

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Diplomová práce

2025

Anna Pálová

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Jsou konkrétní odborníci klíčem k důvěře v systém
péče o duševní zdraví? Interakce s odborníky z
perspektivy sebepoškozujících se adolescentů**

Diplomová práce

Autorka práce: Bc. Anna Pálová

Studijní program: Veřejná a sociální politika

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hejzlarová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2025

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.
4. Při přípravě této práce autorka použila ChatGPT za účelem pomoci s formulací myšlenek, tvorbou tabulek a překladem do angličtiny. Po použití tohoto nástroje/služby autorka obsah podle potřeby zkontrolovala a upravila a přebírá plnou odpovědnost za obsah publikace.

V Praze dne 25.4. 2025

Anna Pálová

Bibliografický záznam

PÁLOVÁ, Anna. *Jsou konkrétní odborníci klíčem k důvěře v systém péče o duševní zdraví? Interakce s odborníky z perspektivy sebepoškozujících se adolescentů*. Praha, 2025. 96 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Mgr. Eva Hejzlarová, Ph.D.

Rozsah práce: 156 131

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá pohledem sebepoškozujících se adolescentů na systém péče duševního zdraví. Zahraniční studie naznačují, že dobrá zkušenost s odborníky zvyšuje šanci, že adolescenti vyhledají pomoc i v budoucnu, zatímco špatná je může odradit. Cílem této práce je proto porozumět tomu, jak interakce s odborníky vnímají sebepoškozující se adolescenti v České republice – jaké vnímají negativně, které naopak považují za podpůrné a jak interpretují dopady těchto interakcí na rozhodnutí vyhledat odborníka v budoucnu. Pro získání odpovědí na tyto otázky byla použita kombinace narativního a polostrukturovaného rozhovoru za využití interpretativní fenomenologické analýzy, která se zabývá osobními zkušenostmi lidí při zátěžových situacích. Ukazuje se, že v rozhodnutí o vyhledání pomoci jsou adolescenti motivováni vědomím přínosu odborné péče. Ani po špatné zkušenosti nejsou odrazeni od vyhledání odborníka v budoucnu. Adolescenti především oceňují, když odborníci neberou jejich problémy na lehkou váhu, jsou empatičtí, naslouchají a přizpůsobují péči jejich potřebám. Negativně hodnotí, když je odborníci dostatečně nepoznají, nenaslouchají jim, opakovaně nabízí nefunkční řešení nebo ignorují negativní dopady jejich intervencí. Sekundárním cílem práce bylo popsat nezamýšlené efekty v oblasti péče, které se mohou projevit při kontaktu adolescenta s liniiovými pracovníky. Ukazuje se, že odborníci mimo oblast duševního zdraví nepřispívají prevenci sebepoškozování, přičemž ani specialisté mnohdy adolescentům nenabízí kontextualizovanou péči. Nedostatkem je také špatná provázanost systému péče, která brání zacílenější pomoci.

Klíčová slova

sebepoškozování, adolescenti, psychiatrie, odborníci, konstruktivismus

Abstract

This thesis explores the perspectives of self-injurious adolescents on the mental health care system. International studies suggest that a good experience with professionals increases the chances that adolescents will seek help in the future, while a bad one may discourage them. The aim of this paper is therefore to understand how adolescents in the Czech Republic perceive their interactions with professionals – which ones they perceive negatively, which ones they consider supportive, and how they interpret the impact of these interactions on their decision to seek a professional in the future. To obtain answers to these questions, a combination of narrative and semi-structured interviews was used, using an interpretive phenomenological analysis that explores people's personal experiences of stressful situations. It appears that adolescents are motivated in their decision to seek help by the knowledge of the benefits of professional care. Even after a bad experience, they are not discouraged from seeking a professional in the future. Adolescents especially appreciate it when professionals do not take their problems lightly, are empathetic, listen and adapt care to their needs. They rate negatively when professionals do not get to know them well enough and do not listen to them, repeatedly offer dysfunctional solutions, or ignore the negative effects of their interventions. A secondary aim of this thesis was to describe the unintended care effects that may occur when adolescents interact with line workers. It shows that professionals outside the mental health field do not contribute to the prevention of self-harm, while specialists often do not offer contextualised care to adolescents either. There is also a lack of coherence in the care system, which prevents more targeted help.

Keywords

self-harm, adolescents, psychiatry, professionals, constructivism

Title

Are particular professionals the key to trust in the mental health care system? Interacting with professionals from the perspective of self-harming adolescents

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Evě Hejzlarové, Ph.D. za vstřícnost při vedení mé práce a její podnětné připomínky. Dále bych ráda poděkovala všem šesti respondentkám za jejich ochotu a odvahu se mi svěřit se svými životními příběhy.

Obsah

Úvod.....	9
1 Vymezení základních pojmů	11
1.1 Sebepoškození	11
1.2 Sebepoškozující se adolescenti	12
2 Sebepoškození v České republice	14
2.1 Důvody pro strategii prevence sebepoškození	14
2.1.1 Stav systému péče v oblasti duševního zdraví do roku 2019	16
2.1.2 Vzdělávání psychiatrů a dalších odborníků v České republice	17
2.2 Strategie prevence sebepoškození v České republice.....	19
3 Odborníci v oblasti duševního zdraví jako linioví pracovníci.....	21
3.1 Zákon o zdravotních službách.....	25
4 Sebepoškozující se adolescenti v systému péče.....	27
4.1 Design zaměřený na člověka.....	27
4.2 Sebepoškození pohledem společnosti.....	28
4.3 Vyhledání (odborné) pomoci sebepoškozujícími se adolescenty	28
4.4 Zkušenosti sebepoškozujících se adolescentů s reakcemi blízkých.....	29
4.5 Zkušenosti sebepoškozujících se adolescentů s reakcemi odborníků	30
4.5.1 Negativní zkušenosti	31
4.5.2 Pozitivní zkušenosti	32
4.6 Role odborníků při rozhodnutí adolescenta vyhledat pomoc	33
5 Cíl a výzkumné otázky	35
6 Metodologie	37
6.1 Výběr respondentů.....	37
6.2 Příběhy respondentek	40

6.3	Metoda sběru dat	47
6.4	Analýza dat	48
6.5	Etické aspekty výzkumu	48
6.6	Limity výzkumu	49
7	Interakce s odborníky očima sebepoškozujících se adolescentů	50
7.1	Obecná charakteristika sebepoškozujících se adolescentek	50
7.1.1	Období před sebeřezáním.....	51
7.1.2	Únik před problémy i trest	51
7.2	Role blízkých v kontextu hledání (odborné) pomoci	52
7.2.1	Volání o pomoc	52
7.2.2	První kontakt blízkých s realitou	54
7.2.3	Rozhodnutí o odborné pomoci	57
7.2.4	Blízcí jako nezbytný doplněk odborné pomoci	58
7.3	Kontakt s odborníky na duševní zdraví	59
7.3.1	Uvědomění potřeby odborné péče	60
7.3.2	Dojem z odborníků	62
7.3.3	Pozitivní i negativní zkušenosti adolescentek s odborníky na duševní zdraví	64
7.3.4	Sebereflexe: součást léčebného procesu	74
8	Diskuse a reflexe výsledků	76
	Závěr	84
	Summary	86
	Použité zdroje	89
	Seznam příloh.....	96

Úvod

V Česku má podle průzkumu 29 % mladých ve věku od 12 do 19 let osobní zkušenost se sebepoškozením či sebevražednými myšlenkami (Nevypust' duši, 2023). Z průzkumu zároveň plyne, že mladí Češi obecně nemají velkou důvěru v systém péče – odbornou pomoc považuje za prospěšnou v péči o duševní zdraví pouze 37 % adolescentů (ibid.). Když už se tedy adolescent k odborníkovi dostane, je velmi důležité, aby uvěřil, že odborná pomoc má smysl, a v léčebném procesu pokračoval.

Ze zahraničních studií, které se zkušenostem sebepoškozujících se adolescentů s odborníky na duševní zdraví věnují, plyne, že odborníci se snaží nabídnout bezpečný prostor, kde si mohou adolescenti o svých problémech promluvit (Wadman et al., 2018; Hunter et al., 2013). Zajímají se a činy adolescenta neodsuzují (Hunter et al., 2013), zároveň se snaží porozumět jeho individuálním potřebám (Tan et al., 2024). Pro adolescenty je také důležité, když odborník uzná jejich problémy a bere je vážně (Hunter et al., 2013). Nicméně adolescenti mají také negativní zkušenosti s odborníky na duševní zdraví. Odborníci jim opakovaně navrhnou nefunkční řešení (Wadman et al., 2018; Hunter et al., 2013), dostatečně nenaslouchají (Wadman et al., 2018) nebo neposkytují individuální péči (Tan et al., 2024; Hunter et al., 2013). Někteří odborníci se k adolescentům chovají povýšeně (Wadman et al., 2018), odsuzují je (Hunter et al., 2013) nebo jejich problémy banalizují (Townsend et al., 2023).

Ukazuje se, že zkušenosti sebepoškozujících se adolescentů zásadně ovlivňují, zda se v budoucnu rozhodnou znovu vyhledat odbornou pomoc. Pakliže považují odborníka za empatického a neodsuzujícího, jsou otevření možnosti znovu pomoc vyhledat (Hunter et al., 2013). Pokud ale mají pocit, že odborník jejich chování odsoudil nebo se dostatečně nezajímal, s léčbou přestanou, anebo se jim do ní v budoucnu moc nechce (Hunter et al., 2013; Tan et al., 2024). Někteří adolescenti si dokonce po tvrdé kritice ze strany odborníka chtějí ještě více ublížit (Tan et al., 2024).

Právě tyto alarmující výsledky mne přivedly k tomu prozkoumat, jaké zkušenosti se systémem péče v oblasti duševního zdraví mají sebepoškozující se adolescenti v České republice a jak tyto zkušenosti z jejich pohledu ovlivňují jejich léčebné aspirace. Zároveň je mým cílem popsat možná selhání systému péče v oblasti

duševního zdraví, která se mohou projevovat při setkáních adolescentů s odborníky. Ve své diplomové práci se z hlediska veřejné politiky ideově opírám o human-centered design, který klade důraz na zkušenosti uživatelů, a teorii liniových pracovníků, jež vysvětluje roli pracovníků, kteří jsou v přímém kontaktu s klienty. Teoretickým „jádreem“ je nicméně dostupné vědění, se kterým budu svá zjištění porovnávat.

Téma mé práce je nanejvýš aktuální. Odborníci poukazují na nedostatečnou dostupnost služeb v oblasti duševního zdraví pro děti a mládež, trend sebepoškozování i sebevraždnosti každým rokem narůstá a veřejněpolitická činitelé se snaží hledat cesty, jak ho efektivně snižovat. Ale pokud má být veřejná služba efektivní, musí reflektovat potřeby těch, kteří ji čerpají. Má práce přináší unikátní pohled českých sebepoškozujících se adolescentů na odborníky v oblasti duševního zdraví, který České republice dosud chyběl. Výsledky práce mohou pomoci odhalit nezamýšlené efekty systému péče, a tím přispět k tvorbě efektivnějších veřejných politik.

Tato diplomová práce¹ nejdříve objasňuje základní pojmy spojené s problematikou sebepoškozování, následně tento trend zasazuje do kontextu České republiky, představuje systém péče a vzdělávání relevantních odborníků a blíže rozebírá strategii prevence České republiky v oblasti sebepoškozování. Dále práce čtenáře seznamuje s odborníky na duševní zdraví v kontextu teorie liniových pracovníků a přibližuje část jejich povinností na příkladu zákona o zdravotních službách. V neposlední řadě uvádí přehled stavu poznání, cíle, výzkumné otázky a metodologii práce, a nakonec detailně analyzuje interakce s odborníky očima sebepoškozujících se adolescentů.

¹ V diplomové práci je na mnoha místech využíváno vytučnění klíčových informací, s cílem usnadnit orientaci v textu a zdůraznit stěžejní sdělení, která by neměla čtenáři uniknout.

1 Vymezení základních pojmů

V této diplomové práci opakovaně napříč kapitolami užívám odborné termíny jako je sebepoškozování či sebepoškozující se adolescenti, které mohou být chápány různými způsoby. Považuji proto za důležité, je v následující kapitole přiblížit a vymežit tak, aby k nim čtenáři přistupovali stejně jako autorka práce.

1.1 Sebeпоškozování

Sebeпоškozováním se rozumí „*úmyslné narušení vlastní tělesné integrity bez účasti druhé osoby a bez vědomého a cíleného záměru zemřít.*“ (Rozsivalová, 2016, str. 22). Může mít např. formu sebeřezání, sebepálení, předávkování se léky, sebetlučení, vytrhávání vlasů apod. (ibid.). Tuto definici podporuje i pracovní skupina Prevence a výzkum sebevražd fungující v rámci Národního ústavu duševního zdraví (dále NUDZ), která sebepoškozování vnímá jako „*chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity.*“ (NUDZ, 2022, odst. 1). Za konkrétní projevy sebepoškozování pracovní skupina považuje řezné rány, modřiny, zlomené kosti, popáleniny či vytrhané vlasy (ibid.).

Kromě běžného sebepoškozování odpovídající definici výše pak Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030² zmiňuje, že „*sebeпоškozování se sebevražedným záměrem je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro dokonanou sebevraždu.*“ (MZČR a NUDZ, 2020, str. 8). Otázkou však je, co sebepoškozování se sebevražedným záměrem přesně znamená, a proto se nejdříve pokusím přiblížit, jak spolu sebepoškozování a sebevražda souvisí. Rozsivalová (2016) tvrdí, že sebepoškozování nevylučuje dokonání sebevraždy, naopak ho vnímá jako vysoce rizikový faktor suicidálního chování, tedy chování s úmyslem zemřít. Včasná léčba sebepoškozování pak podle ní kauzálně snižuje riziko sebevražedného jednání (ibid.). I pracovní skupina v rámci NUDZ (2022) tvrdí, že přestože většina sebepoškozujících se lidí nemá myšlenky na sebevraždu, sebepoškozování představuje jeden z rizikových faktorů, které sebevraždě předchází, a může v ní i přerůst s tím, že se objeví úmysl zemřít. Kocourková a Koutek (2008) shodně uvádí, že pojmy sebepoškozování a suicidální chování bývají někdy i v medicíně

² Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030 je první strategický dokument věnující se prevenci v oblasti sebevražd na území České republiky.

zaměňovány, přestože je důležité je odlišovat. Tvrdí, že znaky obou forem tohoto chování můžeme pozorovat současně u jednoho člověka a přinejmenším jsou oba pojmy ve vzájemném vztahu (ibid.). Obě skupiny lidí podle nich mimo jiné zažívají pocity beznaděje a mají suicidální myšlenky (ibid.).

Ukazuje se, že jednoznačně vymezit pojem sebepoškozování je velmi náročná disciplína. Podle Kriegelové (2008) může mít sebepoškozování kromě záměrného ublížení si také formu rizikového či suicidálního chování – kouření, náhodný sex, přepracování či dokonce dokonané suicidium. Z výše řečeného proto vyplývá, že **spojení „sebepoškozování se sebevražedným záměrem“ je v rámci akčních plánů a dalších dokumentů považováno za nevydařené pokusy o sebevraždu.** Zda bylo skutečně úmyslem daného člověka zemřít, se však nedá s jistotou říci, a proto se o těchto pokusech hovoří jako o sebepoškozování.

V kontextu mé diplomové práce a zejména její analytické části sebepoškozování vnímám jako záměrné ubližování si bez záměru zemřít s tím, že toto chování představuje rizikový faktor pro suicidální chování, ve které může časem přerůst, pokud nebude včas podchyceno. V diplomové práci rovněž často operuji se slovním spojením „**prevence sebepoškozování**“. V tomto případě se jedná jak o včasné zachycení tohoto chování ještě předtím, než si adolescent ublíží (primární prevence), tak o intervenci ze strany odborníka, který toto chování včas (tzn. předtím, než se stav razantně zhorší, popř. dojde k sebevraždě) odhalí a nastaví léčbu, která povede k ukončení sebepoškozování (sekundární prevence).

1.2 Sebepoškozující se adolescenti

Má diplomová práce je zaměřena především na adolescenty (lidé zhruba od 11 do 21 let), jelikož mezi nimi je fenomén sebepoškozování nejrozšířenější (NUDZ, 2022; Kriegelová, 2008; Kocourková a Koutek, 2008; Patchin a Hinduja, 2017). Zahraniční studie uvádějí prevalenci sebepoškozování u adolescentů mezi 13 až 18 % (Patchin a Hinduja, 2017). V Česku se podle NUDZ (2022) sebepoškozují 5,5 % dospělých, 13 % mladých dospělých a 17 % adolescentů s tím, že se sebepoškozováním nejčastěji začínají mezi 12. až 15. rokem života. Hawton et al. (2002) ale tvrdí, že prevalence sebepoškozování v adolescenci bude pravděpodobně ještě vyšší, než uvádí odborné studie, jelikož mnoho případů není nikdy odhaleno.

Například průzkum provedený pro organizaci Nevypušť duši tvrdí, že se sebepoškozováním a suicidálními myšlenkami má v Česku osobní zkušenost až 29 % mladých ve věku od 12 do 19 let (Nevypušť duši, 2023). Podle Alderman (1997) sebepoškozování typicky začíná v období adolescence, okolo 20 let se jeho frekvence stupňuje a následně se vytrácí kolem 30 let. V období adolescence si jedinec prochází nejen velkými fyzickými, ale i osobnostními změnami. Pokládá si existenční otázky, vymezuje se v mezilidských vztazích, zkouší nové role, a to vše je často doprovázeno kolísáním sebedůvěry a pocitu vnitřního zmatku. Protože jsou adolescenti v tomto náročném období často neschopni kontrolovat své emoce, uchylují se k sebepoškozování, kterým se mnohdy snaží adaptovat na stresovou situaci (Chowanec et al., 1991).

Zároveň pokud v práci hovořím o sebepoškozujících se adolescentech, mám na mysli spíše mladé dívky, jelikož ty jsou v souvislosti se sebepoškozováním hospitalizovány čtyřikrát častěji než chlapci (NUDZ, 2022). Chlapci se často ani do péče zdravotnických zařízení nedostanou, a tak o nich nejsou vedeny žádné záznamy (Kocourková a Koutek, 2008). Podle Alderman (1997) je to dáno tím, že se ženy častěji odhodlají vyhledat pomoc i pro mírné formy záměrného sebepoškozování než muži.

2 Sebepoškození v České republice

Jedním z cílů této diplomové práce je popsat případné nezamýšlené efekty systému péče, které se mohou projevit při setkáních sebepoškozujících se adolescentů s odborníky. Přijde mi proto velmi důležité představit, co Česká republika dělá pro to, aby k sebepoškození docházelo co nejméně. Ještě předtím však uvedu důvody, na základě kterých Česká republika došla k závěru, že potřebuje jasnou strategii prevence v oblasti sebevražd a sebepoškození. Zmíním klíčové statistiky a zároveň popíšu stav českého systému péče a vzdělávání v oblasti duševního zdraví. Nakonec představím konkrétní kroky uvedené v klíčových veřejněpolitických dokumentech, kterými chce Česká republika eliminovat počty sebevražd a sebepoškození.

Vycházet budu primárně z textů zabývajících se sebevraždami z toho důvodu, že veřejněpolitické dokumenty, které by se zaměřovaly specificky na sebepoškození, vůbec neexistují. Je to dáno tím, že samotné sebepoškození není jednoduše uchopitelné, neexistují přesné statistiky, které by veřejněpolitickým činitelům dovolily na něj cíleně reagovat. To však neznamená, že žádná prevence v oblasti sebepoškození neprobíhá. Veřejněpolitické dokumenty se sice na první pohled zabývají pouze fenoménem sebevražd, ale i tak se v určitých oblastech sebepoškození věnují. Jak jsem již vysvětlila v rámci vymezení základních pojmů, fenomény sebevražd a sebepoškození spolu neoddělitelně souvisí. Odborné studie dokazují, že „55-85 % lidí, kteří se sebepoškozují, uskuteční ve svém životě alespoň 1 pokus o sebevraždu.“ (NUDZ, 2022, odst. 2). **Nastavení preventivních kroků v boji proti sebevraždám proto v mnoha ohledech odpovídá strategii prevence v oblasti sebepoškození.**

2.1 Důvody pro strategii prevence sebepoškození

Jedním z klíčových důvodů, proč Česká republika potřebovala jasnou strategii v oblasti sebevražd, bylo, že se jí dlouhodobě **nedařilo významněji snižovat počty sebevražd**. V roce 2013 jsme v České republice evidovali 1577 dokonaných suicidií, v roce 2019 jich bylo jen 1191, ale od té doby hodnoty stagnují nebo mírně rostou – v roce 2022 evidujeme 1302 sebevražd (Rýdlo et al., 2024). Zajímavé je, že zatímco je míra sebevražd mezi mladými ve věku od 15 do 19 let poměrně nízká, obecně mezi nimi představuje druhou nejčastější příčinu smrti hned po

dopravních nehodách (ČSÚ, 2017 in Kasal et al., 2018).

Počty hospitalizovaných pro úmyslné sebepoškození jsou oproti spáchaným sebevraždám ještě mnohem vyšší. Více jak polovinu těchto hospitalizací tvoří ženy, přičemž nejvíce jich je mezi mladistvými ve věku od 15 do 19 let (WHO, 2019). Zatímco v roce 2014 bylo z těchto důvodů hospitalizováno 3344 pacientů, v roce 2020 jejich počet klesl na 2493 pacientů, avšak do roku 2023 znovu vyšplhal na 3186 hospitalizací (Rýdlo et al., 2024). Nicméně WHO (2014) odhaduje počet sebevražedných pokusů až na dvacetinásobek dokonaných suicidií. Tento nesoulad může být způsoben nedostatečným záznamem údajů o sebevražedných pokusech v českém zdravotnickém systému (MZČR a NUDZ, 2020).

Kromě vysokého počtu sebevražd a pokusů o ně bylo v roce 2017 identifikováno **zvýšené riziko spáchání sebevraždy u 3,8 % české dospělé populace** (Formánek et al., 2019; Kasal et al., 2023). V roce 2022 pak toto **riziko vykazovalo 6,3 % české dospělé populace** (Potočár et al., 2024).

Sebeпоškozování a sebevražednost mezi mladými

Zajímavá data za rok 2023 přináší Linka bezpečí (2024), která poskytuje bezplatnou telefonickou linku krizové pomoci pro děti a mladistvé. S klienty **nejčastěji řešila téma sebevražedného jednání** (19,3 % všech tematických kontaktů), z toho 689 pokusů o sebevraždu, 1176 sebevražedných tendencí a 2924 sebevražedných myšlenek, **následované tématem sebeпоškozování** (16,2 % všech tematických kontaktů). Samotné téma sebeпоškozování klienti často spojovali se sebevražedným chováním, poruchami příjmu potravy či rodinnými vztahy. (Linka bezpečí, 2024)

Přehled o poruchách příjmu potravy a sebeпоškozování na českých základních a středních školách vydává interaktivní platforma iPREV, fungující pod MŠMT ČR (MŠMT, n.d.). Zatímco ve školním roce 2017/2018 se do projektu zapojilo 2124 škol a evidováno bylo 752 případů poruch příjmu potravy a 1577 případů sebeпоškozování, v roce 2022/2023 pozorujeme více než stoprocentní nárůst těchto případů. Přestože se zapojilo o něco více škol (2289), rapidní nárůst nelze připsat pouze jim, jelikož data ukazují na **1892 případů poruch příjmu potravy a 3960 případů sebeпоškozování**. (MŠMT, n.d.)

I přes nepříznivé statistiky **České republice dlouhodobě chyběl**

strategičtější a komplexnější plán, jak efektivně předcházet sebevražednému jednání a sebepoškozování (Winkler et al., 2015; Kasal et al., 2019). A to navzdory doporučením WHO či Evropské unie a nejrůznějším závazkům, které Česká republika slíbila naplnit³ (WHO, 2019). **Tento stav nebylo možné nadále ignorovat, zvláště vzhledem k existenci dostupných důkazů o účinných intervencích** (Kasal et al., 2018).

2.1.1 Stav systému péče v oblasti duševního zdraví do roku 2019

Než se dostanu k tomu, jaké preventivní kroky byly v České republice představeny, ráda bych nastínila, jak vypadala praxe prevence sebevražd ještě před rokem 2020, kdy vznikl Národní akční plán prevence sebevražd 2020–2030 (NAPPS). Na otázku, jaké má český systém péče o duševní zdraví nedostatky, když se mu nedaří snižovat počty sebevražd, odpovídá **Situační analýza české zkušenosti prevence sebevražd** (WHO, 2019). Pro potřeby diplomové práce zmíním pouze ty aspekty, které se týkají odborníků na duševní zdraví nebo které jejich práci ovlivňují.

Podle odborníků se potýkáme s nedostatkem ambulantních psychiatrů i psychologů, nedostatkem a přetížeností krizových center a stacionářů pro děti a dospívající, s nedostatečnou návazností zdravotnické (ale i sociální) péče či nadměrnou konzumací lékařské péče kvůli špatné orientaci v systému (WHO, 2019). Za hrozbu odborníci považují nedostatek času na pacienta, syndrom vyhoření a nedostupnost psychoterapeutické péče (např. z důvodu vysokých sazeb či dlouhé čekací doby). (WHO, 2019)

Obecně je podle odborníků problematika sebevražednosti v Česku stále velké tabu, s čímž se pojí i nekvalitní, zkreslené či mýty podpořené informace jak u laické, tak odborné veřejnosti (WHO, 2019). Často se například objevuje mýtus, že ten, kdo má v úmyslu spáchat sebevraždu, to udělá bez ohledu na možnost pomoci nebo dostupnost prostředků k jejímu provedení (MZČR a NUDZ, 2020). Takové mýty mohou vést k nevhodnému a neprofesionálnímu zacházení s pacientem nebo neschopnosti včas odhalit riziko sebevraždy z důvodu podhodnocení jeho situace

³ ČR se např. zavázala k vytvoření a realizaci dlouhodobých národních plánů a politik zaměřených na duševní zdraví v rámci *Mental health action plan 2013–2020* přijatým Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Zároveň se zavázala k podpoře preventivních aktivit zaměřených na duševní zdraví a na zvyšování povědomí o významu duševního zdraví a destigmatizaci duševních nemocí. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

(ibid.). Odborník si například nemusí všimnout, že pacient svým vyjadřováním volá o pomoc atd. (ibid.).

