdy se u nás jednalo tedy o „aktuální téma a nový prvek v systému péče o lidi s duševním onemocněním“ (Franzová, 2015) a dnes je tomu, řekla bych, obdobně. Téma vzdělávání, podpory a zapojování peer pracovníků vnímám stále jako aktuální, a to zejména pak v programech zaměřených na prevenci.

Peer-pracovníky můžeme potkávat v sociálních službách a v CDZ, která poskytují podporu lidem s duševním onemocněním. (Proto také právě je jsem oslovila jako respondenty pro výzkumnou část diplomové práce.) „*Peer⁵³ pracovníci* jsou lidé s žitou zkušeností duševního onemocnění, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje“ (Foitová et al., 2014: 11). Jejich působení v sociálních službách pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním se zakládá na přesvědčení, že „...ti, kdo čelili těžkým překážkám, vydrželi a překonali je, mohou poskytnout užitečnou podporu, povzbuzení, naději a možná i mentorství jiným, kteří se nacházejí v podobné situaci“ (Davidson et al., 2006: 1).

Lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním jsou zapojováni:

do poskytování podpory

- jako peer konzultanti;

do preventivních a destigmatizačních programů

(pro žáky a studenty různých škol, jejich pedagogy, ale i širokou veřejnost)

- jako peer lektoři.

Termín „*peer lektor*“ použilo a jeho úkol definuje Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Je jím: na základě své osobní zkušenosti vzdělávat budoucí profesionály. Nabízejí pro obě pozice (peer lektora a peer konzultanta) shodnou výše uvedenou definici (Foitová et al., 2014). Hlavním úkolem peer lektorů v oblasti duševního zdraví je napomáhat destigmatizaci duševních onemocnění neboli měnit postoje účastníků seminářů k lidem s duševním onemocněním. Zároveň působí na profesionály v péči o lidi se zkušeností

⁵³ „Peer“ – anglické slovo, je používáno pro označení osoby stejného stavu (například věku, postavení, schopností či dalších shodných charakteristik);(Anglicko-český slovník, 2001)

s duševním onemocněním tak, aby jim byly poskytovány kvalitnější zdravotní a sociální služby (Foitová et al., 2013).

Sdílení osobní zkušenosti se například ukázalo také jako efektivní i u intervenčních videí zaměřených právě na destigmatizaci u dospívajících. Janoušková et al. (2017) v závěru studie shrnuje některé znaky, které způsobují úspěšnost video-intervencí z hlediska účinnosti: „Většina efektivních videí zahrnovala prvky sociálního kontaktu s příběhem člověka se zkušeností s duševním onemocněním spolu s odbornými informacemi (např. poskytnutými psychiatrem)“ (Janoušková et al., 2017: 9).

Jedním z příkladů programů, ve kterém lidé s vlastní zkušeností působí na pozicích peer lektorů, je již zmíněný program Blázníš? No a!. Podle německé metodiky je tady však pro ně používán termín *expert ve vlastní zkušenosti*⁵⁴ (Richter-Werling, 2015). Podobně pracují ve svých programech i kolegové z organizace Nevypusť duši⁵⁵. Zde jsou lektory programů studenti vysokých škol. Je tu tedy znásoben peer prvek i vzhledem k věku. Vedle toho vysokoškolští studenti v pozicích peer lektorů nemají zkušenost s podporou lidí s duševním onemocněním v rámci sociálních služeb tak, jak je tomu u projektu BNA. V organizacích, které se připojily k realizaci programu Blázníš? No a!, často působí peer pracovníci v obou výše popsaných rolích v rámci své profese současně.

S ohledem na zásady efektivní PP (kapitola 8.2. Jak poznáme efektivní program primární prevence), bych ráda zmínila, že každý člověk s vlastní zkušeností, který pracuje na výše uvedených pozicích má zpracovaný svůj příběh, je metodicky veden a supervidován. Vzdělávání „peer pracovníků“ probíhá prostřednictvím speciálního kurzu. „Pětidenní vzdělávací program⁵⁶ připravuje absolventy na práci na pozici peer konzultanta (osoba s vlastní zkušeností s duševním onemocněním pracující v rámci profesionálních týmů

⁵⁴ Od tohoto pojmu se naše organizace, Ledovec, z. s., distancuje. Nerespektujeme pojmenování vycházející z originální německé metodiky programu: „moderátor“ a „expert“. Používáme pro všechny realizátory programu BNA označení stejné: „lektor programu“, tedy bez ohledu na to, zda se jedná o člověka se zkušeností s duševním onemocněním nebo ne (zdroj: vlastní zkušenost).

⁵⁵ O nestátní neziskové organizaci Nevypusť duši podrobněji v příloze č. 1.

⁵⁶ Témata kurzu: *Koncept recovery* (zotavení): základní pojmy, význam konceptu v současné péči o duševní zdraví; prezentace duševního onemocnění z pohledu zotavení; metody práce s klientem, které využívají koncept zotavení. *Koncept recovery a prezentace osobního příběhu. Práce s osobním příběhem*: prezentace osobního příběhu; obsah a hranice v tvorbě a prezentaci osobního příběhu. *Nácvik komunikace*: specifika komunikace peer konzultanta; komunikace s klientem a jeho rodinou v odlišných situacích; zásady komunikace v roli peer konzultanta. *Práce v týmu*: význam multidisciplinárních týmů v péči o duševně nemocné; vyjednávání v týmu; výhody týmové práce a podpora týmu; minimalizace rizik v týmu při práci s klientem; konflikt v týmu (zdroj: www.cmhcd.cz).

poskytovatelů služeb jako odborník na vlastní onemocnění). Absolventi získají cenné zkušenosti a kompetence potřebné pro zapojení do pracovních týmů v organizacích poskytujících péči osobám s duševním onemocněním. Odborným garantem kurzu je MUDr. Zuzana Foitová, součástí lektorského týmu jsou zkušení peer lektoři a konzultanti“ (www.cmhcd.cz, cit. 12. 11. 2018).

6. DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

V následující kapitole se zastavíme u pojmu rizikové chování. To nás zajímá právě proto, že pro jeho jednotlivé okruhy již v ČR existuje dobře propracovaný systém primární prevence, a jak jsem již v předchozím textu zmínila, z okruhu duševních onemocnění je sem zahrnováno vedle závislostí pouze spektrum poruch příjmu potravy.

6.1. Rizikové chování ve vztahu k prevenci

Pod pojmem rizikové chování rozumíme chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost (Miovský, Zapletalová, 2006). Je to tedy takové chování, které může negativně ovlivnit, ohrozit další život mladého člověka, a to včetně zdraví.

Termín *syndrom rizikového chování* je také definován Světovou zdravotnickou organizací. V současnosti jsou do jisté míry experimenty s rizikovými způsoby chování v dospívání akceptovány a uznávány jako součást vývoje, proto jsou také adolescenti považováni za samostatnou rizikovou skupinu. Dospívající zkouší různé formy riskantního chování účelně, mnohdy i opakovaně, a neuvědomují si možné nebezpečí následků (např. právní stíhatelnost či původ trestní činnosti). Tyto projevy a kroky mohou být ohrožující i v následujících životních etapách, přesto v dnešní době rizikový způsob chování přijímá čím dál více adolescentů (Sobotková, 2014).

Pojem *rizikové chování* nahrazuje termín *sociálně patologické jevy*, který byl dříve v oblasti školské primární prevence používán. Ten je jednak stigmatizující, normativně laděný a klade příliš velký důraz na skupinovou/společenskou normu. Vzorce rizikového chování považujeme za soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi (Miovský et al., 2010).

Rizikové formy chování vytyčuje dokument MŠMT s názvem Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže, vydávaný vždy na dané pětileté období. Určuje,

jaká témata musí Minimální preventivní program (dále jen MPP)⁵⁷, který vypracovává školní metodik prevence ve spolupráci s vedením školy a ostatními pedagogickými pracovníky vždy na daný konkrétní školní rok, obsahovat.

Jedná se „prioritně o předcházení rozvoje rizik, která směřují zejména k následujícím rizikovým projevům v chování dětí a mládeže:

Interpersonální agresivní chování – agrese, šikana, kyberšikana a další rizikové formy komunikace prostřednictvím multimédií, násilí, intolerance, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie

Delikventní chování ve vztahu k hmotným statkům – vandalismus, krádeže, sprejství a další trestné činy a přečiny

Záškoláctví a neplnění školních povinností

Závislostní chování – užívání všech návykových látek, netolismus, gambling

Rizikové sportovní aktivity, prevence úrazů

Rizikové chování v dopravě, prevence úrazů

Spektrum poruch příjmu potravy

Negativní působení sekt

Sexuální rizikové chování“ (MŠMT, 2010).

Všimněme si, že z okruhu duševních onemocnění je tady do primární prevence rizikového chování zahrnuto vedle závislostního chování pouze spektrum poruch příjmu potravy.

Podobně dokument Standardy z roku 2012 mezi rizikové chování zahrnuje navíc: prepatologické hráčství, *rizikové chování* ve vztahu ke společenským institucím (kam oproti MŠMT 2010 řadí záškoláctví a neplnění školních povinností, ale navíc také *nedokončení studia ne střední škole*).

V rámci širšího pojetí rizikového chování pak zvlášť zařazuje „následující dva okruhy, které se z hlediska výskytu v populaci stávají velikými ohnisky pro preventivní práci. Nelze je však jednoznačně zahrnout do konceptu rizikového chování:

- Okruh poruch a problémů spojených se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte

⁵⁷ Více o MPP v této publikaci: Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Veselá, M., & Zapletalová, J. (2012). Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

- Spektrum poruch příjmu potravy“ (Pavlas Martanová, 2012: 22).⁵⁸

Naopak Průcha et al. (2008) mezi riziková chování zařazuje i depresi. Označuje rizikové chování jako „chování rizikové populační skupiny, v pedagogickém kontextu zejména skupiny dospívajících. Světová zdravotnická organizace stanovila medicínskou kategorii ‚dorost‘ jako samostatnou rizikovou skupinu populační skupinu se samostatným preventivním programem. Nejčastěji jde o rizikové typy chování:

1. zneužívání návykových látek (nikotin, alkohol, drogy);
2. negativní chování v oblasti reprodukční (předčasný sex a s ním spojené střídání partnerů, riziko pohlavních nemocí a předčasného otěhotnění);
3. negativní psychosociální chování (**poruchy chování**, agresivita až kriminalita, úrazy, **deprese až sebevražedné jednání**, poruchy školního prospívání, nedokončení školní docházky, následná nezaměstnanost).

Tyto tři kategorie mají tendenci se sdružovat a jedna usnadňuje vznik druhé. Ve hře je **emocionální deprivace**, **distres** (stres s negativními účinky) a negativní tlaky vrstevníků“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2008: 201, zvýrazněno autorkou).

Můžeme si všimnout, že ač odborná literatura některé z jevů, které je možné vnímat jako symptomy či počátky duševního onemocnění, mezi tzv. rizikové chování zahrnuje, v oficiálních dokumentech vymezujících oblasti pro školskou primární prevenci však tyto jevy stále chybí.

Podle citací z odborné literatury je patrné, že se tři výše uvedené kategorie mají tendenci sdružovat. Právě pojednáním o souvislostech mezi psychickými potížemi / duševním onemocněním a rizikovým chováním moje práce pokračuje v následující kapitole.

7. FORMY RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ A JEJICH SOUVISLOST S PSYCHICKÝMI POTÍŽEMI

V běžném životě se riziková chování u dospívajících neobjevují jednotlivě, osamoceně. Stejně tak se nezřídka u dětí a dospívajících vyskytují spolu s nějakou poruchou chování či psychickou nepohodou.

⁵⁸ Tento materiál projednala 10. porada vedení ze dne 26. 3. 2013 (č. j. MŠMT – 9203/2013-22).

Zmíněnému tématu – rizikovému chování a jeho souvislostem s psychickými potížemi – se v rámci své studie věnovala L. Foltová (2008). Studie zahrnovala 1531 adolescentů ve věku 15 let, jednalo se o neklinický soubor respondentů a cílem bylo zjistit, zda lze „identifikovat případnou souvislost jejich psychického stavu se zapojením do několika specifických typů rizikového chování“ (Foltová in Česká a slovenská Psychiatrie, 2012). Jak autorka uvedla: „U chlapců koresponduje míra emočních problémů a také hyperaktivity s nesoustředěností s antisociálním chováním. U dívek jsou sledované rozdíly podobné. Dále byly nalezeny signifikantní rozdíly mezi skupinami v položkách psychických potíží.“

Podle Foltové trpí psychickými potížemi nejméně nerizikovní adolescenti. „U dívek souvisejí s rizikovým chováním anxiozita,⁵⁹ potíže se spánkem, vtíravé myšlenky a únava; vše nejčastěji u skupiny s antisociálním chováním. U chlapců nejčastěji trpí také skupina s antisociálním chováním – pocity úzkosti, vznětlivostí a únavou; a dále syndromová skupina vtíravými myšlenkami a nechutenstvím“ (Foltová, 2012: 79). Její výzkum přinesl potvrzení, že „psychické potíže adolescentů souvisejí s jejich rizikovým chováním“ (Foltová, 2012: 79). Navrhuje, aby se navazující výzkum zaměřil na to, zda „mají vliv potíže na chování nebo naopak. Vzhledem k výsledkům práce se domníváme, že je vhodné i z hlediska prevence rizikového chování věnovat pozornost a péči psychickému rozpoložení, stavu a potížím adolescentů, a to již v časné fázi tohoto období“ (Foltová, 2012: 79).

V druhé části této kapitoly přináším stručné nastínění některých typů rizikového chování a jejich souvislosti s tématy duševního zdraví, psychické ne/pohody a duševního onemocnění. Vycházet budu zejména z vlastních znalostí a osobních zkušeností, které jsem získala během realizovaných programů primární prevence.

7.1. Závislosti a poruchy příjmu potravy

Obě tyto problematiky můžeme zahrnout v rámci MKN-10 do kategorie duševních poruch. Také jsou dle MŠMT v současné době jedinými oficiálními formami rizikového chování, na které se stávající primární prevence rizikového chování dle platných dokumentů zaměřuje. Dospívající prostřednictvím tohoto chování zpracovává nějakou formu napětí (podobně je tomu u sebepoškozování – do RCH oficiálně nezahrnutého), která se objevuje

⁵⁹ Úzkostnost jako trvalejší povahový rys, povahová základna pro nadměrně časté pocity nejistoty ohrožení, a tím i pro nadměrně časté úzkostné prožitky (zdroj: www.slovník-cizich-slov.cz).

v souvislosti s prožíváním psychické krize či nastupujícím duševním onemocněním. Toto chování někdy označujeme pojmem *úlevové užívání*.

Vedle toho zneužívání návykových látek může vést k rozvoji závažných duševních poruch, stejně jako neřešené psychické problémy mohou vést k závislostem (např. Foltová, 2012).

7.2. Záškoláctví a šikana

Oba jevy se dotýkají jak jednotlivce, tak celého třídního kolektivu. Často spolu velmi úzce souvisejí. Záškoláctví může být způsobeno strachem ze školy, z nepříjemných pocitů z bytí ve třídě, ve velké skupině, stejně jako tendencí z výuky se „prostě ulít“. Studie s dětmi s výrazným počtem zameškaných hodin ukázaly, že toto chování je v 88 % výsledkem psychiatrických poruch, diagnostikovatelných dle MKN (Egger et al., 2003).

Šikana a projevy násilí, reálné nebo virtuální, jsou úzce propojeny se školní/třídní atmosférou. Agresoři i oběti šikany, přičemž někteří se mohou nacházet současně v obou těchto rovinách, jsou osoby s extrémním prožíváním a specifickými potřebami. Často se u nich v mladém věku ve zvýšené míře diagnostikuje různé spektrum psychiatrických onemocnění, ale také jsou psychiatricky diagnostikováni v dětství a jejich rodinné poměry bývají těžké.

7.3. Rasismus a xenofobie

Také tyto dva jevy se velmi úzce (podobně jako duševní onemocnění) potkávají se stigmatizací. A člověku, který se stává „předmětem zájmu“, může velmi lehce způsobit psychické potíže.

7.4. Problematika sekt

Období dospívání, jak jsem již zmínila v kapitole věnované adolescenci, nebývá obdobím snadným a klidným. Mladí lidé se potýkají s hledáním vlastní identity, řeší vztahové problémy, zkoušejí nové věci a objevují se první psychické krize. Je to období jako stvořené pro to stát se příslušníkem nějaké sekty. Sekty totiž nabízejí možnosti někam patřit, být s druhými lidmi, dávají pocit výjimečnosti a nabízejí směr nebo návod, jak žít život a zvládat krizové situace.

Abych mohla uchopit téma školské primární prevence celistvě, zaměřím se v dalších částech své diplomové práce nejprve na to, jak je zajišťována kvalita programů primární prevence ve škole, krátce se zmíním o procesu certifikací, které zmíněnou kvalitu potvrzují a na závěr této kapitoly nabídnu přehled znaků efektivního programu primární prevence tak, jak jej nastavují současné Standardy.

8. ZAJIŠŤOVÁNÍ KVALITY VE ŠKOLSKÉ PRIMÁRNÍ PREVENCI

V České republice je zaveden systém kontroly kvality školské primární prevence. Zabezpečuje jej Národní ústav pro vzdělávání (NUV) prostřednictvím certifikací poskytovatelů primární prevence. Cílem je zabezpečit, aby na školách byla poskytována prevence v odpovídající kvalitě.

Certifikace šetří nejen veřejné finanční prostředky (dotace by měly putovat pouze do kvalitních a efektivních programů), ale hlavně chrání bezpečí žáků a měla by jim zaručit etické a profesionální zacházení v průběhu preventivních programů.

8.1. Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů školské primární prevence rizikového chování

Tento proces je posouzením a formálním uznáním, že poskytovatel a program prevence, který realizuje, jsou v souladu se stanovenými kritérii schválených Standardů a udělením či neudělením certifikátu o jejich naplnění.

Certifikace kvality poskytovatelů preventivních programů primární prevence užívání návykových látek byla zahájena v roce 2005, kdy vešla v platnost i první verze Standardů. Tomu předcházela činnost pracovní skupiny, jejíž vznik iniciovala jedna z pražských neziskových organizací (Prev-centrum), která měla s poskytováním preventivních programů v ČR největší a nejdelší zkušenost.

První realizovaný proces certifikace programu primární prevence se u nás datuje k roku 2006, přičemž pilotní ověřování vznikajících Standardů primární prevence užívání návykových látek (PPUNL) již o dva roky dříve.⁶⁰ Co se šíře a kvality prevence týče, patřila

⁶⁰ Pilotní certifikační šetření proběhlo úspěšně v P-centru, CPPT, o.p.s., Plzeň, celého procesu jsem se účastnila jako vedoucí střediska, zároveň jsem v té době byla sama certifikátorkou programů primární prevence (Institut pedagogicko-psychologického poradenství Praha)

Česká republika mezi uznávanou evropskou zemi. Certifikace byla v té době také alespoň z části vázána na finanční podporu ze strany Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Od roku 2012 (po již druhé revizi) se standardy rozšířily na všechny (tedy stávající) typy rizikového chování. Jednalo se zejména o oblast šikany, záškoláctví a rasismu. V roce 2013 byl nově spuštěn systém certifikací Národním ústavem pro vzdělávání, který byl pro výkon certifikací pověřen MŠMT, a to s tímto procesem certifikací propojilo i systém financování. Na dotační program dosáhly přednostně organizace, které požadavky certifikace úspěšně splnily a získaly certifikát. „Česká republika v tomto směru nastoupila průkopnickou cestu. Byla první zemí v rámci Evropské unie, která se pokusila spojit standardy kvality s financováním ze strany státu. Byla přitom nejen jednou z prvních zemí, které se vůbec takové standardy pokusily formulovat (práce na nich byla zahájena již v roce 2000 v rámci Phare Twinning Projektu 2000), ale hlavně, a to je to výjimečné, pokusila se o jejich promítnutí do praxe“ (Pavlas Martanová, 2012).

Záměrem existence Standardů a celého certifikačního procesu je to (a od samého počátku jím i bylo), aby bylo možné na školách realizovat pouze preventivní programy poskytovatelů úspěšných v certifikaci. V praxi tomu bohužel tak není vždy a pedagogové škol si k realizaci Minimálního preventivního programu zvou i programy nekvalitní a necertifikované či samy s žáky navštěvují různé „působivé“ projekty, které se však se zásadami efektivní primární prevence ne zcela shodují.⁶¹

Vedle toho je třeba zmínit, že naopak s programy zaměřenými na duševní zdraví a nemoc (a s jejich specifiky) tyto Standardy nepočítají a hodnotitelé v rámci certifikačního řízení nejsou schopni tento typ prevence zařadit (doufejme, že prozatím) do příslušných kolonek. Zmíněnou zkušenost získala organizace Fokus Praha, z. s., při pokusu o získání certifikace pro program BNA v červnu 2015.

To jak Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů školské primární prevence rizikového chování (dále jen PP RCH) vypadají, přibližují v příloze č. 4.

⁶¹ Uvedme například projekt tzv. Protidrogový vlak – Revolution Train, proti němuž se opakovaně vyjadřovali odborníci ze Sekce primární prevence A. N. O. (www.revolutiontrain.cz), naposledy v září 2017 v reakci na článek „Jezdí po republice a odrazuje děti od drog. Drahý a neúčinný špás, kritizují Protidrogový vlak odborníci“. Předsdkyně Sekce primární prevence A. N. O. Helena Fialová k němu sdělila: „Zastáváme názor, že tento projekt spadá do kategorie neefektivní primární prevence. Využívá zastaralé metody a přístupy, nezapadající do dlouhodobé celonárodní strategie. ... Rádi bychom apelovali na všechny instituce, které se podílí na zprostředkování programů pro žáky, aby přestali používat neúčinných prostředků v prevenci rizikového chování a vycházeli z národní strategie a využívali doporučení MŠMT.“ (celé vyjádření dostupné na http://www.asociace.org/wp-content/uploads/Stanovisko_Sekce_PP_ANO_Revolution_train_2015-1.pdf)

8.2. Jak poznáme efektivní program primární prevence

Poslední kapitulu teoretické části věnuji zásadám efektivního programu primární prevence ve škole. Mým cílem je vedle představení jednotlivých zásad efektivní PP přiblížit to, jak se tyto zásady ne/potkávají s programem prevence zaměřeným na duševní zdraví/nemoc. Jako příklad použiji program, jehož jsem aktivní účastnicí – Blázníš? No a! (dále jen BNA). Z následujících zásad budu vycházet i v závěru práce v rámci doporučení a návrhů pro zahrnutí „našeho“ tématu do současně nastaveného systému primární prevence.

Ještě před tím, než uvedu ostatní znaky primární prevence, kterou pak můžeme dle platných dokumentů (Standardy) zařadit mezi efektivní programy, upozorním na zásadu komplexnosti z jiného pohledu, než jak je tomu dále v textu. Tedy na fakt, že efektivní primární prevence rizikového chování by měla zahrnovat část nespecifickou (kam řadíme například volnočasové aktivity) a část specifickou (zaměřenou dle potřeb cílové skupiny na všeobecnou – selektivní či indikovanou prevenci). Dovolím si poukázat na to, že program BNA jako preventivní program podpory duševního zdraví se ve výše zmíněné terminologii prevence nachází mezi prevencí specifickou a nespecifickou. A jaká jsou tedy kritéria pro to, abychom program primární prevence mohli považovat za efektivní?

Tato kritéria zpracovala například první verze standardů – *Standardy primární prevence užívání návykových látek* z roku 2005. Poprvé je však shrnul již Nešpor (1999). Poté, co se oblast prevence užívání návykových látek rozšířila i na další formy rizikového chování, ustálily se tyto zásady na následující výčet:

- A. **„Komplexnost a kombinace mnohočetných strategií** působících na určitou cílovou skupinu, preventivní programy je tedy nutné koncipovat komplexně jako souhrn více faktorů a jako koordinovanou spolupráci různých institucí,
- B. **dlouhodobá a kontinuální práce** s dětmi (soustavné budování důvěry, zapojení rodičů a pedagogů, systematicky plánovaná a evaluovaná práce),
- C. zásadním faktorem je dobrá **provázanost programů** a jejich graduování z hlediska věku a rizikovosti cílové skupiny,
- D. **včasný začátek** preventivních aktivit, ideálně již v předškolním věku,
- E. práce v **malých skupinách** (max. 30 účastníků, spíše méně, kruhové uspořádání sezení, interakce, dialog),

- F. **aktivní účast** cílové skupiny (prožitek, výtvarné a pohybové techniky, rozbor, nutná zpětná vazba, vždy aktivitu zpracovat, „vytěžit“) a využití „peer prvku“ (věkové blízkosti s dětmi),
- G. reakce **na aktuální potřeby** cílové populace (nutno sledovat nové trendy, být tzv. „in“, sledovat vývoj konkrétní skupiny, mít o ní informace),
- H. **nabídka pozitivních alternativ** k rizikovému chování (zdravý životní styl, posilování sebevědomí, rozvoj komunikace, nácvik řešení problémů, vedení k zodpovědnosti),
- I. **využití „KAB“ modelu**⁶² – orientace nikoliv pouze na úroveň informací, ale především na kvalitu postojů a změnu chování. Např. posílení schopnosti mladých lidí čelit tlaku k užívání návykových látek zvýšeným sebevědomím, nácvikem asertivity a schopností odmítat, zkvalitněním sociální komunikace a schopnosti obstat v kolektivu a řešit problémy sociálně přiměřeným způsobem,
- J. **jasný a strukturovaný program** (předem daná metodika, požadavky na vzdělání a kompetence lektorů, časové ohraničení, vymezená témata a pravidla, shrnující závěr),
- K. **důraz na kontext programu** (respektování specifik dané lokality, spolupráce s rodiči, spolupráce institucí zapojených do programu prevence),
- L. **denormalizace** – primární prevence má přispívat k vytvoření takového sociálního klimatu, které není příznivé k šíření rizikového chování, „rizikové chování zde není normální“,
- M. **podpora protektivních faktorů** ve společnosti, vytváření podpůrného a pečujícího prostředí“ (Miovský et al. 2010: 39–41, zvýrazněno v originále).

9. PRIMÁRNÍ PREVENCE A NÁVAZNOST

Poskytujeme-li programy zaměřené na primární prevenci ať už jakéhokoli „jevu“, musíme také počítat s tím, že se na nás žáci či studenti, tedy děti a dospívající (ale i učitelé, rodiče) budou obracet nejen se svými dotazy, ale i s prosbou o pomoc či podporu při zvládnání příznaků onemocnění, a to v průběhu programu nebo bezprostředně po jeho skončení. Často je zvládnání těchto potíží spojených s příchodem psychických potíží / propuknutím duševního onemocnění ovlivněno i s potřebou mladého člověka současně plnit školní povinnosti.

⁶² KAB model – (Knowledge – Attitude – Behavior; znalosti – dovednosti – postoje) teorie vychází z toho, že k dosažení žádoucího chování je zapotřebí mít patřičné vědomosti (a dovednosti), vhodné postoje a podmínky pro jejich uplatnění. Tyto podmínky představují celou řadu faktorů (celkové sociální klima ve společnosti, systém péče, legislativa, dostupnost preventivních aktivit apod.).

Podpora ze strany lektorů programu je v rámci primární prevence z hlediska různých faktorů (profesní hranice, prostor, čas) omezena či lépe řečeno zúžena pouze na předání informace, případně poskytnutí základní krizové intervence a předání kontaktu na odborné zařízení. Jako chybějící vnímám nejen samotnou PP zaměřenou na duševní zdraví, ale jako nedostatečná se mi jeví i další péče či podpora pro děti a dospívajícím v této oblasti. Proto bych se ráda na tomto místě o následné péči po programu PP duševního onemocnění krátce zmínila.

Přemýšlím o tom, zda nepatří téma podpory dětí a dospívajících, kteří se ocitnou v různě závažné psychické krizi či se u nich objeví duševní onemocnění během tak těžkého období, jakým adolescence bezesporu je, skutečně zejména do kompetencí samotných škol. Zda by nebylo efektivním řešením této problematiky poskytovat podporu žákům a studentům jako samozřejmost prostřednictvím připravených školních psychologů či asistentů namísto profesionálních sociálních pracovníků tak, aby se předcházelo nejen rozvoji samotných potíží psychického rázu, ale i potížím studijním, často spojených se zbytečným přerušováním či ukončováním studia. Jistě by nebylo kontraproduktivní, kdyby se téma duševního zdraví a nemoci zařadilo do vzdělávání minimálně všech pedagogických pracovníků a bylo samozřejmou součástí jejich dalšího vzdělávání.

V empirické části jsem hledala odpověď na otázku: Jaké jsou potřeby lidí se zkušeností s duševním onemocněním ve vztahu k primární prevenci? A vedle toho se teď, v závěru práce, ptám: Jaké mají žáci a studenti s onemocněním či potížemi v současném školství možnosti? Kam se mohou oni nebo jejich rodiče obracet, kdo jim je schopen poskytovat alespoň minimální efektivní podporu nejen v tak obtížné době, jakým bezpochyby počátek onemocnění je, ale také v tom, aby kvůli duševnímu onemocnění předčasně nemuseli opustit vzdělávací systém, či si svoji nelehkou situaci zhoršovali ještě tím, že budou přestupovat z jedné „nevhodné“ školy na jinou či v o nemnoho lepším případě „pouze“ z jednoho třídního kolektivu do jiného? Vždyť přece kvůli zlomené noze, a třeba i na dvakrát, školu neukončujeme, a to ani tehdy, jsme-li se zlomeninou na několik týdnů hospitalizováni.

Nebojte se, nepoložila jsem si další výzkumné otázky. I když jejich zodpovězení, jako námětů na další výzkumy, bych v této oblasti moc ráda přivítala. Posláním vyslovených otázek je čtenáře práce upozornit na oblast, kterou vnímám jako velké otevřené pole, na kterém je třeba pracovat. Pole neorané by bylo asi příliš hrubou metaforou, vzhledem

k tomu, že je již obdělávané. Co tedy na poli poskytování podpory a pomoci pro dospívající můžeme najít?

Ve zdravotnictví

Pokud není ve škole zřízeno *školní poradenské pracoviště* (o kterém se zmíním dále v textu), nebo nemá dospívající ke školnímu psychologovi/výchovnému poradci/školnímu metodikovi prevence⁶³ či jakémukoli jinému pedagogovi ve škole důvěru, mohou se děti a dospívající v případě potíží obracet spolu s rodiči na *dětského psychologa* nebo *pedopsychiatra*,⁶⁴ případně pediatra, který by jim měl být schopen předchozí dva odborníky doporučit. Lze využít též odborné pomoci psychologa či psychoterapeuta, někteří své služby poskytují za úhradu ze zdravotního pojištění.

Mimo školu ve školství

Další možností je využití školských poradenských zařízení,⁶⁵ fungujících mimo školu, těmi jsou: pedagogicko-psychologické poradny⁶⁶ a speciálně pedagogická centra.⁶⁷

A konečně – přímo ve škole

Vraťme se zpátky do školy, do takové, a není jich v ČR prozatím mnoho, kde je pozice školního psychologa zastávána. Ideálně ještě do takové, kde je zřízeno celé *školské poradenské pracoviště*, které slouží k poskytování poradenských a konzultačních služeb pro žáky, jejich zákonné zástupce a pedagogy. *Školní psycholog* je „odborník, který přináší škole možnost pracovat s obtížemi ve vzdělávání žáků ještě před jejich rozvinutím do skutečných problémů. [...] Jeho role je preventivní, založená na poskytnutí včasné podpory jak žákovi, tak také jeho rodičům a pedagogům“ (Zapletalová, 2014: 19).

⁶³ Výchovný poradce, školní metodik prevence, školní psycholog a případně speciální pedagog a asistent pedagoga tvoří tým školského poradenského pracoviště, pokud je v dané škole zřízeno.

⁶⁴ V současné době (listopad 2018) je v ČR 100 úvazků pedopsychiatrů. (Pozdílek, 2018)

⁶⁵ *Školská poradenská zařízení* jsou PPP zřizovány podle § 116 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších změn. Podrobně jsou pak vymezeny ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

⁶⁶ „V roce 2008 bylo v ČR celkem 59 PPP (právních subjektů) zřizovaných kraji. V krajích Ústeckém, Plzeňském, Jihočeském a Olomouckém zajišťovaly služby pracoviště sloučená do jednoho právního subjektu, v ostatních krajích působilo několik samostatných právních subjektů. Dostupnost poraden je v celé ČR poměrně dobrá, prakticky ve všech krajích jsou jejich služby přibližovány klientům také pomocí odloučených pracovišť (k 30. 9. 2008 působilo v ČR celkem 80 odloučených pracovišť PPP). Celkový počet pracovníků všech PPP v ČR se v roce 2008 blížil 900, z toho necelou polovinu tvořili psychologové, přibližně třetinu speciální pedagogové, osminu sociální pracovníci, zbytek administrativní pracovníci a technický personál“ (www.nuv.cz, cit. 30. 11. 2018).

⁶⁷ Podrobně ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních – novela 2016.

Z hlediska duševního zdraví by bylo výhodné, kdyby systém nastavil každé škole povinnost zaměstnávat svého vlastního školního psychologa, a to tak, aby byl schopen zastat všechny vymezené úkoly ve vyhlášce. Obdobně jako je tomu u školního metodika prevence. Tady by bylo jistě efektivní, kdyby i on mohl svoji roli zastávat na každé škole skutečně celým úvazkem tak, aby sám ŠMP mohl programy všeobecné primární prevence realizovat či spolurealizovat. Tady by pak mohl zastat, například pro nás sociální pracovníky vstupujícími do škol s programem BNA, garanta efektivního programu PP.⁶⁸

Školní poradenské pracoviště (školní metodik prevence, výchovný poradce, školní psycholog)

Školní psycholog (ŠP) je dle zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, zařazen do systému pedagogických pracovníků, jeho činnosti vymezuje vyhláška č. 72/2005, novelizovaná vyhláškou č. 116/2011. Do jeho náplně práce patří i krizová intervence, péče o integrované žáky, kariéerní poradenství, individuální vedení, skupinová práce se žáky, podpora spolupráce třídy a učitele.

Na vysokých školách dostávají studenti podporu prostřednictvím speciálních poradenských center.

9.1. Podporované vzdělávání

Jak jsem již zmínila v rámci sociálních služeb je poskytována podpora ve vzdělávání (dále jen PV) nejen mladým lidem s duševním onemocněním v rámci sociální služby sociální rehabilitace (podobně jako podpora v zaměstnávání).

Autoři Anthony, Cohen, Farkas, Gagne (2002) definují podporované vzdělávání jako „poskytování individualizované, praktické podpory a výuky, která pomáhá osobám s psychiatrickými potížemi dosáhnout svých vzdělávacích cílů“ (in Hofsta, Korevaar, 2016: 3). Pro sociální začlenění a (budoucí) pracovní příležitosti osob s psychiatrickým onemocněním je nesmírně důležité mít lepší přístup k vysokoškolskému vzdělání a úspěšně dokončit takové studium. Podporované vzdělávání je prostředkem k dosažení těchto cílů (Hofstr, Korevaar (ed.), 2016). Během zkušeností získaných v České republice (Ledovec, z. s., Práh jižní Morava, z. ú.) jsme se v rámci pilotního projektu PV (a projektů navazujících)

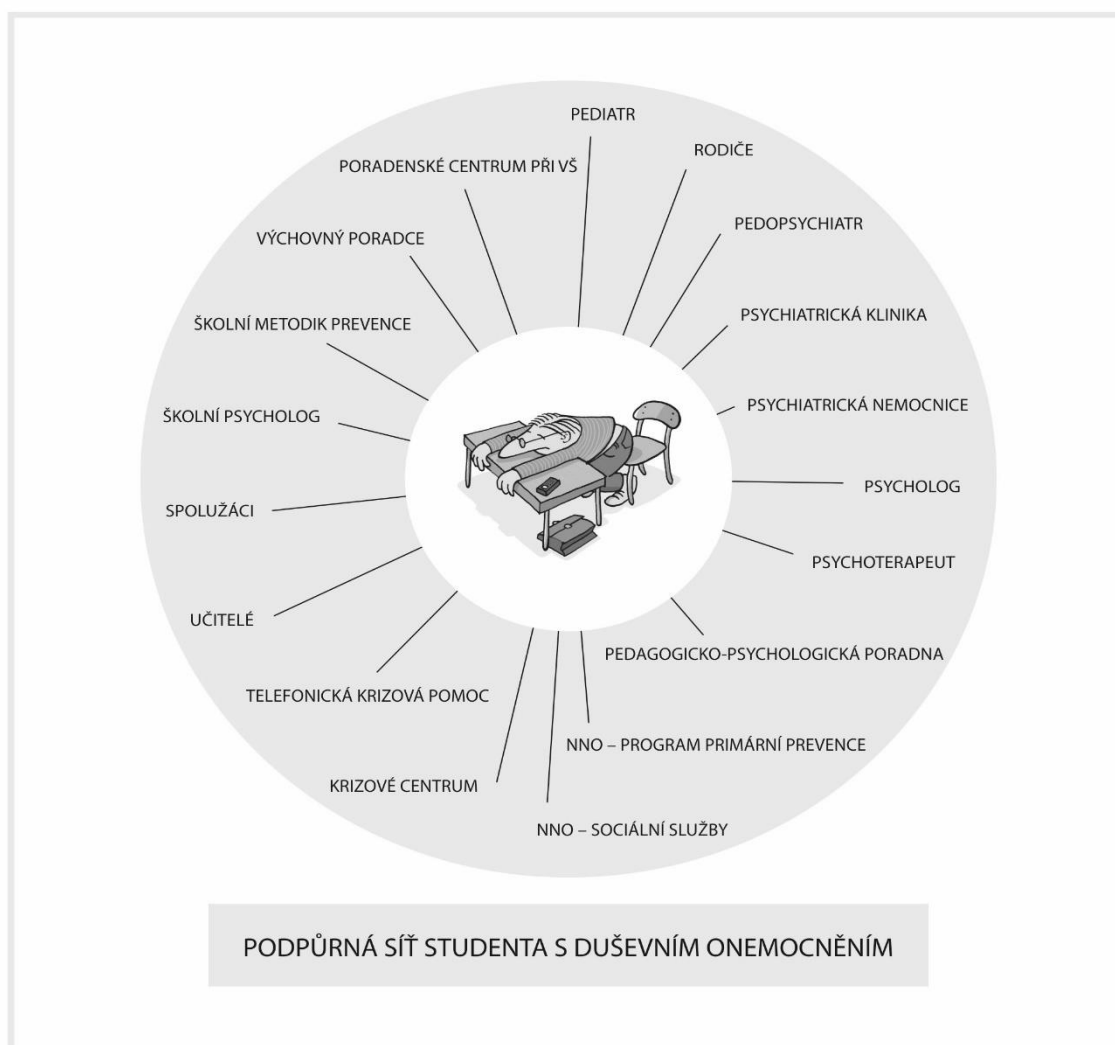
⁶⁸ Podle: CHARVÁT et al. (2012). Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

setkali se se stejnou potřebou i u studentů středních škol či učilišť. Tedy i středoškolské vzdělání – jeho dokončení je pro další kvalitu života důležité.

Služba PV zahrnuje podporu studenta v dosažení studijních cílů před zahájením nebo v průběhu studia, podporu rodiny a blízkých, kteří představují jeho přirozené zázemí, podporu pedagogických pracovníků v práci se studenty s psychickými problémy nebo duševním onemocněním (www.normalnestuduju.cz). Nejčastěji se setkáváme s podporou dospívajících při sjednávání individuálního vzdělávacího plánu, řešení potřeby doprovodu do a ze školy nebo pomoci s tím, jak se při zhoršených podmínkách učit (špatná koncentrace, nahromaděný stres, únava z užívané medikace).

PV je službou, která by měla být poskytována ideálně prostřednictvím podpůrné sítě zdravotnických, sociálních a pedagogických institucí – tu znázorňuje *Obrázek 2*.

Obrázek 2 Podpůrná síť studenta s duševním onemocněním



Zdroj: Výsledek pilotního projektu Podporované vzdělávání pro studenty s duševním onemocněním – zavedení nové služby a její pilotní ověření v plzeňském regionu, realizovaný v letech 2006–2008; vlastní aktualizované zpracování, ilustrace Pavel Botka.

Cíl podpůrné sítě spatřujeme (v Ledovci, z. s.) v tom, že kterýkoli subjekt, na něhož se v rámci vyhledání pomoci žák nebo student (jeho rodiče) z důvodu psychických potíží obrátí, je informován o problematice psychických potíží / duševního onemocnění a ví, jak poskytnout podporu dospívajícímu, ale i jeho nejbližším, zejména rodině. Umí nabídnout řešení situace pomocí dalšího profesionála či spolu s ním. To se děje ideálně v rámci spolupráce pedagogických, zdravotnických a sociálních institucí v daném regionu tak, aby se každému studentovi (žákovi) dostalo rychlé a efektivní podpory, která mu umožní dosáhnout maximální možné úrovně vzdělání. Po pilotním ověření této služby v Plzeňském

kraji (Ledovcem, z. s., započato v roce 2006), bylo podporované vzdělávání poskytováno také v brněnském regionu. Pracovníci tamního občanského sdružení Práh jižní Morava, z. ú., během projektu vypracovali Metodiku spolupráce Podpůrné sítě v rámci projektu Podporované vzdělávání.⁶⁹ Tato metodika „popisuje východiska pro vytvoření podpůrné sítě a spolupráci s jednotlivými subjekty podpůrné sítě. Zabývá se zapojením jednotlivých subjektů do podpůrné sítě a tématy, která byla pro vznik a udržení sítě důležitá. Cílem metodiky je poskytnout vodítka, která mohou pomoci vytvořit podpůrnou síť pro mladé lidi s duševním onemocněním v jiném regionu. Metodika obsahuje také zkušenosti nabyté během praxe, potřebné informace a postupy pro replikaci tohoto prvku podpory potřebného pro udržení mladého člověka s diagnózou duševní nemoci v procesu vzdělávání“ (Práh jižní Morava, z. ú.). Podporu ve studiu⁷⁰ lidem s duševním onemocněním poskytuje také pražská organizace Baobab, z. s.⁷¹

9.2. Včasná intervence

Téma včasné intervence tady přináším jako součást služby podporované vzdělávání. Je totiž samozřejmé, že zaměřit pozornost na počátky období, kdy se duševní onemocnění objeví, bude neefektivnější. V tu dobu se rozhoduje o další kvalitě života jedince a o tom, jaká omezení onemocnění přinese.

Opakované projevy nemoci a nutnost hospitalizace vyčleňují mladého člověka ze společnosti i z aktivit, které měl rád. Dochází ke zvyšování pocitů jinakosti a jedinec se přestává zapojovat do dění ve své komunitě. Pokud nejsou včas rozpoznány první signály onemocnění nebo není člověk podporován, může docházet ke zbytečné hospitalizaci, a tím se dostává ze svého přirozeného prostředí, prohlubuje se sebestigmatizace a dochází k postupné ztrátě sociální dovednosti a kompetencí. Přichází o své sociální postavení, blízké vztahy a „zvyká si“ na kariéru chronického pacienta (Thornicroft et al., 2010).

„Cílem poskytnutí včasné intervence je být k dispozici v době, kdy nemoc začíná, navázat kontakt a snažit se zamezit opakovaným hospitalizacím poskytnutím odpovídající sociální intervence, snížit stupeň zátěže pro osobu s první epizodou i pro její blízké. Aby

⁶⁹ Je dostupná z: http://www.normalnestuduju.cz/download/12_metodika_site.pdf

⁷⁰ „Student nabízí klientům podporu v těchto oblastech: trénink praktických dovedností a psychických funkcí potřebných k samostatnému životu a studiu; podporu pracovníka při rozhodování o vhodnosti studia; trénink schopnosti sebezprezentace a sociálních dovedností při kontaktu s druhými lidmi; nácvik schopnosti pojmenovat varovné příznaky vlastní nemoci a zacházení s nimi v průběhu studia a v dalších situacích“ (www.baobab-zs.cz).

⁷¹ www.baobab-zs.cz

bylo však možné takovou intervencí poskytnout, tak je nezbytná spolupráce zúčastněných subjektů (např. psychiatrická klinika, terénní tým, rodina atp.) Mezi zúčastněnými je třeba vybudovat pocit důvěry“ (Šupa, s.d.).

V současné době je ve své počáteční fázi také projekt „VIZDOM – Včasné intervence u závažných duševních onemocnění“, který v rámci reformy psychiatrické péče realizuje NUDZ. Jeho cílem je „zlepšení kvality života lidí v rané fázi závažných duševních onemocnění prostřednictvím rozvíjení specializovaných komunitních služeb“. Je zaměřen na „prevenci rozvoje duševních onemocnění, snížení počtu a délky hospitalizací u prvních epizod závažných duševních onemocnění a na prevenci ztráty zaměstnání osob ohrožených tímto typem onemocnění“ (www.vizdom.cz).

III. METODOLOGIE

10. METODIKA VÝZKUMU

Předchozí kapitoly byly věnovány teoretickým východiskům práce. Z nich budu dále vycházet při přípravě části empirické. Rozhodla jsem se provést kvalitativní výzkum, který lze definovat jako „nenumerické šetření a interpretaci sociální reality“ Disman (2008: 285).

10.1. Kvalitativní strategie výzkumu

Kvalitativní výzkum je procesem dotazování směřujícím k porozumění určitému jevu. Cílem diplomové práce je porozumět tomu, jak zvolený problém (primární prevenci ve vztahu k duševnímu zdraví) vnímají ti, jichž se nějakým způsobem dotýká (lidé, kteří prožili duševní onemocnění). Pro svůj výzkum jsem tedy zvolila kvalitativní strategii, ta je charakteristická svým zaměřením na každodenní jednání a životní zkušenost (Silverman, 2005).

Kvalitativní výzkum mi umožní zkoumané téma pochopit více do hloubky a poté interpretovat údaje, které jsem zjistila. Jak uvádí Silverman (1993): „Kvalitativní výzkum se snaží interpretovat pohledy subjektů tím, že výzkumník přijímá jejich perspektivu. Využívá se podrobný popis každodenních situací. Jde o porozumění akcím a významům v jejich sociálním kontextu. Dává se přednost otevřeným a nestrukturovaným výzkumným plánům. Neredukuje se počet proměnných ani vztahů mezi nimi (o jejich redukci spolurozhodují zkoumané subjekty).“ Podle Hendla (2016) je cílem kvalitativního šetření popsat zvláštnosti několika málo případů. Disman (2002: 286) uvádí, že prostřednictvím kvalitativního výzkumu můžeme získat „mnoho informací o velmi malém počtu jedinců“ (Disman, 2002: 286).

Nevýhodou kvalitativního výzkumu je nemožnost zobecnit výsledky na celou populaci. To však není cílem tohoto výzkumu. Zde se zaměřuji jen na to, abych porozuměla potřebám mladých lidí ve vztahu k primární prevenci duševního onemocnění. Hendl (2016) mezi nevýhodami kvalitativního výzkumu (vedle časové náročnosti) uvádí i možnou ovlivnitelnost výzkumníkem a jeho osobními preferencemi. Švaříček a Šed'ová (2007) k tomu však konstatují, že subjektivní účast výzkumníka je přínosná z hlediska pochopení skutečnosti. Další nevýhodou je, že data, která získáme z rozhovorů, není možné prezentovat v plné šíři. V rámci kvalitativní strategie zkoumáme jen několik případů a hodně

proměnných. (Na rozdíl od kvantitativního výzkumu, který studuje malý počet proměnných na mnoha případech.) Je tedy nutné sebrané údaje redukovat a prezentovat přesný popis daného předmětu výzkumu (Strauss, Corbinová, 1999).

Kvalitativní výzkum se zaměřuje na významy, které jedinci připisují určitým jevům či situacím. V tomto případě je předmětem zájmu duševní zdraví a potřeby vzhledem k prevenci duševního onemocnění. Zaměřila jsem se na hlubší porozumění potřebám lidí se zkušeností s duševním onemocněním v období propukání (propuknutí) jejich nemoci, tedy zejména na vzpomínky z období jejich dospívání či mladé dospělosti, období, kdy se připravovali formou studia na budoucí povolání, na dobu, kdy žili ve společné domácnosti se svými rodiči nebo se právě osamostatnili.

Cílem této práce je přinést odpovědi na otázku: **Jaké potřeby ve vztahu k primární prevenci mají lidé se zkušeností s duševním onemocněním?**

10.2. Technika sběru dat – rozhovor

Zvolila jsem si metodu polostrukturovaného rozhovoru.⁷² Rozhovor je Dismanem (2002) definován jako získávání informací v přímé interakci s respondentem – tváří v tvář nebo telefonicky. Považuje jej za přirozenou interakci, za metodu, při které zkoumaná osoba ví, že je předmětem výzkumu. Rozhovor umožňuje zachytit výpovědi respondentů v přirozené podobě (Švaříček, Šed'ová, 2014). Úkolem výzkumníka je provést co nejúplnější záznam průběhu rozhovoru, což může přirozenou interakci ovlivnit – znesnadnit (Disman, 2002).

Polostrukturovaný rozhovor jsem se souhlasem⁷³ respondentů nahrávala na diktafon. Během něj jsem si zaznamenávala terénní poznámky, které obsahují „pocity, které v nás interview nebo pozorování vyvolá, dojmy, pochybnosti, vynořující se nápady, první interpretace [...] zdánlivě náhodné asociace“ (Disman, 2002: 312).

10.3. Popis vzorku respondentů a terénu

Výzkumný vzorek je v kvalitativním výzkumu konstruován záměrně a je odvozen od výzkumného problému a také výzkumných otázek (Švaříček, Šed'ová, 2014). Vzorek respondentů jsem vybrala prostřednictvím záměrného výběru na základě těchto kritérií: ve vzorku budou zastoupeni peer pracovníci,⁷⁴ kteří pracují na pozici peer lektora destigmatizačních programů nebo programů primární prevence zaměřených na duševní

⁷² Viz. příloha č. 6 – Návrh témat pro polostrukturovaný rozhovor.

⁷³ Viz. příloha č. 5 – Formulář „Informovaný souhlas – pro účastníky kvalitativního výzkumu.“

⁷⁴ Pojmy jsou definovány v kapitole 5. 7. – Zapojení lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním.

zdraví, anebo jsou v roli peer konzultanta v sociálních službách pro lidi s duševním onemocněním, případně zastávají obě tyto pozice najednou. Dolní věkovou hranici jsem si stanovila na 20 let vzhledem k cílové skupině (adolescenti), ke které se ve své práci vztahuji. Důležitou podmínkou, jejíž naplnění účastníci výzkumu splňují již zastáváním daných pracovních pozic, je to, aby měli zpracovaný náhled na svoje onemocnění a uměli (a byli ochotni) o svém příběhu mluvit.

Stěžejní podmínkou pro účast peer pracovníka ve výzkumu byl zájem a ochota se zúčastnit. Švaříček a Šed'ová et al. (2014) uvádí, že je zapotřebí do výzkumu vybírat takové respondenty, kteří budou s účastí na výzkumu souhlasit a kteří budou ochotní se výzkumníkovi otevřít.

Výzkum, který je součástí této diplomové práce, zahrnuje 11 osob se zkušeností s duševním onemocněním. Jedná se o 7 žen a 4 muže. Nejmladší respondent byl ve věku 20 let, nejstaršímu v době rozhovoru bylo 47. V 6 případech se jednalo o lidi s VŠ vzděláním, 4 respondenti měli ukončenou SŠ s maturitou a jeden z respondentů SŠ právě studuje. Mezi respondenty se objevily v 6 případech zkušenosti s onemocněním z psychotického okruhu, 3 respondenti byli lidé se zkušeností s onemocněním z neurotického okruhu nemocí. Jeden z respondentů využil práva neodpovědět a sdělení stanovené diagnózy odmítl pojmenovat. Nicméně během samotného rozhovoru tento jeho postoj nebyl znát, respondent hovořil velmi otevřeně. Posledním údajem, o který jsem se zajímala, bylo období, kdy se objevily první psychické potíže, či propuklo samotné duševní onemocnění. Pět respondentů uvedlo onemocnění až v pozdějším věku (24–29 let), tedy v mladém dospělosti. Ostatní zažívali potíže již v dětství, nejpozději pak před 15. rokem života.

Rozhovory probíhaly nejčastěji v prostorách pracoviště (mého nebo respondentova), dále pak v kavárně, v restauraci. Jeden z rozhovorů se uskutečnil v domácnosti respondentky (na balkóně) a jeden ve vlaku. Se čtyřmi respondenty jsem se znala blíže, pracovní jsme se potkali více než jednou. S dalšími čtyřmi kolegy šlo o první individuální osobní kontakt a se čtyřmi účastníky rozhovorů jsem nakonec měla možnost krátce se neplánovaně seznámit ještě dříve, než došlo na rozhovor pro výzkum (setkání na veřejné akci/vzdělávacím kurzu/odborné konferenci). Z terénních poznámek jsem vyčetla, že jsem intenzivně vnímala různá rozpoložení respondentů zejména na počátku rozhovoru, různě dlouho trvalo navodit příjemnou atmosféru, uvědomovala jsem si pokaždé i jiný „komfort“ sebe samé jako výzkumnice vzhledem k „hloubce“ vztahu s daným respondentem. Role výzkumníka

v terénu je v kvalitativním výzkumu významná a ovlivňuje míru důvěry a otevřenosti aktérů a tím i kvalitu získaných dat (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

10.4. Operacionalizace

Operacionalizací nazýváme proces, během něhož výzkumník převádí myšlenkové koncepty vycházející z teorie do pozorovatelné a měřitelné podoby (Disman, 2002).

10.4.1. Přehled dílčích výzkumných otázek

DVO 1: Jaké znalosti o duševních nemocech mají mladí lidé v době propuknutí nemoci?

DVO 2: Jakými způsoby se vypořádávají s prvními příznaky onemocnění?

DVO 3: Co předcházelo vyhledání pomoci (help-seeking)?

DVO 4: Jaký vliv měla psychická onemocnění na průběh a ukončení studia?

DVO 5: S jakými formami rizikového chování se sami mladí lidé s psychickými problémy / duševním onemocněním setkávali?

DVO 6: S jakými formami primární prevence se sami mladí lidé s psychickými problémy / duševním onemocněním setkávali?