2.1.2 Vzdělávání psychiatrů a dalších odborníků v České republice

Z výše řečeného vyplývá, že vzdělání relevantních odborníků na téma duševního zdraví hraje v oblasti prevence sebepoškozování a sebevraždnosti významnou roli. Získané vzdělání z velké části formuje teoretické znalosti relevantních odborníků, ale může ovlivnit i to, jakým způsobem odborník na sebepoškozování nahlíží, jakým způsobem se sebepoškozujícím se člověkem jedná, jakou pomoc mu poskytne atp. Z těchto důvodů považuji za více než důležité přiblížit, jak vypadá vzdělávání psychiatrů a dalších relevantních odborníků v České republice.

Na začátek zmíním nepříliš pozitivní výsledky studie, které naznačují, že **studenti středních zdravotnických škol považují lidi s duševním onemocněním za agresivní, introvertní nebo dokonce zmatené** (NUDZ, 2016). 42 % studentů si o těchto lidech myslí, že jsou nebezpeční a 45 % by nikdy svým přátelům nepřiznalo, že nějaké duševní obtíže sami mají (ibid.). Pouze 15 % těchto studentů zvažovalo, že by v budoucnu pracovalo v psychiatrické léčebně (ibid.).

Obecně pak o situaci ve vzdělávání psychiatrů v České republice vznikl dokument s názvem **Zpráva o současné situaci ve vzdělávání psychiatrů a doporučení pro systémová opatření** (Bankovská Motlová et al., n.d.). Text byl vydán jako příloha k Národnímu akčnímu plánu pro duševní zdraví 2020-2030, který reaguje na schválenou reformu psychiatrické péče. Ta si klade za cíl mimo jiné změnit pohled zdravotníků na potřeby lidí s duševním onemocněním, kteří by měli být v novém systému vnímáni jako partneři při nastavování léčby. K tomu by měl sloužit multidisciplinární přístup zajišťující spolupráci pracovníků různých povolání a institucí, kteří pacientům poskytnou pomoc ve všech relevantních oblastech života jako je fyzické a duševní zdraví, ale i sociální oblast. (Bankovská Motlová et al., n.d.)

Základem takového multidisciplinárního přístupu je spolupráce s **praktickými lékaři** (Farkač et al., n.d.). Aby mohl zdravotní systém péče o lidi s duševním onemocněním včas intervenovat, musí zvýšit jejich ochotu vyhledat odbornou pomoc (ibid.). Ukazuje se totiž, že téměř polovina lidí se zvýšeným rizikem spáchání sebevraždy nikdy odbornou pomoc nevyhledá (WHO, 2019, str. 28). Právě

v této fázi jsou praktičtí lékaři klíčoví, jelikož představují primární osobu, na kterou se lidi s problémy obrací. Ukazuje se však, že **s nimi spolupráce moc nefunguje, jelikož pro ně není duševní zdraví tak důležité, o multidisciplinárním přístupu moc nevědí nebo mu nedůvěřují** (Farkač et al., n.d.). Tato situace není ideální vzhledem k tomu, že čím déle člověk nechá duševní onemocnění bez léčení, tím horší je jeho celková prognóza (ibid.). Nízké zapojení praktických lékařů do včasné detekce duševních onemocnění může být dále ovlivněno Vzdělávacím programem pro praktické lékaře, který neobsahuje detailnější školení v oblasti psychiatrie, nebo klesajícím počtem hodin věnovaných výuce komunikace a psychoterapeutických dovedností na lékařských fakultách (Bankovská Motlová et al., n.d.).

Dalším klíčovým členem multidisciplinárního týmu je **psychiatr**, přičemž paradoxem je, že dostupnému psychiatrickému vzdělání v České republice právě **důraz na multidisciplinární přístup chybí** (Bankovská Motlová et al., n.d.). V rámci pregraduální přípravy se studenti zabývají především diagnostikou a biologickou terapií, avšak zotavení ze závažných duševních onemocnění a psychiatrické rehabilitační postupy prakticky neprobírají. Hodiny zaměřené na komunikaci s lidmi s duševním onemocněním jsou za málo kreditů a mají nízkou časovou dotaci. Nejen, že tak studenti nemají povědomí o širším bio-psycho-sociálním kontextu duševních onemocnění, ale zároveň nejsou vzdělávani v oblasti nelůžkových forem psychiatrické péče. V návazném specializačním vzdělávání v oborech Psychiatrie a Dětská a dorostová psychiatrie je dále od roku 2018 požadována schopnost pracovat v multidisciplinárním týmu, poskytnout péči v přirozeném prostředí pacienta a přispívat k efektivní návazné péči, nicméně kurzy studenty k těmto dovednostem v realitě nevedou. Součástí psychiatrického výcviku pak musí být znalost psychoterapie, přičemž trénink v psychoterapii musí zahrnovat supervizi profesionálních terapeutů. **Česká republika ale patří mezi nejslabší země s časovou dotací vyhrazenou na odborné supervize a zároveň si více než 50 % lékařů ve výcviku musí studium psychoterapie platit ze svého**, ačkoliv doporučení na úrovni Evropské unie zní, že by mělo být hrazeno z veřejných prostředků. Český vzdělávací systém v oblasti psychiatrie dále naráží na několik systémových bariér: kapacita (malý zájem o obor, omezené kapacity školicích míst), podfinancovanost, nízká podpora ze strany politiků nebo nedostupnost rozšiřujících vzdělávacích programů v oblasti multidisciplinarit. (Bankovská Motlová et al., n.d.)

2.2 Strategie prevence sebepoškozování v České republice

Na popud nepříliš pozitivního vývoje sebevražednosti a sebepoškozování na území České republiky, nedokonalého systému péče a nedostatečného vzdělávání v oblasti duševního zdraví autoři Situační analýzy navrhli několik preventivních opatření, která tvořila základ pro Národní akční plán prevence sebevražd 2020–2030.

Česká republika by se měla zaměřit především na **dostupnost služeb pro osoby se zvýšeným rizikem spáchání suicidia** (WHO, 2019). Mimo jiné může jít o rozšíření psychoterapeutických služeb (např. terapie zaměřené na řešení) či méně formální psychosociální intervence jako jsou motivační rozhovory (ibid.). Zejména by mělo dojít k rozvoji ambulantní péče a krizových center a dostupnosti ověřených informací o problematice sebevražd (ibid.). Prioritou by se také měla stát návaznost jednotlivých služeb, hlavně po hospitalizaci pro psychiatrickou diagnózu, např. v podobě zřízení stacionářů, kam by pacient docházel za psychoterapeutickou intervencí (ibid.). Podle Winklera et al. (2015) je totiž období krátce po odchodu z této služby vysoce rizikové a propuštění klienti mají větší sklony k sebevraždě. Důležitou součástí praxe by proto mělo být telefonické či textové ověření pacientova stavu po propuštění z hospitalizace (WHO, 2019). Obecně by pak mělo docházet k důrazu na léčbu depresí kombinací medikace i psychoterapie (ibid.).

Odborníci by dále měli mít k dispozici standardizovaný postup k odhalení suicidálního rizika (WHO, 2019). Tento nástroj by měl být používán napříč psychiatrickou praxí, ale i např. mezi praktickými lékaři (ibid.). **Lékaře, psychology a další je pak třeba pravidelně vzdělávat v tématu sebevražednosti, komunikace a jednání se suicidálním člověkem**, přičemž cílem je mimo jiné zvýšit jejich jistotu při práci s nimi (ibid.). Speciální roli mají v celém systému i psychiatrické sestry a praktičtí lékaři, které je zapotřebí vyškolit, zvýšit jejich schopnost identifikovat sebevražedné sklony a případně efektivně intervenovat (Kasal et al., 2018). Pokud budou tyto pracovníci disponovat zvýšenou pozorností, mohou v případě psychiatrických sester včas identifikovat sebevražedné záměry, anebo v případě praktických lékařů podchytit duševní onemocnění, které by se v budoucnu mohlo rozvinout k suicidálnímu chování (ibid.).

Tyto návrhy nakonec vedly ke vzniku **Národního akčního plánu prevence sebevražd 2020–2030** (dále jen NAPPS), prvního strategického dokumentu, který se

věnuje prevenci v oblasti sebepoškozování, sebevražedných pokusů a sebevražd na území České republiky (MZČR a NUDZ, 2020). Zejména zmiňuje, že se Česká republika musí zaměřit na **efektivní identifikaci rizik sebevraždy včetně předávání informací napříč systémem péče, posílení služeb s důrazem na jejich časovou, místní, kapacitní a finanční dostupnost** a na zavedení **efektivního systému předávání pacientů mezi těmito službami**. Klíčovou oblastí je pak podle dokumentu **školení relevantních odborníků v oblasti sebepoškozování a sebevražedného chování** s důrazem na praktické lékaře a jejich schopnost posoudit rizika sebevraždy. V neposlední řadě NAPPS **rozšiřuje vzdělávací systém o 6 hodin psychiatrie, kterými musí projít studenti relevantních oborů**. (MZČR a NUDZ, 2020, str. 25-38)

S NAPPS je rovněž provázaný **Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030** (dále jen NAPDZ), který stanovuje strategii České republiky v širším kontextu péče o duševní zdraví (ÚVČR a MZČR, 2020). Především se soustředí na **integraci péče o duševní zdraví do primární péče praktických lékařů** (ibid., str. 58) či na **revizi náplně všech stupňů vzdělávání lékařů a jiných relevantních odborníků** (ibid., str. 25)

3 Odborníci v oblasti duševního zdraví jako linioví pracovníci

Česká republika na zvyšující se trend sebevraždy a sebepoškození reagovala vznikem akčních plánů, které stanovily jasné kroky, jak postupovat v jeho eliminaci.

Jak ale budou tato opatření v praxi vypadat a jaké přinesou výsledky, ovlivňují svými rozhodnutími odborníci v první linii (Horák a Horáková, 2009).

Adolescenti, kteří v důsledku sebepoškození vyhledají odbornou pomoc, očekávají, že se setkají s odborníkem, který jim pomůže s řešením jejich problémů. Tento odborník představuje onoho liniového pracovníka, na jehož znalostech, dovednostech a osobních motivacích závisí kvalita celého systému péče (Widanigum, 2006). Tedy aspoň takto na zdravotnické pracovníky, ale i učitele, úředníky, policii nebo třeba sociální pracovníky nahlíží Michael Lipsky ve své teorii liniových pracovníků (Lipsky, 1980).

Ještě předtím, než charakterizují práci liniových pracovníků, bych ráda upřesnila, koho za liniové pracovníky považuji v kontextu své diplomové práce. Jsou jimi odborníci (nejen) na duševní zdraví. Takto obecně koncept pojmám vzhledem k širší možnosti, které adolescenti v souvislosti s řešením své situace mají. Podle Rozsivalové (2016) se často stává, že se pacienti svěří v ordinaci praktického lékaře, odkud mohou být následně posláni k dětskému psychiatrovi, v jiných případech do psychiatrické léčebny, nemocnice či na kliniku, kde se setkávají jednak s lékaři, ale i se zdravotními sestrami. Adolescenti však také mohou nejprve navštívit (školního) psychologa či psychoterapeuta, kteří je případně mohou odkázat povolanejším. Za liniové pracovníky v kontextu této diplomové práce proto považuji lékaře (především psychiatry a pediatriy), zdravotní sestry, psychology nebo psychoterapeuty, kteří přijdou se sebepoškozujícími se adolescenty do osobního kontaktu v souvislosti s jejich diagnostikou, léčbou či péčí.

Charakteristickým rysem liniového pracovníka je jeho značná **autonomie**, kterou uplatňuje při práci s klientem, jelikož mnohdy **musí učinit rozhodnutí v situacích, které vyžadují individuální a citlivý přístup** (Lipsky, 1980). V případě duševních onemocnění, resp. sebepoškození by bylo naivní domnívat se, že existuje univerzální řešení, které odborník může využít u všech pacientů/klientů. Takové pracovní podmínky jsou samy o sobě velmi náročné, liniový pracovník musí daný případ podle potřeb člověka vyhodnotit a adekvátně na něj reagovat.

Tato nejednoznačnost v práci liniového pracovníka je navíc často podpořena **nedostatkem personálních či časových kapacit** (Lipsky, 1980). Ambulantní služby jsou podle odborníků přetížené, potýkáme se s nedostatkem psychiatrů, a naopak se stále zvyšují počty adolescentů, kteří potřebují odbornou péči v oblasti duševního zdraví (WHO, 2019). Widanigrum (2006) v této souvislosti zmiňuje, že se pracovníkům zdravotnických zařízení v praxi neustále rozšiřují jejich povinnosti, které není možné vykonávat současně, přičemž tím čelí dilematu, jak efektivně nakládat se svým časem. Kromě jiného se linioví pracovníci **musí vypořádávat s administrativou**, která představuje v podstatě jediný způsob organizace, jak kontrolovat liniové pracovníky (Widanigrum, 2006). K tomu mají linioví pracovníci často velmi **omezené možnosti kvalitního vzdělání a nedisponují dostatečnou odbornou způsobilostí a zkušenostmi k výkonu své práce**, přičemž mnohdy čelí **nereálným představám svých klientů** (Lipsky, 1980). Odborníci se shodují, že český vzdělávací systém v oblasti duševního zdraví má své nedostatky, především nedostatečně vzdělává k multidisciplinárnímu pojetí duševních obtíží a odborníci často nemají dostatek zkušeností (viz detailně kap. 2.1.2). **Do práce liniových pracovníků rovněž velmi zasahuje legislativa a její proměny v průběhu let** (Lipsky, 1980). Například v oblasti duševního zdraví se Česká republika v rámci NAPPS i NAPDZ zavázala k cílům, které vyžadují mnoho změn v psychiatrické péči. Od odborníků na duševní zdraví, a nejen od nich se očekává, že si všechny tyto změny nastudují a upraví podle nich své jednání v přímé práci s klienty/pacienty. Konkrétním příkladem může být snaha o lepší návaznost služeb zdravotní, ale i sociální péče. Ačkoliv je na ni kladen důraz ve všech důležitých politických dokumentech, v praxi se ukazuje, že návaznost služeb se stále nedaří zajistit a český systém péče v ní má velké mezery. Více jak polovina lidí propuštěných z hospitalizace pro psychiatrické onemocnění nezíská následnou péči v nejbližších 30 dnech (Rýdlo et al., 2024). Přitom právě pacienti propuštění z hospitalizace kopírují zhoršující se trend sebevražednosti v posledních letech. Zatímco v roce 2020 se do 61 dnů od hospitalizace událo 65 sebevražd, v roce 2022 jich bylo 102 (ibid.). Míra sebevražednosti po psychiatrické hospitalizaci tak dosahuje téměř dvacetinásobku míry sebevražednosti v běžné populaci (ibid.).

Kromě výše zmíněných tlaků je podle Horáka a Horákové (2009) **zásadní vztah liniových pracovníků vůči jejich nadřízeným, kteří oproti nim zastávají**

jiné zájmy. Ti se snaží prosazovat cíle organizace a veřejných politik, a proto usilují o co nejmenší autonomii liniových pracovníků v rozhodování (ibid.). Linioví pracovníci se oproti tomu zaměřují na individuální přístup ke klientům/pacientům, k čemuž potřebují maximální autonomii, která se neřídí rigidními pravidly (ibid.). Horák a Horáková (2009) uvádí, že v takovém případě linioví pracovníci preferují profesionální přístup, kdy sledují principy, normy a hodnoty své profese, oproti byrokratickému přístupu, který zdůrazňuje legální a organizační postupy kopírující pravidla organizací a nastavených politik. Hughes a Condon (2016) potvrzují, že i ve zdravotnické praxi pracovníci vnímají nesoulad mezi tím, co jim bylo nařízeno poskytovat, a tím, co by si přáli klientům nabízet, např. jsou omezeni počtem intervencí, které mohou mezi své pacienty rozdělit.

Pro konkrétnější představu, co všechno má odborník na duševní zdraví zvládat, uvádím mezinárodní standardy psychiatrické péče, které plynou z doporučení Union European of Medical Specialists, neziskové organizace působící na úrovni EU (Bankovská Motlová et al., n.d.). Psychiatr by měl být expertem, který prokáže jak diagnostické, tak terapeutické dovednosti a zároveň zohlední sociální kontext pacientovy situace. Psychiatr musí umět správně komunikovat s pacientem, jeho rodinou a u toho být empatický a vzbuzovat důvěru. Základní dovedností psychiatra je také týmová spolupráce, kdy musí znát kompetence dalších členů týmu, jako jsou sociální pracovníci, zdravotní sestry, psychologové a jiní. Psychiatr dále musí nakládat s časem a zdroji efektivně tak, aby vyvážil péči o pacienty, sebevzdělávání a osobní život. Mimo jiné musí obhajovat práva lidí s duševním onemocněním a kontinuálně se vzdělávat tak, aby v praxi podával co nejlepší výkony. V neposlední řadě psychiatr musí vystupovat profesionálně. (Bankovská Motlová et al., n.d.)

Jinými slovy se po liniových pracovnících chce, aby ke klientům přistupovali individuálně a činili rozhodnutí ve shodě s profesními normami za respektování daných pravidel a plnění všech požadavků organizace (Hudson, 1997). Kvůli tomuto nátlaku se linioví pracovníci často uchylují ke zjednodušování své práce pomocí tzv. **copingových mechanismů, čímž ovlivňují výslednou podobu veřejných politik, které realizují** (Lipsky, 1980). V průběhu času si liniový pracovník vytvoří své vlastní mechanismy, např. **vytváří standardizované zdroje**

informací o klientech, pomocí kterých může dojít k rychlým, zjednodušeným rozhodnutím (ibid.). Hughes a Condon (2016) upozorňují na skutečnost, že v důsledku vysoké pracovní zátěže zdravotníci přestávají vnímat pacienty jako individuální osoby, nýbrž je považují za úkoly, které je třeba splnit. V případě sebepoškozování může dojít k tomu, že odborník bez bližších informací označí adolescenta za pouze “vyhledávajícího pozornost”, nebo zrychleně dojde k závěru, že potřebuje hodně tlumících prášků. V tomto ohledu hraje roli **vztah mezi klientem a liniovým pracovníkem, kdy odborník nemůže poskytnout excelentní péči všem, a proto si na základě svých postojů a hodnot vybírá, komu tuto péči dá** (Lipsky, 1980). Stěžejní jsou vzájemné sympatie, předsudky pracovníka, ale i jeho představa o spolupráci klienta (ibid.). Pakliže se bude odborník domnívat, že s pacientem bude jednoduchá spolupráce, věnuje mu větší pozornost než jiným. Příkladem mohou být praktičtí lékaři, kteří jsou považováni za klíčové členy multidisciplinárních týmů v oblasti duševního zdraví (viz kap. 2.1.2), avšak v praxi vidíme, že se jejich činnosti spíše neúčastní, jelikož pro ně psychické zdraví není takovou prioritou (Farkač et al., n.d.). Další z copingových mechanismů může být využit v případech, kdy odborníci upřednostní svou autonomii před stanovenými pravidly. Pokud např. odborníci uznají, že daný pacient/klient potřebuje více jejich času, mnohdy mu ho dají, přestože mají interně stanovený čas, který mu mohou věnovat (Hughes a Condon, 2016). Při vysvětlení této situace pak „**ohýbají pravdu tak, aby se co nejvíce shodovala s cíli organizace** (ibid.).

Tyto mechanismy pro liniové pracovníky představují nejlepší možnou odvedenou práci, která zároveň respektuje tlaky a omezení, se kterými se musí denně vypořádávat (Lipsky, 1980). Především tyto strategie slouží k ospravedlnění rozhodnutí, která liniový pracovník činí v nejlepším zájmu svém, ale i organizace/veřejných politik a v neposlední řadě klientů. Na druhou stranu se těmito rutinními úkony liniový pracovník vzdaluje od svých původních ideálů, které měl se svou profesí spojené, což může způsobovat (a v mnoha případech také způsobuje) nespokojenost s prací a postupné vyhoření či odchod ze zaměstnání (Lipsky, 1980). Hughes a Condon (2016) potvrzují, že zdravotničtí pracovníci jsou při styku s realitou nuceni přizpůsobit svá původní očekávání spojená s širokou podporou veřejného zdraví a budováním vztahů s příjemci péče. Nedostatek personálu, nadměrná pracovní zátěž a nerealistické požadavky je vedou k tomu, že se zaměřují

spíše na reaktivní přístup k řešeným případům, namísto toho, aby byli proaktivní (ibid.).

3.1 Zákon o zdravotních službách

Jedním z klíčových faktorů, které ovlivňují pracovní podmínky, a tím chování liniových pracovníků, je platná, neustále se proměňující legislativa. Velmi důležitý je v této oblasti zákon o zdravotních službách, který stanovuje práva a povinnosti zdravotnických pracovníků. Níže zmíním ty informace z něj, které jsou relevantní pro mou diplomovou práci.

Paragraf č. 45: „(2) *Poskytovatel je povinen*

- f) *předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, je-li mu tento poskytovatel znám,*“ (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Tato povinnost zdravotnických pracovníků vyvolala mezi ambulantními psychiatry diskuze o tom, jak často musí zprávu praktickému lékaři zasílat (Švarc, 2013). Jedná se totiž o činnost, která do jejich každodenní práce přináší povinnost navíc. Paragraf je zároveň příkladem situace, kdy si zdravotničtí pracovníci mohou zákon interpretovat po svém. MUDr. Jiří Švarc z psychiatrické léčebny Bohnice říká, že v tomto případě je na místě používat zdravý rozum a informace poslat tehdy, kdy se stav pacienta změní natolik, že by to měl jeho praktický lékař vědět. Většina ambulantních psychiatrů se přitom na setkání odborné společnosti v roce 2012 domnívala, že pokud si to pacient přeje, nemusí informace o jeho zdravotním stavu praktickému lékaři zasílat vůbec. (Švarc, 2013)

- g) *„předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi,*“ (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Tato část zákona klade důraz na návaznost péče a předávání informací mezi jednotlivými aktéry systému, které však dle zmapované situace nefungují efektivně, např. vzhledem ke stále narůstajícímu počtu sebevražd vykonaných bezprostředně po

propuštění z psychiatrické hospitalizace (Rýdlo et al., 2024).

Paragraf č. 46: „(1) Poskytovatel je povinen zajistit

- *c) aby byl pacient informován o dalších zdravotních službách a dalších možných sociálních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zejména o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace,“ (Zákon č. 372/2011 Sb.).*

V souvislosti s předchozím odstavcem i tento paragraf cílí na návaznost služeb. Tentokrát zdůrazňuje povinnost zdravotnického pracovníka informovat pacienta o jeho dalších možnostech v souvislosti s jeho zdravotním stavem.

4 Sebepoškozující se adolescenti v systému péče

V předchozích kapitolách bylo popsáno, jaké kroky Česká republika přijala k prevenci sebepoškozování a jakou roli v tomto hrají odborníci jakožto linioví pracovníci. Neméně důležitou součástí jsou ale ti, kteří tyto služby konzumují. Čtvrtá kapitola proto přináší **zahraniční přehled zkušeností sebepoškozujících se adolescentů se systémem péče a odborníky na duševní zdraví**. Nejprve uvádím zjištění klíčová pro pochopení celkového kontextu spojená s pohledem společnosti na sebepoškozování, s bariérami ve vyhledání pomoci a s rolí blízkých osob adolescentů v kontextu systému péče, a nakonec představuji negativní a pozitivní zkušenosti sebepoškozujících se adolescentů s odborníky. Pro lepší přehlednost pak na konci kapitoly shrnuji výsledky dosavadního poznání zahraničních studií (viz tabulka č. 1). Ještě před shrnutím dosavadního poznání se však v krátkosti věnuji designu zaměřenému na člověka, na jehož základní myšlenka je postavena tato práce.

4.1 Design zaměřený na člověka

Klienty služeb se zabývá **design zaměřený na člověka** (Human-Centered Design, dále jen HCD), kterým byla tato práce částečně inspirována, jelikož se hojně využívá i v kontextu zdravotnických služeb (UNICEF, n.d.). HCD vychází z přesvědčení, že navrhovaná (veřejněpolitická) řešení musí reflektovat potřeby, sny a chování těch, kterým jsou určeny (IDEO, 2013). Díky tomu, že budeme naslouchat potřebám klientů, můžeme vytvářet taková řešení, která jsou ve výsledku efektivní a dlouhodobě udržitelná (ibid.). Tento design využívá trojí optiky – to, co je žádoucí, se snaží přetvořit do takových řešení, která jsou technicky i organizačně proveditelná a zároveň finančně životaschopná (ibid.). Jenže zmíněné **potřeby a přání příjemců služeb někdy bývají velmi hluboce zakořeněné**, a tudíž s nimi nelze nijak pracovat. V kontextu zdravotnictví se např. řeší, **proč klienti nevyhledávají zdravotnické služby, přestože jsou dostupné** (UNICEF, n.d.). HCD se proto snaží klienty přimět k tomu, aby daná **přání, překážky atd. pojmenovali vlastními slovy tím, že převypráví své individuální zkušenosti a příběhy** (IDEO, 2013). Díky tomu mohou tvůrci politik lépe porozumět bariérám klientů při vyhledávání zdravotnických služeb, a tím pádem navrhnout změny v kontextu přímé práce s klienty, jako je třeba kvalita služeb či vstřícnost pečovatelů apod. (UNICEF, n.d.).

4.2 Sebeпоškozování pohledem společnosti

Nielsen a Townsend (2018) ve své studii uvádí, že **společnost nerozumí tomu, proč se adolescent sebeпоškozuje, pokud ho k tomu vedou interpersonální motivace**. Nejčastěji se jedná o situace, kdy se adolescent snaží skrze sebeпоškozování navázat kontakt se svým okolím a poukázat na své pocity, což je mnohými lidmi označováno jako “volání o pozornost”, přestože se často jedná o “volání o pomoc”. Navíc by **respondenti takovému člověku spíše aktivně nepomohli na rozdíl od někoho, kdo se sebeпоškozuje, ale nemá potřebu to veřejně ukazovat** (ibid.). Autoři studie proto dochází k závěru, že právě tito adolescenti mohou být považováni za ty, kdo nepotřebují podporu, což vede k podceňování a ignorování jejich chování (ibid.). I jiné studie (Knowles et al., 2012; McCann et al., 2007) uvádí, že interpersonální motivy jsou lidmi vnímány jako pokusy o manipulaci či snahy o upoutání pozornosti. Za zmínku také stojí, že **pokud respondenti věděli, že adolescent nemůže za svůj horší psychický stav** (například v důsledku sexuálního napadení), **považovali sebeпоškozování za přijatelnější oproti případům, kdy příčina nebyla známa nebo se zdála, že ji má adolescent pod kontrolou** (Nielsen a Townsend, 2018).