10.4.2. Operacionalizace dílčích výzkumných otázek

V této kapitole přináším uspořádání operacionalizace. Jednotlivé dílčí výzkumné otázky (DVO) jsem operacionalizovala do podoby indikátorů, ze kterých jsem poté vytvořila znění okruhů – témat pro návrh rozhovoru.

DVO 1: Jaké znalosti o duševních nemocech mají mladí lidé v době propuknutí nemoci?

Sdělení respondenta o tom, zda v době dospívání zažíval psychické potíže (PP) / duševní onemocnění (DO).

Sdělení respondenta o tom, zda v době, kdy se u něj objevily první známky onemocnění, věděl o existenci DO.

Sdělení respondenta o tom, zda si svoje PP spojoval s DO.

Sdělení respondenta o tom, zda si svoje somatické potíže spojoval s psychickou nepohodou
DVO 2: Jakými způsoby se vypořádávají s prvními příznaky onemocnění?

Sdělení respondenta o tom, zda měl potřebu svoje PP řešit, zda si je uvědomoval.

Sdělení respondenta o tom, jaké používal mechanismy ke zvládnání prvních obtíží.

Sdělení respondenta o tom, zda se obrátil na někoho ve svém okolí.

Sdělení respondenta o tom, zda využil možnosti obrátit se na odbornou pomoc (psycholog, psychiatr, pediatr, pedagog ve škole).

Sdělení respondenta o tom, zda svoje potíže sdílel s rodiči či jinými blízkými osobami, spolužáky, pedagogy, přáteli.

Sdělení respondenta o tom, zda zažíval stigmatizaci/diskriminaci.

Sdělení respondenta o tom, zda u něho docházelo k sebestigmatizaci.

DVO 3: Co předcházelo vyhledání pomoci (help-seeking)?

Sdělení respondenta o tom, kdo byl jeho prvním důvěrníkem.

Sdělení respondenta o tom, zda ho napadlo vyhledat odbornou pomoc.

Sdělení respondenta o tom, zda mu v procesu vyhledávání pomoci byli oporou rodiče či nejbližší lidé v jeho okolí.

Sdělení respondenta o tom, zda bylo možné obrátit se na svého učitele.

DVO 4: Jaký vliv měla psychická onemocnění na průběh a ukončení studia?

Sdělení respondenta o tom, zda ho PP / DO onemocnění vedlo k přerušení či ukončení studia.

Sdělení respondenta o tom, zda u něj došlo z důvodu PP / DO k přestupování ze školy na školu, případně z jednoho kolektivu do druhého.

Sdělení respondenta o tom, zda kvůli DO nedokončil studium.

Sdělení respondenta o tom, zda jeho PP ovlivnily výběr školy.

Sdělení respondenta o tom, jak jeho PP ovlivňovaly studium a studijní výsledky.

Sdělení respondenta o tom, jak jeho PP ovlivňovaly soužití se spolužáky a pedagogy.

DVO 5: S jakými formami rizikového chování (RCH) se sami mladí lidé s psychickými problémy / duševním onemocněním setkávali?

Sdělení respondenta o tom, zda se setkal v době dospívání s RCH (aktivně x pasivně).

Sdělení respondenta o tom, zda toto chování bylo důsledkem psychické nepohody / krize či duševního onemocnění.

Sdělení respondenta o tom, jaký mělo RCH vliv na jeho další život.

DVO 6: S jakými formami primární prevence se sami mladí lidé s psychickými problémy / duševním onemocněním setkávali?

Sdělení respondenta o tom, zda se v průběhu ZŠ nebo SŠ setkal s nějakou formou primární prevence.

Sdělení respondenta o tom, zda si pamatuje na prevenci proti drogám.

Sdělení respondenta o tom, zda si vybavuje sexuální osvětu.

Sdělení respondenta o tom, zda si vzpomene na nějakou informaci, kterou obdržel v prostředí školy v době adolescence z oblasti duševního zdraví a nemoci.

10.5. Návrh scénáře rozhovoru

Hlavními dvěma typy rozhovoru jsou: polostrukturovaný, který vychází z předem připravených otázek či témat a nestrukturovaný (narativní), v rámci kterého se výzkumník svých respondentů dotazuje v závislosti na jimi poskytnutých informacích. Pro svůj výzkum jsem zvolila rozhovor polostrukturovaný. Okruhy, kterých jsem se v rozhovorech dotýkala, vycházejí z indikátorů, které vzešly z operacionalizace DVO.

„Začíná se s otázkami, které se týkají neproblémových skutečností, např. současných aktivit, zkušeností a chování jedince. Takové otázky povzbuzují dotazovaného hovořit popisně. Další sondáže (probing) mají prohloubit a doplnit tento popis. V další fázi rozhovoru se snažíme získat informace o interpretacích, názorech a pocitech, vztahujících se k popsáním akcím a chováním“ (Hendl, 1999: 107).

IV. EMPIRICKÁ ČÁST

11. PRŮBĚH SBĚRU A ANALÝZY DAT

Kapitola je strukturována do dvou podkapitol. V první z nich popisuji, jak jsem získávala a oslovovala respondenty a jak probíhala příprava samotných rozhovorů. V této kapitole čerpám z terénních poznámek. Druhá podkapitola stručně popisuje postup při analýze dat.

11.1. Sběr dat

Respondenty jsem poprvé oslovila hromadným e-mailem v červnu 2017 prostřednictvím svojí kolegyně, peer konzultantky a lektorky programu BNA, která je se skupinou peer pracovníků v ČR v kontaktu. Dalšími oslovenými lidmi byli peer pracovníci-lektoři realizující program Blázníš? No A!, kterým jsem spolupráci nabídla v rámci „národního setkání sítě BNA“ v červnu 2017.

Zhruba čtvrtina (asi ze 40 oslovených) kolegů zareagovala na moji prosbu a zůstali jsme v e-mailovém kontaktu do doby telefonického plánování termínu rozhovoru. Rozhovory jsem začala nakonec místo na podzim 2017 realizovat až na jaře 2018. První z nich proběhl v únoru 2018 a poslední v listopadu 2018. V původně plánovaném termínu rozhovorů jsem se aktivně věnovala přímé realizaci programů Blázníš? No a! na středních školách, kdy jsme se současně spolu s kolegy věnovali evaluaci realizovaného programu⁷⁵ a využila jsem čas pro studium dokumentů a odborné literatury.

Rozhovory jsem uskutečnila nakonec s 12 peer pracovníky, oproti původně plánovaným deseti. Jedenáct rozhovorů proběhlo osobně, jeden na přání respondentky po telefonu. Při druhém rozhovoru v pořadí mě zradila technika, přesněji řečeno zradila jsem sama sebe – soubor jsem po nahrání neuložila správně ani na jeden ze dvou nahrávacích přístrojů. Pro analýzu jsem tedy nakonec měla k dispozici 11 doslovně přepsaných rozhovorů, které trvaly v délce od 15 do 50 minut.

Pro vedení polostrukturovaného rozhovoru jsem měla předem připravené okruhy témat vycházejících z dílčích výzkumných otázek. Po seznamovací konverzaci a navození atmosféry vhodné pro začátek rozhovoru jsem s respondentem přistoupila k Informovanému souhlasu a jeho podpisu.⁷⁶ Dohodli jsme se na používané přezdívce pro transkripci i citace v diplomové práci a na tom, že je s cílem své diplomové práce seznámím až po ukončení

⁷⁵ O evaluaci programu BNA jsem pojednala v kapitole 5. 6.

⁷⁶ V případě telefonického rozhovoru došlo na ústní dohodu.

rozhovoru. Před jeho započítím znali pouze hrubý okruh témat. V samotném průběhu rozhovoru jsem nechala respondenty se k danému tématu volně vyjádřit. Pokud bylo třeba, pokládala jsem doplňující sondážní otázky.

Před ukončením rozhovoru jsem arch papíru s okruhy témat a terénními poznámkami překontrolovala, zda jsme některé téma neopomenuli. Přesto jsem ve třech případech využila předem dohodnuté možnosti následného doptání se po telefonu/e-mailu. Ve dvou případech se stalo, že se respondentovi „podařilo“ zodpovědět všechny nachystané otázky „zhuštěně“ během prvních třech stanovených okruhů témat (během prvních 10 minut). V obou případech se jednalo o člověka se zkušeností s psychotickým onemocněním, které o sobě dalo vědět náhlou atakou v období dospělosti.

Respondenti měli v závěru rozhovoru také možnost cokoli, co považovali ještě za důležité, doplnit. Této možnosti využili zhruba v polovině případů. Obsahem sdělení bylo navázání na poslední okruh, který se týkal jejich cesty zotavení, mluvili o naději a o životním štěstí. Tuto možnost také někteří spontánně využili pro podání zpětné vazby, v rámci které mi poděkovali za poskytnutý prostor a získání nového pohledu na svůj životní příběh. Někteří pocítovali úlevu. To pro mě bylo velkým potěšením a motivací svoji práci dotáhnout do zdárného konce. Z každého rozhovoru jsem vždy odcházela „na rtu“ s větou: „Dobrý člověk ještě žije.“⁷⁷

Všechny rozhovory proběhly v příjemné atmosféře, která vždy obsahovala jak těžké, tak i veselé chvíle. V závěru rozhovoru jsem respondenty poprosila o základní údaje (věk, dosažené vzdělání, délka na peer pozici v letech a stanovená diagnóza / stanovené diagnózy). V jednom případě respondent na konci rozhovoru na přímou otázku diagnózu odmítl sdělit, přesto se jí v průběhu rozhovoru otevřeně dotýkal.

Rozhovory jsem se souhlasem respondentů zaznamenala na diktafon a provedla jsem doslovnou transkripci. Nespisovný jazyk či chyby ve skladbě věty jsem ponechala zachovány pro autentičnosti textu, přestože se přepis do spisovné řeči připouští (Hendl, 2008).

Potvrdilo se mi, jak uvádí Švaříček a Šed'ová (2014), že proces kvalitativního výzkumu není lineární, ale cirkulární – jednotlivé fáze se v něm překrývají. I já jsem se

⁷⁷ Věta je také zároveň názvem knihy Romaina Rollanda. Právě pod tímto názvem ji do češtiny přeložil Jaroslav Zaorálek.

navracela k jednotlivým fázím výzkumu, modifikovala je. Využila jsem například zmíněného dodatečného doptávání se respondentů po telefonu.

11.2. Průběh analýzy dat

Jako nástroj pro následnou analýzu dat jsem po prvním přečtení všech rozhovorů zvolila program Atlas.ti. Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novým způsobem (Strauss, Corbinová, 1999). Probíhá na třech hlavních úrovních - otevřeném, axiálním a selektivním kódování. „Jedná se o složitý induktivně-deduktivní proces o několika krocích, které jsou při otevřeném kódování vykonávány prostřednictvím porovnávání a kladení otázek.“ (Strauss, Corbinová, 1999: 84) Analytický postup porovnávání a postup kladení otázek je základem procesu kódování. Otevřené kódování se zaměřuje na označování a kategorizace pojmů pomocí studia dat, je prvním analytickým krokem v analýze údajů, které jsou rozebírány na jednotlivé části. Prostřednictvím axiálního kódování jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány spojováním kategorií – vše se děje v duchu kódovacího paradigmatu, který zahrnuje podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání a interakce, následky (Strauss, Corbinová, 1999).

Obě formy kódování se mohou v průběhu analýzy dat prolínat. Selektivní kódování se pak používá v samém závěru analýzy. Jeho cílem je stanovení hlavních kategorií, které budou ústředním zdrojem vznikající teorie a které budou zahrnovat všechny kategorie ostatní. Z hlavních kategorií je následně potřeba získat jednu ústřední. (Hendl, 2016).

Po otevřeném kódování jsem tedy kategorizovala pojmy, které se vztahovaly k jednomu tematickému celku, zaznamenávala jsem si souvislosti mezi nimi, poté jsem je interpretovala podle jednotlivých dílčích výzkumných otázek s cílem nalézt odpovědi na stanovenou výzkumnou otázku.

12. INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

V této kapitole představím výstupy z analýzy dat, které jsem získala prostřednictvím rozhovorů s respondenty. Názvy jednotlivých podkapitol vycházejí ze šesti stanovených dílčích výzkumných otázek. Každou podkapitolu zakončuje shrnující závěr.

12.1. Znalosti – informace z oblasti duševního zdraví – duševních nemocí

V první dílčí výzkumné otázce jsem se zaměřila na přítomnost informací z oblasti duševního zdraví a nemocí u samotných respondentů v jejich období dospívání. Na období, kdy onemocněli nebo se se závažnými duševními potížemi již potýkali. Vedle toho mne zajímala informovanost jejich rodičů, případně dalších osob žijících v jejich blízkosti (rodinných příslušníků, učitelů, spolužáků, přátel).

První dílčí výzkumná otázka zněla: **Jaké znalosti o duševních nemocech mají mladí lidé v době propuknutí nemoci?**

12.1.1. Co to je?

Téměř ve všech rozhovorech jsem se setkávala s reakcemi poukazujícími na nevědomost a neznalost toho, že nějaká duševní onemocnění vůbec existují: „*Ne, netušil jsem...*“ (Jiří) nebo: „*...mám totiž i období, kdy se to dělo a já jsem si to neuvědomovala...*“ (Kačka). Tomáš na otázku směřující k vědomí existence duševních onemocnění v době studia VŠ odpověděl: „*Ne, ani jsem si to nepřipouštěl*“. Odpovědi byly obdobné i v případech, kdy se onemocnění vyskytnulo v širší rodině dotazovaného, či se s jinakostí respondenti setkali mezi vrstevníky, spolužáky: „*...někdo byl třeba divnej, nějak zakřiknutej nebo něco, ale že bysme tomu dávali ty nálepky...to jako ne, jako duševních poruch – to ne*“ (Jiří), k jejich vnímání jako duševní nemoci, obvykle nedocházelo.

Pokud respondenti zaznamenali nějaké jinakosti, změny či jiné nepříjemnosti u sebe sama: „*...pocitově samozřejmě člověk ví, že něco není v pořádku*“ (Terezie), neuměli je pojmenovat – k vyslovené otázce nejčastěji uváděli: „*...jenom jsem nevěděla, že se to tak jmenuje*“ (Rút), „*...neuměla jsem to pojmenovat*“ (Kačka) nebo „*...neměla jsem pro to název*“ (Klára). Například Terezie si dobře uvědomovala už od 1. stupně základní školy skutečnost, „*že zvládám jinak situace než moji vrstevníci, že něčemu uvnitř čelím, ale neuměla jsem to pojmenovat, zařadit to.*“ Nebo Adéla, která si svoje odlišné chování uvědomovala od 12 let: „*Vůbec jsem se o to nezajímala.*“ Ke svým psychickým potížím

dále uvádí: „*No, nějak jsem si to s tím nespojila. Já si vždycky říkám: ‚vnitřní přetlak‘ a takhle jsem si bubnovala na břicho*“ (Adéla). K informovanosti v období dospívání Terezie uvádí: „*...že před něčím utíkám v sobě a děsí mě spousta věcí, to jsem prostě tušila...že se se mnou něco děje.*“ Nevědomost toho, co se děje, doprovázela u respondentů také otázka, jak dlouho to bude trvat: „*Nevěděla jsem, jestli to odezní*“ (Terezie) a také obavy: „*Jestli si s tím budu umět poradit sama nebo ne. To jsem nedokázala posoudit v té době*“ (Terezie).

Vědomost existence onemocnění, které se vztahují k psychickému zdraví, zmiňovali respondenti v rozhovorech také až v případě, kdy došlo k vážnému zhoršení (propadu) jejich psychického stavu a byli nuceni sami či za podpory okolí vyhledat psychiatrickou pomoc (ambulance, hospitalizace). „*Ne, vůbec. Já jsem se o pojmu nějakýho duševního zdraví dozvěděla, až když mi začalo být blbě [...], až když jsem chtěla přestat žít*“ (Kačka).

O nedostatečné edukaci rodičů pak nasvědčovaly citované výroky, které používali rodiče respondentů za účelem podpory dospívajícího v překonání potíží, např. „*Hele, zkus to zvládnout, zkus tam jít. Víš, že jakmile tam dojdeš, udělá se ti lepší*“ (Klára).

12.1.2. Osobnost, temperament

Jak jsem již uvedla, pokud si respondenti svoje potíže připouštěli, nevěděli, jak je pojmenovat, uchopit. Často je zaměňovali za osobnostní projevy či znaky temperamentu:

„*...poměrně brzo jsem věděla, že jsem ne asi úplně přímo nemocná, takhle bych to asi neřekla, ale že mám nějaký problém, ale nějak jsem to sama v tu dobu nedokázala pořádně interpretovat, ale tušila jsem to..., moc jsem sama sobě nerozuměla a přišlo mi, že jsem takovej ten trpitel pubertáckej, [...] ...nechtěla jsem vůbec občas existovat, já jsem si to spíš psala...*“ (Rút).

„*Já jsem nepředpokládal, že je to nějaký problém. Říkal jsem si, Tomáši, ty jsi nervózní..., vyčítal jsem to sobě jako svoji vinu...*“ (Tomáš). Nevědomost u některých respondentů přetrvávala i několik let. Například respondent Tomáš se stále – o pár let později – tedy ještě i v době studia vysoké školy považoval za trémistu:

„*Věděl jsem, že jsem trémista, nebo že jsem takovej přehnaně nervózní, ale nespojoval jsem to nikdy s duševním onemocněním nebo že bych měl chodit k psychiatrice, nebo brát léky, nebo někomu vyprávět, co se mi děje v hlavě. Myslel jsem si, že mám velkou fantazii, ale že mi to ovlivňuje život, jsem si nepřipouštěl.*“

12.1.3. Somatické projevy

Respondenti jako dospívající prožívali psychické potíže často také skrze somatické projevy. Tuto skutečnost si většina z nich uvědomuje až s odstupem času, v dospělosti: „*To, [...] je, jak já to hodnotím z dnešního pohledu*“ (Jiří).

U jedné z respondentek jsem v rámci odpovědi zaznamenala vědomé záměny psychických potíží za somatický problém: „*...a řekla jsem, že mám migrénu a zůstala jsem tam celý den...Já jsem to dávala hodně jako do zdravotní roviny [...], a takže jsem se takhle vyhýbala (škole)*“ (Rút).

Klára k období prvních psychických potíží v dětství zmiňuje: „*Měla jsem třeba psychosomatiku, když jsem měla jít na volejbal. Měla jsem horečky, sevřený břicho, bolela mě hlava. Když jsem měla jít do školy, jsem to taky měla. A vím, že jsem každou neděli předtím, než jsem měla jít do školy, tak mi bylo přišerně špatně. Úzkosti jsem měla. Ale to jsem až teď díky tomu rozhovoru zavzpomínala, tehdy bych ti to neřekla.*“

Rodiče respondentů řešili fyziologické potíže svých dětí, jakými mohou být bolesti břicha, hlavy, stále zvýšená teplota, nauzea apod., pouze jako somatický problém: „*...třeba noční pomočování jsme řešili neurologicky...*“ (Jiří). Nenapadlo je, že svoji roli může hrát i psychická úroveň problému: „*...stávalo se mi to většinou ve stresu, mimo domov, na táborech, ve školách v přírodě a tak*“ (Jiří). Maminka respondentky Adély byla také přesvědčena, že potíže dcery „*takový stavy, kdy jsem jenom ležela a měla jsem zavřené oči, křičela jsem a chtěla jsem někam utýct, házela jsem sebou*“ nejsou příznakem duševního onemocnění: „*Ona si myslela, že je to epilepsie nebo tak něco. Nechtěla připustit, že by to mohla být psychická choroba*“ (Adéla).

12.1.4. Zkušenost s duševním onemocněním v rodině

V případech, kdy se vyskytovalo duševní onemocnění v rodině, jsem se nejednou setkala s tím, že přestože respondent znal diagnózu svého příbuzného, svoje psychické potíže si s ní nespojoval, nenapadlo ho, že by se v jeho případě mohlo jednat také o nějakou formu duševního onemocnění: „*Věděla jsem o tom ze zkušenosti z rodiny [...], takže jsem věděla, že to existuje, znala jsem ale jen schizofrenii, ale nevěděla jsem o jiných druzích duševních onemocnění*“ (Helena). Výjimkou bylo povědomí o existenci DO až v období mladé dospělosti, tehdy byl respondent s problematikou již seznámen. Jednalo se o případ, kdy onemocněl někdo z nejbližší respondentovy rodiny. Toto proběhlo však v obou případech

až v období mladé dospělosti, na které se již v práci nezaměřuji, přesto si dovolím uvést příklad: „*Já jsem věděl..., protože ségra, rok před tím (propuknutí vlastní ataky v dospělosti), začala trpět paranoidní schizofrenií*“ (Bohouš). Ani tento respondent v období dospívání o DO neměl ponětí.

Dále jsem se potkávala s nepřítomností informací u rodičů (a prarodičů) respondentů: „*Bezpochyby nějakým psychickým obtížím čelila moje matka, ale nevěděla o tom, nemluvila o tom takhle, neléčila se. Já jsem jenom zažívala ty důsledky toho, že je v nepohodě*“ (Terezie).

„*Chybělo mi všeobecný povědomí, nebo kdyby měli informace alespoň moji rodiče...*“ (Helena).

Výjimkou nebyla ani lhostejnost rodičů. Na otázku, zda respondent sdílel svoje psychické potíže (projevy nemoci) s rodiči, v tomto konkrétním případě s matkou, jsem obdržela odpověď: „*Ano, ale neblbni... nezajímala se o to*“ (Gerald).

Můžeme se domnívat, že pokud rodiče o duševním onemocnění povědomí či informace měli, případně věděli, že se v rodině vyskytuje, tyto nevyužívali. Zda byly důvodem pro to nevědomost, obavy ze stigmatizace či nízká dovednost komunikace, však nevíme: „*Doma to bylo tabu, protože tam byl právě ten zdroj frustrace a tam to nešlo, o tom se nemluvilo*“ (Terezie). Podobně: „*No, u nás se to tajilo, až když jsem onemocněl já, zjistil jsem, že teta byla nemocná, babička..., ale diagnózu mi nikdo neřekl...*“ (Gerald).

Klára uvedla, že část rodiny její onemocnění nikdy nepřijala: „*...pamatuju si, že třeba děda, strejda, teta, to nikdy nechápali, ani jako to podle mě nechtěli pochopit. Prostě to brali: ‚Ta tady leží a všichni se z ní posereme!‘ A vím, že to bylo strašně nepříjemný, protože já jsem chtěla dokázat, že nejsem líná, ale nešlo to.*“

Zajímavým poznatkem může být zjištění, že se někteří respondenti, kteří své dospívání prožívali v době kolem roku 1989, ani s člověkem s duševním onemocněním vzdáleně – na veřejnosti, v médiích do momentu své první hospitalizace nikdy nesetkali (nevěděli o tom): „*...možná jsem párkrát potkal spíš lidi s mentálním hendikepem někde na ulici..., ale...v zásadě s těmahle echt duševně nemocnejma, ne...*“ (Bohouš). Tento fakt mohl být způsoben tím, že ještě před rokem 1989 byli lidé s duševním onemocněním „uklizeni“, aby nebyli na očích a na obtíž.

12.1.5. Ve škole „ani zmínka“

Vedle informovanosti rodičů jsem se zajímala o informace, které dospívajícím v době jejich potíží poskytovali učitelé. Zda byl, třeba v rámci výuky, věnován prostor informacím v souvislosti s duševním onemocněním ve smyslu primární prevence (jak se DO pozná, kde se bere, co dělat v případě psychických potíží, duševní krize, kam se mohu obrátit pro pomoc), anebo zda se vůbec s tématem duševního zdraví setkávali. Tady použiji za všechny odpověď: „*Ani zmínka*“ (Adéla), která je typická pro všechny respondenty. V tomto případě, kdy ji vyslovila nejmladší z respondentů (20 let), mě však poněkud překvapila. Výjimkou u této respondentky bylo pak doporučení k vyhledání pomoci od paní ředitelky, „*kteřá si myslela, že bych si měla zajít k psychiatrovi*“ (Adéla). Podporu (nikoli získávání informací) ze strany učitelů ostatní respondenti také zmiňovali. Jednalo se však již o situace, kdy byly projevy onemocnění v době studia znát, anebo respondenti sami chtěli, aby znát byly. Klára popisuje podpůrnou roli jedné z učitelek v době nejtěžší: „*Jedinej můj spojenec byla právě učitelka češtiny, která věděla, co se se mnou děje. A ta byla dennodenně online, na facebooku, a ty jediná jsem mohla psát, co se mi stalo ten den, jak mi ten den je. A ta mi šileně pomohla. Tu mi asi seslalo samo nebe, fakt.*“

12.1.6. Dílčí závěr

Informovanost respondentů o duševním onemocnění ve věku adolescence byla nízká. Je to zřejmě ovlivněno několika faktory. Jako jeden z nejvýznamnějších se podle analýzy dat sebraných v rozhovorech jeví postoj k tématu duševního onemocnění / zdraví v dané rodině. Zejména hrálo důležitou roli to, jak byla rodina respondenta schopna o tématech komunikovat, zda byly přítomny absence tabuizace a stigmatizace, a také to, jak byla rodina k získávání nových informací z této oblasti otevřena. Mohlo by se zdát, že přímá zkušenost s duševním onemocněním v rodině dospívajícího mohla tuto otevřenost podpořit v pozitivním směru, avšak výpovědi respondentů tomu nenasvědčovaly, spíše naopak. Dále v rozhovorech jsem se setkávala nejčastěji s tím, jak podobně uvádí Praško (2001: 24), že se rodiče (či prarodiče) snažili různými způsoby přimět duševně nemocného dospívajícího k tomu, aby se vzchopil. Vedle toho také s tím, že obdržené penzum informací znamenalo ještě větší stigmatizaci dotyčného ve vlastní rodině. Praško (2001: 7) tuto zkušenost zmiňuje v souvislosti se zacházením s informacemi a jejich interpretacemi: „Některé informace jsou pro laika téměř nepřijatelné, protože budí úzkost a zpětně mohou vést ke zvýšené stigmatizaci nositelů problému.“

Domnívám se, že velký vliv má na znalosti z oblasti duševního zdraví také současná medicína. Je obecným předpokladem, že za každou zdravotní potíží stojí nějaká objektivní příčina, kterou můžeme odhalit a pojmenovat na základě měřitelných metod – laboratorní vyšetření krve, EKG, EEG, CT apod., případně danou diagnózu řešit např. operací. Pokud však onemocníme tzv. *psychosomaticky*⁷⁸, zmíněný objektivní nález postrádáme. Tady může dojít v horším případě o získání známky simulanta, v tom lepším pak o uvědomění si, že za problémy stojí právě naše psychická součást, která spolu s tělesnou tvoří každého jedince. Pro laickou veřejnost právě informace o souvislosti mezi fyzickou a psychickou složkou zůstává často záležitostí alternativní až nebezpečnou.

Z odpovědí respondentů vyplývá značná potřeba objektivních a předsudky nezatížených informací a jejich větší dostupnost zejména ze strany rodičů a rodiny jako nejbližšího sociálního prostředí jedince. Vedle toho pak byla potřeba získávat informace z oblasti primární prevence zmiňována ve vztahu k pedagogům, škole. Tato dostupnost a otevřenost by měla být samozřejmostí už v dětském věku, v době dospívání pak nutností.