4.3 Vyhledání (odborné) pomoci sebeпоškozujícími se adolescenty

Je zajímavé, že třetina až polovina adolescentů, kteří se sebeпоškozuji, nikdy **žádnou pomoc nevyhledají** (Rowe et al., 2014). Pro některé totiž sebeпоškozování představuje efektivní cestu, jak se vyrovnat se svými emocemi, a proto odbornou pomoc nevnímají jako potřebnou (Wang et al., 2023). Někteří pak o sebeпоškozování s nikým mluvit nechtějí, anebo o něm nejsou schopni mluvit (Wadman et al., 2018). **Pokud se pomoc rozhodnou vyhledat, většinou se spoléhají na přátele či rodinu** (Rowe et al., 2014). V menší míře pak adolescenti vyhledávají pomoc u psychologů či psychiatrů, učitelů, sociálních pracovníků nebo praktiků, v nejmenší míře se obracejí rovnou na nemocnice (ibid.).

Za zmínku stojí, že **většina bariér ve vyhledání pomoci v souvislosti se sebeпоškozováním je spíše interpersonálního než intrapersonálního charakteru** (Rowe et al., 2014). Intrapersonální bariéry mohou být dány např. introvertní povahou adolescenta nebo jeho aktuálním rozpoložením. Interpersonální faktory jsou naopak spojeny s mezilidskými vztahy (WHO, 2019). Nejčastěji se proto adolescenti bojí reakce druhých, tj. stigmatizace, porušení důvěrnosti či toho, že budou

považování za někoho, kdo vyhledává pozornost (Rowe et al., 2014; Wadman et al., 2018). Hojně zmiňovanou překážkou je také stud, který adolescenti pociťují v souvislosti se sebepoškozováním, a tak se vyhledání pomoci vyhýbají, protože nechťejí vyčnívat, nechťejí, aby si o nich druzí mysleli špatné věci nebo aby je různě “nálepkovali” (Rosenrot a Lewis, 2020). Adolescenti se také svým nejbližším spíše nesvěří proto, že je chtějí chránit před negativními emocemi spojenými se sebepoškozováním (Wadman et al., 2018; Rosenrot a Lewis, 2020). Pokud adolescenti vědí, že jsou jejich blízcí psychicky přetížení, nechťejí situaci ještě zhoršit tím, že pro ně budou představovat další přítěž, naštvou je, zklamou nebo jim způsobí bolest (Wadman et al., 2018; Rosenrot a Lewis, 2020).

Wang et al. (2023) dále vyzpovídali adolescenty současně absolvující svou první léčbu v souvislosti se sebepoškozováním, tudíž na tyto bariéry nahlíželi zpětně. Respondenti se mimo jiné **báli kritiky ze strany své rodiny**, protože mnoho rodičů vnímalo sebepoškozování jako známku nevyspělosti a špatného chování, přičemž adolescenty ve vyhledání odborné pomoci nepodpořili. Dále se respondenti **obávali, že svým rodinám přitíží** jak po časové a finanční, tak i psychické stránce. Někteří adolescenti se zároveň **báli vedlejších účinků léčby** v podobě medikace nebo toho, že jakmile jednou vyhledají odbornou pomoc, stanou se na ní závislí. Jako jednu z dalších bariér adolescenti zmiňovali **strach z nemocničních podmínek**, které by mohly jejich psychický stav ještě zhoršit. Velká část adolescentů rovněž přiznala, že odbornou pomoc nechťela vyhledat, protože se domnívala, že své problémy vyřeší cestováním či nakupováním. (Wang et al., 2023)

Co naopak adolescenty motivuje vyhledat odbornou pomoc, je pocit, že si o svých problémech mohou promluvit s někým důvěryhodným, komu mohou věřit a kdo s nimi bude empaticky zacházet (Rowe et al., 2014). Důležitá je role důvěry specificky u adolescentů, kteří vyrůstali bez svých biologických rodičů (Wadman et al., 2018). Pakliže se tito mladí lidé nesvěří ani sociálním pracovníkům, kteří s nimi denně pracují například v dětských domovech, s důvěrou v lékařské odborníky je to pro ně mnohem složitější (ibid.).

4.4 Zkušenosti sebepoškozujících se adolescentů s reakcemi blízkých

Pokud se i přes prvotní skepsi rozhodne adolescent svěřit, často tak učiní v kruhu

rodiny či blízkých. Někteří adolescenti uvádí, že se setkali s podpurnými reakcemi ze strany rodiny i přátel; ti jim zejména naslouchali, soucítili s nimi nebo jim poskytli pomoc (Tan et al., 2024). Jak ale naznačují závěry odborných studií, **většina adolescentů zažívá od rodičů velmi šokované, naštvané, ustrašené či smutné reakce**, v horším případě rodiče adolescenty ignorují, odsuzují nebo zcela odmítají (Tan et al., 2024; Wadman et al., 2018). Někteří rodiče a blízcí adolescenty **označují za sobce či blázny, což mnohdy vede k jejich uzavření a odmítnutí se svěřit komukoliv jinému** (Tan et al., 2024; Rosenrot a Lewis, 2020). Podobné rozepře v souvislosti se sebepoškozováním dokonce adolescenty mnohdy doženou k tomu, že se znovu sebepoškodí (Wadman et al., 2018).

Sami rodiče potvrzují, že pokud si sebepoškozování u svého dítěte všimnou, spíše s řešením situace otálejí, pozorují ji z dálky (Oldershaw et al., 2008; Townsend et al., 2023) a následně prožívají smutek, zklamání, šok nebo i strach (Oldershaw et al., 2008; Ferrey et al., 2016). Townsend et al. (2023) navíc doplňují, že se rodiče často potýkají s úzkostí, zmatením a naštváním. Někteří rodiče zároveň zlehčují význam sebepoškozování a považují ho za přechodné období nebo dokonce módní záležitost (Wadman et al., 2018; Oldershaw et al., 2008). Sami rodiče zmiňují, že pro ně byla klíčová pomoc ze strany odborníků či školy, a proto nedostatečná podpora těchto aktérů může celý léčebný proces zpomalit (Oldershaw et al., 2008; Raphael et al., 2006).

Podpurné reakce pak přicházejí spíše od přátel, kteří jim jsou emocionální oporou, umí naslouchat, ale zároveň se aktivně zajímají (Wadman et al., 2018). Mnohdy se navzájem podporují přátelé, kteří se sebepoškozují, a tak rozumí, čím si druhý prochází. Část respondentů však uvedla, že i jejich přátelé se nezachovali tak, jak by potřebovali, naopak byli šokovaní, odmítaví a někdy svými komentáři adolescenty ranili. To je vedlo k tomu, že si dávali větší pozor na to, komu se příště svěří. (Wadman et al., 2018)

4.5 Zkušenosti sebepoškozujících se adolescentů s reakcemi odborníků

V této podkapitole se budu nejdříve zabývat negativními zkušenostmi adolescentů s reakcemi odborníků s důrazem na systém péče jako celek a individuální přístup odborníků a následně shrnu pozitivní zkušenosti adolescentů, které se pojí převážně

s konkrétními odborníky. Nakonec pak uvedu pozitivní zkušenosti s odborníky pohledem sebepoškozujících se lidí napříč generacemi.

4.5.1 Negativní zkušenosti

Zkušenosti adolescentů s odborníky se velmi liší. Někteří uvádí, že je **odborné služby zklamaly jako systém**; zmiňují dlouhou čekací dobu či nedostatečný počet sezení (Wadman et al., 2018). Někteří adolescenti vnímají, že jsou jim **opakovaně nabízena stejná řešení, která nemají žádný efekt** (Wadman et al., 2018; Hunter et al., 2013). Takové jednání ze strany odborné péče v adolescentech prohlubuje pocity beznaděje, protože jsou např. opakovaně posíláni k praktickému lékaři, což považují za neefektivní (Hunter et al., 2013). V tomto směru adolescenti byli zklamaní, nebo se dokonce cítili odmítnutí, když **nedostali dostatek prostoru vyjádřit, co je trápí** (Wadman et al., 2018). Adolescenti se dále často potýkají s frustrací z **nedostatku porozumění** a vyžadují, aby odborníci **nejdříve naslouchali a až poté navrhovali řešení** (Tan et al., 2024). Odborný systém podle adolescentů často **neposkytuje kontextualizovanou a individuální péči** (Tan et al., 2024; Hunter et al., 2013). Adolescenti například mají pocit, že se jich odborníci chtějí zbavit předepsáním prášků, aniž by se snažili reflektovat specifické potřeby klienta (Hunter et al., 2013). Podobné zkušenosti v adolescentech **vyvolávají pocit, že nejsou hodni pomoci**, v horším případě nedovolí odborníkům, aby s nimi navázali hlubší vztah (Wadman et al., 2018).

Negativní zkušenosti adolescenti rovněž mají s **individuálním chováním některých odborníků**. Například uvádí, že se k nim **personál choval povýšeně** a jednal s nimi jako s malými dětmi, přestože některým bylo kolem šestnácti, osmnácti let (Wadman et al., 2018). Respondenti zmiňují, že na ně odborníci zkoušeli **příliš dětské techniky** nebo jim **dostatečně nenaslouchali, převraceli jejich slova a neprojevovali zájem** (Wadman et al., 2018; Hunter et al., 2013). Mnoho z nich tak cítí, že musí “bojovat” o to, aby je někdo bral vážně, projevil skutečnou starost a neignoroval jejich potřeby (Hunter et al., 2013). Někteří pak **vyhledání odborné pomoci považují za ztrátu času, jelikož odborníci podle nich nedělají nic proto, aby jim pomohli** (Hunter et al., 2013; Wadman et al., 2018). Dále adolescenti uvádějí, že sami sebe začali ponižovat poté, co je za jejich činy soudil odborník (Hunter et al., 2013). Dokonce i podle některých rodičů **lékaři banalizovali**

problémy adolescentů, přičemž jim neposkytli adekvátní péči (Townsend et al., 2023). Například nevhodně komentovali věk adolescenta, odsuzovali jeho činy a zlehčovali celou situaci (ibid.).

4.5.2 Pozitivní zkušenosti

Adolescenti však mají také pozitivní zkušenosti s odborníky. Ty jsou většinou přičítány konkrétním lidem v rámci systému péče. Respondenti považují za podpůrné, když **odborník zachová klidnou hlavu a je přirozený**, což je uklidňuje, na rozdíl od někoho, kdo reaguje příliš emotivně (Tan et al., 2024). Dále adolescenti zejména **oceňují snahu odborníků o navození příjemné atmosféry**, ve které se o sebeпоškozování **nebojí mluvit a mají prostor pro sebevyjádření** (Wadman et al., 2018). Pro mnoho adolescentů je tento prostor důležitý, jelikož si nemají s kým jiným o svých trápeních promluvit (Hunter et al., 2013). Adolescenti také oceňují, když s nimi **odborníci hovoří s respektem, starají se a jejich činy neodsuzují** (ibid.). Tan et al. (2024) navíc zmiňují, že pro adolescenty je důležité, aby odborník **otevřeně naslouchal a porozuměl jejich individuálním potřebám**. Pro některé adolescenty je také velmi důležité cítit, že odborník **uznal jejich situaci jako legitimní a hodnou odborné péče**, jelikož se často stydí nebo cítí vinu za to, že pomoc vyhledali (Hunter et al., 2013). Adolescenti také oceňují, když v nich **odborník probudí naději na lepší budoucnost a povzbudí jejich sebevědomí** (ibid.).

Sass et al. (2022) se ve svém systematickém přehledu rovněž zaměřují na pozitivní aspekty odborné péče, avšak tentokrát pohledem sebeпоškozujících se lidí napříč generacemi. Autoři například zjistili, že sebeпоškozující se klienti oceňují, když **na své problémy nemusí být díky odborníkům sami a mají si s kým otevřeně promluvit**. Z těchto zjištění vyplývá, že sebeпоškozující se lidé se nechtějí spoléhat na své příbuzné či známé, protože se obávají poškození vztahů s nimi, nebo si nejsou jisti, do jaké míry by jim byli schopni pomoci. To je v rozporu se zjištěními Rowe et al. (2014), kteří tvrdí, že adolescenti se raději spoléhají na své přátele a rodinu. Respondenti především **oceňují kvalifikovanou odbornost, zkušenosti profesionálů a pocit bezpečí**, který díky odborné péči nabývají. Sebeпоškozující se lidé rovněž vyzdvihují situace, kdy **odborníci legitimizují jejich pocity tím, že je uznají a „normalizují“**, čímž klientům dávají najevo, že nejsou sami, kdo podobné

pocity zažívá. Ukazuje se, že si respondenti cení toho, když v ně **odborník věří, čímž posiluje jejich sebedůvěru**. Kromě důvěry respondenti vyžadují, aby jim **odborníci naslouchali a poskytovali jasnou zpětnou vazbu**, čímž klienti získávají pocit, že na nich odborníkům záleží a chtějí jim pomoci. (Sass et al., 2022)

4.6 Role odborníků při rozhodnutí adolescenta vyhledat pomoc

Ukazuje se, že **interakce mezi odborníkem a sebepoškozujícím se adolescentem má zásadní význam pro utváření budoucích záměrů adolescenta vyhledat pomoc**. Hunter et al. (2013) dochází k závěru, že účastníci, kteří hodnotili odborníky jako **neposuzující a empatické, jsou otevřeni tomu v budoucnu vyhledat odbornou pomoc**. Na druhou stranu adolescenti, kteří vnímali odborníky jako **odsuzující a odmítavé, přerušili léčebný proces nebo považovali další vyhledání odborné pomoci za velmi obtížné** (ibid.). Tan et al. (2024) dochází k podobným závěrům, tedy že pečující, kteří neprojevili skutečný zájem adolescentům pomoci a nerespektovali jejich individuální potřeby, byli klienty považováni za odmítavé. Opakující se zkušenosti klientů s takovou léčbou způsobily jejich frustraci a odpojení se od odborných služeb (ibid.). Rovněž adolescenti, kteří během odborné péče zažili tvrdou kritiku, odsuzující poznámky typu “vyhledáváte pozornost” a nesouhlas, se cítili zranění a ustoupili od léčby, přičemž u některých se dokonce zvýšilo nutkání si ublížit (ibid.). Takové zjištění potvrzují i Hunter et al. (2013), kteří tvrdí, že pokud se adolescenti během péče cítili být ponižováni a souzení za své činy, jejich budoucí snahy vyhledat odbornou pomoc byly výrazně negativně ovlivněny.

Tabulka 1: Shrnutí výsledků dosavadního poznání

Téma	Klíčové poznatky
Vyhledání (odborné) pomoci	Třetina až polovina adolescentů, kteří se sebepoškozují, nikdy žádnou pomoc nevyhledá. Pokud se rozhodnou vyhledat pomoc, obracejí se především na přátele nebo rodinu. Bariéry pro vyhledání pomoci: strach z reakce druhých, stud, ochrana druhých před negativními emocemi. Motivace pro vyhledání pomoci: důvěryhodnost druhého člověka, empatické zacházení, potřeba si o problému promluvit.
Reakce blízkých	Rodiče: Časté reakce zahrnují šok, smutek, vztek, strach a pocity viny. Někdy mohou problém bagatelizovat nebo být odmítaví. Přátelé: Nejčastěji poskytují podporu a pochopení, ale mohou být i odmítaví nebo situaci zlehčovat.
Zkušenosti s odborníky	Negativní zkušenosti: Opakovaně stejná nefunkční řešení, nedostatek prostoru se vyjádřit, nedostatek porozumění, neosobní přístup, dětský přístup, nedostatek zájmu, pocit odsouzení. Pozitivní zkušenosti: Klidný přístup, vytvoření bezpečného prostoru pro sdílení, prostor pro sebevyjádření, respekt bez odsouzení, aktivní naslouchání, porozumění individuálním potřebám, aktivní zájem, validace problému, povzbuzení sebevědomí.
Vliv odborníků na budoucí vyhledání pomoci	Pokud adolescent zažije respektující a podporující přístup, je pravděpodobnější, že v budoucnu odbornou pomoc znovu vyhledá. Naopak negativní zkušenosti mohou vést k přerušení léčby, nedůvěře v odborníky a odmítání další pomoci.

Zdroj: Vlastní zpracování

5 Cíl a výzkumné otázky

Z výsledků zahraničních studií popsanych v přehledu stavu poznání vyplývá, že někteří adolescenti, kteří vyhledali odbornou pomoc v souvislosti se sebepoškozováním, se setkali s odmítavými reakcemi, což následně vedlo k jejich frustraci a odchodu ze služeb. Naopak pozitivní reakce odborníků, jako jsou upřímný zájem a empatie, tyto adolescenty mnohdy podpořily v léčebném procesu. Je tedy zřejmé, že konkrétní odborníci v praxi mohou svými reakcemi významně ovlivnit, zda nastavené veřejné politiky plní efektivně svou funkci, tedy že zamezují či alespoň omezují sklony adolescentů k sebepoškozování.

Závěry těchto výzkumných studií mě proto přivedly k zamyšlení, zda je situace v oblasti péče o duševní zdraví v Česku podobná. Z toho vyplynul i můj hlavní cíl práce, tedy **porozumět tomu, jak sebepoškozující se adolescenti v České republice vnímají interakce s odborníky, které požádali o pomoc**. Přestože chci částečně porovnat, zda se charakteristiky interakcí mezi odborníky a adolescenty ze zmíněných studií podobají českému kontextu, především chci interpretovat zkušenosti adolescentů, které se pojí s českým systémem péče. Sekundárním cílem této práce je totiž **popsat nezamýšlené efekty či dokonce selhání v oblasti péče o sebepoškozující se adolescenty, které se mohou projevit při kontaktu adolescenta se systémem péče**, přičemž je lze vnímat jako součást procesu implementace veřejných politik.

S těmito cíli se pojí následující **výzkumné otázky**:

- 1) Jak sebepoškozující se adolescenti v Česku interpretují dopady interakcí s odborníky na svá rozhodnutí, která činí v souvislosti s léčebným procesem?
- 2) Jaké interakce s odborníky sebepoškozující se adolescenti v Česku vnímají jako podpůrné v souvislosti s léčebným procesem?
- 3) Jaké interakce s odborníky sebepoškozující se adolescenti v Česku vnímají negativně v souvislosti s léčebným procesem?

V souladu s interpretativní fenomenologickou analýzou (viz níže) se tyto otázky zaměřují na to, jak sebepoškozující se adolescenti vnímali setkání s odborníkem/ky a jaký tomuto setkání zpětně přisuzují smysl. Formulace otázek vychází především z klíčových zjištění Rowe et al., 2014; Wadman et al., 2018; Hunter et al., 2013; Tan et al., 2024; Townsend et al., 2023 a dalších, se kterými budou výsledky mé práce

porovnány. Zároveň odpovědi na tyto otázky budou významné z pohledu teorie liniových pracovníků (Lipsky, 1980), kdy adolescenti mohou přinést unikátní pohled na interakci s odborníky. Ten může odhalit nezamýšlené efekty či selhání systému péče o sebepoškozující se adolescenty, a nasvítit tak proces implementace politiky péče o duševní zdraví z nové perspektivy.

6 Metodologie

K naplnění primárního cíle mé diplomové práce jsem zvolila cestu **interpretativní fenomenologické analýzy** (IPA), která se zabývá osobními zkušenostmi lidí při zátěžových situacích. Cílem IPA je porozumět tomu, jaké významy člověk přisuzuje situacím, které prožil, a jakým způsobem tyto významy utváří (Smith et al., 2009). IPA je vhodná zejména ve chvíli, kdy chce výzkumník nejen popsat, ale i interpretovat žitou zkušenost skupiny lidí. Ukrývá v sobě tři teoretické přístupy – fenomenologii, hermeneutiku a idiografii (Koutná Kostínková a Čermák, 2013). Principem IPA je zabývat se individuální zkušeností člověka s danou situací v určitém čase a kontextu (přínos fenomenologie), ale zároveň prim hraje výzkumníkova zkušenost s tématem a vzájemné působení mezi ním a zkoumaným člověkem (přínos hermeneutiky) (Smith, 2004). To znamená, že výzkumník své osobní postoje ke zkoumanému tématu neskrývá, naopak je využívá k pochopení a interpretaci významů, které účastník situaci přisuzuje. Popsaná zkušenost je pak společným výtvozem výzkumníka a účastníka, přičemž perspektivy obou z nich zůstávají oddělené (Koutná Kostínková a Čermák, 2013). Tato společná práce je založena na tzv. dvojité hermeneutice – respondent se pokouší porozumět svým prožitkům, zatímco výzkumník se snaží pochopit, jak k tomuto porozumění respondent dochází, čímž jeho zkušenost interpretuje (Smith, 2004). Idiografie pak přispívá detailním zaměřením na jedince, jehož náhled na zkoumanou problematiku je natolik bohatý, že má smysl zkoumat pouze jej (Smith et al., 2009). Jakmile výzkumník uzná, že dostatečně porozuměl perspektivě jednoho respondenta, může přejít k analýze dalšího (Smith, 2004).

6.1 Výběr respondentů

Výběrový soubor musí být podle IPA menší vzhledem k detailní analýze individuálních příběhů a zároveň musí dobře reprezentovat zkoumané téma (Smith et al., 2009). Výzkumník záměrně vybírá respondenty s homogenními vlastnostmi tak, aby odpovídaly výzkumnému záměru. Cílovou skupinu této diplomové práce tvoří dívky ve věku od 18 do 22 let, které se v minulosti sebepoškozovaly sebeřezáním, přičemž to pro ně bylo natolik závažné, že vyhledaly odbornou pomoc. Respondentky jsem sháněla přes sociální síť Instagram, kde jsem na svém účtu zveřejnila otevřenou výzvu k rozhovorům. Tuto výzvu následně přesdílelo několik účtů, mimo jiné

nevládní organizace jako Konsent či Prague Pride, nebo třeba studenti psychologie. Považovala jsem za důležité, aby se potenciální respondentky samy rozhodly, zda na mou výzvu odpoví, a proto jsem nikoho neoslovila napřímo. Nakonec jsem získala odpověď od 6 dívek (viz tabulka č. 2), které splňovaly stanovená kritéria.

Tabulka 2: Základní charakteristiky respondentek

Respondentka	Bydliště v době sebepoškození	Věk	Forma sebepoškození	Kontakt se systémem péče
Dívka č. 1	Praha	20	Řezání, PPP, sebebouchání, panické ataky, sebevražedné myšlenky	Nutriční terapie, čínská medicína, psychologie, ambulantní psychiatrie
Dívka č. 2	Praha	21	Řezání, PPP, sebepálení, rizikové užívání návykových látek, panické ataky, sebevražedné myšlenky	Psychologie, ambulantní psychiatrie
Dívka č. 3	Střední Čechy	22	Řezání, PPP, trhání vlasů, deprese, úzkosti, panické ataky, sebevražedné myšlenky	Pohotovost, ambulantní psychiatrie, psychoterapie
Dívka č. 4	Střední Čechy	20	Řezání, deprese, úzkosti, sebevražedné myšlenky	Ambulantní psychiatrie (online i osobně), psychoterapie (online i osobně), psychiatrická hospitalizace, centrum krizové intervence
Dívka č. 5	Střední Čechy / Praha	22	Řezání, PPP, deprese, pokus o sebevraždu, sebevražedné myšlenky	Psychologie, pohotovost, (nepsychiatrická) hospitalizace, ambulantní psychiatrie
Dívka č. 6	Morava	19	Řezání, rizikové sexuální chování, úzkosti	Psychoterapie

Zdroj: Vlastní zpracování

6.2 Příběhy respondentek

Pro doplnění kontextu v této kapitole představím všechny respondentky⁴ prostřednictvím krátkých příběhů, které mají čtenáře seznámit s okolnostmi, jež mohou k sebepoškozování vést, s formami sebepoškozování, ke kterým může adolescent inklinovat, a především s možnostmi (odborné) pomoci, na které se adolescent obrací. Tyto kazuistické příběhy tak poskytují důležitou oporu pro analytický přístup, který aplikuji v dalších kapitolách.

Dívka č. 1

Emma byla vždy perfekcionistka. Už ve 12 letech začala mít problémy s jídlem. Přestože byla hubená, chtěla být ještě hubenější jako holky z Instagramu. Když měla pocit, že jedla „špatně“, přepadaly ji výčitky a nutkání si ublížit. Nejprve těmto pocitům odolávala, ale jednou to podle svých slov s jídlem přehnala natolik, že k sebepoškození přistoupila. Ne proto, aby ukončila svůj život, ale jako formu trestu. Rychle však zjistila, že jí sebeřezání nepřináší úlevu. Z donucení matky tehdy navštívila nutriční specialistku i gynekoložku, které jí vysvětlily, proč musí začít více jíst. Kromě malého množství tuku v těle totiž Emma kvůli nedostatku živin ztratila menstruaci a pozastavil se i její růst. Na základě těchto informací si uvědomila, že její vztah k jídlu už není jen o kráse, ale že ovlivňuje i její zdraví. Začala chodit do posilovny, kde ovšem nezdravě cvičila, a jedla více, než by bylo potřeba. Na nějakou dobu tento vzorec chování opustila, ale když jí bylo 15, vrátil se v nové podobě.

Přijímací zkoušky na střední školu Emmu velmi stresovaly. Tentokrát už říznutí na stehně nevnímala jako formu trestu, spíše chtěla vyzkoušet, jaký je to pocit si něco takového udělat. Ani tentokrát jí ale sebepoškozování neulevilo, naopak její psychický stav se začal zhoršovat. Měla myšlenky na sebevraždu, objevily se u ní panické ataky – ne jednou za čas, ale několikrát denně. Když se sebepoškodila, měla strach, že se jí do rány dostane infekce. Na jednu stranu jí myšlenky na smrt byly blízké, na druhou stranu ji děsilo, jak snadno by mohl její život skončit. *„Já vím, že to je trošku trapný, ale v patnácti letech jsem potřebovala mamku u sebe v posteli, abych měla jistotu, že se ráno probudím, že třeba mě začne budit, když se budu dusit*

⁴ Za účelem zachování anonymity respondentek, při současném udržení autenticity jejich příběhů, jsou v textech použita fiktivní jména.

v noci.“ Emma se později matce svěřila. I přes mírně emotivní reakci svou dceru podpořila, a když už situace začala být neúnosná, vzala ji za odborníky.

Nejprve se společně vydaly cestou **čínské medicíny**. Akupunktura a bylinné směsi však Emma nevnímala jako nápomocné, a spíše jí přišlo, že s nimi ztrácí svůj čas. Poté následovalo **několik návštěv psychologů**. Mnozí jí říkali, že její potíže jsou „jen“ součástí puberty, a proto je nechtěli řešit medikací, ale pouze dalšími sezeními. Jenže Emma si s nimi nechtěla dál povídat, chtěla léky, které jí pomohou hned. Nakonec našla psychologku, která jí vysvětlila podstatu jejích úzkostí a panických stavů, a co bylo nejdůležitější – doporučila jí návštěvu psychiatra.

Psychiatrická léčba byla pro Emmu klíčová. Dostala léky, které pomohly stabilizovat její psychiku, a i když vedlejší účinky nebyly vždy příjemné, situace se postupně začala zlepšovat. V 18 letech si však našla přítele s duševními problémy a sama se vrátila k určitým formám sebepoškozování – měla problémy s jídlem nebo se třeba bouchala do takové míry, že jí po ránách zůstávaly modřiny.

Dnes, ve 20 letech, se Emma na svou minulost dívá s odstupem. Uznala, že její problémy mohly být spojené s pubertou a že by je dnes řešila jinak, to však nemění nic na tom, že tehdy potřebovala pomoc, která se jí delší dobu nedostávala. Přestože stále dochází k psychiatrovi, který jí upravuje léčbu podle potřeby, už netrestá své tělo za emoce, které prožívá. Našla si jiné způsoby, jak zvládat stres, a i když občas přijdou těžké chvíle, ví, že na ně není sama.

Dívka č. 2

Jitce bylo přibližně třináct let, když na internetu narazila na Modrou velrybu, která nabádala mladistvé k sebepoškozování. Nejdříve nechápala, co na tomto trendu všichni vidí, avšak později podlehl a rozhodla se, že se poškrábe nůžkami. Ze začátku šlo však spíše o způsob, jak upoutat pozornost okolí. „*Tím, že jsem to ukazovala i holkám ze třídy, tak se o to taky začaly zajímat. Věděla jsem, že to je špatně, takže jsem si to přestala dělat na nějakou dobu.*“

Zásadním zlomem byla zkušenost Jitky se školní šikanou. Poté, co se rozešla s chlapcem, se kterým krátce chodila, se proti ní otočili i její spolužáci. „*Jeden den mi napsal, jaká jsem ta největší kur** a že toho budu litovat. Pak proti mně poštvál všechny moje kamarády, kteří ho znali, že mi psali, jaká jsem p***, jaká jsem kun***“

a takový. (...) Dokonce na mě flusali na chodbách.“

Jitka se postupně izolovala a její úzkost narůstala. Tehdy si vzpomněla na Velrybu a k sebepoškozování se vrátila, jenže tentokrát s větší intenzitou. Už jí nešlo o pozornost, sebeřezání pro ni představovalo úlevu od všeho stresu. Matka si změň v jejím chování všimla. Když poprvé zahlédla jizvy na dceřiných rukou, začala brečet. Nedokázala pochopit, proč si Jitka ubližuje, a domnívala se, že jde o „módní trend“ mezi mladými. Jitka se s ní o svých problémech odmítala bavit – měla pocit, že by jí matka stejně nerozuměla. Její nevlastní otec dokonce později odstranil zámek z koupelny, aby si tam už nemohla ubližovat.

Jednoho dne spolužačky našly Jitku na toaletách s čerstvými ranami na zápěstí a rozhodly se problém nahlásit učitelce. Škola následně kontaktovala její matku, která Jitku konečně poslala ke **školní psycholožce**. Zpočátku ale odmítala spolupracovat; lhala, že žádné problémy nemá. Říznutí žiletkou se pro ni stalo drogou, ale postupem času jí přestalo stačit, a tak začala sahat po alkoholu, cigaretách i marihuaně v partě starších „kamarádů“. Nejprve si myslela, že jí tento styl života pomáhá, ale brzy se dostala do fáze, kdy bez alkoholu nedokázala normálně fungovat. Panické ataky se staly běžnou součástí jejího života, ale tehdy měla vůbec tu nejsilnější. Jitka pochopila, že potřebuje opravdovou pomoc, a vyhledala **psychiatricku**. Avšak matka s podáním léků nesouhlasila, a tak se jí odbornější péče nedostalo.

Nakonec se Jitce podařilo dostat z nejhoršího období díky sestře a neteři, která se v té době narodila. Právě myšlenka na to, že pro ni chce být vzorem, jí pomohla postupně přestat se sebepoškozováním. Dnes, po několika letech, stále čelí občasným nutkáním, ale naučila se s nimi pracovat a o svých problémech mluví otevřeně.

Dívka č. 3

Simona už od dětství slýchávala od své rodiny nevhodné poznámky na svůj vzhled a nedostávalo se jí žádného uznání. „*Od rodičů jsem nikdy neslyšela, že by na mě byli pyšní nebo že bych něco dělala dobře. Táta dělal úplný hovno, řval na mě a pak jsme všechno dělali s bráchou. Jsme tam dělali takový sluhy trošku, furt se na nás doma řvalo.*“

V šesté třídě si všimla, že jedna z jejích kamarádek rychle zhubla a získala tím pozornost okolí. Simona si tak začala spojovat štíhlost s hodnotou. Přes léto hodně zhubla a když si toho lidé začali všimát, připadala si konečně viděná. Jenže brzy se tento pocit zvrhl v začarovaný kruh; období přísné kontroly jídla střídaly úzkosti, nenávisť k vlastnímu tělu a touha se potrestat.

První sebepořezání přišlo v momentě, kdy už se na sebe Simona nemohla podívat do zrcadla. V koupelně objevila žiletku a ublížila si. Když její přítel zjistil, co dělá, byl na ni naštvaný a prosil ji, ať přestane, ale to nezabralo. Ačkoli věděla, že potřebuje pomoc, dlouho se zdráhala si o ni říct. Nakonec sebrala odvahu a řekla to matce – naznačila své deprese, zmínila problémy s jídlem a požádala, aby ji objednala k odborníkovi. Matka slíbila, že něco najde, ale nikdy to neudělala. Simona to zkoušela opakovaně, ale odpovědí jí byla jen podrážděná reakce. Tento nezáměr v ní jen posiloval přesvědčení, že ji rodiče nemají rádi a že nestojí za to, aby jí někdo pomohl.

Situace se dostala do bodu, kdy Simona přemýšlela pouze nad tím, jak ukončit svůj život. Když jednou jela v autě s otcem, rozhodla se mu vše říct. Na rozdíl od matky okamžitě zareagoval a hned ji odvezl na **pohotovost**. Tam si ji vyslechli, diagnostikovali úzkostně-depresivní poruchu a předepsali silné léky. Ty ji sice uklidnily, ale zároveň způsobily závislost, kterou musela později řešit se svou novou **psychiatričkou**. Ta se zděsila, když viděla dávkování předepsaných léků, a Simona tak zahájila odvykání.

Psychiatrička jí nejen nastavila léčbu, ale také ji poslala na terapii. **Terapie** jí pomohla pochopit vlastní myšlenky a emoce a naučila se s nimi pracovat. Přestože stále bojuje s úzkostmi a má tendence k sebepoškozování, už ví, že existují jiné cesty. Hledá další formy terapie a učí se, že si zaslouží pomoc a pochopení. A i když její cesta k uzdravení stále pokračuje, už ví, že na ní není sama.

Dívka č. 4

Nikola byla mladou dívkou, která na sebe odjakživa měla velké nároky. Snažila se excelovat ve škole, cítila tlak spojený s přijímačkami na střední, jezdila na pěvecké soutěže, chodila na brigády. To vše se ale nakonec ukázalo jako příliš velké břemeno a Nikola začala pociťovat přetížení a úzkosti. Začala přemýšlet o tom, jaké by to bylo si ublížit, a co víc, jaké by to bylo nebýt.

Přelomový okamžik nastal v době, kdy se Nikola dostala do izolace kvůli pandemii covid-19. Distanční výuka jí přinesla určitou úlevu, neboť tím získala trochu prostoru, aby si srovnala myšlenky a nabrala síly. Po několika týdnech se však její duševní zdraví začalo zhoršovat. K úzkostným a depresivním stavům se přidala intenzivní potřeba si ublížit nebo se potrestat, a tak se Nikola poprvé poškrábala nůžkami na manikúru.

S přicházejícím jarem si Nikola uvědomila, že její škrábance na rukou budou vidět, a tak jeden večer napsala své matce zprávu, kde se jí se svými problémy svěřila. *„Díky bohu to začala brát vážně, protože věděla, že tohle už není jenom nějaký pubertální výlev, ale že je to asi něco vážnějšího.“* Matka své dceři tehdy domluvila online sezení s **psychiatrickou**, která jí předepsala antidepresiva a Nikola se začala léčit. Jenže její stav byl horší, než si sama uvědomovala. *„Jak šel čas, tak jsem objevila v uvozovkách kouzlo žiletek. Nejdřív to bylo třeba jednou za dva týdny, pak jednou za týden, pak dvakrát týdně. Prostě intervaly se zkracovaly a já už jsem se potom dostala do bodu, kdy jsem to dělala na místech, který nebyly zas tak vidět – nahoře na rukou nebo na stehnech – který se daly zakrýt. Mamce jsem se svěřila vždycky jenom zčásti a začala jsem hodně lhát.“*

Jednou, když už se Nikola řízla hlouběji, sama uznala, že odbornou péči potřebuje. Kromě toho, že chodila častěji k psychiatrice, začala docházet i na **terapie**. Její psychický stav se začal zlepšovat. Sebepoškozování z části nahradila kouřením či energetickými nápoji. Časem se však přestala její léčba posouvat, a tak se Nikola nechala na doporučení psychiatricky **hospitalizovat**. Po třech týdnech se vrátila zpět domů, rutinní úkony jí pomáhaly zapomenout na nutkavé myšlenky a její duše se začala uzdravovat. S příchodem maturitního ročníku však Nikola opět pocítila velký tlak, a tak navštívila **krizové centrum**. *„Tam si se mnou promluvíli a nasadili mi nějaký SOS lék, když mi třeba bylo nejhůř. Nenechávali si mě tam, prostě jsem potřebovala v tu chvíli jenom povzbudit.“*

Naposledy se Nikola pořezala zhruba rok před naším rozhovorem. Okamžitě se však zastavila, protože věděla, že podobné chování nikam nevede. Motivací jí byla hlavně její rodina, které už dál nechtěla ublížovat. Přestože někdy na sebepoškození stále myslí, vnímá, že už je její minulostí.

Dívka č. 5

Přestože Ester měla na vysvědčení vždy samé jedničky a byla úspěšná ve sportu, nikdy si nepřipadala dost dobrá. Ani šikana ve škole jí sebevědomí nezvedala. Čím dál častěji ji proto napadalo, že by její rodiče byli šťastnější s jiným, „lepší“ dítětem. Ve třinácti letech pak začala jako gymnastka experimentovat s dietami, protože si nepřipadala tak hubená jako její kamarádky. Když ani vata zapitá mlékem nestačila, Ester si objednala prášky na hubnutí, k jejichž vyzvednutí potřebovala občanku, kterou tehdy neměla. Proto se zásilka dostala do rukou matky, která se po následné debatě rozhodla dceru objednat k **psycholožce**. Ačkoli jí sezení na chvíli pomohla, přechod na střední školu v jiném městě pro ni byl obtížný.

Navzdory tomu, že matka dceři zajistila v novém městě jinou **psycholožku**, se Ester cítila osamělá. Nerozuměla si se spolužačkami a ve vztahu s manipulativním přítelem přišla o zbytky sebeúcty. Věděla, že potřebuje hlubší pomoc, ale nevěděla, jak si o ni říct. *„Jediný, co mi pomáhalo, bylo, že jsem se po večerech ve sprše pořezávala žiletkou, protože mi připadalo, že se tím uvolním hrozně, že ta bolest prostě mi uleví od těch starostí, který mám.“* Jednou si vyrazila s kamarádem a vrátila se domů s nedopitým šampaňským. To viděla jako vhodnou příležitost k tomu spolykat nashromážděné prášky, zapít je zbytkem alkoholu, říznout se hluboce do ruky, a pokusit se tím o sebevraždu. Vychovatelky z internátu pro Ester zavolaly záchranku.

V **nemocnici** jí dali na výběr – buď půjde do psychiatrické léčebny, nebo si najde psychiatra. Matka nakonec sehnala **dětskou psychiatricku** v rodném městě, která jí diagnostikovala bipolární poruchu. Ester začala brát léky a její stav se postupně stabilizoval. Když dovršila 19 let, musela si najít dospělého psychiatra, ale protože se zrovna cítila dobře, nepovažovala to za nutné.

Jenže problémy se za rok vrátily. Tentokrát si ale Ester uvědomila, že je nechce řešit sebepoškozováním, protože věděla, co by to udělalo s její rodinou, kdyby se jí něco stalo. Našla si proto sama novou **psychiatricku**, tentokrát v Praze, kam začala docházet na vysokou školu. S její pomocí znovu nastavila léčbu a naučila se lépe pracovat se svými emocemi. Jenže prášky začaly potlačovat její emoce, a tak je dva měsíce před naším rozhovorem přestala brát, protože už si myslela, že se bez nich obejde. Zpětně však tento krok hodnotí jako chybu, jelikož vysazením prášků se její psychický stav razantně zhoršil. Domnívá se, že kdyby u sebe tehdy měla peněženku,

ve které si po dlouhé měsíce schovávala žiletku, nejspíš by ji použila.

V současnosti se Ester vrátila k intenzivní léčbě. Přestože toho má hodně a stresových situací neubývá, ba naopak, snaží se z nich nehroutit a otevřeně o nich mluví. Už ví, že říct si o pomoc a být o svých trápeních upřímný, je základ.

Dívka č. 6

Aneta byla mladá dívka, která si nikdy nepřipadala, že by zapadala do kolektivu. Měla problémy s navazováním vztahů i se sebevyjádřením, kvůli čemuž si přišla méněcenná. Tyto okolnosti ji stresovaly a začala se potýkat s prvními úzkostmi. Celé situaci nepomohla ani příchozí pandemie covid-19.

Po pandemii Aneta zahájila studium v zahraničí s tím, že začne nanovo, oprostí se od negativních myšlenek. Jenže pocítila ještě větší sociální izolaci než předtím. Tato emocionální zátěž po dvou měsících vyústila v sebepoškozování, které se pro ni stalo způsobem, jak se se svými pocity vyrovnat. *„Tohle byla taková cesta ven, protože přece jenom to přetvoří ty pocity do fyzické bolesti. I když tehdy jsem to jako takovou bolest nevnímala. Tak mě to vrátilo velmi rychle do reality a mohla jsem zase fungovat.“*

Kdykoliv Aneta cítila, že přichází negativní myšlenky, pořezala se, aby je rychle zahнала a mohla normálně fungovat. V té době nejvíce potřebovala, aby ji někdo vyslechl, aby se o ni někdo zajímal. Pro pár minut pozornosti se uchýlila k rizikovému sexuálnímu chování. *„Nejjednodušší způsob, jak vlastně získat to, aby mi někdo věnoval čas a poslouchal mě, bylo přes nějaké jako.. (...) navazování vztahů, které ale nemají úplně přátelský potenciál. Jde tam, minimálně z té druhé strany, spíš o tu fyzičnost, k čemuž já jsem přistoupila kvůli tomu, že potom tam vznikne těch pár minutek času, kdy já můžu něco říkat a někdo mi bude věnovat pozornost.“*

Ze začátku se se svými problémy nikomu nesvěřila, až po čase o nich řekla svému tehdejšímu příteli. Nakonec se ukázalo, že si prochází něčím podobným, a společně se domluvili, že se sebepoškozováním přestanou, a motivovali se na své léčebné cestě. *„Když potom, hlavně v tom začátku, přišly takové ty abstinenci příznaky, že je potřeba to udělat znova, tak jsme se dokázali celkem podržet. Takže jsme oba překonali ten začátek, kdy je to nejtěžší s tím skončit, a ve stejné době jsem*

začala chodit na terapie.“

Matka totiž tehdy při příjezdu své dcery domů vycítila, že něco není v pořádku, a navrhla jí sezení s **terapeutkou**. Protože Aneta o odborné pomoci přemýšlela již delší dobu, souhlasila a vždy, když měla cestu domů, si udělala zastávku na terapii. Kombinace emoční opory v příteli a racionálních terapií, které jí ukázaly, jak o svých problémech přemýšlet, dívce pomohla se zvládáním negativních pocitů i sebepoškozování. Přestože někdy nutkavé myšlenky stále zažívá, ví, že v případě potřeby si může říct o pomoc.

6.3 Metoda sběru dat

Pro sběr dat jsem využila **kombinaci narativního a polostrukturovaného rozhovoru**, která je vhodná pro navnímání pocitů a myšlenek respondentek spojených s daným tématem a zároveň umožňuje pokrýt všechny oblasti, které jsou důležité pro výzkumníka. Koutná Kostínková a Čermák (2013) společně se Smithem (2004) vyzdvihují především vhodnost polostrukturovaného rozhovoru jakožto nástroje, který dovoluje respondentovi volně mluvit o tématu, zatímco výzkumník sleduje, co je důležité pro respondenta, a zároveň ho usměrňuje, aby se moc neodchýlil od tématu. Po konzultaci s vedoucí práce jsem rozhovory začala nepřerušovaným vyprávěním respondentek, kterým jsem položila tuto otázku: *Mohla bys mi vyprávět, jak vypadal tvůj život od chvíle, kdy jsi začala přemýšlet o tom, že si ublížíš?* Na jejich vyprávění jsem navázala sérií doptávacích otázek, kterými jsem respondentky podpořila v rozvinutí jejich příběhu, a poté jsem jim položila předem připravené otázky, a realizovala tak polostrukturovanou část rozhovoru.

Tento postup se ukázal jako vhodný zejména proto, že respondentky měly dostatek prostoru pro vyjádření témat, která jsou pro ně důležitá, a zároveň by na ně nemusela v rámci polostrukturovaného rozhovoru přijít řada. Tato témata Smith (2012b, in Koutná Kostínková a Čermák, 2013) považuje za cenné momenty popisující zkoumaný fenomén, které mohly výzkumníkovi při přípravě rozhovoru uniknout. Zároveň pro mě bylo důležité zachytit, jakou váhu přikládají respondentky odborníkům a obecně systému péče ve svých příbězích, zda je pro ně odborná péče stěžejní, jak se k odborníkům dostaly, jakou roli ve vyhledání odborné pomoci hráli jejich příbuzní apod. Přímé položené otázky plynoucí z polostrukturovaného

rozhovoru by tak v tomto případě byly spíše kontraproduktivní.

6.4 Analýza dat

Samotné **analýze** dat předcházela sebereflexe, kdy si výzkumník nejdříve musí ujasnit, jaké jsou jeho postoje k tématu a motivace k výzkumu, což mu pomáhá při interpretaci dat (Koutná Kostínková a Čermák, 2013). Rozhovory jsem pak jeden po druhém detailně pročítala a identifikovala témata, které se pojí s výzkumným tématem. V první fázi pročítání a formulace témat bylo důležité jednotlivé rozhovory od sebe oddělit tak, abych zůstala otevřená novým myšlenkám, a naopak v rozhovorech nehledala již formulovaná témata. Po nakódování a kategorizaci dat z jednotlivých rozhovorů jsem následně přistoupila k hledání podobných témat napříč případy. Zásadní je pak dodržet, aby výzkumníkova interpretace vždy vycházela z rozhovorů. Přestože výzkumník samotný text již čte s určitými prekoncepce, své interpretace by měl zakládat především na respondentem použitých slovech a doložit je přímými citacemi (Smith et al., 2009).

6.5 Etické aspekty výzkumu

Etika je v tomto případě velmi podstatnou oblastí, na kterou se při přípravě výzkumného designu musí myslet. Důležité bylo, abych rozhovory vedla s dívkami, které v sobě mají téma sebepoškozování alespoň částečně vyřešené a nenachází se v rané fázi léčení, aby byly schopny popsat svou zkušenost, aniž by jim rozhovor ublížil. Moravec a Paulík (2011) hovoří o tom, že je nutné se vyhnout sekundární viktimizaci, v tomto případě narušení procesu uzdravování, přehnané lítosti, či naopak odsouzení, abych v respondentkách znovu nevyvolala pocity, které mohly zažívat v době sebepoškozování. Ačkoliv respondentky nebyly oběťmi trestných činů, s nimiž je sekundární viktimizace nejčastěji spojována, byly oběťmi duševních obtíží, k nimž se musely během rozhovoru vracet a referovat o nich cizímu člověku. To může být samo o sobě traumatizující, a proto bylo nezbytné, aby interakce s respondentkami dále neprohlubovala či neprodlužovala jejich trauma (ibid.). Dívky jsem zároveň několikrát ujistila o důvěrnosti rozhovoru, bezpečném prostředí, anonymitě výstupů z výzkumu a možnosti rozhovor kdykoliv ukončit. V neposlední řadě jsem od respondentek získala informované souhlasy, kterými stvrdily jejich dobrovolnou účast na rozhovoru a porozumění všem důležitým informacím.

6.6 Limity výzkumu

Jelikož se jedná o specifické téma s **velmi úzce vymezenou cílovou skupinou**, i vzhledem k počtu respondentek se **nedá předpokládat zobecnění výsledků studie na všechny sebepoškozující se adolescenty**. Závěry tohoto výzkumu ale přináší důležité informace o konkrétní skupině mladých dívek, které lze navázat na již provedené výzkumy nebo relevantní literaturu.

Limitem, který souvisí s mým datasetem, je i to, že jsem zachytila zkušenosti respondentek, které byly ochotné se mnou mluvit. Lze předpokládat, že tím došlo k **určitému zkreslení, protože dívky ve špatné zdravotní situaci nebo s traumatickými zkušenostmi mohou mít menší ochotu se výzkumu účastnit**.

Za limit práce se dá rovněž považovat skutečnost, že **respondentky o svých zkušenostech vyprávěly restrospektivně, a tudíž mohly mít své vzpomínky mírně zkreslené**. Některé dívky také uváděly, že v době léčení byly pod vlivem medikace, a proto si nemusely určité situace vybavit přesně, nebo je záměrně vytěsnilly. Nicméně výsledky práce jsou stále nosné, jelikož klíčovou roli hraje celkový dojem, který si adolescentky ze setkání s odborníky odnesly.

Je také důležité zmínit, že tato diplomová práce byla inspirována designem zaměřeným na člověka, podle kterého mají být veřejné služby vytvářeny dle potřeb jejich příjemců (UNICEF, n.d.). V práci proto **zcela chybí pohled odborníků jakožto liniových pracovníků** (Lipsky, 1980), **kteří se tak nemohou k daným situacím vyjádřit**, případně je uvést na pravou míru. To vytváří prostor pro další výzkum, který by pomohl dotvořit ucelenou představu o tom, zda jsou současné veřejné politiky a systém péče v oblasti duševního zdraví nastaveny efektivně vůči svému cíli poskytovat služby eliminující sebepoškozování.

7 Interakce s odborníky očima sebepoškozujících se adolescentů

V následující kapitole představím žitou zkušenost sebepoškozujících se adolescentek se systémem péče a odborníky na duševní zdraví. Nejprve pro uvedení kontextu uvedu charakteristiky, které respondentky pojily se začátkem sebepoškozování. Dále se budu věnovat blízkým adolescentek a jejich roli při hledání odborné pomoci. Na závěr uvedu zkušenosti dívek s odborníky (nejen) na duševní zdraví. Jsem si vědoma toho, že řazení jednotlivých oblastí se do určité míry vymyká stanoveným výzkumným otázkám, které se zaměřují především na interakce s odborníky, jež jsou obsahem kapitoly 7.3. Během analýzy jsem nicméně došla k závěru, že pro porozumění zkušenostem adolescentek se systémem péče je podstatný rovněž širší kontext v podobě obecnější situace respondentek (7.1) a také interakcí adolescentek s jejich blízkými (7.2).

V této kapitole se často prolínají pozitivní zkušenosti adolescentek se systémem péče s negativními zkušenostmi, místy obohacenými o návrhy na změnu. Jelikož mnohdy pokrývají stejné nebo podobné téma, dlouze jsem přemýšlela nad tím, jak tyto oblasti propojit tak, aby byl text přehledný. Po zvážení několika přístupů jsem se rozhodla **negativní zkušenosti adolescentek prezentovat formou rámečků, a to na místech, kde je o daném tématu referováno v pozitivním světle.** Analogicky **v rámečcích uvádím návrhy na zlepšení adolescentek, které tematicky rozvíjejí právě komentovanou oblast.** Jsem si vědoma toho, že rámečky běžně plní jinou funkci, ale text je díky nim přehlednější, jelikož se jednotlivé tematické okruhy vyskytují na jednom místě na rozdíl od toho, kdybych pozitivní a negativní zkušenosti adolescentek, případně jejich představy o možných zlepšeních v jedné oblasti představovala odděleně. **Text je zároveň prokládán četnými citacemi z důvodu alespoň částečného zachování autenticity příběhu každé z dívek.** Přestože dochází k agregaci témat vyplývajících ze zkušeností respondentek, téma sebepoškozování je natolik citlivé a individuální, že mi přijde zásadní pracovat s citacemi nadstandardním způsobem.

7.1 Obecná charakteristika sebepoškozujících se adolescentek

Tato podkapitola se věnuje obecným charakteristikám adolescentek a provází čtenáře obdobím před sebepoškozováním a následně v průběhu sebepoškozovacího období.

7.1.1 Období před sebeřezáním

Všechny dívky přímo či nepřímo uvedly, že v adolescenci měly **problémy se sebevědomím**. Ať už to bylo proto, že stoprocentně nezvládaly vše, co chtěly, či proto, že si nepřipadaly dostatečně hubené nebo dobré pro své rodiče; tyto pocity pak často spojovaly i s **perfekcionismem**. Některé respondentky rovněž zmiňovaly, že se cítily osaměle, nerozuměly si se svými vrstevníky, zažívaly šikanu, přičemž se začaly uzavírat samy do sebe.