12.2. Coping

Ve výpovědích respondentů jsem dále hledala způsoby (mechanismy, nástroje), prostřednictvím kterých se v době dospívání sami vyrovnávali s psychickými potížemi/duševním onemocněním. Cílem bylo nalézt odpovědi na druhou dílčí výzkumnou otázku: **Jakými způsoby se dospívající vypořádávají s prvními příznaky onemocnění?**

Z pohledu různých copingových strategií, tak jak je pojal Lazarus (2001)⁷⁹, mohu konstatovat, že u respondentů převládaly strategie zaměřené na emoce a únik oproti strategiím zaměřeným na problémy. Zároveň však Lazarus podotýká, že rozlišení strategií orientovaných na problém a na emoce je umělé. V konkrétním případě může jedna strategie plnit obě tyto funkce a snahy, které jedinec v zátěžové situaci vyvíjí. Zvládání zaměřené na emoce zahrnuje kognitivní procesy sloužící ke snížení emoční tísně – např. vyhnutí, zaujetí odstupem nebo přijetí, strategie zvyšující emoční tíseň – sebeobviňování a snahy změnit způsob vnímání situace, strategie s takovým nepřímým efektem – fyzická aktivita, vyhledání emoční opory, meditace (Lazarus, Folkmanová, 1984).

⁷⁸ Pojem psychosomatika zavedl r. 1818 lékař Heinroth, když se zabýval poruchami spánku. Domníval se, že mají svůj původ v psychických stavech a náladách. Psychosomatika odkrývá souvislosti mezi tělem a psychikou člověka a poukazuje na psychické pozadí řady somatických onemocnění (Danzer, 2001).

⁷⁹ Více viz kapitola 1. 1. Coping – vyrovnávání se s duševním onemocněním, jeho zvládání.

12.2.1. Útěkárky a útěkáři

Jedním ze způsobů vyrovnávání se s potížemi psychického charakteru byla pro Terezii strategie zaměřená na únik:

„Snažila jsem se od dětství tu nevlídnost světa kolem mě nějakým způsobem vyvažovat svým vnitřním světem. Hodně jsem utíkala do knížek, do četby, hodně jsem hledala nějaký spirituální rozměr života..., takže víra nebo hledání nějakých hlubších rozměrů života pro mě byly vždycky východiskem“ (Terezie).

Adéla v době svých největších potíží vyhledávala samotu: *„Neměla jsem potřebu to sdílet.“* K tomu, jak se se svými stavy vyrovnávala, uvedla: *„...já jsem většinou chodila do lesa, kde jsem prožívala takovej svůj druhý příběh [...], a pak jsem odcházela třeba na šestihodinový procházky do lesa, kde jsem chodila po lese a povídala si se stromama, mimozemšťanama, měla jsem různé vize... tý planety, odkud pocházím. Odkud jsem si myslela, že pocházím. A tam jsem prožívala takovej druhý život. Měla jsem to takhle oddělený [...] a tak jsem nechtěla tyhle věci tahat do svého běžného života“ (Adéla).* Bylo tomu tak, přestože prožívala velký strach: *„Bylo to těžký období. Bála jsem se...“ (Adéla).*

Samotu podobně vyhledávala i Helena: *„Uzavírala jsem se do sebe, nestála jsem o společnost, nebylo mi to komfortní v tom stavu.“*

Na počátku objevení se prvních psychických potíží trvalo respondentům různě dlouhou dobu, než si uvědomili, že něco není v pořádku: *„...ne, ne, nikdy jsem to nikomu neřekla, nikdy. Žila jsem s tím, že to tak mám. Já jsem o tom ani vlastně nepřemýšlela, já jsem si to odžila...“ (Klára).*

Respondenti svoji nemoc před okolím (spolužáci, kolegové v práci) nezřídka dlouhodobě tajili. Pokud zaznamenali, že se jejich psychický stav zhoršuje, řešili situaci v práci odchodem na neschopenku z důvodu nějakého somatického onemocnění (např. nachlazení, bolest zad): *„...a tak jsem si na to dycky vzal dovolenou v práci nebo neschopenku.“ (Bohouš).*

Na tento způsob vyrovnávání se se vzniklou zátěží (zhoršení psychického stavu) můžeme z pohledu volby copingové strategie pohlížet nejméně dvěma způsoby. Na jedné straně jedinec aktivně řeší nastalou situaci tím, že odchodem z práce (zaměstnání) redukuje svůj stres, na druhé straně však situaci neřeší způsobem přímo zaměřeným na příčinu potíží, problémů, například vyhledáním či kontaktováním odborné pomoci.

Zaznamenala jsem v době „nejhorších psychických problémů“ i neschopnost být v komunikaci s druhými, byť těmi nejbližšími:

*„Já jsem nikomu neodepisovala. Kamarádky na mě byli hodně nas***ý a pak až postupem věku to pochopily. Já jsem to i vysvětlila. Říkaly: ‚My jsme ti v tom stavu chtěly pomoci, my jsme tě chtěly někam vytáhnout a ty jsi nám nebrala telefony, neodepisovala jsi.‘ Ne, já jsem si to musela prostě prožít. A už to teď takhle nemám, zaplaťpánbůh!“ (Klára).*

Svůj výrok dále v rozhovoru ještě jednou potvrdila: „Ne, já jsem vůbec nemohla být s lidma. Já jsem vůbec nebyla ani na telefonu v kontaktu“ (Klára). Rút svoje pocity zpracovávala písemnou formou: „... já jsem si to všechno psala do těch deníků a asi ještě jsem psala blog...“.

Strategie zaměřená na únik někdy bývá doplňkem strategií zaměřených na emoce a zaměřených na problémy. Patří sem také například denní snění, přílišný spánek či užívání alkoholu a drog.

12.2.2. Sociální opora

Sociální opora je považována za jednu ze základních vyhledávaných strategií při zvládnutí stresu. Její samotnou nepřítomnost uvádí Křivohlavý (1994) jako stresující. Opora, kterou dotyčnému mohou poskytnout rodiče, spolužáci, přátelé a další osoby mimo jakoukoli instituci je považována za podstatnou pro další vyrovnávání se s jakoukoli zátěží. Studie zaměřené na vyhledávání pomoci se shodují v tom, že rodina je dospívajícími nejvíce preferovaným zdrojem pomoci (Barker, 2007). V rámci analýzy dat jsem si všimla rozdílů mezi respondenty, kteří tuto podporu měli, mohli být ke svým blízkým otevření, a těmi, kteří na psychické problémy byli sami: „S rodičema jsem se hrozně snažila to sdílet, ale mě nikdo neposlouchal“ (Rút).

Podle Ayersovy (1996) charakteristiky copingových strategií u dětí a dospívajících mohou dle výsledků analýzy dat zaznamenaných rozhovorů uvést četný výskyt využití strategie vyhledávání opory. Například:

„Přátelské vztahy pro mě byly silným, podpůrným bodem. Protože nakolik ta rodina nefungovala jako zázemí/podpora, tak jsem měla štěstí na hezká přátelství. Měla jsem kolem sebe blízký lidi, který mě nepokrytě měli rádi, podporovali mě, a bylo to pro mě

nesmírně důležitý. Ty přátelský vztahy. V tom jsem měla velký štěstí. Tam jsem čerpala blízkost, bezpečí, lásku...“ (Terezie).

Využívání aktivních copingových strategií (jakými jsou kognitivní rozhodování, hledání pochopení, přímé řešení problému a pozitivní přehodnocení, tedy snaha aktivně uchopit problém a změnit podmínky, které způsobují nadměrnou zátěž), bylo tak přístupem nejbližšího okolí respondentů značně ovlivňováno. Rút, kterou „*neposlouchali rodiče*“, si zpětně, ale s pochopením, posteskla i nad přáteli: „*A vlastně kamarádi ode mě postupně odcházeli, protože – kdo by chtěl mít ve 14 takového kamaráda, jako jsem byla já, takže jsem byla docela dost sama a bylo to ještě po nějakým rozchodu s přítelem prvním, takže to bylo jako takový podivný celý*“ (Rút). Je samozřejmě ideální, když jsou nejbližší oporou dospívajícího přímo rodiče. Bohužel, ne vždy je to možné, a je jedno z jakého důvodu. Pak je vždy z hlediska co nejhladšího vyrovnání se se zátěží, když se „úkolů“ sociální podpory ujme kdokoli jiný z těch nejbližších, naše respondentka našťastí takové štěstí měla: „*...a nějaký učitele, který mě hodně podporovali a nějaký vychovatele, se kterými jsem se mohla o tom bavit, takže to bylo docela dobrý...“ (Rút). Škola je prostředím, kde dospívající tráví nejvíce svého aktivního času. Učitelé se tak dostávají do přirozeného zastoupení role rodičů – teď mám na mysli v tom, aby byli sociální oporou, pokud rodiče v této roli selhávají. Byli-li bychom ve světě ideálním, mohli bychom snít o zdvojené (či ještě lépe několikrát násobené) sociální podpoře – tedy celé „podpůrné síti studenta s duševním onemocněním“ tak, jak se o ní zmiňuji v kapitole 9.1. Podporované vzdělávání.*

Stalo se však, že ani ve škole nebo mezi přáteli (třeba i po opakovaném pokusu) dospívající oporu nenalezl: „*Já jsem se pokoušela o tom mluvit s jednou kamarádkou, ale ta mi řekla: ‚Co blázníš? Vždyť jsou to úplný blbosti!‘ Tak jsem se pak uzavřela ještě víc a už jsem radši o tom nikomu neříkala*“ (Adéla).

Skutečnost, že se copingovým strategiím v průběhu života učíme (Medved'ová, 2004), potvrdila tato výpověď „*Víte, mně je špatně, já mám depresi. A oni se mnou jsou a mně to hrozně pomůže. Tohle jsem se naučila až postupně*“ (Klára).

Podobně se Adéla, konečně po prvním úspěšném vyhledání pomoci (jemuž předcházelo několik neúspěšných), naučila využívat to, co jí v daný moment pomohlo: „*A pak jsem asi dvakrát nebo třikrát volala na linku důvěry, že jsem se chtěla zabít..., že už to bylo nesnesitelný.*“

12.2.3. Zapojovat hlavu!

Pokud sociální opora selhávala nebo nefungovala, setkala jsem se se strategiemi rozptýlení. Respondenti zaměřovali svou pozornost i myšlení jinam – mimo psychické potíže:

„...vím, že jsem si pouštěla – to si pamatuju doted’ – hodně psychologický thrillery a věci, u kterých musíš přemýšlet. Věci, u kterých musíš zapojovat hlavu. Jo a ještě mi pomáhaly v té době puzzle...5000vky.... Nevím, jestli mi to pomáhalo, ale vím, že v době těch nácti jsem se dívala na horory, na psychologický thrillery, a skládala jsem ty obrovský puzzle. Nechodila jsem ven a jenom jsem zaměstnávala hlavu. Nešlo ani o nějaký fyzický cvičení. Já jsem v té době už nesportovala. Ale aby ti hlava furt jela, aby ti přemýšlela, abys furt nemyslela na ty stavy hnusný...“ (Klára).

„Taky malování mi pomáhalo. [...] Ale spousta lidí, co znám a mají takový poruchy, tak unikají právě do toho uměleckýho... Jo a víš, co jsem ještě dělala? Koláže ve photoshopu v počítači. Já jsem strávila několik x hodin na počítači... Únikem – já jsem si stahovala nebo jsem si malovala v těch programech – to mi hodně pomáhalo.“ (Klára)

12.2.4. To nemůžu udělat!

K aktivnímu vyrovnávání se s vlastními potížemi vedla jednu z respondentek vlastní negativní zkušenost, kterou v dětství zažila se svými rodiči: *„...zase mě to hodně dalo, protože když byly moje děti malé a já jsem měla různé nápady blbý, tak jsem si říkala, že jim to nemůžu udělat, když ta mamka mně vodešla“ (Hanny). Respondentka měla od počátku náhled na svoje onemocnění, snažila se ve svých 14 letech kontaktovat psychiatra, avšak prarodiče byli proti a vyhledání odborné pomoci nepodpořili. Pomoci se jí tak dostalo až v době, kdy náhled na své onemocnění pozbyla a nebyla ochotna lékařskou pomoc vyhledat, došlo k nedobrovolné hospitalizaci.*

Na otázku, co ještě v dobách nejhorších (v počátcích duševního onemocnění) respondentovi pomáhalo, jsem obdržela také tuto odpověď: *„Chodit. Já jsem nachodila strašný spousty kilometrů“ (Adéla).*

Hanny během svých zkušeností s onemocněním získala potřebnou praxi: *„...když mně přijde špatná myšlenka, odpálkuji ji nebo se pomodlim, neguju ji nějakým způsobem.“*

Mezi aktivní strategie bych zařadila i následující způsob vyrovnávání se s problémem: „...pes... Já jsem si v 17 právě kvůli těm depkám koupila antidepressivního psa“ (Klára). Jak uvedla sama respondentka: „Oni jsou hrozně mazlíci a nutí tě chodit ven.“ Zároveň však dodala: „V největších depkách jsem nechodila samozřejmě, to chodila moje máma, ale už tehdy, když jsem ty depky měla, tak jsem si ho pořídila s tím, že mi bude pomáhat“ (Klára).

12.2.5. Když psychická bolest nestačí

Mezi způsoby vyrovnávání s emocionalitou jsem zaznamenala záměrné sebepoškozování⁸⁰ nebo sebezraňování. Jsou považovány za nevhodné zvládací – copingové mechanismy. I na ně jsem narazila ve svých výzkumných rozhovorech: „Měla jsem opiercingovaný celý tělo, protože ta fyzická bolest mně dávala euforii. Dávala mi pocit, jako je na drogách. V té době jsem to ještě nevěděla. Ale když jsem šla si někam něco nechat píchnout, mně se ulevilo. Bylo mi strašně dobře. To je asi taky nějaká forma poškození, bolesti...“ (Klára). V literatuře i společnosti se v současné době setkáváme s fenoménem konvenčního – kulturně tolerovaného sebepoškozování (značení, u nás nejčastěji tetování, piercing, kosmetická chirurgie), to je také spojováno s různými formami rizikového chování dospívajících (Rozsivalová, 2016).

Vedle sebepoškozování se v období dospívání respondentů objevovaly také „jen“ samotné myšlenky na sebepoškození se. Negativním vlivem na psychický stav respondentky byla v tomto případě v době dospívání příliš častá samota. Sama nebyla sama. K pocitu osamocení docházelo ve většině případů tam, kde probíhal rozvod rodičů či se jednalo o období krátce po něm, a respondent trávil příliš času o samotě. Vyrovnávání se s těžkou situací doma (s rozvodem rodičů) přinášelo sebezraňující myšlenky: „Já si pamatuju, že jsem si jednou vzala nůž a přemýšlela jsem, jaký by to bylo, kdybych se řízla... do břicha, kdybych se bodla...“ (Kačka). U respondentky zůstalo u myšlenky: „Já jsem asi nechtěla cejtít tu bolest. Ta bolest pro mě byla nepříjemná (Kačka). Svoje pocity spojovala právě s častou samotou, chtěla, aby se něco dělo: „Já jsem nad tím nikdy nepřemýšlela, ale teď vlastně, když se mě na to ptáte, tak si říkám, že to bylo tou samotou. Kdyby tam asi se mnou někdo asi byl, tak mě to asi vůbec nenapadne“ (Kačka).

Klára v odpovědích popsala záměrné sledování filmů, které jí způsobovaly psychickou bolest. K tomu pak uvedla: „...ale teď třeba vim, že téma filmama jsem si

⁸⁰ deliberate self harm, self injury

škodila. Dávala jsem se třeba na... nebo na dokumenty o holocaustu, a pak se mi tom zdálo. Ani jsem si v noci pak neodpočinula... Záměrně jsem si škodila, abych cejtila tu bolest asi z těch filmů... nevím“ (Klára). Klára se s psychickými potížemi v průběhu dospívání vyrovnávala také prostřednictvím jídla: „...a já jsem si ublížila nějakým způsobem, že jsem se hodně přejedla. To byla moje forma ubližování.“

12.2.6. Jídlo jako zhmotněná forma lásky

Poslední citace mi pomohla k plynulému přechodu do této podkapitoly. Poruchy příjmu potravy považujeme obecně za rizikové chování (MŠMT, 2013; Pavlas Martanová (ed.) 2012; Kalina ed., 2003), mají svoje zařazení v MKN-10 a zároveň je zde zmiňují jako jednu z copingových strategií. Jedná se o strategie nevhodné a rizikové a zároveň mezi mými respondentkami hojně zastoupené. Potíže s příjmem potravy zmínila jedna z respondentek takto, ukotvila je časově na začátek studia střední školy:

„... záchvatovitý přejídání – to nevím, jestli do toho patří, ale to byl důsledek těch úzkostných stavů, toho obrovského pocitu zmatku, děsu, prázdnoty, která volala, aby byla zaplněná něčím. To jídlo se nabízelo jako zhmotněná forma lásky. Takhle jsem řešila svoje emoční stavy, že jsem záchvatovitě jedla a trvalo to taky docela dlouho a hodně mě to trápilo“ (Terezie).

Platznerová (2009) zmiňuje výskyt sebepoškozujících praktik jako důsledek neschopnosti najít si jiný uspokojující způsob, jak silné negativní pocity zvládnout. Dle autorky pak lze logicky předpokládat, že mezi účinná preventivní opatření bude třeba zahrnout snahu o posílení kapacity jedince zvládat nepříznivé situace. Zároveň však musím podotknout, že jsem se u této ženy setkala s velkou podporou rodiny. Respondentka, jejíž výpověď uvádím na přelomu této a předchozí kapitoly, také zmíněnou poskytovanou oporu od členů rodiny zmínila jako to, co jí pomáhalo se s potížemi vyrovnávat: „*Máma, babi, děda, sestřenice a bratranec. Ty při mně drželi, pomáhali mi...*“ (Klára).

Z příkladu respondentky Kláry je vidět, že si jedinec vybírá několik různých strategií vyrovnávání se se svou zátěží, které v tom samém čase různě kombinuje.

O základních aspektech problematiky sebepoškozování z psychologického a psychiatrického hlediska pojednává Paclt et al. (2010). Mimo jiné uvádí, že mezi příčiny sebepoškozování patří „emocionální klima, citově nepřítomný rodič, rigidní a příliš kontrolující rodič, setření mezigeneračních hranic, nebo vychovatel s psychopatologickou problematikou“ (Paclt et al., 2010: 242).

12.2.7. Dílčí závěr

Cílem této kapitoly bylo odpovědět na otázku: **Jakými způsoby se dospívající vypořádávají s prvními příznaky onemocnění?**

Z analýzy dat vztahujících se ke druhé výzkumné otázce vyplynulo, že jednotlivé strategie se často prolínají. Vedle pasivního přístupu se v závislosti na momentální duševní i fyzické kondici objevují i aktivní strategie. Mezi ně patřilo v našem případě zejména oslovení důvěrníka (rodič, přítel) či snaha o něj, anebo přímo kontaktování odborné psychiatrické pomoci. Medved'ová (2004) uvádí, že rodinné strategie mají na dospívající vliv jako určitý vzor řešení pro osvojení si konkrétních strategií zvládnání stresu. Ve svých výzkumech zjistila, že chlapci si osvojovali spíše strategie zaměřené na řešení problému a pasivní strategie, naopak dospívající dívky strategii vyhledávání sociální opory a komunikaci s rodiči. Tyto genderové preference potvrdili i moji respondenti.

Díky tomu, že mými respondenty byli lidé ve věku dospělosti a vraceli jsme se prostřednictvím jejich příběhů k dospívání, mohla jsem zaznamenat, že copingové strategie se vyvíjejí, že se jim učíme, jak například uvádí Medved'ová (2004). Stejně tak podle Barkera (2007) jsou copingové strategie a vyhledávání pomoci naučenými jednáními, která dospívající přebírají od dospělých, nejčastěji od rodičů.

Baštecká, Goldmann (2001) popisují strategie maladaptivní, při kterých dochází ke zvýšení stresu, a adaptivní, kdy je stres redukován. Výsledky analýzy rozhovorů poukázaly na to, že respondenti volili spíše takové strategie, od kterých očekávali uvolnění napětí nebo snížení stresu (např. výše zmíněné úniky do samoty, svého světa, knih až po sebepoškozující chování).

Ve zvýšené míře jsem zaznamenala únikové tendence. Jejich častý výskyt v období adolescence je v souladu s výsledky výzkumu, který provedl Palíšek (2007). Prokázal, že při vyšším zatížení stresovými situacemi se jedinci přiklání k negativním copingovým strategiím. Ke shodným výsledkům se ve výzkumných studiích dopracovali také Seemannová nebo Seiffge-Krenke. Jejich studie prokázaly, že stresem zatížení jedinci používají méně efektivních copingových strategií (Palíšek, 2007).

Na téma copingových strategií u dospívajících již bylo realizováno mnoho psychologických výzkumů v zahraničí i v ČR. Například v rámci národní části

mezinárodního projektu SAHA (The Social And Health Assessment)⁸¹ jako projekt "Rizikové faktory školního, sociálního a zdravotního vývoje mládeže" byla copingovým strategiím věnována velká pozornost. Mezi výsledky této rozsáhlé unikátní studie nalezneme následující zjištění: Chlapci jsou efektivnější ve zvládnání nepříznivých emočních stavů díky vyšší produktivitě a flexibilitě obecně a díky strategiím přímého řešení problémů a fyzické relaxace. Vedle toho dívky očekávají (a také dostávají) více sociální opory – nejvíce od přátel. Mezi copingovými strategiemi českých adolescentů se na prvním místě objevil fantazijní únik. Výsledky dále ukázaly na to, že ovlivnitelnost zvyšuje sebeobviňování a že dospívající s vyšší sebeúctou získávají ve stresových situacích více informativní, emoční i hodnotící opory (Blatný et al., 2004)

12.3. Help-seeking

Třetí dílčí výzkumnou otázku jsem zaměřila na zjišťování toho, co předcházelo vyhledání pomoci (help-seeking) – tedy jedné z aktivních copingových strategií. Věnovala jsem jí celou DVO ze dvou důvodů. Jedním z nich je fakt, že schopnost a dovednost vyhledat pomoc má v PP duševního onemocnění z hlediska vývoje dalšího života dospívajícího zásadní význam. Zajímalo mě, co k vyhledání pomoci vedlo, případně zda k němu vůbec došlo a po jak dlouhé době. Vedle toho help-seeking vnímám nejenom jako copingovou strategii, ale dívám-li se na termín z hlediska terminologie primární prevence, jedná se o jednu ze základních dovedností, jejíž osvojení může (a má) být právě vlivem programů primární prevence posilováno. V této kapitole analýzy dat se zaměřuji na vyhledávání odborné pomoci – psychologické či psychiatrické. Všimla jsem si také, zda byli za účelem odborné pomoci dospívajícími osloveni pracovníci ve školách – konkrétně: školní psycholog, výchovný poradce, školní metodik prevence.

Přesné znění otázky je: **Co předcházelo vyhledání pomoci (help-seeking)?**

12.3.1. Pomoc – ale s čím?

U některých respondentů k procesu vyhledávání pomoci vůbec nedošlo: „*Sesunul jsem se k zemi u zdi... V práci, neudržel jsem se na nohou, jen jsem se koukal...*“ (Tomáš). Tato výpověď pravděpodobně souvisí s Tomášovým nevědomím o existenci DO v době, kdy již vážnými psychickými problémy trpěl. Dříve v rozhovoru totiž sděluje: „*O psychiatrii jsem*

⁸¹ Projekt SAHA je součástí rozsáhlého programu Centra pro dětská studia Yaleovy University (Yale Child Study Center), který se zabývá trans-kulturními aspekty duševního zdraví a vývojové psychopatologie u dětí a adolescentů (Program on International Child & Adolescent Mental Health - PICAMH). Kromě výzkumné činnosti nabízí tento program i výcvik v oblasti duševního zdraví dětí a mládeže. Hlavním smyslem projektu PICAMH je pak využívat vědecké poznatky při tvorbě politických a preventivních programů.

nevěděl vůbec nic, dokud jsem tam neskončil“. Posléze popsal jinou situaci, kdy si uvědomoval, že: *„...bych se nad to měl povznést a měl bych s tím umět bojovat..., jenomže se to zhoršovalo, a já jsem potom vyhledal teda psychiatricku...“* (Tomáš). Toto uvědomění přišlo až po několika rozhovorech s manželkou, které také k domluvě, že je nutné vyhledat psychiatricku, nakonec vedly. Naopak Terezie pomoc a podporu hledala spíše u kamarádek či jiných lidí, kterým důvěřovala: *„Snažila jsem se to dlouho řešit s nějakýma lidma, mluvit o tom, ale zase... s odborníkem ne. A moc jsem nerozuměla tomu mechanismu“.* Dále uvedla: *„Dlouho jsem nevěděla, proč to tak je a nedokázala s tím nic dělat. To byl ale spíš důsledek, ne něco, co rozjíždělo ty moje stavy.“* (Terezie)

Mareš (2002) upozorňuje na to, že častěji je studován jedinec s problémy, který pomoc vyhledal, tedy ne ten, který se s problémy potýká a o pomoc si neřekne. Jedinci, kteří v sobě pěstují pochybnosti o svých schopnostech, se snadno odradí neúspěchem. Ti, kteří jsou naopak přesvědčeni o svých schopnostech, o své zdatnosti, zesílí své snažení i v případě, že se jim nedaří a vytrvají, dokud nedosáhnou svého cíle (Výrost, Slaměník, 2001).

12.3.2. Na pomoc? – Příliš mladá!

„...ona (pedopsychiatricka) řekla, že musím přijít s mamkou, že mi jinak nemůže pomoci.“ (Adéla, krátce před 16. rokem věku)

„... já jsem k dětskému psychiatrovi chodila jenom chvíli, protože mi to vlastně rodiče zakázali brát léky, takže já jsem od nějakých patnácti jenom čekala na to, až mi konečně bude osmnáct“ (Rút).

Táž respondentka se sama zpětně pozastavuje nad tím, že sama věděla, kam je možné se obracet, znala i kontakt na linku důvěry: *„... ale nikdy mě nedošlo, že moje problémy jsou tak vážný, že bych se na ni mohla obrátit, to bylo hrozně zajímavý, a když už mi to došlo, tak jsem stejně měla pocit, že mi nemůžou poradit“* (Rút). Na linku bezpečí nikdy zkusit nezavolala: *„Myslím, že bych dokázala přijmout víc pomoci, kdyby tam (ve škole) byla, ale vlastně tam bylo všechno, co se dalo dát, tak tam bylo... jo byl tam nějaký školní psycholog, [...], ale já si myslím, že bych v tu dobu ale potřebovala nějakou tu terapii – obyčejnou psychoterapii, kterou jsem jako neměla a tak...“* (Rút).

Hanny na své těžké stavy v dětství a dospívání vzpomíná: *„Když jsem měla ty deprese, tak jsem chtěla navštívit psychiatra, a babička pro to nebyla, protože to s mamkou dopadlo špatně – ta se léčila.“* Dále k tomuto uvádí, že zpočátku si svých potíží byla

vědoma: „Ze začátku jsem chtěla (navštívit psychiatra), ale později (na konci adolescence) jsem si to už neuvědomovala“ (Hanny).