„Když jsem byla mladší, od mé rodiny mi bylo furt předhazovaný, že mám velkou prdel nebo že jsem pořádná. Takže potom, když jsem přešla do sedmé třídy, jsem přes léto strašně zhubla a samozřejmě všichni si toho začali hrozně všímat.“ (dívka č. 3)

„Už když jsem byla dítě, měla jsem hrozný problémy se sebevědomím, protože na základce jsem byla šikanovaná. Vždycky jsem na vysvědčení měla samý jedničky a byla jsem dobrá ve sportech, ale nikdy jsem si nepřipadala dost dobrá. A už odmalinka jsem přemýšlela nad tím, že kdybych nebyla, tak by moji rodiče měli šanci mít jiný, lepší dítě.“ (dívka č. 5)

U čtyř z šesti dívek výše popsané charakteristiky vyústily v **poruchu příjmu potravy**, která se tak stala jejich **prvním kontaktem se sebepoškozujícími se metodami**.

7.1.2 Únik před problémy i trest

Samotnému sebeřezání často předcházela slova „tak já to zkusím, proč ne.“ Pro některé dívky tento experiment představoval **únik před problémy**, jiné jej považovaly za **způsob, jak se potrestat za výše zmíněnou nedokonalost**. Poté, co se respondentky sebepoškodily, si **své činy vyčítaly a jejich duševní zdraví se zhoršovalo**.

„Jsem doma našla žiletku, a to byl takovej prvotní impuls, jak se nějakým způsobem potrestat za to, jak se hrozně nesnáším. (...) Když se řežeš, tak se ti uleví, ale zároveň pak přichází nějaká ta vina nebo to provinění, žes to provedla.“ (dívka č. 3)

„Já jsem věděla, že lidi upustí tímhle způsobem, že si třeba ublíží, znala jsem to z různých seriálů, filmů, ale nikdy předtím, než jsem byla v takovém stresu, mě to nenapadlo na svoji osobu. Ale teď jsem vlastně měla myšlenky, co kdybych to zkusila taky, co kdyby mně to mohlo pomoci.“ (dívka č. 4)

Pro některé dívky se **sebepoškozování stalo dokonce závislostí.**

„Postupem času se to přehouplo do závislosti, kdy už jsem ani nemusela být nějak extra smutná nebo vydeptaná k tomu, abych si ublížila. Třeba si pamatuju, že jsem byla ve sprše, poslouchala veselý písničky, a přitom jsem si ubližovala. Už to nebylo jenom z nějaký frustrace, už to bylo, i když jsem se cítila v pohodě, z nudy.“ (dívka č. 4)

Dívky si **dlouho své problémy nepřiznávaly.** Především problémy s jídlem, ale v některých případech i říznutí do těla vnímaly jako součást jejich dospívání.

„Když jsem přišla domů opilá, tak to máma samozřejmě poznala, ale nic s tím nemohla udělat, protože i když mě zavřela, stejně jsem šla ven. V tu dobu mně bylo úplně jedno, co se děje kolem mě, hlavně že jsem měla cigá, žiletku a pivo.“ (dívka č. 2)

[Jak ses tehdy cítila, když ti rodiče říkali, že tě pošlou do Bohnic, že ti schovají váhu?] *„Já si spíš myslím, že jsem si v tu chvíli neuvědomovala, jaký to byl problém a jak jsem si tím zavařovala. Spíš jsem si říkala: Ty jseš blbej, proč mi to říkáš, já jsem úplně v pohodě.“* (dívka č. 3)

7.2 Role blízkých v kontextu hledání (odborné) pomoci

Tato podkapitola se věnuje rodině a blízkým přátelům adolescentek v kontextu jejich role při hledání (odborné) pomoci. Ukazuje se, že rodiče adolescentek jsou klíčoví pro vyhledání odborné pomoci, protože adolescentky se primárně se svými problémy svěří jim a přes ně se pak dostávají do péče odborníků. V této souvislosti jsem identifikovala několik klíčových témat: volání o pomoc, první kontakt blízkých s realitou, rozhodnutí o odborné pomoci a blízcí jako nezbytný doplněk odborné pomoci.

7.2.1 Volání o pomoc

V oblasti hledání pomoci se v respondentkách odehrával **vnitřní rozpor.** Většina si **nebyla zcela jistá tím, zda jsou jejich problémy dostatečně velké na to, aby byly hodné pomoci.** Mnohdy své „problémy“ porovnávaly s horšími situacemi lidí, nebo jim okolí svými poznámkami či naopak nezájmem naznačovalo, že žádné problémy nemají.

„Ve škole to bylo hrozný, protože jsem si připadala hrozně sama. Hlavně když jsem to řekla učitelům, protože mě holky nachytaly na záchodě ve škole, jak se řežu, tak ty řekli, že to budou řešit, ale půl roku jsem od nich neslyšela žádnou věc.“ (dívka č. 2)

„Hrozně mi vyhrožovali (rodiče) tím, že mě pošlou do Bohnic, ale nikdy se s tím reálně nic nedělo, že by mě poslali k nějakému odborníkovi nebo tak.“ (dívka č. 3)

„Vždycky jsem bojovala s pocitama, že nejsem dostatečně nemocná nebo dostatečně netrpím, že ostatní lidi to mají mnohem horší. Než jsem byla hospitalizovaná, jsem si říkala, že jsem nikdy nebyla v nemocnici, takže co já mám mluvit.“ (dívka č. 4)

„Hlavně jsem si strašně vyčítala, že vůbec nějaký problémy mám, protože jsem věděla, že lidi po celém světě mají hrozný trápení, prochází si strašnejma okamžikama, a já vlastně mám hezkej život a budu tady nad něčím takovým přemýšlet? Tak mi to přišlo strašně z mé strany neférový a sobecký vždycky, takže jsem si to nikdy nepřiznávala.“ (dívka č. 5)

Respondentky však vnitřně tušily, že pomoc potřebují, ale nevěděly, jak si o ni říct. Svým blízkým se proto spíše dlouhou dobu nesvěřily, některé v případech konfrontačních otázek zapíraly. V mnoha případech **doufaly, že jejich blízcí zakročí za ně.**

„Pak už se to přehouplo, kdy se o mě lidi začali bát, ale nikdo to neřešil. Že třeba by učitelka řekla mým rodičům, to ne, spíš vždycky jestli jim, a já: Jo, jo.“ (dívka č. 3)

„Dřív jsem si o pomoc neuměla říct, všem jsem to tajila. Mamce jsem tvrdila, když si všimla konečně mých jizev, protože jsem to dobře neskryla pod trikem, že jsem spadla na skejtu. Nechtěla jsem to přiznat ani svým kamarádům, když se mě zeptali, jak se mám, tak jsem řekla, že úplně v pohodě, a nechtěla jsem nějakou pomoc.“ (dívka č. 5)

„Samozřejmě zakrýt to jde vždycky, ale já bych řekla, že to nebyl úplně můj případ, že jsem se to nějak moc zakrývat nesnažila. Spíš to bylo tak, že jsem někde v hloubi duše doufala, že si toho někdo všimne a že to se mnou bude řešit, protože jsem už byla celkem desperate o nějaký ten kontakt, který nepřicházel.“ (dívka č. 6)

Zajímavé je, že dívky svým blízkým **lhaly i poté, co se o jejich problémech dozvěděli, primárně proto, aby je ochránily před negativními emocemi.**

„Byla hrozně smutná. Já věděla, že jí to extrémně ublíží. To je ten důvod, proč jsem

jí to neříkala. Já vím, že to chce slyšet, ale ona to nedokáže slyšet.“ (dívka č. 1)

„I když jsem ubližovala sama sobě, jí jsem nechtěla ubližovat a věděla jsem, že když to uvidí, tak jí to ublíží. (...) Když zjistila, že to dělám hlavně ve vaně, tak vždycky po vaně chtěla, abych jim ukázala ruce, což jim docela nevycházelo, protože pak jsem to vyměnila za nohy a ty už ukazovat nechtěli.“ (dívka č. 2)

„Věděla jsem, že bych měla být upřímná, ale nedokázala jsem to. Když o tom věděli, bylo to strašný, viděla jsem to na nich, že se tím trápí. Někdy mi přišlo, že se trápí víc než já, tak jsem radši neříkala nic. Když jsem o tom dlouho nemluvila a oni se mě ptali, jak to zvládám, říkám: „Dobře, neubližila jsem si.“ Taková úleva na nich byla vidět, že jsem se v tom zamotala a nemohla jsem přestat lhát.“ (dívka č. 4)

Dívky zpětně reflektovaly, že by tehdy **od svých blízkých potřebovaly cítit upřímný zájem**, aby se jejich duševní problémy tolik neprohlubovaly.

„Chci říct, že ten člověk, kterej to dělá pro pozornost, neznamená, že to dělá jenom pro pozornost. (...) Jednu holku rodiče zamykali doma, jenom musela být s nima, ještě na ni byli hnusný. Chápu, že to dělala pro pozornost, aby si jí konečně všimli. (...) Což já jsem v tu chvíli taky ukazovala všem, protože jsem měla pocit, že se o mě nikdo nezajímá.“ (dívka č. 2)

„V té době, kdy se to všechno dělo docela ve velkém, bych chtěla, aby mě někdo vyslechl nebo abych si celkově mohla s někým popovídat.“ (dívka č. 6)

Zároveň uvedly, že **skrývat své problémy před blízkými byla chyba**, a proto o svých problémech v současnosti mluví otevřeně.

„Ted'ka se snažím být hlavně upřímná, protože i to, že jsem neříkala ostatním to, co říkám třeba ted', vím, že bylo špatný. Že kdybych byla upřímná na začátku, tak to taky může dopadnout úplně jinak.“ (dívka č. 2)

7.2.2 První kontakt blízkých s realitou

Protože blízcí adolescentek o jejich problémech většinou delší dobu nevěděli, nebo si alespoň nepřiznávali jejich šíři, **první rodinné diskuse na téma sebepoškozování provázely hluboké emoce**. Respondentky vzpomínaly, že se cítily velmi **provinile** za svoje chování, jelikož **jejich rodiče tuto situaci vnímaly z většiny jako svoje**

selhání.

„Cítla jsem se trapně, že jí to dělám, že si mě nezaslouží jako dítě, že by měla dostat nějaký lepší. To jsem jí pak jednou dokonce i řekla a byla hrozně naštvaná, že jí něco takovýho vůbec říkám. Ale fakt jsem se cítila jako failure.“ (dívka č. 1)

„To jsem se zrovna myslím pořezala na nohou, takže tam mám docela větší jizvy. Oni to pak našli rodiče, a to bylo řvaní, házení věcí po kuchyni, po obýváku. Rozbrečela jsem oba dva, sama jsem se rozbrečela. Nevlastní táta si to doted' dává za vinu, že to neprohledal a že mi to nevzal, že nedával bacha.“ (dívka č. 2)

„Cítla jsem se strašně provinile, že jsem něco takovýho udělala. A zároveň se cítila provinile mamka, že to nevěděla, nebo že to je její chyba, že mě dostatečně třeba nepodporovala.“ (dívka č. 5)

Ve většině případů rodiče svým dcerám **projevili podporu a snažili se jim pomoci**. Zpočátku k nim však přirozeně měly **nalomenou důvěru, která se projevovala silnou potřebou je kontrolovat**. V některých případech požádali o dohled učitelský sbor, jindy své dcery pravidelně prohlíželi pro případ nových zranění, schovávali ostré předměty, vyhrožovali nebo je doprovázely k odborníkovi.

„Nevlastní táta mi dokonce sebral zámek na koupelnu, protože jsem to většinu času dělala ve vaně.“ (dívka č. 2)

*„Mámu jsem několikrát seřvala, kam mi žiletku dala, protože si pamatuju, že jsem ji omylem po dlouhý době nechala na kraji vany, pak jsem to hledala a úplně jsem brečela po celým bytě a řvala na mámu, kam to ku*** dala, že to potřebuju. A to myslím, že pochopila, že to je fakt špatný, protože jsem na tom fakt byla závislá. Takže se mnou začala chodit i na tu psychologii.“ (dívka č. 2)*

„Už jsem nemohla zdrhnout nikam, protože mamka to věděla. Musela jsem jíst svačiny, protože zavolala třídní učitelce, řekla, že je takovej problém a jestli by mohli kouknout, že jim. Protože já jsem všechno jídlo vyhazovala.“ (dívka č. 5)

Respondentky uvedly, že by v daném období od svých blízkých **potřebovaly dostat více času a větší důvěru v jejich schopnost situaci ustát**, jelikož různé formy kontroly nebo léčby často považovaly za kontraproduktivní.

„To, že jsem jim měla ukazovat ty ruce a že mi vzali klíč od koupelny, ukázalo, že mi nevěřej. Ale podle mě, kdyby mi dali trošku najevo tu důvěru, že mi věřej, že to dokážu sama. Podle mě mi v tu dobu hrozně chyběla rodinná pohoda, že jsme spolu nebyli, že jsme spolu nekoukali na filmy. Myslím, že kdyby se mnou možná víc byli a pochopili to, tak možná bych taky skončila dřív, než jsem skončila.“ (dívka č. 2)

„Potřebovala jsem spíš pochopení, a ne být zavřená na psychiatrii. (...) Mně nebylo tak špatně, já jsem spíš potřebovala být doma a zpomalit.“ (dívka č. 4)

Někteří rodiče duševní problémy svým dětem nevěřili, nebo je brali na lehkou váhu, přičemž svým dcerám nebyli moc nápomocní.

„Táta si myslel, že to je jenom nějaká hra, že to je fyzický. Říkal, že mě vezme do nemocnice, že mi dají nějaký uklidňující sedativa, injekce a takhle.“ (dívka č. 1)

Dívky reflektovaly, že **namísto výhrůžek by bylo vhodnější, kdyby je rodiče k odborníkovi přímo dovedli, přičemž by tím mohli zabránit tomu, aby se duševní problémy dívek zhoršovaly.**

[Pak tam byl moment, kdy jsi říkala, že ti vyhrožovali, že ještě chvíli a půjdeš do léčebny. To jsi snášela jak, když ti tohle řekli?] *„Nebyla jsem ráda, ale zároveň jsem si říkala, že co kdyby mi to konečně pomohlo. Ale byla to taková výhrůžka, nevím, jestli to nebyla chyba, že mi to říkali, protože mám pocit, že jsem se pak snažila to nikomu neříkat. Třeba jsem měsíc nebo dva tvrdila, že jsem to neudělala, jenom abych dostala tohleto ze zad.“ (dívka č. 2)*

„To si pamatuju, že mi táta tímhle tím hodně vyhrožoval, že mi schovaj váhu, že mě někam pošlou. A když se na to takhle zpětně podívám, tak si říkám: Proč jsi mě neposlal? Možná bys udělal líp.“ (dívka č. 3)

Reakce širší rodiny či blízkých přátel se různily. Někteří byli v komunikaci s adolescentkami opatrní a tématu sebepoškozování se spíše vyhýbali, jelikož

nechtěli dívkám ublížit. Tyto reakce respondentkám vyhovovaly, jelikož byly rády, že se nemusí nikomu zpovídat. **Někteří zase vyjadřovali lítost a obavy.** To adolescentky ocenily, protože věděly, že na nich druhým záleží, na druhou stranu se nechtěly cítit jako oběti.

„Jediná holka, která mi dokázala, že pro ni něco znamenám, mě nachytala, když jsem se řezala na záchodech, a brečela se mnou. Ona mi nic neřekla, ona prostě věděla, že potřebuju jenom někoho, kdo je tam se mnou. Protože já jsem v tu chvíli neměla ráda s někým mluvit, takže jsem potřebovala tichou oporu.“ (dívka č. 2)

„Na jednu stranu jsem byla ráda, že je to lidem líto, že jim na mně záleží, ale na druhou stranu jsem nechtěla lítost, já jsem potřebovala prakticky dosáhnout toho, abych to přestala dělat.“ (dívka č. 4)

„Mám pocit, že všichni byli hodně opatrný na to, co řeknou, a asi nikdo nevěděl úplně, jak to se mnou řešit. Takže mám pocit, že se všichni snažili spíš se mnou mluvit o čemkoliv jiným, protože věděli, že to pro mě třeba bude těžký nebo se báli, protože se nikdy nesetkali s někým, kdo by měl takový potíže.“ (dívka č. 5)

7.2.3 Rozhodnutí o odborné pomoci

Respondentky vzpomínaly, že jejich rodiče byli ti, kdo určili, že je třeba vyhledat odbornou pomoc, a dívky z rozhodovacího procesu spíše vynechali. V případě sebeřezání se ve většině případů rozhodli pro psychologa, případně psychiatra.

„Mně to dali jako hotovou věc. Já myslím, že jsem zároveň chtěla, ale i nechtěla tam jít, ale mám pocit, že to mámě doporučila škola. A máma tam prostě zavolala, objednala, vyhodila mě tam autem a odjela, že ať tam jdu. Čekala samozřejmě se mnou, aby viděla, že tam fakt jdu, ale byla to pro mě hotová věc.“ (dívka č. 2)

„Já jsem se jí svěřila, že to takhle cítím už dýl, a na jednu stranu to ze mě spadlo, ale na druhou ona řekla, že s tím budeme muset něco dělat. A to mi najednou v hlavě říkalo: Ale co s tím mám dělat, já nechci nikam docházet, prostě nechci. Jakože jsem vlastně v pohodě, že to byl jenom nějaký zkrat.“ (dívka č. 4)

Respondentky proti **rozhodnutí rodičů spíše nijak neprotestovaly, přestože samy nebyly přesvědčeny o tom, že odbornou pomoc potřebují,** a proto od ní ani neměly žádná velká očekávání. Jistou roli v tomto hrál respekt dívek k rodičům či

to, že tehdy neprožívaly kvůli svým duševním obtížím hlubší emoce.

„Já jsem byla jak depersonifikovaná, hlava nebyla připojená k tělu. V mojí hlavě prostě bylo všechno začerněný, neměla jsem moc žádnéj pocit. Můj jedinej pocit byl to, že jsem vůbec nic necejtila nebo jsem prostě byla smutná.“ (dívka č. 1)

„Určitě jsem tam nechtěla jít a říkala jsem to i mámě, že tam nechci chodit. Ale máma řekla, že tam budu chodit, nebo mi dá zaracha, což pro mě bylo: Dobrý, už tam jdu, tak čau maminko, jdeme, jdeme. (...) A na začátku mi bylo jedno, že tam chodím. Vlastně to, co mi říkala, šlo jedním tam, druhým ven. To jsem jí moc neposlouchala.“ (dívka č. 2)

[Ta první psychiatricka, to nebylo tvoje rozhodnutí, bylo to spíš rozhodnutí mamky.]
„Jo, že mi to navrhla, a já jsem se s tím vlastně vezla. Mně to přišlo nereálný, že by se to mohlo zlepšit, ale říkám: Mně už je to jedno. (...) Já jsem spíš byla hodně utlumená, unavená a celkově z toho zdrcená, takže když pominu menší vzdor, že ne, to nezvládnu, tak jsem to vlastně nechala.“ (dívka č. 4)

„Samozřejmě to bylo nepříjemný, ale nijak mi to nevadilo, protože jsem věděla, že jediný, co ona chce, je mi pomoci. A já jsem vždycky měla ke své mamce extrémní úctu a respekt, takže jsem věděla, že když něco takového dělá, já to musím respektovat. I když jsem neměla pocit, že potřebuju pomoci a tak, ale prostě jsem si řekla, že to udělám pro mamku.“ (dívka č. 5)

Ojedinelý byl moment, kdy se **samotní rodiče stali překážkou k vyhledání odborné pomoci**, a tak se **musela stát iniciátorkou tohoto rozhodnutí sama adolescentka**. Matka své dceři problémy nevěřila a na její prosbu o vyhledání odborné pomoci opakovaně nereagovala. Až otec vzal její slova vážně a odvezl ji na pohotovost.

„Pamatuju si, že to pro mě bylo hrozně těžký a že jsem jí to řekla v autě, když jsme jely jenom my dvě. Já jsem jí to chtěla říct strašně dlouho a čekala jsem na to, až jí to řeknu a že se s tím něco začne dít, a nic se dít nezačlo. A pak, když jsem jí to třeba připomněla, tak jsem dostala ještě zprda za to, že jí s tím furt otravuju.“ (dívka č. 3)

7.2.4 Blízcí jako nezbytný doplněk odborné pomoci

Ukázalo se, že **blízcí hrají v adolescentově léčebném procesu klíčovou roli**.

Respondentky vzpomínaly, že jejich rodina byla zásadní motivací k tomu, aby se sebepoškozováním přestaly, nebo aby se k němu znovu nevrátily. Často zmiňovaly, že až poté, co o ně blízcí vyjádřili starost, si uvědomily, jak moc na nich rodině záleží. Pro jednu respondentku bylo klíčové narození dítěte v rodině. Pro další bylo důležité, že sdílela své problémy s přítelem, který si procházel obdobnou situací.

„Ségra mi řekla, že je těhotná. Byla jsem strašně šťastná a začala jsem se snažit nepít, abych mohla vidět vyrůstat neteř. Začala jsem hodně přemýšlet nad tím, co se sebou dělám. Když budu teta, měla bych se nějak chovat, měla bych dávat příklad tomu dítěti, umět se o něj starat. Nemůžu chodit každé večer chlastat. (...) Takže si myslím, že mi zachránila život moje neteř, protože jsem to přestala dělat.“ (dívka č. 2)

„Začala jsem si víc užívat života vzhledem k tomu, že jsem dřív viděla, co to dělá s mojí rodinou. To byla moje hlavní motivace, samozřejmě člověk to musí dělat kvůli sobě, ale ze začátku si myslím, že je důležitý a v pohodě, když žene člověka to, že nechce ubližovat ostatním.“ (dívka č. 4)

„Myslela jsem si, že jim tím akorát ulevím, že prostě nejsem perfektní dcera a že jim takhle aspoň trošku ušetřím nějaký starosti. Ale v tu chvíli jsem si uvědomila, že je to úplně naopak, že oni by už nikdy neměli stejnej život, že prostě bych jim tak ublížila, že radši prostě než ublížit jim, tak začnu pracovat na sobě.“ (dívka č. 5)

„Expřítel byl hlavní důvod, proč jsem přestala. Že byl ten, co to nakopl na začátku. Potom ta terapie byla podpora toho, abych to nějak udržela a abych si uvědomila, proč a jak postupovat dál.“ (dívka č. 6)

Výjimečná byla situace dívky, které celý život chyběla podpora od blízkých. Z tohoto důvodu pro ni **projevy strachu a zvýšeného zájmu rodiny představovaly posilující faktor v jejím sebepoškozujícím chování.**

„Nejhorší myšlenka, kterou mám, je, že jsem se v životě s tou nemocí nedostala do nemocnice. (...) Vybavuju si, že klidně bych se tam dostat chtěla, právě z toho důvodu, aby se o mě ty lidi báli, aby o mě projevíli zájem, zrovna třeba ty rodiče.“ (dívka č. 3)

7.3 Kontakt s odborníky na duševní zdraví

Tato podkapitola sestává z několika hlavních témat. Nejprve se věnuji situaci, kdy si

adolescentky samy uvědomily potřebnost odborné péče. Následně rozebírám celkový dojem, který si respondentky odnesly ze setkání s odborníky s důrazem na neodborné odborníky, resp. odborníky, kteří nemají primární specializaci v oblasti duševního zdraví, ale dívky s nimi z určitých důvodů své duševní problémy řešily. Na závěr se detailně věnuji negativním i pozitivním zkušenostem adolescentek s odborníky na duševní zdraví a sebereflexi, pomocí které dívky reflektovaly svou celkovou zkušenost s léčebným procesem.

7.3.1 Uvědomění potřebnosti odborné péče

Obecně si dívky potřebnost odborné péče uvědomily až ve chvíli, kdy je o tom něco přesvědčilo. Například když se adolescentka ocitla v nemocnici po pokusu o sebevraždu nebo když dívka prožila silnou panickou ataku. To většinou bylo ve chvíli, kdy už **zkušenost s odborníky a systémem péče měly, a proto se nebály v případě potřeby rozhodnutí o odborné pomoci učinit samy.** Respondentky uváděly, že tentokrát od odborníků **očekávaly, že jim uleví od jejich psychických problémů.**

„To, co předcházelo, byl asi ten největší panickéj záchvat, kterej jsem kdy měla, a hlavně to vidělo víc lidí. (...) Zaprvé to pro mě byla hrozná ostuda, cejtla jsem se hrozně blbě a věděla jsem, že už je to blbý, že bych měla přestat chlastat, ale nedokážu to sama. A tohle už bylo moje rozhodnutí, že tam chci jít, už jsem věděla, že je to blbý a potřebovala jsem pomoci.“ (dívka č. 2)

„Tentokrát to bylo tak, že rána byla nejhlubší, ale nebylo to život ohrožující, ale když to tak řeknu, teklo to nejvíc. Takže jsem se rozhodla, zavolala jsem mamce, která byla v práci, že jsem to nezvládla a že s tím budeme muset něco dál udělat.“ (dívka č. 4)

„Cítila jsem na sobě, že se vracím zpátky do starých kolejí, do těch hodně špatných kolejí, kdy jsem skončila v nemocnici po pokusu o sebevraždu, ale uvědomovala jsem si, že už nikdy nechci tohle zažít. (...) Takže jsem řekla, že na tom musím pracovat a prostě jsem si vyhledala pomoc.“ (dívka č. 5)

Bez ohledu na to, zda respondentky do setkání s odborníky vkládaly či nevkládaly nějaká očekávání, vyjadřovaly **obavy, že si s odborníky nebudou rozumět nebo že jejich potíže neuznají jako relevantní.** Mnohdy proto s vyhledáním odborné pomoci **vyčkávaly do chvíle, kdy byla zcela nevyhnutelná.**

„Spíš jsem se bála toho, že se mi nepovede napoprvé si s nima rozumět. Ted' samozřejmě tu obavu mám znova, protože vím, že si musím najít tu KBT terapii, a mně to zabere strašně moc energie se někam podívat a volat. Takže jsem to odsouvala, ještě jsem pro to nic neudělala.“ (dívka č. 3)

„Že si o mně budou myslet, že jsem jenom hysterická, že si budou myslet, co si myslím já, že nemám žádný skutečný problémy, že mě uvidí tak, že jenom plýtvám jejich časem a nevážím si toho, co mám.“ (dívka č. 5)

Několik respondentek naopak uvedlo, že v pokročilejší fázi svého léčebného procesu **vyhledaly odbornou pomoc i v situacích, kdy ji akutně nepotřebovaly, především z přesvědčení, že právě odborníci jsou těmi, kdo jim mají poskytnout podporu.** Tato setkání však ve většině případů nenaplnila jejich očekávání, jelikož zpětně uznaly, že v daném období si byly schopny pomoci především samy.