A co by v době dospívání přivítala Rút?: „... abych měla přístup k psychoterapii...k odborné pomoci...bez souhlasu rodičů.“

12.3.3. Stigmatizační guláš s předsudky

Název této podkapitoly vychází z terénních poznámek a zároveň z mého rozpoložení nad výpověďmi respondentů, nad analýzou dat. Ač nikdo z nich slovo „guláš“ nepoužil, během sdílení svých zážitků z období dospívání to v atmosféře nad námi často vařilo. Při analýze dat jsem pak vzpomínala na pejska a kočičku, jak vařili dort, který byl nakonec ve výsledku spíše gulášem. Jíst bych ho nechtěla. Pokud bychom ale, stejně jako zlý pes v Povídání o pejskovi a kočičce, snědli všechno to, co jsem z 11 rozhovorů s respondenty namíchala, dobře by nám nebylo: „To jsem si dal, co ono to bylo v tom dortu všechno namícháno, že z toho mám takové ukrutánské bolení!“ (Josef Čapek, 1929).

Stigma respondenti zmiňovali na úrovních těchto kategorií: vnější stigma, stigma rodinných příslušníků a v neposlední řadě se potýkali se self-stigmatem. Stigma podle Thornicrofta (2006) může pro jedince představovat daleko větší problém než samotné duševní onemocnění. Stigmatizace se může manifestovat jak pocitem méněcennosti nositele („byla hodně citlivá na reakce okolí“, „mě se to hodně dotklo a teď jsem nad tím strašně přemýšlela“), tak znehodnocujícím přístupem okolí („nechávali mě jako bejt úplně“, „jo, nějaký blbý poznámky asi byly“, „nechtěly (spolužačky) vedle mě sedět“).

Se stigmatizací se respondenti v době dospívání setkávali nejčastěji v nejbližším okolí – v rodině a mezi spolužáky, vrstevníky. Duševní onemocnění patří mezi stigmata působící hlavně v situacích úzkého interpersonálního kontaktu, jako jsou rodina a pracoviště (Praško, 2001b). Například respondentce Hanny babička (která se o ni starala) v návštěvě psychiatra zabránila: „... babička pro to nebyla.“ „Rodina ze strachu ze stigmatu často brání pacientovi získat včasnou odbornou pomoc psychiatra“ (Praško et al., 2012: 100).

V rozhovorech s respondenty jsem se nejvíce zaměřovala na zkušenost se stigmatem v době dospívání, nejenom v rodině, ale také ve škole. Zajímavý moment (již z první třídy ZŠ) zmínila Kačka: „Pamatuju si, jak mě postavila před počítač, před celou třídou a já jsem prostě to, že tam všichni na mě koukaj a já jsem nebyla schopná udělat jenom jednoduchou věc, kterou po mně chtěla spočítat a fakt jednoduše příklad... a...“ Dodala, že ji zmíněná situace provázela v negativních myšlenkách nejen po celé dětství a dospívání,

ale pamatuje si ji až dodnes velmi živě. Thornicroft (2006: 176) uvádí, že „některé zážitky jsou pro lidi s duševním onemocněním natolik traumatizující, že přestanou dělat úplně všechno, co dříve bylo důležitou součástí jejich života. Někdo například přestane hledat práci nebo navazovat nové vztahy. To ukazuje, že takové zážitky byly obzvláště bolestivé, znervózňující, trapné či zahanbující.“

Také Jiří uvedl nepříjemný zážitek z prostředí školy: „*Diskriminaci přímo ne...ale stigma bylo šílený... Učitelé mě nediskriminovali přímo, oni ze mě jenom dělali blbečka – jako přede mnou samotným a já jsem to špatně snášel.*“ Bariérou pro vyhledání pomoci u dospívajících byl strach ze stigmatu. Terezie při rozhovoru přemýšlela: „...*jestli tam byla víc obava z toho, že se někam zaškatulkuju, a když už mi to přišijou, tak už bude zle. Nebo když to řeknu nahlas, tak bude problém...anebo jsem nevěděla, kam se obrátit. Všechno dohromady asi. Nesmírně jsem se za to styděla.*“ Obava z toho, co by jejím potíží řeekli spolužáci, se potvrdila i při její další odpovědi na otázku, zda by uvítala možnost individuálního vzdělávacího plánu: „... *pro mě by bylo hrozně těžký, že by si toho ostatní všimli, že by to věděli, to by byl nějaký důkaz, že mám nějaký úlevy, to by bylo znamení, že se mnou je něco v nepohodě, a to jsem hrozně nechtěla, muselo by to být na tajňáka...aby to nikdo nevěděl... .. no...Maskovala jsem to všechno*“ (Terezie).

Setkání se stigmatem u dalšího respondenta vypadalo následovně: „*Vždycky, když jsem začal být k někomu otevřený, setkal jsem se s nezájmem, nebo se strachem: ‚Hele, tohle mi sem netahej!‘, ty lidi to nechtěli do života. Chtěli skvělýho Tomáše, kterej dělá spoustu věcí, a kterej je aktivní, a když už to nebyl tenhle člověk, tak už ho tam nechtěli*“ (Tomáš).

Odtažitost zažila i Adéla: „*Jednou jsem byla s kamarádkou venku a ta kamarádka mi řekla, že se mnou nechce mít nic společného.*“

Z toho je zřejmé, že velkou roli v životech respondentů hrálo sebestigma. Jiří na moji jednoslovnou doplňující otázku k jeho výpovědi, která zněla: „Sebestigma?“ bez rozmyslu odpověděl: „*Jasně, totálně, to byl největší problém, já jsem nevěděl, co mohu říct, co nesmím říct ...bylo to úplně šílený...říct – neříct...*“

V kapitole 11. 1. 3. jsem se věnovala tématu zaměňování psychických problémů za somatické obtíže. Na tomto místě se k němu vracím. Přemýšlím o důvodu preference přijímat somatickou diagnózu rodiči respondentů v době jejich dospívání namísto přímého přijetí psychických potíží či onemocnění. U lidí s duševním onemocněním je ve srovnání s obecnou populací prokázána neúměrně vyšší míra mortality. Jako důvody, které k tomuto

nepoměru přispívají, zmiňují Thornicroft (2006) a Corrigan et al. (2014) stigma a s ním spojenou sníženou dostupnost péče (ta je spjatá mj. se sníženou motivací vyhledat pomoc) a tzv. zastiňování somatických problémů (overshadowing). To může také podle mého názoru souviset s uzavřením rodin dospívajících směrem k otevřené komunikaci. Potřeby „*aby někdo mluvil s mojí rodinou*“, „*aby mi někdo věřil*“ ukazují na přání a potřebu respondentů detabuizovat téma duševních onemocnění mezi nejbližšími a snížit jeho stigmatizaci.

Za vrchol stigmatizace rodinných příslušníků považuji sdělení respondentky, které se vztahovalo k její první hospitalizaci: „*Moje rodiče, když mě hospitalizovali, tak celá moje rodina odjela na dovolenou a celých 14 dní za mnou nikdo nepřišel...*“ (Rút).⁸²

12.3.4. To to trvalo

Během části rozhovoru s respondenty věnované tématu help-seeking jsem si samozřejmě všimla i časového popisu, který značil, jak dlouho se k vyhledání pomoci respondent ne/chystal. Ne všichni byli schopní si tento časový údaj vybavit. V odpovědích jsem zachytila i to, že respondenti, kteří se s duševním onemocněním nesetkali ve svém okolí, relativně dlouho vyhledání pomoci odkládali, případně si ani sami neuvědomovali, čeho se jejich potíže týkají. Terezie uvedla: „*...já si myslím, že o nějaký nemoci, kterou bych měla řešit s nějakým odborníkem, jsem o tom začala přemýšlet až na vysoký škole.*“ Uvedla, že se potíže později „*dostavovaly s větší razancí a nutily mě víc a víc o tom přemýšlet, svěřovat se, nějak to řešit.*“ Bylo to v době, kdy si již uvědomovala, „*že to je ve mně a nesu si to v sobě. A že to jsou spojitý nádoby, s tím prostředím*“ (Terezie).

Terezii se nakonec podařilo efektivní pomoc vyhledat, přesto uvedla: „*Bylo to poměrně pozdě.*“ Podobně Tomáš se vydal k ambulanci psychiatrické, ale to už hodiny ukazovaly pět minut po dvanácté: „*Byl jsem unavený z práce, snažil jsem se dokončit školu...a skončilo to tak, že jsem tam zkolaboval a ona mě nechala hospitalizovat.*“

Co mohlo být příčinou odsouvání vyhledání pomoci? U obou respondentů, které jsem citovala výše, to byl zřejmě vedle obav ze stigmatizace nedostatek informací a znalostí. Pomoc vyhledali až na základě zjištěných informací nebo na popud někoho z blízkých: „*Začala jsem si uvědomovat [...], až když jsem měla taky trochu větší rozhled a věděla jsem, že něco takovýho existuje*“ (Terezie), nebo: „*... jenomže se to zhoršovalo, a já jsem potom vyhledal teda psychiatricku...manželka mě tam poslala*“ (Tomáš). Všimla jsem si, že oba

⁸² Podotýkám, že to, že rodina nenavštívila svoji osmnáctiletou dceru v nemocnici v tak těžkém období, si za obavu ze stigmatizace dosazují pouze na základě své domněnky.

respondenti zmínili nulovou podporu ze strany rodičů. U Tomáše nepochopení jeho potíží vlastní matkou přetrvává dodnes: „*Matka to (Tomášovo onemocnění) nechápe do dneška, nerada se o tom (o psychických problémech) baví. Chtěl jsem, aby si pustila třeba můj oblíbený film Čistá duše⁸³ a ona si nepustila ani ten film*“.

Jiří na otázku, co předcházelo jeho vyhledání pomoci, odpověděl: „*Nebyl jsem šťastnej, ...mě vyřídilo to prostředí – pracovní, studijní a vztahový... jo, vztahy s holkama, s kamarádama, mě to úplně vyřídilo, všechno...*“

Vedle toho Helena, která nakonec (po několikátýdenním trápení) kontaktovala telefonem s žádostí o pomoc rodiče, uvedla: „*...a začala jsem přemýšlet o tom, (v posledním patře na balkoně), že bude nejjednodušší si skočit a ukončit to, a i mě samotnou to v tom stavu překvapilo, kam až ty myšlenky jdou, no...*“

Některým respondentům se dokončit proces vyhledání pomoci nepodařilo úspěšně. Například Adélu krátce poté, kdy zažila odmítnutí pedopsychiatrickou (neměla s sebou rodiče) přímo v čekárně ordinace, čekalo rovnou svezení sanitkou: „*...pak policie po krátkém rozhovoru se mnou zavolala záchranku, zapli blikáčku, houkačku a jeli jsme*“ (Adéla). Adéla v tomto případě nebyla přímo ohrožena na životě, neublížila ani nikomu jinému. Je pro mě tedy s podivem, že není jediná, která je v podobné situaci převážena k hospitalizaci se spuštěným varovným houkáním. Podobně i sama Adéla celý zážitek hodnotí negativně.

12.3.5. Dílčí závěr

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že vyhledávání pomoci nebývá v době dospívání volbou číslo jedna, a pokud k němu dochází, stává se tak po relativně dlouhém časovém úseku v řádů týdnů, měsíců, ale i let. V případě, kdy vyhledání odborné pomoci můžeme spočítat na roky, se toto vztahovalo nikoli na období dospívání, ale mladé dospělosti. Jako

⁸³ V originále film „A Beautiful Mind“, životopisný film USA z roku 2001, režie Ron Howard. Děj je situován do roku 1947, kdy je mladík John Forbes Nash přijat na prominentní univerzitu v Princetonu s pověstí mimořádně talentovaného matematika. Příliš se nepodobá svým vrstevníkům, neúčastní se jejich zábav. Nechodí na přednášky a žije ve vlastním, uzavřeném světě. Je přímo posedlý touhou po objevu nějaké originální myšlenky. Tu John nalezne. Vysokou školu opouští jako vědec, který svojí matematickou teorií převrátil naruby ekonomické teze, považované uplynulých sto let za neměnné. Rychle získává skvělé postavení a ožení se. Jednoho dne si ovšem i jeho žena musí připustit, že to, co bylo až dosud u Johna považováno za jistý druh podivinství, nejspíše souvisí s nějakým duševním onemocněním. Léčba je složitá a zdlouhavá, protože pacient odmítá přijmout fakt, že je vážně nemocen. Přitom se chce vrátit zpět mezi lidi, do světa vědy, kde by měl své platné místo, a všichni blízcí by mu rádi pomohli. Teprve, když přesvědčí sám sebe a zvítězí nad sebou, může vykročit za poctou nejvyšší... (Podle www.ceskatelevize.cz a oficiálního textu distributora, www.csfd.cz.)

jeden z faktorů, který dospívajícím brání vyhledat odbornou pomoc, uvádí Rickwood et al. (2005) preferenci vypořádání se se svými problémy svépomocí. Přitom, jak uvádí Hejzlar (2018): „Pokud dokážeme zkrátit dobu od vzniku potíží do prvního kontaktu s účinnou pomocí a bude-li ta pomoc v místě bydliště a dostatečně intenzivní, tak zásadně změníme a ovlivníme průběh těžkých onemocnění.“

Školního psychologa jako odborníka oslovila jen jedna respondentka, byla také jedinou, která zmínila jeho působení na škole. Role výchovných poradců a školních metodiků nebyly jako možnosti pomoci v rozhovorech zmíněny.

U některých respondentů se prvním pomáhajícím odborným subjektem stala rovnou psychiatrická nemocnice nebo léčebna. Sami tuto hospitalizaci označili za „zbytečnou“ v případě „*kdyby našli odbornou pomoc (ambulantního psychiatra) nebo ji byli schopni kontaktovat*“ dříve sami nebo spolu s rodiči. Baker (2006) na základě výsledků své studie konstatuje, že pozitivní zkušenost s odbornou pomocí má vliv pro další vyhledání pomoci.

Obecný nedostatek znalostí o duševním onemocnění znamenal pro lidi s prvními psychotickými příznaky překážku při hledání pomoci. Tuto bariéru vytvářelo také sebe-stigma. Co může vyhledání pomoci bránit, je také strach ze stigmatizace. I výsledky proběhlých výzkumů ukazují na to, že významné procento populace by se stydělo za to, že vyhledali lékařskou pomoc. Lidé uváděli jednak strach z negativních reakcí svého nejbližšího okolí, ale také obavu z přístupu profesionálů, včetně obavy z odmítnutí lékařem (např. Barney et al. 2006).

12.4. Vliv na studium

Cílem čtvrté dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jaký vliv měly psychické potíže nebo duševní onemocnění na průběh a ukončení studia. Zaměřila jsem se na to, zda psychická nepohoda a duševní potíže měly vliv na výběr a dokončení školy. Stejně jsem se zajímala i o samotný průběh studia a vliv potíží na studijní výsledky. Dílčí výzkumná otázka s číslem 4 zněla: **Jaký vliv měla psychická onemocnění na průběh a ukončení studia?**

Nedílnou součástí studia je kolektiv ve třídě či spolužáci na VŠ. Soustředila jsem se tedy také na to, jak se respondenti v daném kolektivu (škole) cítili, zda jim interakce probíhající v tomto prostředí studium stěžovaly (např. diskriminace) či naopak (sociální podpora). Na úvod ještě podotýkám, že ve vzorku respondentů jsem napočítala pět lidí s ukončeným VŠ studiem. Ve dvou případech se jednalo o úroveň magisterskou, tři respondenti získali titul bakalářský. Nejméně ve dvou těchto případech respondenti v dalším

studiu (Mgr.) nepokračovali právě z důvodu svého onemocnění. Jeden z respondentů ze stejného důvodu nedokončil bakalářské studium. Ostatní respondenti ukončili (prozatím) svá studia maturitou na středních odborných školách, gymnáziích a středním odborném učilišti. Jeden respondent je stále studentem SŠ.

12.4.1. Blázne! Šprte!

Respondenty bych mohla z pohledu školní úspěšnosti zařadit do dvou skupin. V jedné by byli ti, kterým se ve škole dařilo a škola je tedy i bavila, například Jiří: „*mě to bavilo, dycky jsem se rád učil, ale ne doma, já jsem se učil ve škole. Já jsem poslouchal látku, mně to šlo do hlavy samo, a prostě nemusel jsem se doma učit*“, Rút: „*Co se týče intelektu, já jsem byla nadprůměrně nadaný dítě*“ nebo Hanny: „*... a moc jsem se na to (aby měla výborné školní výsledky) nenadřela...*“. V té druhé skupině, mezi respondenty menší, by se ocitli ti, pro které škola představovala různě velkou zátěž, např.: „*Já jsem vnímala, že jsem pod velkým tlakem, mně to tolik nešlo a kolikrát si pamatuju, že jsem i brečela, že mi to nejde*“ (Kačka). Nejednalo se jen o obtíže spojené se samotným učením, Adéla zmínila i nepříjemné pocity z pouhého bytí ve škole: „*No, já jsem se hodně bála..., já jsem se prostě bála v té budově.*“

Pokud bychom ve „škatulkování“ pokračovali, objevily by se další dvě skupiny – respondenti, kteří zakoušeli psychické potíže či vážné duševní onemocnění již v dospívání, tedy v době studia, a pak ti, kterým nemoc propukla až na sklonku adolescence nebo v mladém dospělosti. Je zřejmé, že se přítomnost či nepřítomnost zmíněných skutečností významně podílí na tom, zda je člověk ve škole úspěšný nebo ne. Přestože byl respondent nadaný student, psychika byla silným hráčem. Jeden z nich uvedl: „*Já jsem se bál... toho zkoušení a takovejchdle věcí, ale nebál jsem se kolektivu, nebál jsem se vyučování, naopak*“ (Jiří). Podobně Kláru její psychika ve studiu zrazovala: „*V devítce jsem začala pociťovat nějaký problémy, začala jsem pociťovat ty úzkosti a blbý stavy a tak, ale já jsem do té doby byla premiantka. Já jsem neznala, co je to dvojka*“ (Klára). Špatný psychický stav vedl k ukončení studia i dalšího respondenta: „*Bylo to komplikované, potřeboval jsem nějaký zkoušky pro bakalářský zkoušky, necítil jsem se na to, ale nechtěl jsem skončit. Tak jsem na jeden rok přerušil studium*“ (Tomáš). Tomáš k dokončení studií sílu prozatím nenašel.

Dále se školní úspěšností souvisela potřeba někam patřit, tedy – nejlépe do svého školního kolektivu: „*A prostě potom, když mi řekla kamarádka na gymplu ‚šprte‘, tak jsem se kvůli tomu, abych byla oblíbená, úplně přestala učit...*“ (Hanny).

Jako náročné období bylo respondenty označováno to po návratu z hospitalizace zpátky do třídy: „*Ono totiž, jakmile vypadneš – a kor na tom gymplu – na dva měsíce, je to dlouhá doba. Ale hlavně to, že jsem byla pryč...*“ (Klára). Ještě dodává: „*A to už se nedá zpátky. To už ani psychicky nemůžeš dohnat. A pak se mi to ještě stalo..., když jsem přestoupila na tu (název školy), a [...] zase jsem měla hrozný propady, prostě jsem do té školy nechodila a zase jsem byla hospitalizovaná. Takže jsem znovu opakovala ročník...*“ (Klára).

Většina respondentů vnímala studium jako důležitou součást pro další kvalitní život. Například Rút: „*Pro mě byl dycky akademický úspěch to jediný, co dávalo smysl, a kvůli čemu jsem se mohla mít ráda, to by byl úplněj konec, kdybych musela přerušit školu, v tu dobu. Pro mě by to znamenalo už absolutní selhání, a že už nemá vůbec smysl existovat*“ (Rút). To, že jsou na světě i důležitější věci, si uvědomila až v průběhu hospitalizace: „*Jo, už vím... Já jsem se vracela, poté co jsem těch prvních 14 dní protrpěla, a tam se to nějak zlomilo, a pak jsem věděla, že není nic důležitýho víc, než bejt zdravěj...*“ (Rút).

Některé dospívající se snažili ke studiu motivovat rodiče: „*Naši by si to přáli, ale já jsem neměla na to nastudováno tolik, abych udělala přijímačky, nebo jsem si to aspoň myslela, tak jsem o tom neuvažovala...*“ (Kačka).

Z výpovědí respondentů dále vyplynulo, jak pro ně bylo podpurné chování pedagogů v době studia s duševním onemocněním podstatné. Mělo vliv jak na atmosféru v kolektivu – např.: „*...nikdo se na mě nakonec nějak nedíval (ve smyslu přijetí jejího onemocnění ve třídě i celé škole)*“ (Rút), tak i na dokončení studia. Například Klára popsala návrat do školy (po hospitalizaci) do jiného kolektivu těmito slovy: „*Ale bylo úžasný, jak jsem byla v tom posledním ročníku... no... s tou poslední třídou (předtím jsem neměla moc dobrý vztahy ve své třídě a lidi mě neakceptovali)... Tam mě lidi brali takovou, jaká jsem doopravdy i s těma problémama.*“ Ze svého onemocnění a potíží, které z něj plynuly, ve škole neudělala tabu: „*Všichni to věděli*“ (Klára). Horší přijetí popsala u pedagogů: „*...ač učitelé to až tak nebrali...*“. A naopak: „*...třída to brala úplně skvěle a těm jsem se rozeřvala na předmaturitní večeri a děkovala jsem jim tam všem za podporu a za to, že díky nim můžu maturovat.*“ Nakonec dodala: „*A pro mě ta střední škola byla fakt těžká*“ (Klára).

Naopak tam, kde podpora chyběla, docházelo k předčasnému ukončení studia: „*A tam to teda ztroskotalo na výměně informací*“ (Adéla). Těmito slovy respondentka popsala

nespolupráci učitele – sdílení studijních materiálů v době, kdy byly její potíže natolik vážné, že „...nemohla do té školy chodit. Já jsem nebyla schopná tam dojít“ (Adéla).

Na ukončení studia měl vliv také nadměrný stres, který psychické onemocnění dospívajícího pozitivně nepodpoří: „tam se to [...], já jsem toho Mgr. nikdy nedokončil...Pomohlo by mi, kdybychom žili v ideálním světě...kde není strach... Kdyby mi někdo pomáhal se studiem, to by byl super luxus, ale já jsem nepotřeboval, aby to byl super luxus, já jsem potřeboval, aby ty vztahy byly korektní a oni nebyly, ani z mé strany, ani ze strany těch lidí...“ (Jiří).

12.4.2. Diskriminace na plný pecky

V neposlední řadě byly příčinou přerušení či ukončení studia předsudky ze strany spolužáků a učitelů. Jedna z respondentek vzpomínala docházku do školy jako období, kdy: „...jsem byla hodně citlivá na reakce okolí, protože třeba na základce mi děti řekly, že třeba mamka skočila z okna, že byla blázen, takže já budu taky blázen“ (Hanny). Ve svém vyprávění pokračuje: „A mě se to hodně dotklo a teď jsem nad tím strašně přemýšlela, že budu blázen a moc jsem tomu nerozuměla“ (Hanny). Rút zmínila přístup svého pedagoga, který se před celou třídou vyjádřil k její plánované hospitalizaci: „No, před ní (hospitalizací) mi jeden učitel do očí před všema řekl, že nemůžu odmaturovat, když teďka se nechám hospitalizovat...a bylo to super (ironicky).“

Za většinu respondentů si dovolím citovat pana Jiřího: „Prostě stigmatizace, diskriminace, ...všecko na plný pecky, proto ta škola nakonec vzala za svý...“ (Jiří).

12.4.3. Dílčí závěr

Je třeba uvést, že 4 z 11 respondentů onemocněli až po 20. roku věku (propuknutí náhlé ataky onemocnění) nebo se jejich potíže (deprese, úzkosti, paranoia) natolik zhoršily, že vedly k hospitalizaci. V jednom případě bylo onemocnění řešeno jen ambulantně. To však neznamená, že se tito respondenti (kteří se s vážným duševním onemocněním setkali až v mladém věku) nepotýkali s velikými obtížemi, které jim jejich onemocnění způsobovalo.

Všimla jsem si rozdílů mezi těmi respondenty, kterým šlo studium samo („moc jsem se nenadřela“) a těmi, pro něž byla škola trápením („brečela jsem“). V druhém případě, kdy se ještě ke školnímu nezdaru přidávaly psychické potíže, krize anebo počátky onemocnění, mělo dokončení studia (základní či střední) školy náročnější průběh. Ten byl

zásadně ovlivňován přístupem spolužáků a pedagogů. Velkou roli tu hrálo také sebevědomí respondentů v dospívání.

Jedinci, kteří v sobě pěstují pochybnosti o svých schopnostech, se snadněji odradí neúspěchem. Naopak ti, kteří jsou o svých schopnostech, o své zdatnosti přesvědčení, zesílí své snažení i v případě, že se jim nedaří a vytrvají, dokud nedosáhnou svého cíle (Výrost, Slaměnik, 2001). Vypožorovala jsem, že naopak školní úspěch na míru sebestigmatizace neměl významný vliv. Nízká míra sebestigmatu byla spíše výjimkou i u respondentů, kteří se označovali za nadprůměrné.

Na úspěchy ve studiu i setrvání v kolektivu měly naopak značný pozitivní vliv následující faktory: vysoký intelekt jedince, otevřené přijetí spolužáky, pedagogy a citlivé zacházení s nimi, podpora ze strany učitelů a zejména nepřítomnost předsudků a diskriminace a přítomnost opory a důvěry v daného respondenta-studenta.

12.5. Rizikové chování

V teoretické části jsem se zabývala souvislostmi psychických potíží / duševního onemocnění a některých forem rizikového chování. S těmito souvislostmi jsem se setkávala také v rozhovorech se svými respondenty nad tématy, která určila třetí dílčí výzkumná otázka: **S jakými formami rizikového chování se sami mladí lidé s psychickými problémy / duševním onemocněním setkávali?**

Vycházela jsem z předpokladu, že respondenti v době dospívání již psychické potíže zaznamenali či u nich v době adolescence duševní onemocnění propuklo. Toto neplatilo však u všech respondentů. Někteří onemocněli v pozdějším věku (po dokončení vysoké školy, po založení rodiny), jejich onemocnění propuklo náhle v dospělém věku. Mohu říci, že ti se v období dospívání potkávali s běžnou zátěží každodenního života adolescenta.

12.5.1. Role rodičů ve vztahu k rizikovému chování

Chování rodičů vůči sobě navzájem a ke svým dětem nepatří do oblasti rizikového chování, které by mělo v rámci primární prevence řešit MŠMT. Dovolím si na něj však upozornit, jako na jeden z nejvýznamnějších faktorů, který byl respondenty často zmiňován ve vztahu s duševní pohodou. Je pravdou, že ne vždy volili respondenti v době dospívání copingovou strategii pro vyrovnávání se s rodinnou situací takovou, která by byla zaměřena na uchýlení se k rizikovému chování. Psychické potíže, jakými jsou například sebepoškození, nadměrné úzkosti (oba tyto okruhy nemají v prevenci rizikového chování svoje místo) za rizikové považují, a to nejen vzhledem k tomu, že mohou vést až k ohrožení

života jedince (poruchy příjmu potravy, suicidální myšlenky a pokusy). Navzdory tomu nejsou mezi rizikovými jevy definovanými v současných platných dokumentech vytyčeny.