„Jsou tady pacienti, kteří tam sice jdou, ale nechtějí řešit ten problém, to jsem možná byla i já, protože prostě ví, že si dokážou pomoci jenom sami. Ale jdou tam jenom jak z takový recese, prostě to zkusí; psycholog, má ti pomoci, zkusím to.“ (dívka č. 1)

„Bylo to z takovýho donucení. Říkala jsem si: Chodila jsem na terapie ze začátku, asi by bylo dobrý s mým psychickým stavem chodit pravidelně. Ale potom jsem chodila, dala jsem do toho hodně peněz a výsledek nebyl nějak extra znatelný. Někdy jsem byla horší i z toho, že jsem si myslela, že by to nějaký efekt mít mělo, a zas jsem si říkala: Vydrž ještě víc, ještě dýl. Ale potom už jsem v tom neviděla smysl a říkám si: Ty peníze, co do toho dám, bych mohla dát za cestování, věci, který mě ve výsledku dělají víc spokojenou než terapie.“ (dívka č. 4)

Pokud dívky měly negativní zkušenosti s odborníky, v některých případech je to vedlo k ukončení spolupráce s nimi. Přesto však neztratily důvěru v systém péče jako celek. Pokud cítily potřebu odborné pomoci, vyhledaly jiného specialistu, a v situacích, kdy aktuálně podporu nepotřebovaly, si byly vědomy možnosti obrátit se na odborníka v budoucnu.

„Já jsem tam šla, chtěla jsem od nich dvě věci, a když jsem ty dvě věci nedostala, odešla jsem s tím, že tohle nepůjde a šla jsem dál.“ (dívka č. 1)

„Psychiatr nevím, jestli bych tam šla dobrovolně, pokud by mě tam neposlala psychologka. Přijde mi, že nemám v týhle době tak velkej problém, abych musela za

psychiatrickou.“ (dívka č. 2)

„I kdybych ted' šla a měla nějakou zkušenost ne úplně pozitivní s nějakým novým terapeutem, terapeutkou, tak si myslím, že ten pozitivní náhled na celou tu tematiku by mi zůstal, protože vidím ty přínosy.“ (dívka č. 6)

7.3.2 Dojem z odborníků

Na úvod je důležité zdůraznit, že klíčovým faktorem ovlivňujícím, jak se respondentky vyjadřovaly o odbornících, byly **osobní sympatie a celkový dojem**, který odborník zanechal. **Obecně dívky spíše uváděly, že „asi měly štěstí“, protože na ně odborníci působili dobře**; až na jednu výjimku.

„Neměla jsem pocit z toho, že by mi tenhle člověk dokázal pomoci. Myslím, že taky záleží, jestli si s tím člověkem sednu. Kdyby to byla jiná psychiatricka, možná by to vypadalo jinak, ale s touhle jsem si nesesla a myslím, že bych k ní asi znova nešla. (...) Nebyla tak hodná a bylo mi nepříjemně, protože jsem si vylívala svoje srdce a ona se ani neusmála. Furt na mě koukala, jak kdybych byla v zoo.“ (dívka č. 2)

„Já jsem věděla, že když k někomu jdeš, tak se nemusí podařit, že si s tím člověkem budeš hnedka napoprve rozumět. Ale mně se to naštěstí povedlo, že jsem si s těma oběma odbornícema sedla a že mi vyhovují.“ (dívka č. 3)

„Myslím si, že jsem měla z velký části štěstí na to, že jsem natrefila na lidi a na odborníky, kteří mi rozuměli a snažili se mi pomoci.“ (dívka č. 4)

Zároveň dvě respondentky se domnívaly, že **reakce odborníků byly ovlivněny přístupem samotných dívek**. Uváděly, že byly bezproblémové a měly zájem se vyléčit, a proto k nim odborníci přistupovali pozitivně.

„Nevím, jakej přístup měli k ostatním, který tam přijeli třeba po pokusu o sebevraždu a byli rozhozený, ale vzhledem k tomu, že já jsem byla hodně bezproblémová, přístup sestřiček, doktorů i psychologů a terapeutů byl hodně, hodně pozitivní. Nesetkala jsem se s nějakýma negativníma reakcema.“ (dívka č. 4)

Pro několik respondentek bylo **důležité, jak na ně působí prostředí, ve kterém péči dostávají**. Pakliže se cítily komfortně, i samotného odborníka hodnotily lépe.

„Ta psychologka to měla hezký, ta tam měla gauč, žlutý stěny, výzdobu. Vypadalo to domácky, a to bylo asi to, co mě donutilo mluvit, protože jsem si připadala jako

doma. “ (dívka č. 2)

„U psychiatricky to vypadalo jako kdybych byla v nemocniční čekárně – bílý stěny, židle jako kdybych byla u doktora na prohlídce; nebylo mi to příjemný. A hlavně furt používala počítač, furt si psala do počítače a mě to hrozně znervózňuje. Takže jsem se nemohla ani pořádně soustředit na to, co jsem jí říkala. “ (dívka č. 2)

„Pěkně to tam vonělo, měla pěkná křesílka, svíčku, kapesníky, taková klasika, ale působí to hezky, je přece jenom důležité celé prostředí. “ (dívka č. 6)

Jedna z respondentek pak poukázala na to, že právě **odborná kompetence specialistů na duševní zdraví může být důvodem, proč dokáží dobře pracovat s lidmi, neboť s tak příjemným přístupem se u jiných lékařů nesetkala**. Adolescentky se totiž na téma jejich duševního zdraví bavily zejména také s **gynekology a pediatry** v rámci běžných prohlídek primární péče. U nich se dívky povětšinou setkaly s **nepochopením, v menší míře i s nevhodnými komentáři**.

„Gynekoložka byla jako: Vy jste anorektička? A já jsem byla jako: Asi ne, nevím. Protože jsem nemyslela, že mám anorexii a možná jsem ani neměla, co já vím, prostě jsem jenom chtěla být krásná. “ (dívka č. 1)

„Když se mě ptala na to, jaký беру prášky, tak jsem jí řekla, že беру antidepressiva a značku... a ona řekla: A co vás trápí? A já: No, občas mám takový propady nálad, deprese. A ona: A proč? A já říkám: Protože si třeba bud' nepřipadám dost dobrá, nebo mám pocit, že nemám na nic čas a vyčítám si, že nemám čas na rodinu, na kamarády, ale pak zároveň, když ten čas mám, tak mám pocit, že toho dělám moc málo. A ona: No, já mám pocit, slečno, že se trochu nudíte. “ (dívka č. 5)

„Když jsem tam přišla, ona říká: Co ty holka nešťastná zase? A já vím přesně, proč to řekla, protože v patnácti jsem měla trénink a najednou se mi začalo špatně dýchat, a začala jsem omdlívat. (...) A tehdy moje praktická doktorka řekla, že jsem hysterická. A proto si myslím, že když se dozvěděla, že mám nějaký psychický problémy, tak to brala spíš tak, že: Hm, zase něco, trochu přehání. “ (dívka č. 5)

Někteří doktoři nebo jiní specialisté, na které se dívky obracely, skutečnost špatného duševního zdraví nebo sebepoškozování podle respondentek **zcela přešli**, jiní dívkám **naznačili, že by se svou situací měly něco dělat, avšak bez jakéhokoli přesahu k péči o jejich duševní zdraví**, což nevyřešilo primární příčinu jejich problémů, ba

naopak.

„Měla jsem asi trošku trauma z té poruchy příjmu potravy, protože mi doktorka (nutriční specialista) řekla: Hele, musíš jíst, budeš mít problémy. Tak jsem si řekla, že je to docela alarming, asi bych si měla fakt dát pozor. Začala jsem chodit do posilovny, nabírala hrozně moc svalů a nechci říct, že jsem se přejídala, ale podle mě jsem jedla toho jídla víc, než bylo potřeba, a zvedala jsem větší váhy, než bylo potřeba.“ (dívka č. 1)

„Vím, že jsem vždycky měla hrozný strach z vážení u dětské pediatričky. A pamatuju si, že na té jedné kontrole viděla ten obrovský skok, že jsem najednou vážila stejně jako dva roky předtím. A říkala: No, tady je něco špatně. Ale že by třeba řekla rodičům, tak to ne. Jenom měla tuhle poznámku, že jsem hodně zhubla, ale že vážím stejně, jak když mi bylo deset, to jí bylo jedno.“ (dívka č. 3)

Tyto zkušenosti pak podle jedné z dívek **negativně ovlivnily její důvěru v odborníky, kteří nemají specializaci v oblasti duševního zdraví.**

„Svoje jizvy úplně lidem neukazuju, ale když už si jich někdo všimne a třeba se zeptá, tak nemám problém o tom mluvit, ale když se zeptají doktoři, jestli beru nějaký prášky, tak mi je nepříjemný říct, že.. Nevím proč, možná je to přesně kvůli tomu, že ti neoborní doktoři mě často soudili.“ (dívka č. 5)

7.3.3 Pozitivní i negativní zkušenosti adolescentek s odborníky na duševní zdraví

Dívky zmiňovaly, že mnohdy bylo velmi **náročné najít odbornou pomoc z kapacitních důvodů**. Například jedna respondentka vzpomínala na ultimátum, které jí dali v nemocnici – buď se půjde léčit do psychiatrické léčebny, nebo si najde dětského psychiatra. Jenže najít dostupného lékaře trvalo její matce velmi dlouho. Jedna respondentka v tomto ohledu sdílela svou zkušenost, kdy po opuštění pohotovosti musela čekat měsíc, než se dostala k psychiatrice. Jindy zase respondentky zmiňovaly **velký objem finančních prostředků**, který jejich rodina musela zaplatit za odbornou péči, což si dívky mnohdy vyčítaly.

Adolescentky si **byly vědomy toho, že odborníci na duševní zdraví nemohou vyřešit samotnou podstatu jejich problémů**, a naopak si velmi dobře uvědomovaly, že klíčovou roli hrají především ony samy. Dobrého odborníka proto

spatřovaly v někom, kdo jim **ukázal, jak o svých problémech přemýšlet**, navedl je k tomu, že **sebepoškozování nepředstavuje vhodný způsob, jak problémy řešit**, případně **poradil, jak si v případě potřeby ulevit**.

„Místo toho, abych se pořezala, jsem si vzala třeba tempery nebo něco a malovala jsem si po nohou a po rukou, protože mi řekli, že si můžu na sebe malovat, ale ať to není ostrý. Že tužkou vůbec, propiskou taky ne, to je taky ostrý. Takže jsem si na sebe začala malovat temperama a štětcem, fixama, což mi někdy pomohlo.“ (dívka č. 2)

„Dávala mi domů různý cvičení na papíru. Takže to nebylo jenom tak, že jsem se tam šla vypovídat, opravdu mi dala do dalšího sezení vždycky nějaký úkol.“ (dívka č. 4)

„První psychologka, se kterou jsem řešila anorexii, mi pomohla uvědomit si, že to není úplně normální způsob toho, jak zhubnout. A zadruhé mi pomohla si uvědomit to, že mám úplně jinou stavbu těla než jiný gymnastky, se kterými jsem cvičila, a že to je úplně normální, že každé má to tělo jiné.“ (dívka č. 5)

„To mi ta terapie asi taky dala. Vlastně zkoušet, zjistit, jakým způsobem se ta terapeutka ptala a jakým způsobem nad tím potom i já sama můžu přemýšlet.“ (dívka č. 6)

Z výpovědí respondentek bylo patrné, že každý odborník na duševní zdraví preferuje trochu jiné techniky a přístupy ke svým pacientům/klientům. **Ne každý tak dívkám nabídl všestranné odpovědi na jejich otázky, což považovaly za frustrující.**

„Na jednu stranu mě vyslechla a probraly jsme co a jak, skoro vždycky jsme našly příčinu nebo došly k nějakému zvědomení. Ale když jsem odcházela, tak to bylo takové, to je sice hezké, ale co mám dělat, až příště tady ty myšlenky přijdou?“ (dívka č. 6)

Pro adolescentky bylo velmi důležité, že odborníci **validovali jejich pocity** tím, že potvrdili, že prožívané negativní emoce jsou v kontextu jejich životní situace normální, a **vysvětlili jim, proč tyto pocity zažívají**.

„Vysvětlila mi, co se se mnou děje. Když je mi to vysvětlený, přestanu mít strach a v hlavě si to seřadím. Dokud nerozumím svému tělu na sto padesát procent, jsem nespokojená. Ona mi vysvětlila, co se děje, co mám za problémy, jak se to dá řešit, tak jsem byla jako díky, super, to jsem přesně potřebovala.“ (dívka č. 1)

„Celkově jsem měla pocit, že můj stav není tak špatnej. Takže to, že mi věřila a že mi dala najevo, že moje pocity jsou validní, mi pomohlo.“ (dívka č. 4)

„Odborníci mi pomohli si uvědomit, že může existovat důvod, proč se tak cítím, a že je úplně jedno, že jiný lidi mají jiné problémy, každej jsme úplně jinej.“ (dívka č. 5)

„Možná mi i přišlo, že to trošku přešla, že: Hm, dobře, tohle se děje. Že je to prostě fakt a není nutné se nad tím zastavovat, ale v tom dobrém slova smyslu, protože tím se utvrdilo, že nejsem nějaká divná nebo není třeba se mnou zacházet nějak speciálně. Takže to vlastně ve výsledku validovalo ten problém.“ (dívka č. 6)

Validace pocitů se ukazuje jako nejzásadnější přínos odborníků na duševní zdraví.

Jediná z respondentek, které se tohoto přístupu od odborníků nedostalo, totiž vzpomínala, že **ujistění o normalitě svých emocí velmi postrádala.**

„Já jsem chtěla vědět, že jsem normální. Protože já jsem se vždycky hrozně bála, že budu mít nějakou psychickou nemoc. Takže jsem se bála, jestli je normální tohleto zažívat, jestli je normální mít tyhle myšlenky. Pro mě bylo nejhlavnější vědět, že jsou takový lidi taky a že jsou normální. A to mi vlastně nikdy neřekla.“ (dívka č. 2)

Respondentky si na odbornících velmi cenily jejich **individuálního přístupu**, kdy **jednotlivá sezení i léčebný postup přizpůsobovali jejich aktuálním potřebám a přáním**. Především vyzdvihovaly schopnost odborníků navrhnout vhodnou léčebnou techniku a zároveň nabídnout alternativní přístup v situacích, kdy se ukázalo, že zvolená metoda není účinná nebo dívce nevyhovuje.

„Ona mi neslíbila léky, ona řekla, že se mnou bude lepší komunikace, že se mnou to bude jednodušší, když budu mít léky a budu chodit na sezení, že to zkusí kombinovat. Myslím, že ty minulý to nedělaly naschvál, jenom mi nechtěly ničit hlavu chemií, když to může být pubertou. Ale tahle byla jako, že to bude jednodušší a příjemnější pro mě a asi i pro ty sezení, když budu medikovaná.“ (dívka č. 1)

„zkušená, věděla, co dělá, a byla pečlivá. Ke každému pacientovi přistupovala individuálně, měla v zájmu to nejlepší pro tebe. Dávala mi kombinace léků, říkala: Zkusíme to takhle, kdyby to nefungovalo, dáme něco jinýho.“ (dívka č. 4)

„Ona ví, že studuju dvě školy, mám práci, a ještě chodím pomáhat do jedné agentury,

prostě že toho mám hodně. Ale říkala, že by mi hrozně doporučila psychologa, ale že si myslí, že by mi to akorát přidělalo mnohem víc starostí. Takže jsme to nakonec nějak nechaly zatím.“ (dívka č. 5)

„Vždycky se mě ptala na to, co mě ten konkrétní tejden trápí nejvíc, co cítím zrovna teď a snažila se se mnou mluvit o tom, jak bych zrovna tu konkrétní věc mohla řešit. A poslouchala, co jsem jí na to řekla, a když viděla, že třeba tenhle způsob úplně není pro mě, tak se pokusila navrhnout jiný řešení.“ (dívka č. 5)

Někdy se stávalo, že odborníci navrhli individuální řešení, jehož vhodnost dívky ocenily až časem, a proto jej mnohdy nejprve sabotovaly. Například se domnívaly, že dané léky nebo jiného odborníka nepotřebují vzhledem ke svému stabilizovanému stavu. Jedné respondentce se zase nelíbilo, že ji psychiatricka nechce pustit na tábor apod.

„Chtěla jsem jet na letní tábor s herectvím a zpěvem a ona říkala: Ale to si nemyslím, že je dobřej nápad. Ted' ses začala léčit, budeš z toho unavená. A já říkám: Ne, já tam prostě chci. Ale ona věděla, co dělá. V tu dobu jsem měla pocit, že mi odpírá věci, co mě dělaly šťastnou, ale ony by mě nedělaly šťastnou, protože by mě to spíš vysílilo.“ (dívka č. 4)

„Když mi řekla, že bych si měla najít dospělého psychiatra, byla jsem zrovna ve fázi, kdy se mi dařilo strašně dobře a měla jsem pocit, že už jsem úplně v pohodě, a tak jsem si nikoho nehledala. Jenomže dva roky na to, co jsem přestala chodit k doktorce, jsem z ničeho nic znova začala mít myšlenky, že bych si ublížila.“ (dívka č. 5)

„Já si ráda občas pobřečím, abych si ulevila trošku, ale už mi to nešlo, tak jsem ty prášky přestala brát. Že to byla chyba se ukázalo v tom, že jsem začala mít takovýhle propady, což mě dostalo ještě hloubš do depresí a do toho, že si chci ublížit. Myslela jsem, že už to mám vyřešený, že už to zvládnou bez prášků, že už bych chtěla být nezávislá na nějakých práscích, ale to nevyšlo.“ (dívka č. 5)

Individuální přístup dívky vnímaly jako zásadní, a proto ho očekávaly od každého odborníka. V tomto ohledu by proto ocenily, **kdyby se jich odborníci více ptali, zda jim navrhované techniky pomáhají, jak se při nich cítí nebo zda by preferovaly jiný léčebný postup** atp. Nicméně **ne každý odborník nastavoval léčebná opatření dle potřeb a přání dívek.**

„Když tam prostě jde člověk, kterej si chce povídat, kterej to chce řešit, chce dostat různý motivační metody, chce si přečíst knížku o tom, jak žít dobrej život, tak oni se tomu mají přizpůsobit. Podle mě je to hodně individuální.“ (dívka č. 1)

„Ona se mě třeba ptala, jak jsem se při tom cítila, ale už se mě nezeptala na to, jestli v tom chci pokračovat.“ (dívka č. 4)

Jedna z respondentek uvedla negativní zkušenost s pohotovostní službou, která jí jako prostředek k rychlému zklidnění předepsala **nadměrné množství medikace**, v důsledku čehož si na těchto lécích **vytvořila silnou závislost**. Její psychiatricka jí následně potvrdila, že se **s podobným přístupem u akutní intervence setkává poměrně často**.

„Když už jsem byla ready jít do školy a dostala jsem se k doktorce, tak ta se při pohledu na zprávu úplně zděsila s tím, že si normálně v tý nemocnici dělaj prdel, že mi předepsali takovýhle prášky, protože na tom vzniká závislost. Řekla mi, že to musíme okamžitě vysazovat. Tu závislost jsem na tom reálně měla, a tak jsem do školy zase nemohla chodit, protože jsem měla abstáky. (...) Jsem se probudila a klepaly se mi nohy.“ (dívka č. 3)

Respondentka si byla vědoma toho, že cílem této odborné péče je pacienty urychleně podchytit a poslat k jinému odborníkovi, který zajistí udržitelnější léčebný plán. I přesto ale vnímala, že **nabídnuté řešení mohlo lépe reflektovat dlouhodobější dopad**, jelikož kromě silné závislosti si dívka vybudovala strach z medikace.

„Ne, že by se s tebou úplně nemazali, ale jejich prioritou je tě dostat do nějakýho vyklidněnýho stavu, možná až moc vyklidněnýho, a potom to už nechávaj na odborníkovi, ke kterému ti daj doporučení, aby s tebou pracoval. Že tady ti dám dávku prášků a ty si během tý doby, než se dostaneš k tady tomu, tohle ber, abys byla v chillu. Ale pak jseš v takovým chillu, že ani nevíš, co cítíš.“ (dívka č. 3)

Podobnou zkušenost měly i další respondentky s odborníky, ke kterým docházely pravidelně. Nejenže dívky **vnímaly některá z nabídnutých řešení jako zbytečná, někdy i dětinská, ale zároveň se tato opatření nijak pozitivně neprojevila na jejich psychickém stavu.**

„Po mně chtěly si psát deníček a mně to přišlo tak hrozně debilní. Psychická porucha není, že máš deníček, píšeš si do něj: Dneska se cítím hrozně smutně. Ty prostě ležíš v posteli a necítíš. Já si nebudu psát debilní deníček, to nepomůže.“ (dívka č. 1)

„Tak ještě zkusila čínskou medicínu, ale to nepomohlo, to byl haluz; sice hezkej pokec, ale haluz. (...) Něco mě asi prej napadlo, nějaká temná magie, která ze mě vyšla, deprese ze mě vyšly a chtěly jít zpátky, něco takovýho mi řekla.“ (dívka č. 1)

„Doted' si nejsem jistá, jestli to bylo nutný. Do té doby jsem na tom byla už tisíckrát hůř a na žádnou hospitalizaci jsem nešla. Tenkrát jsem byla ve stavu, kdy mě přijali, ani mi nezměnili léky, šla jsem na pár terapií, a to bylo všechno. Moje kamarádka mi řekla: Tam to byla taková nuda, než jsi přišla. To mě potěšilo, ale nejsem si jistá, jestli jsem k tomu potřebovala jít na psychiatrii, abych bavila lidi.“ (dívka č. 4)

„Psycholožka mi napsala nějaký Bachovy kapky. A to si s odstupem času myslím, že byla trošku zbytečná útrata peněz.“ (dívka č. 5)

Někteří odborníci adolescentkám opakovaně navrhovali stejná, v očích dívek nefunkční, řešení, bez možnosti alternativ. Nicméně některé dívky uznaly, že odborníkům neuměly v jejich návrzích odporovat.

„Vím, že jsem byla hrozně zklamaná z toho, že mi furt říkala to samý potom: Už sis našla něco, za co to vyměníš? A říkala mi to pokaždý, když jsme se viděly, myslím, že dvakrát týdně. A přestala jsem věřit na to, že by mi to mohlo pomoci.“ (dívka č. 2)

„My jsme se hodně soustředily nejdřív na různý meditační cvičení a dechový techniky, což mi upřímně moc nepomáhalo. Dobře, cítila jsem se o něco líp, ale podle mě to bylo tak, že jsem chtěla říct, že to funguje. Ale ve výsledku, i když jsem to zkoušela doma, mi to nikdy nepomohlo.“ (dívka č. 4)

„Mně to přišlo spíš takový směšný, že jsem si říkala: Jo, je to hezký od ní, že se mi snaží pomoci, ale prostě co, jdu od ní, je mi krásně a druhý den je to stejně úplně k ničemu. Tak jsem si říkala, že se mnou úplně jenom mrhá čas. A vlastně doted' nevím, jestli mi někdy pomohla nebo ne, tady ta paní psycholožka.“ (dívka č. 5)

Některé respondentky se domnívaly, že jim odborníci navrhovali nevhodná řešení, jelikož **je a jejich potřeby dostatečně nepoznali**. V důsledku toho si pak nepřipadaly dostatečně vyslyšené.

„Všichni byli podobný v tom, co s tím mám dělat, že si mám mačkat ruce, že mám být jako raz, dva, tři, čtyři. Ne, prostě takhle to nebude fungovat, já se znám, já to potřebuju přečkat, já to nemůžu zastavit. (...) Cítila jsem se nevyslyšená a že nemají pravdu, že si dokážu pomoci jenom takhle.“ (dívka č. 1)

„Dobře, pomohlo mi to v nějakých věcech, ale přijde mi, že za tisícovku si tam něco řeknu, někdy vařím z vody, protože ani nevím, o čem mám povídat, a vlastně mi to nepřijde tak efektivní a přijde mi, že mi zas tolik nerozumí.“ (dívka č. 4)

„Jak jsem to měla spojené i s tím riskantním sexuální chováním, tak to nebylo až tak komfortní téma pro tu dynamiku, kterou jsme mezi sebou měly. Takže mi přišlo, že tomuhle se trochu vyhýbala, nebo že tomu nedala takový prostor, jaký já bych chtěla.“ (dívka č. 6)

Dvě dívky se domnívaly, že jim **odborníci nenabídlí alternativní řešení proto, že jejich duševní problémy vztahovali k jejich nevypěstlosti a pubertě**.

„Ony byly vždycky jako: Puberta, to přejde. To je hezký, ale já bych chtěla, aby to přešlo teďka, protože se necítím dobře a chtěla bych žít dobrou život.“ (dívka č. 1)

„Myslím si, že řekla, že takhle ne, že jsem na to mladá, že jako nemůžu chlastat, vždyť mi je patnáct a jakto, že to rodiče dovolují. (...) Vím, že se mi nelíbila a že už jsem k ní nechtěla jít.“ (dívka č. 2)

Respondentky by v této souvislosti ocenily, kdyby je odborník v případě, kdy jejich potřeby vyžadují specializaci, která jde nad rámec odborníkových možností, odkázal na jiného specialistu, **který jim dokáže poskytnout cílenou pomoc**. Zejména by uvítaly **zprostředkování přímého kontaktu** na odborníka nebo **ujištění, že si adolescentka skutečně potřebnou odbornou péči zajistila**.

„Kdyby mi psychologka, třeba po půl roce toho, co viděla, že není rozdíl, že se furt řežu, tu terapii doporučila, tak si myslím, že by byla dobrá. Třeba i společná terapie s lidma (...) si myslím, že by mi pomohla a možná bych tam i ráda chodila, protože bych poznala lidi, který jsou na tom stejně, který se snažej najít pomoc.“ (dívka č. 2)

Speciálně u psychologů či terapeutů, ale i některých psychiatrů dívky oceňovaly jejich **empatický přístup**. Vnímaly je jako někoho, s kým si mohou o **svých pocitech promluvit a kdo je pochopí a neodsoudí**. Někdy přístup odborníků v respondentkách evokoval až **přátelský vztah**. Bylo pro ně důležité, že se s odborníkem **cítily pohodlně**, především že jim **naslouchal a projevil skutečný zájem**.

„Byla hodná a nesoudila mě. (...) To se mi líbilo, protože to byl vlastně jedinej člověk, kterej mi neřekl, že je to špatný. Jako řekla mi, že bych měla přestat, ale neřekla mi to tím způsobem, že si zničím život. Ona pochopila, že je to něco, co musím dělat, a snažila se mě jemně.. (...) My jsme časem měly takovej kamarádskej vztah. Že už mě znala tak moc, že se mnou vlastně mluvila ne profesionálně někdy.“ (dívka č. 2)

*„Jsem byla ráda, že o tom můžu s někým konečně mluvit. Paní doktorka na mě působila fakt, že se zajímá. Že to nebylo takový: No, tak tady prostě nějaká p*** zase si přišla stěžovat, zase je to nějaký děčko. (...) Byla jsem strašně ráda, že to konečně můžu někomu říct a že to konečně někdo slyší.“ (dívka č. 3)*

„Tam určitě hraje roli nějaká podpora, že když jí popíšeš to, jak to vypadá doma, tak tě spíš podpoří, než aby tě topila v tom, že ty jseš ta špatná. (...) Je to i takový, že co já jí řeknu, ona si pamatuje. Že ví, že tady teď bydlíme a jaký to tady je, ptá se na přítele, jestli všechno v pohodě.“ (dívka č. 3)

„U paní psycholožky to bylo takový, že jsem neměla pocit, že by mi pomáhala s tou anorexií, spíš mi bylo hodně příjemný si s ní povídat. Protože ona povídala o nějaký vřel, že si můžu dovolit být křehká, a bylo to takový hrozně milý. Takže jsem odsud odcházela taková, asi ne úplně šťastná, spíš že mi bylo tak jako hezky.“ (dívka č. 5)

Jedna respondentka rovněž vyzdvihovala chvíle, kdy odborníci **ocenili její pokrok**, čímž ji motivovali k osobnímu rozvoji a pokračování v léčbě.

„Určitě oceňuju, že mi třeba sami řeknou, že viděj ten pokrok. Nejenom, že mě to usvědčuje v tom, že mám nějaký problém, ale zároveň mně to dává takovou tu víru v samu sebe, že to vidí ostatní lidi, že jsem se někam posunula.“ (dívka č. 3)

Přestože respondentky oceňovaly, že si mohou o svých problémech konečně s někým popovídat, v některých případech jim bylo **velmi nepříjemné ukazovat jizvy nebo sdělovat detaily ze svého života cizím lidem**. Několik dívek hovořilo i o **nedostatečné důvěře k odborníkům, kvůli čemuž se jim plně neotevřely**.

„Doktor mi řekl, ať mu ukážu jizvy, a to mi bylo extrémně trapný. Doted'ka se za ně trochu stydím.“ (dívka č. 1)

„I když mi říkala, že to nebude říkat mámě, stejně jsem se bála, že jí to řekne. Protože tam jsem říkala věci, který máma prostě nevěděla a který jsem nechtěla, aby věděla. Takže jsem jí toho neříkala tolik, abych si byla jistá, že jí to neřekne.“ (dívka č. 2)

„Odpovídala jsem jednou větou max, že jsem se moc neprojevovala a nevěděla, co mám říkat. To, že se mám někomu svěřovat, pro mě bylo hrozný, ještě někomu, koho vlastně vůbec neznám.“ (dívka č. 4)

„V té době jsem asi potřebovala, aby někdo věděl, jak moc si chci ublížit, protože jsem jí to nikdy neřekla, nikdy jsem se plně neotevřela, i když mě ujišťovala o tom, že je to bezpečný prostor, kde se můžu bavit o čemkoliv. A vím, že tenkrát jsem doufala, že si někdo všimne, že mám nějaký problém. Takže bych si přála, aby ze mě tenkrát nějak vydolovala to, že si chci ublížit.“ (dívka č. 5)

U psychiatrů si respondentky samy uvědomovaly, že **lékaři na ně nemají tolik prostoru jako například psychologové** a že jejich náplň práce není si s nimi povídat, nýbrž zmapovat situaci a podle toho předepsat léky. Především pak na nich vyzdvihovaly jejich **odbornost**. Zatímco psychologové či terapeuti validovali pocity dívek svými slovy, psychiatři tak činili diagnostikou a předepisováním léků, čímž dívky utvrzovali v tom, že jejich problémy jsou hodny odborné pomoci.

„Když mi potvrdila, že reálně něco mám, tak se mi samozřejmě ulevilo, že si to ne že vymýšlím, ale že to, co cejtím, je fakt validní. (...) Ono to bude znít blbě, ale když řeknu, že mám sebevražedný myšlenky, a ona ti diagnostikuje depresi, tak víš, že to reálně něco je, že to je podpořený tou diagnózou. (...) Protože když se to snažím někomu říkat a on ti řekne: Neotravuj mě. Tak pak se cejtíš, že na to nemáš ani nárok.“ (dívka č. 3)

„Zatím jsem ještě furt v té fázi svého života, kdy potřebuju prášky a oni mi je

předepisují z nějakýho důvodu. To není jenom tak, že by si to vycucali z prstu a řekli, že mám nějakou poruchu, a proto mi předepíšou prášky. Ale jsou to odborníci a asi vědí, o čem mluví.“ (dívka č. 5)

Adolescentky zároveň oceňovaly zejména **upřímnost a přímý způsob komunikace psychiatrů**, ale i jiných odborníků. Zvláště si cenily toho, že je otevřeně konfrontovali a poskytli jim **upřímnou zpětnou vazbu**, kterou často vnímaly jako **podnětnou a napomáhající hlubšímu porozumění vlastní situaci**. Upřímnost pak mnohdy zároveň působila jako určitá forma **varování**, která respondentky i jejich rodiny vedla ke změně myšlení.

„Jak jsem zmiňovala tu lékařskou zprávu z nemocnice, tak ta udělala hodně, mým rodičům dost otevřela oči. Protože moje máma tomu fakt podle mě nedávala vůbec žádnou váhu, a pak když si přečetla, jak vnímám to, že mě nemá ráda, tak jsem jenom viděla, jak jí jdou slzy z očí.“ (dívka č. 3)

„Byla taková ráznější, fakt to řekla tak, jak to je: Ted' bude potřeba na tom pracovat, ted' ti nasadím léky a budeš se muset zvednout. A nechodila okolo horký kaše. (...) Takže mě to ještě víc utvrdilo v tom, že potřebuju pomoci.“ (dívka č. 4)

„Byla jsem fakt vyčerpaná. A ona nemá problém s tím mi říct, jestli bych nechtěla trochu ubrat, že jí to nepřijde úplně normální se takhle moc zaneprázdnňovat a že by mi možná mohlo pomoci trošku zvolnit. Že ona není taková, že by říkala, že to bude dobrý, ona je taková, že měla byste s tím sakra něco dělat.“ (dívka č. 5)

„Byla chápající a podporující, ale zároveň mi předala to, že je to na mně, jakým způsobem všechno půjde dál, že jediný, kdo s tím může něco udělat, jsem já. To jsem podle mě dost potřebovala slyšet, protože i tím, jak jsem měla málo toho kontaktu, tak jsem se vždycky položila do někoho dalšího, kdykoliv byla ta možnost, a ona mě do tady toho stavu vůbec jít nenechala.“ (dívka č. 6)

Důležité je zmínit, že **zásadní obrat v přístupu adolescentek k jejich duševnímu zdraví nenastal okamžitě, ale jednalo se o postupný proces**. Všechny výše uvedené aspekty – odborníci i blízcí – postupně přispěly tomu, že adolescentky začaly aktivně usilovat o zlepšení své situace. Jedna z respondentek explicitně zdůraznila **nezbytnost kombinace psychiatrické a psychoterapeutické péče**, přičemž uvedla, že právě propojení těchto dvou přístupů bylo klíčové pro dosažení

významného posunu v jejím duševním zdraví.

„Ty návštěvy mi osobně, ne že by mi pomohly, já jsem si musela pomoci sama. Ale to tak podle mě mají všichni. Prostě oni tě navedou, ty si to uvědomíš a potom to řešíš. Jako samotná návštěva mě nevyлéčila. Mě vyléčilo to, že mi řekla nějaký fakta a já jsem sama uvážila, že jo, mají asi pravdu.“ (dívka č. 1)

„Začala jsem chodit na terapie, začala jsem na sobě pracovat, na nějakým tom přístupu. Samozřejmě každý ti řekne, že tím, jak jsem tam chodila fakt často, že se ti ten stav zlepšuje. A i teď vidím, že se na ty věci koukám jinak, ale myslím, že takový to sebedestruktivní chování a myšlení v tobě zůstane.“ (dívka č. 3)

„Začáteční terapie, si myslím, že byly efektivní hodně a že mi pomohly. Bez nich by léčba byla náročnější. Protože jsem krom psychiatričky a léků podle mě potřebovala nějaký hlubší pochopení a techniky na zvládání nutkání, krizový plány.“ (dívka č. 4)

7.3.4 Sebereflexe: součást léčebného procesu

Dívky se zpětně domnívaly, že **důvodem nefunkčnosti některých z nabízených opatření byly ony samy**. Buď se nacházely ve fázi života, kdy **na vše rezignovaly a měly pocit, že jim nic nepomůže**, nebo **měly svou vlastní představu o jediném možném léčebném postupu**, na kterém trvaly, přestože ho odborníci zamítli. V druhém případě dívky většinou usilovaly o předepsání léků.

„Já si myslím, že jsem fakt v tu chvíli chtěla léky, protože jsem si myslela, že to je jediná pomoc; a byla to jediná pomoc. Prostě jsem to na sobě nějak cítila, že prostě nepomůže jenom, že si o tom pokecám s těma lidma.“ (dívka č. 1)

„Já jsem na tom byla tak psychicky špatně, že jsem měla pocit, že mi stejně nepomůže, že to nepotřebuju a že by se mohla věnovat lidem, kteří to opravdu potřebují nebo kteří jsou na tom hůř. Spíš si myslím, že nebyl problém v ní, ale ve mně, že už jsem rezignovala na cokoliv, taky to vyvrcholilo tím, že jsem chtěla rezignovat na život. A byla jsem hodně tvrdohlavá, jednou jsem začala věřit tomu, že mi to nepomůže, a tak to bylo.“ (dívka č. 5)

Důležité je pak zmínit, že dívky si **nebyly jisty, zda by odborníci vůbec mohli udělat něco jinak, aby jim byli schopni pomoci**.

„Myslím si, že to mají hodně těžký, protože ne každý jim věří a ne každý jim bude

říkat pravdu. To vím z vlastní zkušenosti, že určitě ne všichni jim říkají pravdu, ne všichni chtějí pomoci. A nedokážu si představit, jak se musej bavit s člověkem, kterej tam jenom sedí, mlčí a nechce jim nic říkat. To jim asi moc nepomůžou, ale není to jejich vina. “ (dívka č. 2)

8 Diskuse a reflexe výsledků

V této kapitole shrnu výsledky mé práce a zároveň je zasadím do kontextu odborné literatury, dosavadního poznání a teorie liniových pracovníků. Přestože je u této teorie zvykem aplikovat ji na pohled samotných liniových pracovníků, ve své práci na ni nahlížím očima koncových klientů. To může přinést novou perspektivu a zároveň odhalit nezamýšlené efekty či dokonce selhání v oblasti péče o sebepoškozující se adolescenty, kterých si samotní liniovní pracovníci nemusí být při implementaci veřejných politik vědomi.

Ve své práci jsem se zaměřila na to, jak sebepoškozující se adolescentky vnímají liniové pracovníky. Záměrně jsem však při formulaci výzkumných cílů „systém péče“ neomezovala pouze na odbornou péči, jelikož ze zahraniční literatury vyplývá, že téma péče v kontextu sebepoškozování je pro adolescenty mnohem komplexnější záležitostí; svou roli hraje kromě odborníků i podpora blízkých (např. Wadman et al., 2018; Rosenrot a Lewis, 2020), což se projevilo i ve výsledcích mé práce.

Vyhledání pomoci

Ukazuje se, že fáze vyhledání (odborné) pomoci je klíčová a určuje, zda a jak se adolescent bude léčit se svými duševními problémy. Hlavní bariéru ve vyhledání pomoci hrálo, že si **dívky nebyly jisté, zda jsou jejich problémy dostatečně velké**, mimo jiné i proto, že jejich okolí nevěnovalo známkám duševních obtíží takovou pozornost. Na tento problém poukázali Nielsen a Townsend (2018), kteří tvrdí, že pokud si lidé myslí, že adolescent sebepoškozováním volá o pozornost, jeho chování podceňují nebo ignorují. Toto zjištění je tak v rozporu se závěry Rowe et al. (2014), kteří tvrdí, že většina bariér ve vyhledání pomoci v souvislosti se sebepoškozováním je spíše interpersonálního než intrapersonálního charakteru. Jak uvedu níže, mezilidské vztahy hrály významnou roli v nevyhledání pomoci, avšak zásadní bylo též to, že dívky samy nebyly přesvědčeny o potřebě vyhledat pomoc. **Když už začaly vnitřně tušit, že pomoc potřebují, neuměly si o ni říct.** Při konfrontaci často zapíraly, přičemž **chtěly chránit své blízké před negativními emocemi**, na což poukazují i závěry několika zahraničních studií (Wadman et al., 2018; Rosenrot a Lewis, 2020; Wang et al., 2023).

Zkušenosti s reakcemi blízkých

V souladu se zjištěními Rowe et al. (2014) se **všechny adolescentky se svými problémy obracely nejprve na rodinu a nejbližší okolí**. Tímto přístupem se odlišovaly od širšího vzorku sebepoškozujících se osob napříč generacemi, kteří spíše vyhledali odbornou pomoc, a to zejména z obavy o narušení vztahů s blízkými (Sass et al., 2022). **Většina rodičů reagovala velmi emotivně s tím, že následně dcerám projevila podporu, v několika případech rodiče problémy svých dcer ignorovali nebo zlehčovali**, což dle dostupné literatury představuje běžné první reakce rodičů (Tan et al., 2024; Wadman et al., 2018). Specifickou reakcí pak bylo, že **někteří rodiče dcerám vyhrožovali, že je pošlou za odborníky**, pokud se sebepoškozováním nepřestanou, přičemž mnohdy jejich výhrůžky měly opačný efekt. K podobným výsledkům dospěly i jiné zahraniční studie, které říkají, že pokud blízcí označovali adolescenty za blázný, vedlo to k jejich uzavření a odmítnutí se jim dále svěřovat (Tan et al., 2024; Rosenrot a Lewis, 2020).

Vyhledání odborné pomoci

Jak vysvětlili Oldershaw et al. (2008) nebo Raphael et al. (2006), pro rodiče je v takto tíživé situaci klíčová pomoc ze strany odborníků. Proto **první krok v rozhodnutí o vyhledání odborné pomoci učinili až na jednu výjimku rodiče adolescentek**, přičemž dívky s nimi souhlasily, ale od odborníků neměly ve většině případů velká očekávání. Samotné **dívky si potřebnost odborné péče přiznaly až ve chvíli, kdy si uvědomily, jak špatný jejich stav duševního zdraví je**. V této fázi si už dokázaly říct o odbornou pomoc samy, přičemž očekávaly, že jim odborníci uleví od jejich problémů. Obecně se ale adolescentky **bály, že si s odborníky nebudou rozumět nebo že neuznají jejich problémy za validní**, což jim bránilo v jejich vyhledání. Na to upozorňují i Rowe et al. (2014) a Wadman et al. (2018) ve svých studiích, že se adolescenti bojí toho, že budou považováni za volající o pozornost.

Vliv odborníků na rozhodnutí adolescentů vyhledat odbornou pomoc

Obavy z odborníků často byly důvodem, proč dívky s vyhledáním pomoci vyčkávaly do poslední chvíle, přestože s nimi měly dosud jen pozitivní zkušenosti. Některé respondentky naopak přisuzovaly odborníkům natolik zásadní roli v poskytování pomoci, že se na ně obracely i v situacích, kdy odbornou intervenci reálně nepotřebovaly. **I pokud měly adolescentky horší zkušenost, u odborníka spíše**

zůstaly, anebo ukončily spolupráci, ale nebyly odrazeny od možnosti vyhledat jinou odbornou pomoc okamžitě nebo v případě potřeby někdy v budoucnu. Pouze v jednom případě respondentka zmínila, že by po své negativní zkušenosti s psychiatrickou znovu navštívila psychiatrii jen pokud by to bylo opravdu nevyhnutelné. Z těchto zjištění vyplývá, že **adolescentky jsou při vyhledání pomoci ovlivňovány především jejich vědomím přínosu odborné péče**, přičemž to, jestli mají spíše lepší nebo horší zkušenosti s odborníky, nehraje takovou roli. Přitom odborná literatura hovoří o tom, že zkušenosti adolescentů s odborníky hrají zásadní roli při rozhodování o vyhledání pomoci (Hunter et al., 2013; Tan et al., 2024). Podle některých adolescentů je vyhledání pomoci dokonce ztráta času, protože mají pocit, že odborníci nedělají nic proto, aby jim pomohli (Hunter et al., 2013; Wadman et al., 2018).

Nicméně **negativní zkušenost adolescentek v několika případech vedla k ukončení spolupráce s konkrétním odborníkem**, především z důvodu navrhovaných, avšak z pohledu adolescentek nefunkčních řešení. Zahraniční studie v této souvislosti hovoří o tom, že k ukončení léčby adolescenty vede kromě neindividuálních řešení a nedostatečného zájmu také tvrdá kritika a odsuzující přístup odborníků (Hunter et al., 2013; Tan et al., 2024). **Adolescentky se však nesetkaly s odborníkem, který by byl zásadnějším způsobem kritický k jejich situaci a který by dokázal zlomit jejich důvěru v systém péče jako celek**, což může být důvodem, proč se mé výsledky liší od závěrů zahraničních studií. **Výjimku tvořili někteří odborníci, jejichž specializace nebyla specificky na duševní zdraví**, např. pediatrii či gynekologové, ke kterým dívky chodily na běžné prohlídky. S nimi dívky v oblasti duševního zdraví neměly tak dobré zkušenosti, protože **jejich problémy ignorovali, nevhodně komentovali, anebo se zabývali důsledky nemoci, ale nepátrali po příčině**. Po takových zkušenostech jedna z dívek uvedla, že má k těmto odborníkům nalomenou důvěru, co se týká témat duševního zdraví. Toto zjištění odpovídá **současnému přístupu praktických lékařů k duševnímu zdraví, které pro ně nepředstavuje důležité téma**, a proto v této oblasti ani nespolupracují s relevantními odborníky, kteří by adolescentům dokázali pomoci (Farkač et al., n.d.). Přitom jsou to právě praktičtí lékaři pro děti a dorost, kteří mají největší šanci podchytit rozvinutí duševních problémů jako první, jelikož k nim děti chodí na pravidelné prohlídky. Lipsky (1980) v této souvislosti uvádí, že linioví

pracovníci se často potýkají s nedostatečným vzděláním a zkušenostmi z praxe. To potvrzuje současný stav českého vzdělávacího systému, kdy pediatri nezískávají hlubší znalosti z oblasti psychiatrie a na lékařských fakultách obecně klesá důraz na komunikaci a psychoterapeutické dovednosti (Bankovská Motlová et al., n.d.). Toto se pak propisuje do praxe, kdy někteří praktičtí lékaři, kteří v této oblasti nejsou tolik zkušení, mohou být směrem k pacientům s duševním onemocněním méně empatičtí (MZČR a NUDZ, 2020).

Zkušenosti s odborníky na duševní zdraví

Naopak u odborníků na duševní zdraví dívky uváděly, že narazily na jedince, kteří na ně působili dobře, přičemž jedna adolescentka tento **profesionální přístup přikládala právě jejich odbornosti v oblasti duševního zdraví**. Některé dívky tuto skutečnost přisuzovaly tomu, že jen **měly štěstí**, zdůrazňovaly **význam prostředí**, ve kterém se setkání s odborníky konalo a které dopomohlo tomu, zda si odnesly lepší, či horší dojem z celého setkání, nebo se domnívaly, že **pozitivní přístup odborníka byl zapříčiněn tím, že ony samy se chovaly dobře** a byly odhodlané se vyléčit. Tyto domněnky pak odpovídají praxi, kdy linioví pracovníci nemohou z mnoha důvodů poskytnout excelentní péči všem, a proto si třeba i na základě přístupu pacienta/klienta vybírají, komu ji poskytnou a komu naopak tolik energie nevěnují (Lipsky, 1980). Domnívám se, že **adolescentky hodnotily odborníky veskrze pozitivně také kvůli tomu, že od nich neměly nereálná očekávání**. Toto zjištění je tak v rozporu s teorií liniových pracovníků, podle které se odborníci mnohdy musí vypořádávat s požadavky klientů/pacientů, které neodpovídají jejich reálným možnostem (Lipsky, 1980). Naopak si adolescentky uvědomovaly, že psychiatri na ně nemají tolik času jako třeba psychologové, a proto je jejich přístup zkratkovitější, nebo si byly vědomy toho, že odborníci celkově nevyřeší všechny jejich problémy, a proto je vnímaly spíše jako důležitou oporu na jejich cestě za vyléčením. Pakliže některé z nabízených intervencí nefungovaly, dívky uznaly, že ony samy mohly být příčinou. Buď se nacházely ve fázi, kdy na pomoc ostatních rezignovaly, nebo měly vlastní představu, jak situaci řešit lépe. I proto si dívky nebyly jisté, zda by odborníci vůbec mohli udělat něco lépe.

Negativní zkušenosti

Pokud však dívky viděly v přístupu odborníka nějaké mezery, bylo to ve chvíli, kdy

jim **neodpověděl na z jejich pohledu jednoduché otázky** a především když jeho **navrhované intervence nebyly přizpůsobené individuálním potřebám dívek s důrazem na kontext situace**, přičemž tyto intervence nevedly k pozitivní změně ve stavu duševního zdraví adolescentek. I ze zahraničních studií vyplývá, že pokud odborníci neposkytnou individuální péči, adolescenti to považují za zásadní negativum (Tan et al., 2024; Hunter et al., 2013). Taková nekontextualizovaná péče měla mnoho podob:

Respondentky některá opatření vnímaly jako **zbytečná, někdy dětinská**, přičemž v druhém případě jejich **problémy odborníci připisovali pubertě**, s čímž se potýkali i adolescenti v zahraničí (Wadman et al., 2018; Hunter et al., 2013). Aplikací teorie liniových pracovníků můžeme dojít k závěru, že tento zkratkovitý přístup odborníků mohl být způsobem, jak se vyrovnávali s pracovním zatížením, přičemž si vytvořili standardizované znaky, na základě kterých určili, že za problémy adolescentů stojí puberta, a proto jim nevěnovali takovou pozornost (Lipsky, 1980). Některé adolescentky dále v souvislosti s neindividuálními intervencemi vnímaly, že jim **odborníci nabízejí opakovaně stejná nefunkční řešení**, což uvádí i další zahraniční studie (Wadman et al., 2018; Hunter et al., 2013) s tím, že tento přístup odborníků v adolescentech vyvolává beznaděj. V jednom případě tato dlouhodobě navrhovaná nefunkční řešení znamenala, že psychický stav dívky vyeskaloval až k pokusu o sebevraždu. Odborná literatura naznačuje, že v mnoha případech za neschopností odborníka včas odhalit riziko sebevraždy mohou stát nekvalitní či myty podpořené informace, kdy odborník nemusí poznat, že adolescent volá o pomoc (MZČR a NUDZ, 2020). Jiné dívky zase cítily, že je odborníci **dostatečně nepoznali, protože je nevyslechli**, což vedlo k neefektivním návrhům léčby. Souviset to mohlo s tím, že **dívkám nebylo příjemné se svěřovat cizím lidem, kteří když v nich nedokázali probudit dostatečnou důvěru, dívky se jim zcela neotevřely**. Ukazuje se, že podobné zkušenosti mají i adolescenti v zahraničí, kdy měli pocit, že nedostali prostor se vyjádřit (Wadman et al., 2018), nebo jim odborníci zcela neporozuměli, přičemž adolescenti by jim navrhovali nejdříve poslouchat a až poté navrhnout řešení (Tan et al., 2024). Jedné z respondentek zase přišlo, že navržené řešení zcela **ignorovalo dlouhodobý dopad na její duševní zdraví**, když jí pro zajištění rychlého zklidnění předepsali brát dlouhodoběji velké množství prášků, na kterých si kvůli tomu vytvořila silnou závislost. Teorie liniových pracovníků by tento přístup opět

považovala za jeden z copingových mechanismů, přičemž Hughes a Condon (2016) k tomu zmiňují, že v důsledku velké pracovní zátěže se mohou odborníci uchylovat k tomu, že místo osob s individuálními potřebami vidí pouze úkoly, které je třeba splnit, tudíž se nezabývají dlouhodobějšími dopady, které jejich intervence může způsobit. Druhou možnou interpretací jsou pak výsledky ze zahraničí, kdy adolescenti v takových případech vnímají, že se jich chtějí odborníci pouze zbavit (Hunter et al., 2013). Je důležité zmínit, že adolescentka explicitně vyjádřila, že neměla pocit, že by se jí chtěli odborníci v nemocnici rychle zbavit, nicméně zdůraznila, že jejich řešení nebralo ohledy na dlouhodobější dopady, což by odpovídalo interpretaci předkládané teorií liniových pracovníků.

Obecně pak respondentky zmiňovaly **finanční zátěž nebo nedostatečné kapacity spojené s odbornou péčí**, přičemž nastala paradoxní situace, kdy si měla adolescentka po pokusu o sebevraždu na příkaz nemocnice najít psychiatra (nebo musí podstoupit psychiatrickou hospitalizaci) bez toho, aniž by na něj dostala jakýkoliv kontakt, a její matce někoho najít trvalo velmi dlouho. Tyto situace nasvědčují nedostatku a přetíženosti ambulantní péče s nedostatečnou návazností zdravotnických služeb, s čímž se Česká republika podle odborníků dlouhodobě potýká (WHO, 2019). Speciálně na návaznost péče je proto kladen významný důraz i ve zmiňovaném akčním plánu, ale je patrné, že linioví pracovníci tyto legislativní proměny z určitých důvodů neuvádějí do praxe (Lipsky, 1980). A to i přes dostupné důkazy o tom, že období po propuštění z hospitalizace je vysoce rizikové a propuštění mají větší sklony k sebevraždě (Winkler et al., 2015).