Všimla jsem si, že téměř všichni respondenti uváděli složitou či nelehkou situaci v rodině. Těžko prožívali své vztahy s rodiči, špatně se vyrovnávali s napjatou situací doma, často s rozvodem rodičů nebo hůře snad ještě tehdy, zůstali-li rodiče navzdory velkému nesouladu spolu. Například Bohouš na otázku soužití rodičů odpovídá: „...to bylo problematický. Přál jsem si jiný rodiče, rozhodně... protože, naši se dost hádali... viděl jsem takovej rozpor mezi nima, takový, že každej je hot a čehý a dost se hádali, nerozvedli se, zůstali spolu, ale bylo to často dost takový nepříjemný. Tak jsem se radši stahoval do sebe a řešil jsem svůj svět.“

Rozpory mezi rodiči a napětí doma jako zdroj psychických potíží zmínil i další z respondentů: „Ale dneska vím, že se ty věci už střádaly z dětství, třeba tím, jací byli moji rodiče...pramení to z rozporu mých rodičů, jaký byli... Oni na jednu stranu chtěli, abych byl premiant, ale na druhou stranu se neustále hádali... Žil jsem stále v napětí, a to napětí jsem si vzal s sebou do života...“ (Tomáš).

Negativní vliv na psychiku paní Heleny měl rozvod rodičů a situace kolem něj: „Moje dětství bylo poznamenané tím, že se rodiče v mých 6 letech rozváděli a ten rozvod trval hodně dlouho a byl velmi bouřlivej, takže na dětství nerada vzpomínám, a myslím si, že to je jedna z věcí, která přispěla k tomu mému onemocnění, ten velký stres, který jsem zažívala v rodině...“ (Helena). Podobně zaznamenala vnímání situace doma Kačka: „Fajn to bylo do té doby, než jsem si začala uvědomovat, že mezi mámou a tátou to asi úplně nefunguje. Což mně bylo asi nějakých 11 nebo 12...“

Někteří respondenti se setkávali u rodičů s nezájmem nebo nepochopením toho, co prožívali. Rút, která v době střední školy bydlela na internátě, zmiňuje: „...pro mě bylo dobře, že jsem se dříve dostala k odborné pomoci, než bych se k ní dostala doma... měla jsem větší podporu od dospělých, než bych měla, kdybych bydlela doma... Já jsem jezdila na víkendy domů a tam byla situace taková, že to bylo vlastně ještě horší, já jsem vždycky chtěla hrozně zpátky...“

Z toho plyne, že v některých rodinách respondentů nepřicházelo v úvahu, aby se dospívající v rámci vyhledání pomoci obrátil jako na první na svoje rodiče. To se neslučuje například s výsledky výzkumu Geckové (in Langmeier et al., 2006), která uvádí, že se rodiče stávají nejdůležitější sociální oporou svých dospívajících dětí, a to navzdory tomu, že jsou

jimi zároveň kritizováni, dochází k různým nedorozuměním a vztahovým problémům. Zmiňuje, že se dospívající v tomto období v případě emočních či vztahových problémů obrací na svoji matku, poté až na přátele.

Mezi dalšími potřebami, které respondentům v dětství a dospívání chyběly, byly zmiňovány, a opět v souvislosti s rodinným prostředím, pozornost od rodičů, pocit bezpečí, absence stresových situací. Terezie například ve vztahu ke svým psychickým potížím v dospívání uvedla: „...*souviselo to s tím, že jsem žila ve stresovém prostředí, co se týče rodiny, rodinného zázemí. Měla jsem strašnej nedostatek pocitu bezpečí, a tak z toho plynuly ty moje úzkosti, byly odjakživa. Tuším, že i prenatalně. Bezpochyby, už tehdy tam byly problémy v té době*“ (Terezie).

Vedle zájmu rodičů a emoční podpory je pro dospívajícího důležité také rodičovské vedení a autorita. Mladý člověk potřebuje mít pro svůj pocit akceptace a sebeprosazení také možnost otevřeně vyjadřovat své názory. To všechno je možné jen v rodině, kde převládá vstřícná atmosféra (Smékal, Macek, 2002).

Ve dvou případech respondenti neuvedli žádnou formu rizikového chování vyskytující se v adolescenci, včetně nadužívání alkoholu či marihuany. Toto chování zmiňují až v pozdějším věku (studium VŠ), kde je naopak přítomnost alkoholu a marihuany pravidlem. Například Gerald v rámci rozhovoru označil adolescenci: „...*do té doby – standardní život*“.

U několika respondentů jsem zaznamenala včasný odchod od rodičů – ve 14 letech věku. Zpravidla se jednalo o studium školy ve vzdáleném místě, přičemž respondenti jako dospívající označovali tuto možnost jako osvobození, záchranu. Autoři Smékal a Macek (2002) upozorňují na to, že předčasné odpoutání od rodičů je obvykle signálem nepříznivé rodinné atmosféry a bývá často spojeno s rizikovým chováním.

12.5.2. Záškoláctví

U některých respondentů se objevovalo záškoláctví – jev, který je MŠMT řazen mezi rizikové chování. Minimum z nich se však k záškoláctví vyjadřovalo ve spojitosti s „ulitím se ze školy“. Například ale Terezie uvedla: „*Za školu jsem nikdy nechodila, ne víc než moji vrstevníci, z něčeho jsme se občas ulili, jsem velmi zodpovědný člověk, dá se říct.*“ Dále k tomu dodala: „*Nikdy jsem nedopustila, aby moje problémy zasáhly příliš do mého fungování. I když mi bylo blbě, tak jsem zařala zuby, aby si toho nikdo nevšimnul*“ (Terezie). Z toho je zřejmé, že Terezie nikdy záškoláctví jako copingovou strategii pro vyrovnání se

se svými potížemi nevolila, v jejím případě můžeme hovořit o tzv. „pravém záškoláctví“⁸⁴ (Kyriacou, 2004).

Mnohem častěji respondenti zmiňovali nemožnost nebo neschopnost pobytu ve škole nebo třídě z důvodu psychických problémů, případně byly zmiňovány obtíže s dopravou do školy. „*Já jsem fakt nesklouzávala k ničemu, já jsem tak nebyla vychovaná. Prostě jsem jenom ‘nedošla do té školy’*“ (Klára).

Projevy psychických nemocí jako rizikové faktory mající na záškoláctví vliv zmiňuje i metodický pokyn MŠMT⁸⁵. „Za záškoláctví je považována neomluvená absence žáka základní či střední školy při vyučování (absenci žáka omlouvá pedagogický pracovník, nikoliv rodič, a to na základě písemné žádosti zákonného zástupce či plnoletého žáka, vždy v souladu s pravidly školy, která musí být uvedena ve školním řádu). Jedná se o přestupek, kterým žák úmyslně zanedbává školní docházku. Je chápáno jako porušení školního řádu, současně jde o porušení školského zákona, který vymezuje povinnou školní docházku a povinnost žáků do školy chodit řádně a včas. Nezřídká je spojeno s dalšími typy rizikového chování, které negativně ovlivňují osobnostní vývoj jedince“ (MŠMT, 2016).

„Záškoláctví se na týhle škole dělat nedalo, ale třeba jsem se zavřela do kumbálu nebo jsem se zavřela na sesternu a řekla jsem, že mám migrénu a zůstala jsem tam celý den... Já jsem to dávala hodně jako do zdravotní roviny, za prvý – to byla pravda, částečně a upřímně – částečně jsem to uměla i velice dobře zahrát. A takže jsem takhle vyhýbala. Prostě jsem se nemohla učit, nešlo to, nechtěla jsem být s lidma, chtěla jsem být ve tmě a spát, protože jsem celou noc spát nemohla. Takže oni mě zavřeli do tmavýho pokoje a mohla jsem být celý den v klidu. Nemusela jsem chodit za školu“ (Rút).

Takto Rút popsala svoji (copingovou) strategii vyrovnávání se s psychickou krizí. Mohli bychom ji opět podle Kyriacou (2004) označit za typ „záškoláctví s klamáním rodičů“, v jejím případě se jednalo o klamání vychovatelů na internátě. Záškoláctví z jiného důvodu, než jakým byl aktuální psychický stav, přiznala také Adéla: „*...to záškoláctví bylo takový, že... já jsem měla kluka..., kterýho mamka neschvalovala... tak jsem jela za ním (místo školy)*.“ I u ní se jednalo o záškoláctví s klamáním rodičů.

⁸⁴ Žák se ve škole neukazuje, ale rodiče se domnívají, že do školy chodí (MŠMT, 2016).

⁸⁵ Č. j.: MSMT- 32548/2017-1.

„Záškoláctví bývá často nepřiměřenou formou řešení konfliktních situací v rodině, ve škole či ve výchovných institucích, přičemž k němu mají sklon zejména děti, které se subjektivně cítí neúspěšné, nezařazené ve skupině nebo prožívají úzkost a strach v prostředí, ve kterém se pohybují“ (MŠMT, 2016:2). Podle dělení záškoláctví Kyriacou (2004) je dalším z jejích vymezení – „odmítání školy“. Aktualizace přílohy metodického pokynu pro pedagogy k němu uvádí: „Některým typům žáků činí představa školní docházky psychické obtíže, např. v důsledku problémů ve škole souvisejících s obtížností učiva, při strachu ze šikany nebo výskytu školní fobie nebo deprese“ (MŠMT, 2016: 2). To bylo také mezi respondenty zmiňováno s největší četností.

12.5.3. Alkohol

Jako významný rizikový jev, který sehrává různé role, se ukázal alkohol. Respondenti jej zmiňují velmi často jako nástroj pomoci a úlevy, případně jako sociální pojítko, a to nejen v době dospívání, ale i v současnosti. V době dospívání, jak uvádí například Macek (2003), je uznání a obdiv vrstevníků prioritou, vrstevnické vztahy jsou jedinečné a výjimečné. Pro adolescenta není až tak důležité, zda si obdiv od vrstevníků zaslouží příkladným či rizikovým chováním. „Nezařadí-li se adolescent do nějaké vrstevnické skupiny, pocituje to často jako sociální stigma. Ti, kteří jsou pozitivně hodnoceni od svých vrstevníků, mají obvykle vyšší sebehodnocení než ti, kteří jsou hodnoceni méně pozitivně“ (Macek, 2003: 58).

„Když se šlo na diskotéku, tak mi tam samozřejmě nebylo dobře. Byla jsem vyděšená, plachá, měla jsem v sobě nějakou úzkost a samozřejmě ten alkohol tyhle věci odbourává... Ale nebylo to tak, že bych to zapíjela, to úplně ne. V té době jsem i rekreačně kouřila tabák, ale byla to spíš forma, jak se přizpůsobit skupině, jak dělat něco zakázaného... Dokázat si, že si můžu dělat, co chci. Nikdy mi to nechutnalo, nebyla jsem na tom závislá“ (Terezie).

Podobně Adéla zmínila: „...pila jsem alkohol... Ten alkohol v malý míře, ale spíš to bylo, že ostatní si dali pivo, tak jsem si taky dala malý pivo.“ Dospívající jsou spojeni jednak společnými zájmy, ale také potřebou a přáním sdružovat se. Důležitou roli hraje vzájemný obdiv a možnost nápodoby (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Také Helena zmínila následující zkušenosti: „...s alkoholem když byla příležitost, drogy experimentálně a myslím si třeba, že před tou první atakou, že mi to pomohlo k rozjezdu té první deprese, bylo to asi měsíc před tím...“ Helenina výpověď poukazuje

na alkohol, jako na možný spouštěč jejího duševního onemocnění. Podobně Gerald se domnívá, že mu k tomu, že se „zbláznil, hodně pomohlo, že jsem moc kouřil trávu.“ Dodává: „... problémy s alkoholem, s marihuanou a k tomu ty duševní problémy, že jsem nebyl schopen s tím přestat.“

Do spektra závislostí se řadí i závislosti nelátkové. Jeden z respondentů zmínil bohatou zkušenost, která ilustruje to, když se samo rizikové chování stane copingovou strategií. U Tomáše znamenalo uchýlení se k počítači v rámci vyrovnávání se s nepříjemnými pocity, které mu způsobovalo počínající duševní onemocnění, veliký problém: „...u toho počítače, to byly zápasy úplně šílený, vnitřní, ale dycky dopadly v muj neprospěch a ve prospěch toho počítače...“ (Jiří).

12.5.4. Poruchy příjmu potravy a sebepoškození

Mezi rizikové formy chování jsou řazeny i poruchy příjmu potravy. S těmi se respondenti vedle svých „hlavních“ diagnóz potýkali v různé míře během dospívání také.

„Minimálně od začátku střední školy jsem měla potíže s příjmem potravy... záchvatovitý přejídání [...], byl to důsledek těch úzkostných stavů, toho obrovského pocitu zmatku, děsu, prázdnoty, která volala, aby byla zaplněná něčím. To jídlo se nabízelo jako zhmotněná forma lásky“ (Terezie).

To, že některé duální diagnózy probíhají ve stínu svých silnějších „sester“, zmiňuje další z respondentek, opět ve vztahu k poruchám příjmu potravy: „Tím, že se to odborně neřešilo, potýkám se s tím (s poruchou příjmu potravy) doted“ (Kačka).

Významnou souvislost mezi sebepoškozením a poruchami příjmu potravy zmínil na základě svého výzkumu např. Favazza (in Krieglová, 1996). Uvedl, že až 73 % jedinců, kteří se sebepoškozují, vykazují zároveň problémy s příjmem potravy.

Klára sama označila prožívané poruchy příjmu potravy jako sebepoškození: „A já jsem si ublížila nějakým způsobem, že jsem se hodně přejedla. To byla moje forma ubližování.“ Z uvedených zkušeností respondentů je zřejmé, že poruchy příjmu potravy tady nebyly zásadně spojené s nepřijetím vlastního vzhledu a těla, jak často uvádí vedle dalších mnoha faktorů odborná literatura (například Langmajer, Krejčířová, 2006). Hlavní roli tu v převaze zastávaly psychické potíže, krize.

12.5.5. Dílčí závěr

Tento dílčí závěr má odpovědět na otázku: **S jakými formami rizikového chování se sami mladí lidé s psychickými problémy / duševním onemocněním setkávali?**

Pokud bych měla učinit prostý výčet okruhů, který by korespondoval s vymezením rizikových forem uvedených v dokumentech MŠMT (2010), na prvním místě by tu stálo zneužívání návykových látek, následované různými kategoriemi záškoláctví, sebepoškozováním, včetně poruch příjmu potravy. Dále jsem ve dvou případech zaznamenala skutečnost, že se respondenti stali obětí šikany. Jednou byli agresorem spolužáci, v druhém případě byl jako agresor uveden vedle jiného pedagoga také ředitel školy. Jednou byla jako výsledek copingové strategie (podobně tomu bylo u alkoholu a marihuany) zmíněna závislost na počítačových hrách. V jednom případě bylo respondentem zmíněno rizikové chování v dopravě v souvislosti se suicidálními myšlenkami, to se událo v období mladé dospělosti.

Domnívám se, že tzv. rizikové chování, které jsem v rozhovorech s respondenty z doby dospívání zaznamenala, se objevilo jako součást vytváření vlastní identity, doprovázené v některých případech zároveň s již probíhajícími psychickými problémy či krizemi. Jak uvádí Langmajer a Krejčířová (2006), tvorba identity (snaha být sám/sama sebou) není pouze pasivním procesem. Dospívající se snaží aktivně experimentovat, hledat a zkoušet různé role, postoje, měnit svou image, zájmy, ale také okruh přátel. Rizikové chování může být také prostředkem pro porozumění sobě samému a nalezení vztahu k druhým, pro deklarování vlastní identity (Větvička a kol., 1987, Lightfoot, 1997).

Naopak jsem se mezi svými respondenty nesetkala s agresivním chováním, vandalismem nebo kriminalitou, nikdo nezmínil příslušnost k nějaké sektě, rizikové sexuální chování a ani jsem nezaznamenala projevy rasismu či xenofobie.

Za rizikové jevy či skutečnosti, nikoli tedy chování, po analýze dat sebraných v rozhovorech považuji nízké sebehodnocení, sebedůvěru a sebejistotu lidí se zkušeností s duševním onemocněním v době dospívání, a zejména sociální prostředí, ve kterém jako děti a dospívající vyrůstali, tedy zejména rodinu. Míru sebehodnocení ovlivňuje primárně právě rodina, poté blízké sociální prostředí jako spolužáci, kamarádi, učitelé, později potom práce a její úspěšnost v ní (Křivohlavý, 2001). Langmeier s Krejčířovou (2006) upozorňují na to, že kolem 15. až 16. roku se sebehodnocení odvíjí zejména od reakcí druhých. Dospívající posuzuje sám sebe podle toho, jak jej druzí, především jeho vrstevníci, vnímají

a vidí. Pro ujasnění si vlastních osobnostních charakteristik i vlastní společenské role je nezbytný kritický pohled na sebe sama. Zároveň je však toto sebehodnocení příčinou celé řady osobních těžkostí i krizí dospívajících.

Jessor (1991: 9) na toto téma zmiňuje: „Mladí lidé, kteří vyrůstají v nepříznivém sociálním prostředí, jsou ohroženi hned dvakrát: nejen že jsou zde rizikové faktory intenzivnější a rozšířenější, ale navíc jsou tu méně dostupné nebo dokonce chybí ochranné faktory. Právě v takovýchto kontextech existuje větší pravděpodobnost, že rizikové chování bude mít nevratný dopad, zatímco naprosto stejné chování v méně nepříznivé konstelaci často umožní dospívajícímu ‚druhou šanci‘, tedy příležitost vrátit se na správnou cestu a podporu tohoto úsilí.“

12.6. Primární prevence

S jakými formami primární prevence se sami mladí lidé s psychickými problémy / duševním onemocněním setkávali? To je znění poslední dílčí výzkumné otázky.

Vzhledem k pozvolnému vývoji PP u nás, a ten nastal systematictěji až po roce 1989, jsem nepředpokládala, že by respondenti-peer pracovníci (jejich průměrný věk je 38 let) měli s PP jako děti a adolescenti významnou zkušenost. Otázku jsem přesto pokládala. Zajímalo mě, co si respondenti z preventivního působení pamatují. Zda zaznamenali alespoň tehdejší „koncept prevence postavený na principu odstrašování“ či „první výraznější upozornění na témata okolo návykových látek“ (Mioviský ed., 2010:15). Na témata bylo kolem roku 1986 upozorňováno „v populární či populárně naučné rovině“ prostřednictvím některých filmů a knih (např. My děti ze stanice ZOO, Memento od Radka Johna, film Pavučina) a mělo „dojít k otevření první vážnější společenské diskusi“ (Mioviský ed., 2010:15).

Odpovědí, která může reprezentovat všechny ostatní reakce na otázku přítomnosti nějakého programu PP, může být: „*Něco asi bylo na gymplu – tam určitě – program o AIDS a myslim si, že eště tam byla nějaká sexuální osvěta jiná, promítali nám film a potom byla nějaká beseda....Jinak si toho moc nevybavuju*“ (Hanny).

Nebo výpověď, která poukazuje na „efekt“ neúčinných jednorázových „preventivních“ kampaní:

„*Nevím, jestli už na základce, to bylo proti kouření a jeden byl proti drogám, ale já jsem v tý době ale byla ta slušná, která nikdy neměla cigaretu v puse nebo jsem to*

možná jednou vyzkoušela a přišlo mi to hrozně hnusný. Ukazovali tam ty plíce a ty vnitřnosti...Měli tam tu velikou cigaretu nafukovací nebo papírovou, kde bylo vidět, kolik toho kuřák, co vykouří krabku denně, vykouří za rok. To bylo pro mě ,uuuuuhh‘ ... Pak jsme byli jednou na programu proti drogám a já jsem měla z drog vždycky velké respekt a tohle si pamatuju, že jsem si říkala: ‚Fuj, fuj!‘“ (Klára). Respondentka je v současné době silnou kuřačkou a v dospívání se jí nevyhnuly ani alkohol a pervitin.

Dále je typickou Bohoušova výpověď: „*Ne, nic v té době neexistovalo.*“ Či Klářina: „*Jenom drogy, jenom kouření, jinak nic.*“ Nebo Geraldova: „*Ne, ne, nepamatuji si nic.*“ Většina respondentů se také shodla na tom, že jako velký „nedostatek“ vnímali to, že informace z oblasti duševních potíží/onemocnění nemají jejich rodiče/prarodiče: „*Osvěta chyběla generaci našich rodičů*“ (Helena, 35 let).

Všimla jsem si, že ani respondenti, kteří se v té době (studium střední školy) již potýkali s psychickými problémy, nezaznamenali cílenou pozornost školy zaměřenou na oblast duševního zdraví/ nemoci:

„Nejspíš jsme se toho dotkli někde v občanské nauce nebo v nějakých takových sociálních vědách..., tam ale vlastně taky moc ne. Tam jsme se bavili o tom, jaký jsou temperamenty, různé věci z obecné psychologie, ale o duševních nemocech si to nevybavuju. Myslim, že jsem se s něčím takovým nesetkala“ (Terezie).

Překvapilo mě, že ani nejmladší účastnice výzkumu (20 let) se v průběhu základní školy a dalších studií nesetkala s komplexnější formou programu primární prevence. Podotkla jen: „*Jo, bavili jsme se o drogách*“ (Adéla).

Respondenti zmiňovali, že si potřebné informace sháněli sami. Například: „*...spíš jsem si něco pak hledala sama na internetu nebo v knížkách, nějaký první informace nebo prostřednictvím rozhovorů s lidma, který se v tom orientovali trochu víc než já ...*“ (Terezie).

Potřebu informací potvrdila i další z respondentek. Pro ni by bylo důležité vědět, že není jediná, kdo se s podobnými potížemi potýká. Na otázku, co by v době dospívání ve vztahu ke svému onemocnění potřebovala, odpověděla:

„No, větší informovanost. Určitě, kdybych se setkala s někým, kdo prožívá něco podobného, a viděla bych, že: ‚Aha, tak tohle už patří pod něco většího‘, že to třeba nemuselo zajít tak daleko. Že bych si třeba všimla toho duševního nachlazení. Věděla bych, že už asi jako není normální chodit si povídat do lesa se stromama a

s kamenama a přímo jako slyšet, co oni odpovídají zpátky, ty mimozemský věci taky... Prostě kdybych se dřív dozvěděla, že to může být něco takovýho, tak si myslím, že bych s tím zašla někam dřív a nemuselo to vůbec skončit hospitalizací“ (Adéla).

Z jejího sdělení je zřejmé, že nedostatek informací, bránil včasnému vyhledání pomoci.

Pro srovnání – ani výsledky současné výzkumné studie, které byly zveřejněny v listopadu 2018, nenasvědčovaly tomu, že by vnímání preventivních programů současnými studenty bylo jiné. Cílem této studie bylo srovnat rozdíly v hodnocení preventivních aktivit s adiktologickými tématy a preventivních aktivit s tématy souvisejícími s dalšími typy rizikového chování studenty středních škol v Ústeckém kraji. Do výzkumu bylo zapojeno 1063 studentů ze 17 středních škol. „Účast na preventivních aktivitách v minulém školním roce uvedlo pouze 48 % studentů, 28 % studentů se podle vlastních slov takové aktivity nezúčastnilo a 24 % studentů si na ni nevzpomíná. To poukazuje na to, že přibližně polovina studentů nejspíše má problémy s tím, jak prevenci rozlišovat a chápat“ (Petruželka et al., 2018). Dalšími zajímavými výstupy z hlediska postojů dospívajících k primární prevenci bylo, „že preventivní témata vztahující se k užívání návykových látek jsou studenty vnímána jako méně atraktivní. Na posledním místě z hlediska přitažlivosti se objevila témata kolem nelátkových závislostí.“ Autoři studie tento výsledek komentují: „To může být způsobeno mimo jiné generačním faktorem, kdy mladí lidé přistupují k hodnocení tohoto fenoménu jiným způsobem než generace pracovníků v primární prevenci“ (Petruželka et al., 2018). Zaujala mě následující výpověď. Z příběhu respondenta byl zřejmý jednak negativní vliv nadužívání návykových látek na jeho duševní zdraví, zároveň se však (podobně jako další respondenti) zabýval duševnem: „*Myslím, že je důležité uvědomění si duševna, a jít správnou cestou a nechat se jí vést ostatními lidmi, myslím, že společnost je špatně nastavena, ve spěchu*“ (Gerald). Skutečnost, že by se u všech programů zaměřených na primární prevenci nemělo zapomínat ani na spiritualitu zmiňuje Kalina (2008). Uvádí, že závislé osoby mívají absenci smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority: „Programy primární prevence by měly zohlednit tyto premisy a svojí náplní a programem korigovat pocíťované nedostatky, případně by měly nabízet jinou alternativu, výhybku těm, kteří již jedou“ (Kalina, 2008: 19). Rozhovory s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním mě přiměly k reakci na tuto citaci. Otázkami nad smyslem života, případně jeho absencí i duchovními hodnotami se zabývají všichni dospívající. Někteří z nich pak současně prožívají různě vážné psychické krize, anebo se potkají přímo s prvními příznaky vážného duševního onemocnění.

Není to tedy jen doménou lidí se zkušeností se závislostí, ale všech těch, kteří se s potýkají s jakýmkoli duševními potížemi. Závislost může být pak jedním ze způsobů, jak tyto potíže překonávat.

12.6.1. Dílčí závěr

Zkušenost respondentů mého výzkumu s programy PP byla v době dospívání minimální. Pokud se s nějakou prevencí setkali, jednalo se o aktivitu jednorázovou a čistě informačního charakteru. Vzhledem k tomu, že si respondenti zmíněné programy vybavovali jen těžko, a ve všech případech si vzpomněli jen na jejich téma (ne vždy si jím byli jisti), nezanechala tato osvěta výraznější dopad⁸⁶. Tématy zmiňovaných osvětových akcí byly nejčastěji alkohol a kouření, v pozdějších letech také drogy. Někteří z respondentů si vybavovali přednášky zaměřené na období dospívání a sexuality. Ani u mladších jedinců ze skupiny respondentů nebyla zajímavá zkušenost ve smyslu efektivity a kvality s jakýmkoli programem PP RCH zmíněna. Informace o duševních nemocech v případě potřeby čerpali sami z knížek či jiných (v jejich době dospívání) dostupných zdrojů. Respondenti také uváděli potřebu dobrých mezilidských vztahů a „*rovného prostředí*“ jako to, co v rámci PP jejich vlastního onemocnění postrádali.

Aby nebyl závěr kapitoly, jejímž cílem měla být odpověď na to, s jakými programy PP se mladí lidé setkávali, tak pesimistický, ráda bych se podělila o dávku naděje, kterou mi předal v rámci konferenčního příspěvku předneseného na Světovém psychiatrickém kongresu v Praze profesor Hudziak⁸⁷. Celý kongres byl na téma „Psychické zdraví dětí a adolescentů“. Profesor James J. Hudziak, M. D.⁸⁸ (2018) zmínil mezi významnými faktory majícími vliv na psychické problémy a onemocnění nás všech fakt, že se pohybujeme v „moderním světě“, ale zároveň za existence „starobylého myšlení“. Připomněl, že všichni lidé mají mozek, který je domovem našich emocí a jestliže zdraví závisí na tom emočním a behaviorálním, pak je jasné, že se musíme zaměřit právě na prevenci, a to ať jde o nás samé či o naše děti. Označuje dětství a období dospívání jako čas nejvhodnější pro utváření

⁸⁶ Oproti tomu okamžitou reakcí na otázku zkušeností s prevencí v době školní docházky bylo nejméně ve třech případech zmínění branných cvičení (masky, pytlíky na rukách i nohách a celý zážitek ze simulovaného chemického útoku).