Adolescentky by v tomto ohledu **ocenily, kdyby je odborníci v případě, že jim neumí nebo nemohou poskytnout péči na míru, odkázali na jiného specialistu** poskytnutím přímého kontaktu, anebo aby se ujistili, že si dívky potřebnou péči opravdu zajistily. Tato přání adolescentek poukazují na nedostatky českého systému péče v předávání pacientů mezi službami (MZČR a NUDZ, 2020), na což současné veřejněpolitické dokumenty nově kladou větší důraz, přičemž někteří linioví pracovníci mají povinnost informovat pacienta o dalších možnostech péče danou zákonem (Zákon č. 372/2011 Sb., paragraf č. 46). Tato přání jsou navíc v souladu s doporučeními odborníků, kteří říkají, že telefonické či textové ověření pacientova stavu po propuštění z hospitalizace by mělo být součástí běžné praxe

(WHO, 2019). Dále by adolescentky ocenily, kdyby se odborníci snažili **přizpůsobit léčebný postup na míru tím, že se jich budou ptát na doplňující otázky, např. jak se při dané technice cítí apod.**

Pozitivní zkušenosti

Co se týká pozitivních zkušeností, adolescentky především oceňovaly, když jim odborníci **ukázali, jak o svých problémech mají přemýšlet, případně poradili, jak si ulevit** jinak než sebepoškozováním. Pro dívky bylo velmi důležité, když odborníci **validovali jejich pocity** jak slovy, tak medikací, **vysvětlili jim, proč tyto pocity zažívají a utvrdili je v tom, že jsou hodny odborné pomoci.** Ve chvíli, kdy jedna dívka validaci nedostala, velmi ji postrádala. Validace a utvrzení v potřebnosti péče byla klíčová nejen pro adolescenty, ale i starší sebepoškozující se osoby v zahraničí (Hunter et al., 2013; Sass et al., 2022), přičemž tam na rozdíl od výsledků mého výzkumu dokázali někteří odborníci svým přístupem adolescenty přesvědčit i o tom, že hodni pomoci nejsou (Wadman et al., 2018). Respondentky si také cenily **individuálního přístupu odborníků, případně jejich schopnosti upravit léčebný postup podle potřeb a přání dívek,** přestože někdy vhodnost řešení ocenily až s odstupem času. Jedna respondentka specificky v této souvislosti zmínila ochotu psychiatricky v případě náhlé potřeby prodloužit sezení s pacientem, což podle teorie liniových pracovníků znamená, že odbornice upřednostnila svou autonomii, aby mohla poskytnout individualizovanou péči, přičemž se tím vymezila před stanovenými pravidly, a vystavila se tak nepříjemným tlakům ze strany organizace (Hughes a Condon, 2016). Za dobré odborníky adolescentky dále označovaly ty, se kterými si **mohly o svých problémech otevřeně promluvit a kteří byli empatičtí, neodsuzující a chápali jejich situaci.** Především pak oceňovaly **přátelskou atmosféru, kdy jim odborník naslouchal, projevil zájem a cítily se s ním pohodlně.** Že jsou tyto faktory pro adolescenty důležité potvrzují i zahraniční studie (Wadman et al., 2018; Hunter et al., 2013; Tan et al., 2024, Sass et al., 2022). Za vhodnou také dívky považovaly **upřímnou zpětnou vazbu,** která nejenže sloužila k hlubšímu porozumění jejich situace, ale rovněž působila jako varování. Sass et al. (2022) v souvislosti se zpětnou vazbou zmiňují, že pro sebepoškozující se osoby byla důležitá zejména proto, že díky ní cítili, že na nich odborníkům záleží a chtějí jim pomoci.

Nakonec kombinace rodiny a odborníků vedla k tomu, že respondenty začaly aktivně usilovat o pozitivní změnu stavu svého duševního zdraví. Bylo patrné, že adolescentky nejen že potřebovaly rodinu jako silnou motivaci k tomu s léčbou začít a následně v ní pokračovat, zároveň za důležitou označovaly kombinaci slov útechy poskytnutých psychologem či psychoterapeutem, s farmakoterapií poskytovanou spíše racionálními psychiatry. Tyto potřeby adolescentek odpovídají doporučením odborníků, podle kterých by se měl v péči o duševní zdraví klást důraz na kombinaci medikace i psychoterapie (WHO, 2019).

Závěr diskuse

Z výše uvedených odstavců je patrné, že v kontextu léčebného procesu v oblasti duševního zdraví je **velmi zavádějící ptát se adolescentů pouze na odbornou pomoc**. Ukázalo se, že odborníci sice zastávají důležitou roli v péči o sebepoškozujícího se adolescenta, ale stejně tak je klíčovým aktérem jeho rodina, potažmo přátelé. Pokud bych tedy v této diplomové práci měla odpovědět pouze na mé výzkumné otázky týkající se pozitivních/negativních interakcí s odborníkem či jejich dopadů na adolescentovo rozhodnutí spojené s léčbou, musela bych vynechat informace, které jsou však zásadní pro pochopení toho, jak adolescenti uvažují o léčebném procesu. Tato zkušenost mne proto vedla k poznání, že **při dalším zkoumání této problematiky by bylo účelnější ptát se, jací aktéři mají z pohledu sebepoškozujících se adolescentů vliv na jejich léčebné aspirace a čím jsou interakce s těmito aktéry charakteristické**.

Závěr

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo porozumět tomu, jak sebepoškozující se adolescenti v České republice vnímají interakce s odborníky, které požádali o pomoc. Ve výzkumných otázkách jsem se blíže věnovala jejich interpretaci dopadů těchto interakcí na jejich léčebné aspirace. Dále jsem se zabývala tím, jaké interakce s odborníky adolescenti vnímají negativně a které naopak považují za podpůrné v souvislosti s léčebným procesem.

Ukázalo se, že systém péče v oblasti duševního zdraví pro adolescenty nepředstavují pouze odborníci, ale nezastupitelnou roli v něm hrají i jejich blízcí. Pokud už se adolescenti rozhodnou přes četné bariéry se svými problémy někomu svěřit, jsou to právě jejich rodiče. Ti reagují velmi emotivně, ale většinou nakonec adolescenty podpoří. Rodiče jsou pak ti, kteří udělají první krok v rozhodnutí o vyhledání odborníka. Sami adolescenti uznávají potřebu odborné pomoci teprve ve chvíli, kdy si uvědomí závažnost svých problémů. Nakonec kombinace pomoci rodiny a odborníků vede k tomu, že adolescenti začínají aktivně usilovat o pozitivní změnu stavu svého duševního zdraví.

Kvůli obavám spojeným s odborníky adolescenti setkání s nimi často odkládají. Nicméně při rozhodování o jejich vyhledání jsou motivováni především vědomím přínosu odborné péče, přičemž to, jestli s nimi mají lepší, anebo horší zkušenost, nehraje takovou roli. I pokud adolescenti mají spíše horší zkušenost, u odborníka většinou zůstanou, anebo s ním ukončí spolupráci, ale nejsou odrazeni od vyhledání jiné odborné pomoci okamžitě nebo někdy v budoucnu.

Za pozitivní adolescenti považují, když je odborníci navedou, jak mají o svých problémech uvažovat, a poradí, čím mají sebepoškozování nahradit. Zásadní je pro ně validace prožívaných problémů, vysvětlení, proč dané pocity zažívají, a utvrzení, že jejich problémy vyžadují odbornou pomoc. Adolescenti dále oceňují individuální přístup odborníků, případně jejich schopnost upravit léčebný postup podle jejich přání a potřeb. Jsou rádi, že si mohou otevřeně promluvit s někým, s kým se cítí pohodlně, kdo je empatický, kdo je neodsoudí a pochopí jejich situaci. Zároveň vyzdvihují přátelskou atmosféru u odborníka, který jim naslouchá a projeví zájem. V neposlední řadě jsou adolescenti rádi za upřímnou zpětnou vazbu.

Pokud mají negativní zkušenost s odborníkem, nejčastěji zmiňují, že jim

některá z nabízených opatření přijdou zbytečná či dětinská, často jim jsou opakovaně nabízena stejná (nefunkční) řešení, odborníci je dostatečně nepoznají, protože jim náležitě nenaslouchají nebo v nich nedokážou probudit důvěru, anebo ignorují dlouhodobé dopady navrhovaných intervencí. Obecně pak adolescenti negativně vnímají finanční zátěž nebo nedostatečné kapacity spojené s odbornou péčí.

Sekundárním cílem mé práce bylo popsat nezamýšlené efekty či dokonce selhání v oblasti péče o sebepoškozující se adolescenty, které se mohou projevit při kontaktu adolescenta se systémem péče (znovu upozorňuji, že jde o závěry vyplývající čistě z uživatelské perspektivy):

- 1) Ukazuje se, že odborníci, kteří se nespecializují na duševní zdraví, většinou adekvátně nepřispívají prevenci sebepoškozování, přestože by tuto roli v systému péče měli zastupovat, a naopak implicitně nechávají prostor pro rozvoj duševních problémů u adolescentů.
- 2) Někteří odborníci na duševní zdraví dále nenabízejí sebepoškozujícím se adolescentům individuální a kontextualizovanou péči, což se projevuje stagnací, či dokonce zhoršením jejich psychického stavu.
- 3) Nedostatečná propojenost a návaznost služeb systému péče nejen že vystavuje adolescenty velkému riziku zhoršení jejich psychického stavu, ale zároveň zapříčiňuje to, že se adolescentům nedostává zacílené péče, která by mohla výrazně urychlit léčebný proces.

I přes některé slabiny můžeme konstatovat, že **sebeпоškozující se adolescenti v České republice vnímají odbornou péči v oblasti duševního zdraví veskrze pozitivně**. Tento závěr mé práce může být ovlivněn tím, že zapojení adolescenti tvořili homogenní skupinu, která neměla zásadně negativní zkušenost s odborníky, neměla od nich nereálná očekávání a případné nedostatky často dávala za vinu sobě samé. Širší zastoupení adolescentů by mohlo přinést jinou představu o (ne)funkčnosti systému péče o duševní zdraví, a stává se tak podnětem pro další zkoumání.

Summary

The main aim of my thesis was to understand how self-injurious adolescents in the Czech Republic perceive their interactions with professionals they have asked for help. In the research questions, I looked more closely at their interpretation of the impact of these interactions on their treatment aspirations. Furthermore, I explored which interactions with professionals adolescents perceive negatively and which, on the contrary, they consider supportive in relation to the treatment process.

It turned out that the mental health care system for adolescents is not represented only by professionals, but their close ones also play an irreplaceable role. When adolescents decide, despite numerous barriers, to confide in someone about their problems, it is usually their parents. They react very emotionally, but usually, in the end, they support the adolescents. Parents are the ones who take the first step in deciding to seek a professional. Adolescents themselves acknowledge the need for professional help only when they realize the severity of their issues. In the end, the combination of family and professional help leads to adolescents actively striving for a positive change in their mental health.

Due to concerns about professionals, adolescents often postpone meetings with them. However, when deciding to seek them out, they are mainly motivated by the awareness of the benefits of professional care, and whether they have a better or worse experience with them does not play such an important role. Even if adolescents have a rather bad experience, they remain with the professional, or they end the cooperation but are not discouraged from seeking other professional help either immediately or at some point in the future.

Adolescents consider it positive when professionals guide them on how to think about their problems and advise them on what to replace self-harm with. Validation of their experienced problems, an explanation of why they are experiencing these feelings, and assurance that their problems require professional help are essential for them. Adolescents also appreciate the individual approach of professionals or their ability to adjust the treatment process according to their wishes and needs. They are glad to be able to speak openly with someone with whom they feel comfortable, someone who is empathetic, who does not judge them, and who understands their situation. At the same time, they highlight the friendly atmosphere

with the professional, who listens to them and shows interest. Last but not least, adolescents appreciate honest feedback.

When they have a negative experience with a professional, they most often mention that some of the measures offered seem unnecessary or childish, they are repeatedly offered the same (ineffective) solutions, professionals do not get to know them well enough because they do not listen to them properly or fail to inspire trust, or they ignore the long-term impacts of the proposed interventions. Generally, adolescents also perceive negatively the financial burden or insufficient capacity related to professional care.

My secondary goal in this thesis was to describe the unintended effects or even failures in the care system for self-harming adolescents, which may appear when the adolescent comes into contact with the care system (again, these are conclusions from a purely user perspective):

- 1) It appears that professionals who are not specialized in mental health generally do not adequately contribute to the prevention of self-harm, although they should fulfill this role within the care system, and implicitly leave space for the development of mental health issues among adolescents.
- 2) Some mental health professionals also do not offer self-harming adolescents individualized and contextualized care, which manifests in stagnation or even worsening of their mental state.
- 3) The insufficient interconnectedness and continuity of the care services not only expose adolescents to a high risk of worsening their mental state but also cause them to miss out on targeted care that could significantly accelerate the treatment process.

Despite some weaknesses, it can be stated that self-harming adolescents in the Czech Republic generally perceive professional mental health care positively. This conclusion of my thesis may be influenced by the fact that the participating adolescents formed a homogeneous group that did not have significantly negative experiences with professionals, did not have unrealistic expectations of them, and often attributed any shortcomings to themselves. A broader representation of adolescents could bring a different view of the (dys)functionality of the mental health

care system, making it a stimulus for further research.

Použité zdroje

- ALDERMAN, Tracy. *The Scarred Soul: Understanding and Ending Self-Inflicted Violence*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 1997. ISBN 9781572240797.
- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie; HOLUB, David; KAŠPÁREK, Tomáš; PAPEŽOVÁ, Hana; TRANČÍK, Pavel et al. *Zpráva o současné situaci ve vzdělávání psychiatrů a doporučení pro systémová opatření*. Online. N.d. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2023-02/KA1_Zpra%CC%81va_vzde%CC%81la%CC%81va%CC%81ni%CC%81%20psychiatru%CC%8A%20-%20final%20pro%20NAPDZ.pdf. [cit. 2025-01-18].
- FARKAČ, Bronislav; KONDRÁTOVÁ, Lucie; MLADÁ, Karolína; MÜLLER, Matyáš; ŘÍČAN, Pavel et al. *Situační analýza české zkušenosti*. Online. N.d. Dostupné z: https://vizdom.cz/wp-content/uploads/2018/10/ceska_situacni_analyza.pdf. [cit. 2025-01-18].
- FERREY, Anne E.; HUGHES, Nicholas D.; SIMKIN, Sue; LOCOCK, Louise; STEWART, 33 Anne et al. *Changes in parenting strategies after a young person's self-harm: a qualitative study*. Online. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2016, 10(1). ISSN 1753-2000. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0110-y>. [cit. 2024-02-20].
- FORMÁNEK, T.; KAGSTRÖM, A.; CERMAKOVA, P.; CSÉMY, L.; MLADÁ, K. et al. *Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS)*. Online. European Psychiatry. 2019, roč. 60, s. 1-6. ISSN 0924-9338. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.05.001>. [cit. 2025-01-17].
- HAWTON, K., RODHAM, K., EVANS, E., WEATHERALL, R. *Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England*. Online. BMJ. roč. 325, č. 7374, s. 1207-1211. ISSN 09598138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>. [cit. 2024-11-12].
- HORÁK, Pavel a Markéta HORÁKOVÁ. *Role liniových pracovníků ve veřejné politice*. Online. Sociologický časopis. 2009, roč. 45, č. 2, s. 369-395 [cit. 2024-11-12]. Dostupné z: <https://sreview.soc.cas.cz/pdfs/csr/2009/02/08.pdf>
- HUDSON, Bob. *Michael Lipsky and street level bureaucracy: a neglected perspective*. In: HILL, Michael. *The Policy Process: A reader*. New York: Taylor &

- Francis, 1997, s. 393-403. ISBN: 978-0-13-616947-5.
- HUGHES, Alison a CONDON, Louise. *Street-level bureaucracy and policy implementation in community public health nursing: a qualitative study of the experiences of student and novice health visitors*. Online. Primary Health Care Research & Development. 2016, roč. 17, č. 06, s. 586-598. ISSN 1463-4236. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1463423616000220>. [cit. 2025-04-01].
 - CHOWANEC, Gregory D.; JOSEPHSON, Allan M.; COLEMAN, Charles a DAVIS, Harry. *Self-harming Behavior in Incarcerated Male Delinquent Adolescents*. Online. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1991, roč. 30, č. 2, s. 202-207. ISSN 08908567. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/00004583-199103000-00007>. [cit. 2024-11-12].
 - IDEO. *Design zaměřený na člověka: soubor nástrojů*. 2. vyd. Brno: Flow, 2013. ISBN 978-80-905480-1-5.
 - KASAL, Alexandr; MLADÁ, Karolína a WINKLER, Petr. *Metodika prevence sebevražednosti – Zpráva z projektu a jeho praktické implikace*. Online. Psychiatrie. 2018, roč. 22, č. 1, s. 5-14. Dostupné z: https://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2018/1_2018/kasal_Psychiatrie_1_18_web-3.pdf. [cit. 2025-01-17].
 - KASAL, Alexandr; KUKLOVÁ, Marie; KÅGSTRÖM, Anna; WINKLER, Petr a FORMÁNEK, Tomáš. *Suicide Risk in Individuals With and Without Mental Disorders Before and During the COVID-19 Pandemic: An Analysis of Three Nationwide Cross-Sectional Surveys in Czechia*. Online. Archives of Suicide Research. 2023, roč. 27, č. 2, s. 671-685. ISSN 1381-1118. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2051653>. [cit. 2025-01-17].
 - KNOWLES, Sarah E; TOWNSEND, Ellen a ANDERSON, Martin P. *'In two minds' – socially motivated self-harm is perceived as less serious than internally motivated: A qualitative study of youth justice staff*. Online. Journal of Health Psychology, 2012, 18(9), 1187-1198. ISSN 1359-1053. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1359105312459874>. [cit. 2024-02-20].
 - KOCOURKOVÁ, Jana a KOUTEK, Jiří. *Sebeпоškození v adolescenci - narůstající problém?* Online. Československá psychologie, 2008, 52(6), 609-614. ISSN 0009-062X. Dostupné z: <https://kramerus.lib.cas.cz/view/uuid:edblaf4f-39c1-43ce-a094-daae72fd2872?page=uuid:4f44ca01-1e53-4610-9f23-c746cc27887b>. [cit. 2024-02-

11].

- KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, J., ČERMÁK, I. *Interpretativní fenomenologická analýza*. In ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo a HYTYCH, Roman. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
- KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2333-4.
- LINKA BEZPEČÍ. *Předběžný report o vývoji problematiky sebepoškozování, sebevražedných pokusů a sebevražd na krizové lince u ohrožené skupiny dětí, adolescentů a mladých dospělých v roce 2023*. Online. 2024. Dostupné z: https://sebevrazdy.cz/wp-content/uploads/2024/07/Report_LB.pdf. [cit. 2025-01-15].
- LIPSKY, Michael. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation, 1980. ISBN 0-87154-524-1.
- MCCANN, Terence V; CLARK, Eileen; MCCONNACHIE, Susan a HARVEY, Isabel. *Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions*. Online. Journal of Clinical Nursing, 2007, 16(9), 1704-1711. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01555.x>. [cit. 2024-02-20].
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY a KLINIKA ADIKTOLOGIE 1. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY KARLOVY A VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE. *Systém evidence preventivních aktivit*. Online. Preventivni-aktivity.cz. N.d. Dostupné z: <https://www.preventivni-aktivity.cz/>. [cit. 2025-01-21].
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY a NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Národní akční plán prevence sebevražd 2020–2030*. Online. 2020. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/08/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-prevence-sebevra%C5%BEd-2020-2030.pdf>. [cit. 2024-06-27].
- MORAVEC, Václav, PAULÍK Karel. *Medializace vybraných případů týraných dětí a její negativní důsledky*. Online. Psychologie a její kontexty, 2011, 2(1), s. 39-63. ISSN 1803-9278. Dostupné z: https://psychkont.osu.cz/fulltext/2011/Moravec,Paulik_1.pdf. [cit. 2025-04-19].
- NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (NUDZ). *Budoucí zdravotnický*

personál trpí předsudky vůči psychicky nemocným, nová studie to pomáhá měnit.

Online. Nudz.cz. 2016. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/budouci-zdravotnický-personál-trpí-předsudky-vůči-psychicky-nemocným-nová-studie-to-pomáhá-měnit>. [cit. 2025-01-29].

- NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (NUDZ). ***Sebevražednost.*** Online. Sebevrazdy.cz, 2022. Dostupné z: <https://sebevrazdy.cz/sebeuposkozovani/#sebeuposkozovanistatistiky>. [cit. 2024-02-20].
- NEVYPUSTĚ DUŠI. ***Mladí lidé hledají pomoc hlavně ve svém okolí, ukazuje nový průzkum.*** Online. Nevypustdusi.cz. 2023. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2023/10/20/dusevni-zdravi-zajima-dve-tretiny-deti-vysledky-noveho-pruzkumu-spolecnosti-t-mobile-organizace-nevypust-dusi-a-agentury-g82-ukazují-ze-mladi-lide-hledaji-pomoc-hlavne-ve-svem-okoli/>. [cit. 2025-04-06].
- NIELSEN, Emma a Ellen TOWNSEND. ***Public Perceptions of Self-Harm: Perceived Motivations of (and Willingness to Help in Response to) Adolescent Self-Harm.*** Online. Archives of Suicide Research, 2018, 22(3), 479-495. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1358223>. [cit. 2024-02-17].
- OLDERSHAW, Anna; RICHARDS, Clair; SIMIC, Mima a SCHMIDT, Ulrike. ***Parents' perspectives on adolescent self-harm: Qualitative study.*** Online. British Journal of Psychiatry, 2008, 193(2), 140-144. ISSN 0007-1250. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045930>. [cit. 2024-02-20].
- PATCHIN, Justin W. a HINDUJA, Sameer. ***Digital Self-Harm Among Adolescents.*** Online. Journal of Adolescent Health, 2017, 61(6), 761-766. ISSN 1054139X. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.012>. [cit. 2024-02-11].
- POTOČÁR, Libor; MLADÁ, Karolína; KUČERA, Matěj; MOHR, Pavel; WINKLER, Petr et al. ***Population mental health, help-seeking and associated barriers following the COVID-19 pandemic: Analysis of repeated nationally representative cross-sectional surveys in Czechia.*** Online. Psychiatry Research, 2024, roč. 331. ISSN 01651781. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115641>. [cit. 2025-01-17].
- RAPHAEL, H.; CLARKE, G. a KUMAR, S. ***Exploring parents' responses to their child's deliberate self-harm.*** Online. Health Education, 2006, 106(1), 9-20. ISSN

- 0965-4283. Dostupné z: <https://doi.org/10.1108/09654280610637166>. [cit. 2024-02-20].
- ROSENROT, Shaina A. a LEWIS, Stephen P. *Barriers and responses to the disclosure of non-suicidal self-injury: a thematic analysis*. Online. *Counselling Psychology Quarterly*. 2020, roč. 33, č. 2, s. 121-141. ISSN 0951-5070. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09515070.2018.1489220>. [cit. 2024-06-27].
 - ROWE, Sarah L; FRENCH, Rebecca S; HENDERSON, Claire; OUGRIN, Dennis; SLADE, Mike et al. *Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: A systematic review*. Online. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014, roč. 48, č. 12, s. 1083-1095. ISSN 0004-8674. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0004867414555718>. [cit. 2024-11-11].
 - ROZSÍVALOVÁ, Eva. *Sebepoškození v dětství a dospívání*. Online. *Psychiatrie pro praxi*. 2016, roč. 17, č. 1, s. 22–24. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2016/01/06.pdf>
 - RÝDLO, O.; SAY, N.; TÁBORSKÁ, R.; TUŠKOVÁ, E.; DAŇKOVÁ, Š. et al. *Hledání světla v temnotě: Souhrnná zpráva o sebevražedném jednání a prevenci v České republice 2022/2023*. Online. Národní ústav duševního zdraví, Klecany, 2024. Dostupné z: <https://sebevrazdy.cz/wp-content/uploads/2024/07/Souhrnna-zprava-o-sebevrazednem-jednani.pdf>. [cit. 2025-01-20].
 - SMITH, Jonathan A.; FLOWERS, Paul a LARKIN, Michael. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: Sage, 2009. ISBN 978-1-4129-0834-4.
 - SMITH, Jonathan A. *Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology*. Online. *Qualitative Research in Psychology*. 2004, 1(1), s. 39–54. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1191/1478088704qp004oa>. [cit. 2025-01-26].
 - ŠVARC, Jiří. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a jeho dopady do ambulantní psychiatrie*. Online. *Psychiatrie pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 1, s. 40–44. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/11.pdf>. [cit. 2025-01-26].
 - TAN, Rachel Hsiao Shen, Shazana SHAHWAN, Yunjue ZHANG, Rajeswari SAMBASIVAM, Say How ONG a Mythily SUBRAMANIAM. *How do professionals*

- and non-professionals respond to non-suicidal self-injury? Lived experiences of psychiatric outpatients in Singapore.* Online. BMC Psychol, 2024, 12(14). Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01512-9>. [cit. 2024-02-20].
- TOWNSEND, Michelle L.; MATTHEWS, Emily L.; MILLER, Caitlin E. a GRENYER, Brin FS. *Adolescent self-harm: Parents' experiences of supporting their child and help-seeking.* Online. Journal of Child Health Care, 2023, 27(4), 516-530. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/13674935211062334>. [cit. 2024-02-20].
 - UNICEF. *Human-Centred Approach for Health.* Online. Hcd4health.org. N.d. Dostupné z: <https://www.hcd4health.org/>. [cit. 2025-04-12].
 - ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY a MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2020 — 2030.* Online. 2020. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>. [cit. 2025-01-18].
 - WADMAN, Ruth; VOSTANIS, Panos; SAYAL, Kapil; MAJUMDER, Pallab; HARROE, Caroline et al. *An interpretative phenomenological analysis of young people's self-harm in the context of interpersonal stressors and supports: Parents, peers, and clinical services.* Online. Social Science & Medicine. 2018, roč. 212, s. 120-128. ISSN 02779536. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.021>. [cit. 2024-11-11].
 - WANG, Lu; ZOU, Haiou; YANG, Yuan a HONG