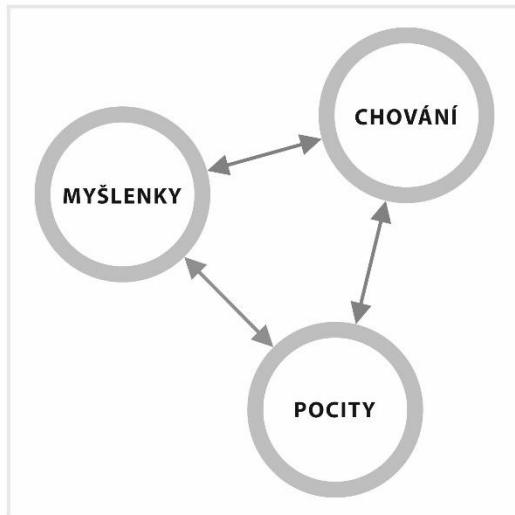
⁸⁷ „Profesor Hudziak je tvůrcem Vermontského preventivního programu, jenž čerpá z výzkumu v oblasti psychiatrie, genetiky, neurověd a sociologie. Jedná se o přístup, který spojuje obecné poznatky vědy s individuálními potřebami rodiny a klade důraz na období raného dětství, kdy včasné zásahy a preventivní opatření mohou odvrátit později nezvratné následky ve vývoji mozku a snížit náklady na lékařskou péči. Vermontský model je zaměřený na celou rodinu, protože jedním z hlavních způsobů prevence duševní nemoci dítěte je pomoci jeho rodině.“

(http://www.czech-in.org/iacapap/PS_CLS_JEP_kurz_2018_pozv%C3%A1nka.pdf, cit. 10. 12. 2018).

⁸⁸ Ředitel Vermont Center for Children, Youth and Families

„zdravých mozků“. Pro zdravější mozky je potřeba mít vypracovanou strategii, která vychází z toho, že myšlenky, pocity a chování se navzájem ovlivňují⁸⁹ – obrázek 3.

Obrázek 3 Myšlenky, pocity a chování se vzájemně ovlivňují



Zdroj: Hudziak, 2018; vlastní zpracování

Profesor Hudziak dále popisoval studii ABCD (Adolescent Brain Cognitive Development) realizovanou na Univerzitě ve Vermontu⁹⁰. Je zaměřena na kognitivní vývoj adolescentního mozku. Jejím cílem je zvýšit porozumění environmentálním, sociálním, genetickým a jiným biologickým faktorům, které ovlivňují vývoj mozku a kognitivního vývoje a mohou přerušit nebo ohrozit životní dráhu mladého člověka. Vzorek tvořilo 10 000 „adolescentních dětí“ z Vermontu, které sledoval po dobu 10 let. V rámci této studie platil studentům za to, aby se k sobě chovali hezky. Výsledkem bylo potvrzení, že pokud k sobě přistupujeme laskavě, příjemně, má to vliv na náš mozek.

⁸⁹ Prezentováno v červenci 2018 na Kongresu dětských psychiatrů a spolupracujících odborností IACAPAP. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions) sdružuje odborníky (psychiatry, psychology, pediatry, sociální pracovníky, specialisty ve vzdělávání a zákonodárce) v oblasti péče o duševní zdraví dětí a dospívajících z 80 zemí světa a 5 různých kontinentů. Hlavním cílem této asociace je prosazování podpory zdravého psychického rozvoje, prevence a dostupnosti efektivní léčby duševních poruch dětí a dospívajících, a to zejména spojením výzkumu, praxe a legislativní činnosti (zdroj: www.iacapap2018.org).

⁹⁰ Webové stránky studie: <https://abcdstudy.org>

V. ZÁVĚR

Jako cíl diplomové práce jsem si stanovila odpovědět na otázku, která zní: **Jaké jsou potřeby lidí se zkušeností s duševním onemocněním ve vztahu k primární prevenci?**

Vedle odpovědi na tuto otázku v závěrečné části práce navrhuji doporučení pro řešení speciálního standardu pro oblast primární prevence psychických potíží / duševního onemocnění.

13. VÝSLEDKY EMPIRICKÉ ČÁSTI

13.1. Zodpovězení hlavní výzkumné otázky

Jednoduchou obecnou odpovědí na stanovenou otázku by mohlo být to, že tyto potřeby jsou různé, stejně tak jako je jedinečný každý člověk – lišíme se v tolika bio-psycho-socio-spirituálních detailech. Na danou otázku ale mohu také odpovědět, že potřeby respondentů mého výzkumu byly velmi podobné.

Všichni respondenti totiž shodně v první řadě volali po informacích z oblasti duševního zdraví a nemoci v rodině i ve škole, případně v celé společnosti. Jako základní potřebu ve vztahu k PP jsem vnímala potřebu dospívajících po otevřené komunikaci na zmíněná témata se svými nejbližšími, tedy s rodiči, učiteli a dalšími blízkými lidmi. Tato potřeba byla zaměřena nejen na samotné informace z oblasti, ale respondenti zmiňovali důležitost sociální a emocionální podpory ze strany rodičů, učitelů, spolužáků a blízkých. Objevila se potřeba důvěry v dospívajícího – „*kdyby ve mně někdo věřil*“, vedle důvěry ve vztah „*se kterým bych to mohla nějak otevřít*“, následována podporou vlastní sebedůvěry a sebevědomí, tedy „*stavu nejsem sebestej, mám o všem pochybnosti, nejsem takovou tou oporou*“, potřebou nemít strach a naopak oplývat sebestotou, protože „*ta sebestota je nahlodaná*“. Za slovem strach jsem tady vnímala zejména ten z vlastní nedostatečnosti (nízké sebehodnocení), který pramenil ze sebestigmatizace, a pak také strach ze stigmatizace, která přicházela z okolí dospívajícího. S tím se pojila potřeba rovnosti mezilidských vztahů, toho, aby společnost neopanovala diskriminace lidí s duševním onemocněním. Je zřejmé, že stigmatizace lidí s duševními onemocněním vytváří bariéry pro včasné vyhledání pomoci, brání úspěšnému dokončení vzdělání mladého člověka a je překážkou i pro samotný proces zotavení z duševního onemocnění.

Jak zmiňuji v předchozím odstavci, ve vztahu k PP duševního onemocnění se objevila potřeba „*mít informace*“ nebo „*kdyby informace měli alespoň moji rodiče*“. Bylo

tomu tak u všech respondentů. Postrádali sdílení informací z oblasti duševního zdraví a nemocí zejména ve své rodině, od rodičů. Pokud rodiče z nějakého důvodu v naplnění potřeb selhávali, bylo plnění jejich role intuitivně očekáváno adolescenty od učitelů. Pravděpodobně se tím potvrzuje důležitá výchovná role školy, tedy i jejích pedagogů, také vzhledem k tomu, že škola je místem, kde tráví dospívající velkou část svého času.

Potřeby vyjádřené respondenty jako zásadní v době jejich dospívání ve vztahu k PP duševních onemocnění lze srovnat s teorií potřeb, kterou definoval profesor Zdeněk Matějček⁹¹. Matějček označil za místo, kde by měly být tyto potřeby uspokojovány především, rodinu. Tato potřeba, aby základní potřeby (myslím ty, které souvisely s psychickými potížemi) uspokojovala primárně právě rodina, se skutečně objevila u všech jedenácti respondentů. Mám na mysli potřebu lásky a bezpečí, smysluplného světa i otevřené budoucnosti a potřebu životní perspektivy. Naplňování všech právě vyjmenovaných potřeb nebylo v rodinách respektováno či realizováno, někdy chybělo zcela, někdy jeho plnění zastávali prarodiče či učitelé. Ještě si dovoluji následující poznámku: Všichni obecně známe životně důležité biologické potřeby (potrava, teplo, spánek, ...), které musí být uspokojovány, aby (nejen) malé dítě mohlo přežít. Vedle nich tu jsou, a to nebývá tak dobře zřejmé (pokud se tedy nenacházíme v nějaké náročné životní situaci), i základní a životně důležité potřeby psychické. Ty musíme také náležitě a v pravý čas uspokojit, má-li se dítě vyvíjet v osobnost duševně zdravou a zdatnou (Matějček, 1995).

Z jakého důvodu rodiče ani učitelé nesdíleli informace? Můžeme se domnívat, že i tyto cílové skupiny (rodiče, učitelé) sami z okruhu duševního zdraví a onemocnění informace postrádají, případně nevědí, jakým způsobem o těchto dosud tabuizovaných tématech komunikovat. Vedle tabuizace tématu v rodinách se v rozhovorech často objevilo téma předsudků a stigmatizace, a to nejen jako problém v samotných rodinách, ale i v prostředí škol.

Překvapilo mě, jak často se v rodinách respondentů objevovala záměna symptomů psychických potíží za somatická onemocnění: „*pomočování jsme řešili neurologicky*“ nebo: „*mamka si myslela, že mám epilepsii, duševní onemocnění si nechtěla připustit*“. A vedle toho se objevovala již zmíněná potřeba, „*aby mi někdo věřil*“. Thornicroft (2006) v této souvislosti zmiňuje jako „obzvlášť nosné“ tzv. laické mýty. Mnohé z nich se týkají

⁹¹ Potřeba stimulace; potřeba smysluplného světa; potřeba lásky – citového bezpečí; potřeba identity – nalezení místa ve společnosti; potřeba životní perspektivy – otevřené budoucnosti. (Matějček, 2002: 84-90)

především schizofrenie. Například to, že schizofrenie je totéž, co rozdvojená osobnost, duševně nemocní jsou jedinci se slabou vůlí, deprese je projevem lenosti nebo že duševní onemocnění jsou nevyhléditelná a netýkají se „normálních lidí“.

Z výsledků empirické části je zřejmé, že informace a znalosti z oblasti duševních onemocnění jsou neuspokojivé, nejen co se samotných adolescentů týče, ale informovanost je nedostatečná také u široké (rodiče) i odborné veřejnosti (učitelé). Potřeba přehodnotit současný systém vzdělávání a rozšířit jej o témata duševního zdraví a nemoci se více než nabízí. Jistě by jejich zařazení bylo vhodné v rámcových vzdělávacích programech základních a středních škol. Stejně tak vnímám jejich zařazení jako nezbytné při přípravě na povolání všech pomáhajících profesí, včetně pedagogů.

Jak se respondenti v době dospívání se svými psychickými potížemi vyrovnávali? Jaké volili copingové strategie? Z rozhovorů vyplynula převaha únikových strategií oproti těm zaměřeným na řešení problému. Respondenti často postrádali přijetí, pochopení a otevřenost svého okolí, zejména rodičů a nejbližších. Jinými slovy – nepřítomnost předsudků by v některých případech napomohla k včasnému vyhledání pomoci, včetně té odborné. Z toho je zřejmé, že pokud bude stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním i nadále ve společnosti tak intenzivní, jak ji popisují výsledky výzkumů posledních let (např. Janoušková, 2016)⁹², nebude pro dospívající, kteří se setkají s první atakou duševního onemocnění nebo budou prožívat vážnou psychickou krizi, ani nadále snadné vyhledat odbornou pomoc, či se s prosbou o podporu obrátit na někoho blízkého. Na tomto místě si neodpustím citovat profesora komunitní psychiatrie Grahama Thornicrofta⁹³: *„Tento rok (2016) má v Česku nějaký duševní problém čtvrtina lidí, za život si jej zažije ale skoro polovina lidí. Možná si lidé myslí, že problémy samy zmizí. Špatně. Někdy duševní nemoc trvá měsíce nebo roky, pokud se neřeší. Proč se tedy nejsme schopni podívat tomuto problému do tváře? Lidé tyhle problémy skrývají. Nechtějí být známi jako „blázen“, nechtějí, aby je ostatní odsuzovali, nechtějí se cítit jako stereotypní šílená postava z filmu. Proto mlčí. Je to konspirace mlčení“.*

⁹² Zpráva je dostupná z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf

⁹³ NUDZ.(s.d.). *Destigmatizační manuál*.

Prostřednictvím analýzy rozhovorů jsem získala také potvrzení toho, že tabuizace tématu duševních onemocnění a stigmatizace lidí s touto zkušeností má negativní dopad na dobu potřebnou pro vyhledání pomoci, včetně té pro sdílení s někým blízkým, ať už jde o rodiče, spolužáka, přítele, člena rodiny či jakoukoli jinou osobu, ve kterou má jedinec důvěru. Stejně tak ovlivňuje oddálení vyhledání pomoci nedostatek informací, neznalost toho, že to, co adolescent prožívá, prožívá velmi pravděpodobně i několik dalších lidí v jeho okolí – tedy, že na to není sám. Dostupnost informací a jejich sdílení můžeme chápat také jako prevenci hospitalizace.

Výsledky výzkumu poukázaly také na to, že psychické potíže/duševní onemocnění v dospívání mají vliv na studium. Podobně významnou měrou ovlivňuje úspěšné dokončení studia také atmosféra ve studijním kolektivu a přístup pedagogů. (Studiu a jeho dokončení přikládala většina respondentů velký význam, více než polovina z nich uváděla zkušenost se studiem vysoké školy.)

Z vytyčených forem rizikového chování se respondenti nejčastěji potýkali se zkušenostmi s alkoholem, marihuanou. Často pak byly také zmiňovány různé kategorie záškoláctví – velmi zřídka se však jednalo o záškoláctví pravé. Naopak jeho příčinami byly právě duševní nepohoda, obavy a strach či momentální neschopnost dopravit se do školy.

Je prokázáno, že mezi psychickými potížemi a rizikovým chováním existují souvislosti. Na tento fakt upozornila řada autorů (např. Jessor, 1991) a byly realizovány výzkumy, které se těmito souvislostmi zabývaly (např. Foltová, 2012, výstupy z něj jsem zmínila v teoretické části). Vzhledem k tomu, že můžeme některé projevy rizikového jednání chápat také jako odpovědi na vývojové úkoly, které adolescence přináší (vytváření vlastní identity, udržování vztahů, získání autonomie ve vztahu k dospělým apod.), je vždy vhodné zaměřit se na význam toho, proč se rizikové chování u jedince objevilo. Zda bylo důvodem přijetí do nějaké skupiny či propojení s přáteli, anebo se jednalo o způsob, jak si otestovat nějaké hranice či se vyrovnat právě se stresem, strachem, úzkostmi nebo jinými potížemi psychického charakteru. Tedy spíše než rizikové chování bych je prioritně uchopila jako copingové strategie. Hojně byly u respondentek zastoupeny potíže ze spektra poruch příjmu potravy a sebepoškození. I v těchto případech se jednalo o způsoby, jakými se respondentky vyrovnávaly se svými psychickými problémy. Šikanu jako rizikové chování pojmenovali respondenti dva. V obou případech byli oběťmi, nikoli agresory. „Důraz

na rizikové chování a životní styl by neměl vyústit ve snahu svalovat odpovědnost za odstranění rizika ze života jen na samotné dospívající; takový přístup by vlastně dával vinu oběti [...] riziko tkví v širším sociálním kontextu života dospívajících a snížení rizika vyžaduje i sociální změny“ (Jessor, 1991: 10).

Na příkladu kouření marihuany si můžeme ukázat, že toto chování je možné označit za rizikové hned z několika důvodů. Jde o zvýšené riziko plicního onemocnění, zároveň se na úrovni psychosociálních dopadů zvyšuje i pravděpodobnost právních postihů, konfliktů s rodiči, dále ztráty zájmu o školu nebo pocity viny a úzkosti. Podobně je tomu u dalších definovaných rizikových jevů (Jessor, 1991).

Ani v jednom případě jsem se nesetkala s tvrzením, že PP na téma duševního onemocnění ve školním prostředí proběhla, spíše jsem zaznamenala situace, kdy si respondenti těžko vzpomínali i na jakýkoliv jiný program zaměřený na PP rizikového chování, který by je zaujal, oslovil, či aby z informací, které obdrželi, nebo dovedností, které si osvojili, čerpali v pozdější době. Je bezpochyby, že PP je účinná tehdy, stojí-li za ní každodenní práce rodičů. Vedle nich také snaha a práce pedagogů a dalších subjektů, se kterými mladí lidé přicházejí během dospívání do kontaktu. Jak vyplývá i z definovaných znaků efektivní prevence (MŠMT, 2013), toto působení má být dlouhodobé, komplexní.

Výsledky empirické části diplomové práce poukázaly na to, že témata duševního zdraví a nemoci, jsou tématy málo diskutovanými v prostředí škol, ale i v samotných rodinách. Mít informace z této oblasti se jeví jako základní potřeba respondentů, a to nejen v době dospívání. Je třeba, aby se témata duševního onemocnění přestala tabuizovat v rodinách i školách, aby měli dospívající přístup k osvojování si dovedností, jak na daná témata otevřeně komunikovat. Úkol PP duševního onemocnění na základě empirické části diplomové práce spatřuji také v oblasti destigmatizace lidí s duševním onemocněním. Domnívám se, že je její nezbytnou součástí, jejím základním kamenem. Pokud budou ve společnosti stále převažovat předsudky vůči lidem s duševním onemocněním, bude proces vyhledávání pomoci mladými lidmi s potížemi významně zpomalen, jejich okolí se bude daleko hůře poskytovat sociální opora, která se vedle potřeby mít informace, ukázala jako další zásadní potřeba nezbytná jak pro včasné vyhledání pomoci, tak pro celý proces zotavení z duševního onemocnění.

V následující části práce si dovoluji navrhnout doporučení pro uchopení témat duševního zdraví a nemoci v současně nastaveném systému PP. Ten je v současné době v gesci MŠMT zaměřen na rizikové chování, jak jsem přiblížila v teoretické části práce.

14. DOPORUČENÍ PRO NASTAVENÍ SPECIÁLNÍHO STANDARDU PRO OBLAST PRIMÁRNÍ PREVENCE PSYCHICKÝCH POTÍŽÍ / DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Od roku 2010 se snažím v rámci různých pracovních setkání s kolegy i na odborných konferencích (regionálních i mezinárodních) na téma potřeby nalezení místa pro primární prevenci duševního onemocnění hovořit, avšak doposud se takto vydaná energie neshledala s větší odezvou, pomínu-li dílčí úspěchy na krajské úrovni, které mi dodaly trochu naděje a motivace k usilování o prosazení témat duševního zdraví a nemoci do PP nepřestávat. Za další dílčí úspěch považuji iniciování vzniku společné diskuse, která od roku 2017 probíhá v rámci pracovní skupiny realizátorů programu Blázníš? No a!, zástupců školství a sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním napříč republikou. Pevně věřím, že se pracovní skupinu podaří v nejbližších době rozšířit i o zástupce organizací poskytujících PP rizikového chování, zástupce z řad pedagogů a školství vůbec a státní správy a myšlenku dotáhneme za jejich podpory k cíli, který bude znamenat další krok správným směrem v pojetí kvalitní primární prevence jako jednoho celku v České republice.

Vzhledem k tomu, že má MŠMT významný a nezastupitelný podíl v oblasti PP RCH dětí a mládeže a plní funkci koordinátora mezi jednotlivými rezorty, domnívám se, že je nejjednodušší přidružit i zmiňovanou oblast duševních onemocnění, zejména co se standardů pro poskytovatele programů PP RCH týče, k již zpracovaným ostatním tématům, pro něž je systém zajišťování kvality a certifikací několik let nastaven. Jak uvedl již Jessor (1991:9): „Komplexní opatření v oblasti prevence a intervence slibují větší úspěchy než ta, která mají omezenější záběr. Programy, které nepokrývají více rizikových domén, pravděpodobně nebudou nijak úspěšné nebo nepřinesou trvalé účinky“ (Jessor, 1991:9).

Pokud by MŠMT vzalo pod svá široká křídla primární prevence vedle závislostí a poruch příjmu potravy i další spektra onemocnění z „naší“ oblasti, bylo by třeba

v nastavování standardu pro tak specifickou část PP, jakou oblast duševního zdraví a nemoci je, věnovat pozornost zejména následujícím otázkám: potřebám dospívajících ve vztahu k primární prevenci, osobnosti lektorů preventivního programu, roli učitele při programu a práci s příběhem člověka se zkušeností s duševním onemocněním.

Na základě popsaných skutečností zpracovaných v kapitolách teoretické části, výsledků části empirické, s ohledem na Standardy a po nabytí zkušeností, které jsme získali v průběhu neúspěšného podání žádosti Fokusem Praha, z. ú., o udělení certifikace pro program BNA v roce 2015, se těmto okruhům budu v krátkém popisu věnovat v následujícím textu.

Témata v primární prevenci zaměřené na oblast duševního zdraví a nemoci

Program PP zaměřený na oblast duševního zdraví a nemoci by měl nabízet otevřený prostor třídním kolektivům a jejich pedagogům pro sdílení témat souvisejících s psychickými potížemi (krizemi, psychickým onemocněním), prožíváním vyloučenosti, osamocení. Praktické uchopení témat, jakými jsou duševní zdraví, duševní nemoc, psychická pohoda a psychická krize, a pozitivní poselství, která jsou v rámci programu PP předávána mladým lidem, přispívají k vytváření bezpečného prostředí pro sdílení osobních témat ve třídě, ve škole a podporuje také rozvoj odolnosti – resilience každého jednotlivce.⁹⁴

Prostřednictvím interaktivních technik je potřeba podpořit dospívající v dovednosti komunikovat na tato témata mezi sebou, případně je otevírat mezi svými blízkými, v rodině. Učit se vzájemnému naslouchání a respektu k jedinečnosti člověka. Z výpovědí respondentů zaměřených na potřeby ve vztahu k primární prevenci dále vyplynulo, že vedle získávání obecných informací je potřeba se zaměřit na posilování sebevědomí dospívajících a podporovat je v posilování sebedůvěry. V neposlední řadě pak také v tom, umět si v případě potíží s duševním zdravím vyhledat pomoc, a to s výhledem do blízké, ale i vzdálené budoucnosti. Program PP duševního onemocnění je náročnou aktivitou z hlediska časového (pro lektory i samotnou školu) i personálního obsazení. Měl by být koncipován na celý školní den – nejméně 6 vyučovacích hodin a žáci /studenti by v ten den neměli mít jinou výuku.

Vlastní příběh se zkušeností s duševním onemocněním, který jeden z lektorů sdílí s účastníky preventivního programu, ukazuje možnost zvládnout těžkosti, které duševní

⁹⁴ Resilience spolu patří bezpochyby mezi ochranné faktory psychických potíží či vážného duševního onemocnění.

onemocnění přináší, a staví možnost studia s onemocněním na „uvěřitelnou úroveň“. Příběhu a roli lektora se věnuji dále v textu.

Všechny části programu PP duševního onemocnění by se měly dotýkat mýtů a předsudků, se kterými se v naší společnosti vůči lidem s duševním onemocněním stále setkáváme. Ukazuje se tedy, že celý preventivní seminář má (vzhledem ke svému pojetí a zapojení do lektorské práce člověka, který měl nebo má zkušenost s duševním onemocněním) destigmatizační účinek. Zároveň si dovoluji konstatovat, že destigmatizace musí být v případě otevírání tématu duševního onemocnění nutnou součástí primární prevence.

Práce s příběhem

Na základě výsledků výzkumu se domnívám, že v PP zaměřené na duševní zdraví / nemoci má sdílení příběhu člověka se zkušeností s duševním onemocněním svoje nenahraditelné místo. Sdílení příběhu jednoho z lektorů⁹⁵ je velmi specifickou součástí preventivního programu a zároveň klíčovým prvkem. Jeho prostřednictvím jsou totiž dospívajícím přinášeny jak obecné základní informace z této oblasti, tak se k mladým lidem dostávají i způsoby možné komunikace na tato témata. Během celodenního programu by měl být vytvořen bezpečný prostor pro studenty i lektory tak, aby spolu mohli nad tématy, která jsou účastníky vnášena, otevřeně diskutovat. Během dne je vhodné postupovat od prostého předávání informací, přes interaktivní část až po sdílení příběhu peer lektora a následnou besedu s ním. Při vyprávění příběhu by měl být kladen důraz na období dospívání – dobu studia, která je posluchačům z řad žáků a studentů blízká. Lektor se zkušeností s DO pozitivním příkladem posiluje kompetence a vnitřní zdroje dospívajících k vypořádávání se s psychickými krizemi, ukazuje, že i s tímto hendikepem je možné žít, studovat i pracovat. Příběh je potřeba zakončit pozitivně, s nadějí. Lektor by měl v této části zmínit svoji cestu zotavení a dotknout se vlastních smysluplných rolí v životě. Nemoc tedy není zmiňována jako něco, co jako jediné člověka určuje, nýbrž jen jako jeho jedna součást.

Práce s příběhem by měla přijít na řadu v druhé nebo třetí části společně stráveného dne. Tehdy, kdy mají za sebou účastníci edukativní a skupinovou interaktivní část, které jim zprostředkovaly informace a podpořily je v rozvíjení dovednosti na témata duševních nemocí společně otevřeně mluvit, diskutovat. Po skončení sdílení příběhu by měl být žákům

⁹⁵ Dle originálu německé metodiky projektu BNA – expert ve vlastní zkušenosti.

a studentům poskytnut prostor pro dotazy na lektora se zkušeností s duševním onemocněním. Před závěrečným shrnutím, dotazy k celému tématu a reflexi je třeba zařadit ještě důležitou přestávku k oddělení části se sdílením příběhu, která bývá zpravidla silným zážitkem.

Než bude peer pracovník (peer lektor) svůj příběh sdílet, mělo by být pro udržení kvality programu podmínkou, aby se s ním naučil správně zacházet. Příběh zotavení by měl být orientován pozitivně a peer pracovník by se v něm tak měl zaměřovat zejména na to, co mu pomohlo se s nemocí vyrovnat, tedy nejen, co onemocnění předcházelo (Foitová et al., 2016). Nedílnou součástí realizace tohoto typu preventivních programů by měly být, stejně jako u programů prevence rizikového chování, metodické vedení peer pracovníka a jeho pravidelná supervize.

Lektoři preventivního programu (preventisté)

Tato podkapitola se věnuje osobnosti preventisty. Podívám se na ni krátce jednak z pohledu současně platných dokumentů MŠMT a také z pohledu samotných příjemců preventivního programu. V prvním případě záleží na tom, jak odborně je lektor – preventista na práci připraven, v tom druhém mě lektor zajímá jako nositel svého vlastního příběhu a doslova živého důkazu toho, že i s duševním onemocněním lze žít plnohodnotný život. To má pozitivní vliv na dospívající na úrovni destigmatizace, a také zvyšuje podporu k vyhledání pomoci (help-seeking).

Lektoři poskytující preventivní a destigmatizační programy na témata duševního zdraví / nemoci nejsou ve většině případů profesionálními preventisty. Jedná se zejména (zpravidla v rámci hlavního pracovního poměru) o sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, peer konzultanty, kteří přicházejí do pracovního (podpůrného) kontaktu s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním, s jejich blízkými, a mohou tak tyto zkušenosti a poznatky „předávat“ účastníkům semináře jako pozitivní modely.⁹⁶

Co se pak týče vzdělání a odborné přípravy lektorů, kteří realizují (budou realizovat) programy PP zaměřené na duševní onemocnění / zdraví, se nabízí otázka, zda je pro tyto (původně sociální) pracovníky skutečně nutné splnění podmínek MŠMT pro pozici „preventisty“, tak jak ji navrhuje Charvát et al. (2012) prostřednictvím tzv. čtyřúrovňového modelu kvalifikačních stupňů pro pracovníky v PP RCH ve školství. „Návrh modelu

⁹⁶ U aktivit spolku Nevypusť duši jsou lektory těchto programů studenti VŠ.

reflektuje požadavek, aby konkrétní pracovní role a pozice spojené s primární prevencí na všech úrovních zastávaly pouze řádně kvalifikované osoby“ (MŠMT, 2013: 17).⁹⁷

Je otázkou, zda by byla přijatelná varianta kombinace lektorů při realizaci – preventista – sociální pracovník se zkušeností s prací s cílovou skupinou – peer lektor / peer pracovník? Tato kombinace „profesí“ by mohla garantovat požadovanou odbornost lektorského týmu a podpořila by kvalitu a efektivitu programu. Vedle toho se nabízí možnost využít zakomponování tohoto školního dne, věnovaného PP duševních onemocnění, do již zaběhlých programů všeobecné PP⁹⁸ nebo do jednotlivých minimálních preventivních programů ve školách jako jejich nedílnou součást. A případně tak využít možnosti „dohledu“ preventisty (myšleno aktivní formou jako spolurealizátora) – takového lektora nebo pedagoga (školního metodika prevence), který podmínky odborného vzdělání preventisty dle požadavků MŠMT splňuje.

Role pedagoga

Program PP duševního onemocnění si klade (stejně jako jiné programy PP) podmínku účasti pedagoga na celém programu. Nejlépe, pokud se jedná přímo o třídního učitele (případně o školního metodika prevence, školního psychologa, výchovného poradce). Nebylo by překážkou, pokud by se programu účastnilo i více učitelů najednou.⁹⁹ Role pedagoga při programu je shodná s rolí ostatních účastníků – žáků, studentů. Jediné, co si od pedagoga jako lektora programu slibujeme, je využití jeho kompetence v právě otevřené komunikaci na témata duševního zdraví a nemoci se svými žáky/studenty pokračovat v běžné výuce, při třídnických hodinách, v neformálním setkávání v prostředí školy a při kontaktu s rodiči žáků nebo studentů.

⁹⁷ „Tento návrh modelu bude nyní MŠMT ověřován a implementován do praxe v rámci oblasti primární prevence“ (MŠMT, 2013: 17).

⁹⁸ I když jsou dílčí bloky preventivních programů zacíleny na jedno z témat či oblast, vzájemně na sebe navazují, prolínají se a vytvářejí tak komplexní preventivní program, který je realizován dlouhodobě s pravidelnými odstupy. Jedním z bloků by pak právě mohl být celodenní seminář věnovaný „našemu“ tématu.

⁹⁹ Bohužel, k tomu zatím od roku 2005 v ČR nedošlo.

15. SLOVO ZÁVĚREM

Již jsem zmiňovala, že primární prevence není úplným seniorem mezi obory. Je od roku 1989 na dlouhé cestě, která ji dovedla až k tomu, že systém školské primární prevence u nás je jedním z nejpropracovanějších v Evropě. A to, i přestože měl na této cestě několik úseků k oddychu, možná k načerpání další síly a energie, jak například uvádí Miovský et al. (2010: 19): „Konec 90. let způsobil celkové zpomalení vývoje preventivních programů a v mnoha oblastech zaznamenal dokonce krok zpět a koncepční rozvrácení v té době stále ještě příliš křehkého systému preventivních programů. Jedním z krucióálních problémů bylo např. systematické nereflektování potřeb různých cílových skupin.“

V návaznosti na právě uvedenou citaci si dovoluji položit hned několik řečnických otázek: zda je tomu jinak v současné době, zda jsou potřeby současných mladých lidí v preventivním působení reflektovány, co je pro ně ve 21. století skutečně rizikové ve vztahu k další kvalitě života?

Byla by škoda, aby se primární prevence rizikového chování dále nerozvíjela, aby se nerozrostla o další jevy, které sice koncepčně do rizikového chování nespádají, avšak způsobují stejně tak ohrožení mladých lidí a jejich dalšího života, a to o nic méně než jevy „koncepčně spadající“. Vedle toho je pravdou, že „žádný stát není tak bohatý, aby mohl věnovat nadbytečné prostředky do oblasti prevence. Zároveň není žádný stát tak bohatý, aby mohl po podcenění preventivní práce zvládnout důsledky následného projevu různých sociálně patologických jevů, růstu sociálního napětí, včetně nárůstu závažných onemocnění“ (Skalík in Kalina et al., 2003: 288).

V době, kdy uzavírám tuto práci, se právě končí rok 2018. Tedy rok, který je posledním rokem období, ve kterém je účinná Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013–2018. Strategie, ve které je ze spektra duševních onemocnění myšleno jen na problematiku závislostí a poruch příjmu potravy a poruch a problémů spojených se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte. Zajímá mě, jaký bude plán další – na nastávajících 5 let. Přála bych si, aby se v něm objevila právě i prevence ve smyslu duševní hygieny, aby psychickým potížím, krizím i vážným psychickým onemocněním byl věnován prostor, který si zasluhují s ohledem na potřeby

současných dospívajících. Nepředpokládám, že by se již v této další pětiletce podařilo témata duševního zdraví a nemoci jako celku do současného systému prevence zahrnout. Vždyť zahrnout témata, která začala být z hlediska výskytu v populaci také alarmující, a nespádají (stejně jako psychické potíže či duševní onemocnění) jednoznačně do konceptu rizikového chování, se podařilo do stávajícího systému zapojovat postupně a pozvolna. A není tomu dávno. Pevně věřím, že se tak v rámci podpory duševního zdraví nás všech, stane co nejdříve.

16. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou

BNA – Blázníš? No a!

CDZ – centrum duševního zdraví

DSM-IV – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, IV. Verze

DVO – dílčí výzkumná otázka

F – označení pro duševní poruchy a duševní nemoci v MKN-10

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPK – Meziresortní protidrogová komise

MPP – Minimální preventivní program

MŠMT – Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy

MV – Ministerstvo vnitra

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR

NNO – nestátní nezisková organizace

NUDZ – Národní ústav duševního zdraví

NUV – Národní ústav vzdělávání

PP – primární prevence

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

PP RCH – primární prevence rizikového chování

PPUNL – primární prevence užívání návykových látek

PV – podporované vzdělávání

SŠ, SOU, OU – střední škola, střední odborná škola, odborné učiliště

SPS – školní preventivní strategie

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republik

VŠ – vysoká škola

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZŠ – základní škola

17. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

ANDERSON, K., K., FUHRER, R., MALLA, A.K. (2013). [online] . . ., *There are too many steps before you get to where you need to be”: Help-seeking by patients with first-episode psychosis*, *Journal of Mental Health*, 22:4, 384-395, [cit. 20. 12. 2018]. Dostupné z: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638237.2012.705922>>.

ANDREWS, G., ISSAKIDIS, C., & CARTER, G. (2001). *Shortfall in mental health service utilisation*. *The British Journal of Psychiatry*, 179(5), 417-425.

ANTHONY, W. A. (1993). [online] *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. [cit. 11. 11. 2018].

<Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0095655>>.

AYERS, T., S., SANDLER, I., N., STEPHEN, G., W., MARK, W., R. (1996). *A Dispositional and Situational Assessment of Children's Coping: Testing Alternative Models of Coping*. *Journal of Personality*. Vol 64(4), Dec, 1996. pp. 923-958.

BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. W.H.Ltd.

BAŠTECKÁ, B. (ed.). (2009). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál

BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál

BARKER, G. (2007). [online] *Adolescents, social support and help-seeking behaviour: An international literature review and programme consultation with recommendations for action*. Geneva: World Health Organization. [cit. 1. 12. 2018] Dostupné z: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43778/9789241595711_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

BARNEY, L. J., GRIFFITHS, K., M., JORM, A., F. a CHRISTENSEN, H. (2006). „*Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions.*“ Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 40 (1):51-54. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x.

BLATNÝ, M., HRDLIČKA, M., KVĚTOŇ, P., VOBOŘIL, D., JELÍNEK, M. (2004). *Výsledky české části mezinárodního projektu SAHA I. –III. Zprávy.* Psychologický ústav. Brno, 10, 1-3, 35,89,63

BPTK-Standpunkt [online] (2013). *Politik für psychisch kranke Menschen. Handlungsbedarf in der nächsten Legislaturperiode.* [cit. 2. 11. 2018]. Dostupné z:<<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/nachrichten/bptk-standpunkt/20130524-bptk-standpunkt-politik-fuer-psychisch-kranke-menschen.pdf>>.

BRIÈRE, F. N., ROHDE, P., SEELEY, J. R., KLEIN, D., LEWINSOHN, P. M. (2015). *Adolescent suicide attempts and adult adjustment. Depression and anxiety.* 2015. 32(4), 270276.

CONRAD, I., DIETRICH, S., HEIDER, D., BLUME, A., ANGERMEYER, M., C., RIEDLER-HELLER, S. (2009) [online] *““Crazy? So what!”: A school programme to promote mental health and reduce stigma – results of a pilot study”*, Health Education, Vol. 109 Issue: 4, pp.314-328, [cit. 26. 11. 2018]. Dostupné z: <<https://doi.org/10.1108/09654280910970893>>.

CORRIGAN, P. (2004). *How stigma interferes with mental health care.* American Psychologist, 59(7), 614-625.

CORRIGAN, P., WATSON, A. C., BAAROVÁ, L. (2006). *The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy.* Journal of Social & Clinical Psychology, 25, 875-884.

CSÉMY, L., NEŠPOR, K. (2014). *Sociální a psychologický kontext zneužívání alkoholu u českých dětí a dospívajících: důsledky pro praxi.* Bulletin Národní protidrogová centrála. Služby kriminální policie a vyšetřování. Praha: Policie ČR.

ČAPEK, K. (1929). *Povídání o pejskovi a kočičce.* Praha: Ot. Štorch-Marien

ČERNÝ, M., & LEJČKOVÁ, P. (2007) *Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a nefunguje v primární prevenci.* Zaostřeno na drogy 5 (2), 1–12.

DANZER, G. (2001). *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla i duše.* Praha: Portál.

DAVIDSON, L., CHINMAN, M., SELLS, D., ROWE, M. [online] (2006). *Peer podpora dospělých se závažným duševním onemocněním terénní zpráva*. [cit. 2. 11. 2018].

Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Peer-podpora-dospelych-se-zavaznym-dusevnim-onemocnenim_final.pdf>.

DISMAN, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.

DUDOVÁ, I. (2007). [online] *Současný pohled na dětskou a adolescentní psychiatrii*. *Psychiatrie pro Praxi*, 2007, (1), 29-31. [cit. 11. 10. 2018]. Dostupné z: <<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/07.pdf>>.

EGGER H. L., COSTELLO E. J., ANGOLD, A. (2003). *School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2003, 42(7):797-807

EVANS-LACKO, S., BROHAN, E., MOJTABAI, R. & THORNICROFT, G. 2012. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42, 1741–1752.

FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., ROLENEC, V., RŮŽIČKOVÁ, M., SOLDÁNOVÁ, S., STUHLÍK, J., ŠUPA, J., ZAJÍČKOVÁ, A. (2014). *Manuál Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*. Praha: CMHCD.

FOJTÍČEK, M., VRBOVÁ, A., RUBRICIUS, M., VÁGNEROVÁ, T., BACHOVÁ, M. (2012). *Normálně studuju. Příručka podporovaného vzdělávání pro žáky, studenty, jejich blízké a pedagogy*. Ledce: Ledovec

FOKUS Praha – komunitní centrum Břevnov: *Operační manuál školského projektu Blázníš? No a!*

FOLTOVÁ, L. (2012). *Souvislost psychických potíží a rizikového chování adolescentů*. *Čes. a slov. Psychiatrie*. 2012; 108(2): 72–79

FRANZOVÁ, D. (2015). *Zkušenosti se zaváděním modelu peer konzultantů do vybrané organizace poskytující služby osobám s duševním onemocněním*, diplomová práce. Praha: FHS UK

GOETZ, M. [online] (2005). *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric Pro praxi*. 2005; 5: 271-274. [citováno 15. 11. 2018]. Dostupné z: <<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/05/04.pdf>>.

GULLIVER, A., GRIFFITHS, K. M., CHRISTENSEN, H. (2010). [online] *Perceived barriers and*

facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC*

psychiatry, 10(1), 1-9. [citováno 15. 10. 2018]. Dostupné z: <<https://bmcpshychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-10-113>>.

HANŽLOVÁ, M., MACEK, P. (2008). [online] *Zvládací strategie a styly dospívajících*. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 43(1), 3-22. [cit. 1. 12. 2018]. Dostupné z: <<http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1354117733.pdf>>.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál

HENDL, J. (1999). *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum.

HENDL, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

HOFSTRA, J., KOREVAAR, L. (2016). *Supported Education Toolkit. Tools and guidelines for organizations and professionals working with students with psychiatric disabilities*. Groningen: De Vohlrading.

HOLLIS, C. (2015). *Schizophrenia in children and adolescents*. *BJPsych Advances*, 21(5)

HOSKOVCOVÁ, S., RYNTOVÁ, L. (2011) *Výchova k psychické odolnosti dítěte*. Praha: Grada Publishing, a. s.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E., & kol. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.

HUDZIAK, J. (2018). *Prevence duševních poruch u dětí a dospívajících – model pro 21. století*. 23. světový kongres *International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*. 23. července 2018. PRAHA: Sekce dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP.

CHARVÁT, M., JURYSTOVÁ, L., MIOVSKÝ, M. (2012). *Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

JANOUSHKOVÁ, M., WINKLER, P. (2015). *Stigma a psychiatrie*. Psychiatrie 2015; 19 (1): 30-36.

JANOUSHKOVÁ, M. (2016). [online] Stigmatizace v České republice. Výzkumná zpráva. Praha: NUDZ. [cit. 13. 12. 2018]

Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf>.

JANOUSHKOVÁ, M., TUŠKOVÁ, E., WEISSOVÁ, A., TRANČÍK, P., PASZ, J., EVANS-LACKO, S., & WINKLER, P. (2017). *Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review*. European Psychiatry, 41, 1-9.

JANOUSHKOVÁ, M., WEISSOVÁ, A., FORMÁNEK, T., TUŠKOVÁ, E. (2018). *Evaluace programu Blázníš? No a! (zpráva z výzkumu)*. Praha: NUDZ

JESSOR, R. (1991). [online]. *Rizikové chování v dospívání: psychosociální rámec pro chápání a jednání*. In: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. 2010, poslední aktualizace 10. 10. 2013 [cit. 2017-10-19].

Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/file/1594?highlightWords=Jessor>>.

JESSOR, R. (1991). *Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action*. *Journal of adolescent health*, 12, 597-605.

KALINA, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: ÚV ČR.

KALINA, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. (2003). *Sebevražedné chování – současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál.

KRAUS, B (2006). *Středoškolská mládež a její svět na přelomu století*. Brno: Paido

KRCH, F., D.(2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.

KŘIVOHLAVÝ, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum.

KYRIACOU, CH. (2004). *Řešení výchovných problémů ve škole*. Praha: Portál.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. (2006). *Vývojová Psychologie*. Praha: Grada.

LAŠTOVIČKA, J., MURRY, J., JOACHIMISTAHLER, E., BHALLA, G. and SCHEURICH, J. (1987) 'A Lifestyle Typology to Model Young Male Drinking and Driving', *Journal of Consumer Research* 14(1): 157–263

LAZARUS, R., S. (1966). *Psychological Stress and The Coping Process*. New York: Mc.Graw–Hill

LAZARUS, R., S., FOLKMAN, S. (1984) *Stress, appraisal and coping* [online]. [cit. 12. 12. 2018]. Dostupné z: <http://www.google.com/books?hl=cs&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Stress,+appraisal+and+coping&ots=DcJNouggTc&sig=VyEu1pMdOh_Nk0VbK-Gjv393FL4#v=onepage&q&f=false>.

LEWIS, M. (1996). *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. 2nd ed.* Baltimore: Williams and Wilkins.

MACEK, P. (2003). *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál.

MACEK, P., SMĚKAL, V. (2002). *Utváření a vývoj osobnosti: Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Praha: Barrister & Principal

MALÁ, E. (2007). *Dítě a stres*. Praha: Tigis

MAREŠ, J. (2002). *Vyhledávaná pomoc u dětí a dospívajících. Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus

MATĚJČEK, Z.(1994). *Co děti nejvíce potřebují*. Praha: Portál

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. (1992). Praha: PCP

MEDVEĐOVÁ, L. (2004). *Zdroje stresu a zdroje jeho zvládnutí dětmi a adolescenty. Psychológia a patopsychológia dieťaťa. Vol 39, č. 2-3, 2004. pp. 108-120*

MÍČEK, L. (1984). *Duševní hygiena*. Praha: SPN

MIOVSKÝ, M. a kol. (2012). *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ČABLOVÁ, L., VESELÁ, M., ZAPLETALOVÁ, J. (2012). *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

MŠMT. (2005). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha: MŠMT.

MŠMT. (2007). *Vybrané termíny primární prevence*. Praha: MŠMT

MŠMT. (2008). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek: Revize 18. 12*. Praha: MŠMT.

MŠMT.(2009). *Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012*. Praha: MŠMT.

MŠMT. (2010). *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. Praha: MŠMT.

MŠMT. (2013). *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018*. Praha: MŠMT.

MŠMT. (2016). *Pomůcka k nově zakotveným právům a povinnostem pedagogických pracovníků. MSMT- 32548/2017-1. Příloha Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, č.j. 21291/2010-28*

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha: MZ ČR.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2017). [online]*Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)*. [cit. 1. 10. 2018]. Verze 1.2, 25. 4. 2017.

Dostupné z:http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/12/170425_-_Principy-p%C3%A9%C4%8De-v-CDZ_revize.pdf>.

MZČR. (2015). [online] *Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Akční plán č. 3: Duševní zdraví*. [cit. 28. 9. 2018] Praha: MZ ČR.

Dostupné z:

https://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf>.

NUDZ.(2018). [online] *Akční plán destigmatizace pro rok 2018*. [cit. 8. 10. 2018].

Dostupné z: <<http://destigmatizace.info/wp-content/uploads/2018/04/akcniplan-1.pdf>>.

NISHIDA, A., SHIMODERA, S., SASAKI, T., RICHARDS, M., HATCH, S. L., YAMASAKI, S., & kol. (2014). *Risk for suicidal problems in poor-help-seeking adolescents with psychotic-like experiences: Findings from a cross-sectional survey of 16,131 adolescents*. Schizophrenia research, 159(2), 257-262

NUDZ.(s. d.). [online] *Destigmatizační manuál*. Praha: NUDZ [cit. 18. 12. 2018].

Dostupné z:

<<http://destigmatizace.info/wpcontent/uploads/2018/04/destigmatiza%C4%8Dn%C3%AD-manu%C3%A1l-1.pdf>>.

NUDZ. (2018). [online]. NUDZ letter. *Informační bulletin Národního ústavu duševního zdraví*. Ročník 5,2018, číslo 3, vychází 28. 2. 2018. [cit. 1. 10. 2018]. Dostupné z:

<http://www.nudz.cz/_intra_/nudz_lette>.

OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada

PACLT, I., FLORIAN, J. (1999). [online]. *Vývojové aspekty deprese*. In Neurobiologie duševních poruch, Galén, 1999, 165–168 Psychiatrie pro praxi, 2001; 5. [cit. 1. 12. 2018].

Dostupné z: <<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/05/05.pdf>>.

PACLT, I. (2001). [online]. *Specifické aspekty depresivních poruch v dětském a adolescentním věku*. [cit. 8. 10. 2018]. Psychiatrie pro praxi. 2001. 5. 212-215. Praha:

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/en/artkey/psy-200105-0005.php>>.

PALÍŠEK, P. (2007). [online]. *Stresové situace a jejich zvládání v období adolescence*. Psychiatrie, 11, 3, 148-156. [cit. 12. 12. 2018]. Dostupné z :

<http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2007/03/03_Palisek_PSYCHIATRIE_3_07.pdf>

PATTON, G. C., COFFEY, C., ROMANIUK, H., MACKINNON, A., CARLIN, J. B., DEGENHARDT, L., OLSSON, C. A., MORAN, P. (2014). [online]. *The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study*. The Lancet, 383(9926), 1404-1411. [cit. 10. 12. 2018]. Dostupné z:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24439298>>

PAVLAS MARTANOVÁ, V. (Ed.) (2012). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

PETRUŽELKA, B., BARTÁK, M., VACEK, J., GABRHELÍK, R. (2018). [online] *Hodnocení prevence z pohledu studentů středních škol Ústeckého kraje: Srovnání prevence v adiktologii a dalších typů rizikového chování*. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(2), 60–67. [cit. 17. 12. 2018]

Dostupné z: <https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2018/11/APLP02web.pdf>

PLATZNEROVÁ, A. (2009). *Sebepoškozování*. Praha: Galén

POLANCZYK, G. V., SALUM, G. A., SUGAYA, L. S., CAYE, A., ROHDE, L. A. (2015). *Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.

POZDÍLEK, M. (2018). „*Duševní onemocnění u dětí – jak je rozeznat a pomoci*.“ *Vzdělávací kurz*. 13. listopadu 2018. Praha: Centrum vzdělávání Fokus Praha, z. s.

PRAJSOVÁ, J., CHOMYNOVÁ, P., DVOŘÁKOVÁ, Z., Kateřina PŘÍHODOVÁ, K. a CSÉMY, L.. *Analýza projevů suicidálního chování u českých adolescentů: rizikové faktory pro suicidální myšlenky, plány a pokusy*. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Československá akademie věd, 2018, **62**(1), 16-31. ISSN 0009-062X.

PRAŠKO, J. (2001a). *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf.

PRAŠKO, J. [online] (2001b): *Stigmatizace u psychogenních poruch*. [cit. 1. 11. 2018].

<Dostupné z <http://hodinasurrael.wordpress.com/2007/04/06/stigmatizace-u-psychogennich-poruch-jan-prasko> >.

PRAŠKO, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.

PRAŠKO, p., DIVEKY, T., KAMARÁDOVÁ, D., JELENOVÁ, D. (2012). *Stigmatizace a panická porucha*. *Psychiatrie pro praxi*, 13(3), 100-103.

PROKOPČÁKOVÁ, A. (1997). *Adjustment Problems in Adolescents and Drugs*. *Studia Psychologica*. 39 (3): 221-224.

RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. (2012). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu.* Praha: Česká psychiatrická společnost, o. s.

RICKWOOD, D., DEANE, F. P., WILSON, C. J., CIARROCHI, J. [online] (2005). *Young peoples's help-seeking for mental health problems.* Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, vol. 4, issue 3 (supplement). [cit. 15.11. 2018]

Dostupné z:<<https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=3159&context=hbspapers>>.

RICHTER-WERLING, M., GÖLLER, N. (2015) *Blázníš? No a! Školou fit na duši. Praktický a metodický manuál pro posilování duševního zdraví dospívajících a mladých dospělých.* Praha: Fokus Praha.

ROZSÍVALOVÁ, E. (2016). *Sebepoškozování v dětství a dospívání.* Psychiatrie pro praxi 2016; 17(1): 22-24

ROZSÍVALOVÁ, E, TREFILOVÁ, A., PACLT, I. (2010). *Sebepoškozování u dospívajících.* Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2010, 106(4), 239-244.

ŘÍČAN, P. (1989). *Cesta životem.* Praha, Czechia: Panorama.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. (1995). *Dětská klinická psychologie.* Praha: Grada.

SANDOVAL, A., PRAŠKO, J, OCISKOVÁ, M., KAMARÁDOVÁ, D., JELENOVÁ, D., LÁTALOVÁ, K. (2014). *Šikana v dětství jako predisponující faktor pro psychické problémy v dospělosti.* Česká a slovenská Psychiatrie 2014; 110 (6): 317 325

SATORIOUS, N. *Short-lived campaigns are not enough.* Nature 2010; 468(7321):163-165.

SCHONERT-REICHL, K. A., OFFER, D., HOWARD, K. I. (2013). *Seeking help from informal and formal resources during adolescence: Sociodemographic and psychological correlates.* Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies, 20, 165-178.

SILVERMAN, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction* London: SAGE Publication.

- SILVERMAN, D. (2005). *Ako robiť kvalitatívny výskum. praktická príručka*. Bratislava: Ikar
- SOBOTKOVÁ, V.(2014). *Rizikové a antisociálne chováni v adolescenci*. Praha: Grada
- SOBOTKOVÁ, V., BLATNÝ, M., JELÍNKOVÁ, M., HRDLIČKA, M., URBÁNEK, T. (2009). *Typologie antisociálneho chováni v rané adolescenci a jeho vzťah k ďalším formám rizikového chováni*. *Československá psychologie*. 2009; 53 (5): 428-440.
- STRAUSS, A. & CORBINOVÁ, J. (1999). *Základy kvalitatívneho výzkumu*. Boskovice: Albert.
- ŠUPA, J. (sine data). [online] *Metodika spolupráce Podpůrné síť v rámci projektu Podporované vzdělávání*. Brno: Práh jižní Morava, z. s. [cit. 18. 12. 2018].
- Dostupné z.: <http://www.normalnestuduju.cz/download/12_metodika_site.pdf>
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. (2014). *Kvalitatívni výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- THORNICROFT, G. (2006). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj duševního zdraví
- TRAIN, A. (2001). *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál
- UHLÍKOVÁ, P. [online] (2012). *Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci - kdy odeslat adolescenta do psychiatrické ambulance?* *Pediatric Pro praxi*. 2012; 13(6): 369–371. [cit. 8. 11. 2018]. Dostupné z: <<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/06/03.pdf>>.
- VÁGNEROVÁ, M. (2008a). *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- VÁGNEROVÁ, M. (2008b). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (2001) *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada
- WINKLER, P., CSÉMY, L., JANOUŠKOVÁ, M., MLADÁ, K., MOTLOVÁ L., B. [online] (2014) *Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace*. *Psychiatrie* 2014;18(2):54-59. [cit. 11. 11. 2018].

Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2014/02/02_winkler_psych_2-14.pdf>

WINKLER, P., CSÉMY, L., JANOUŠKOVÁ, M., MLADÁ, K., MOTLOVÁ, L. B., EVANS-LACKO, S. (2015). *Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England*. *European Psychiatry*, 30(6), 801-806.

World Health Organization. (2013). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: WHO.

ZAPLETALOVÁ, J. (2014). *Metodika pro práci školního psychologa zapojeného ve školním poradenském pracovišti*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků.

Zpráva z evaluace programu Zipyho kamarádi v ČR. [online]. [cit. 29. 11. 2018]. Dostupné z: <http://www.zipyhokamaradi.cz/images/Zipyevaluace_zprava_21112016.compressed.pdf>

Webové stránky:

www.addp.cz

www.blaznis-no-a.cz

www.bptk.de

www.destigmatizace.info.cz

www.fokus-praha.cz

www.iacapap2018.org

www.ledovec.cz

www.narovinu.net

www.nevypustdusi.cz

www.normalnestuduju.cz

www.prah-brno.cz

www.vidacr.cz

www.vizdom.cz

Zákony:

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

Zákon č. 109/2002 Sb., o zařízeních ústavní výchovy, ochranné výchovy a zařízeních preventivně výchovně péče

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků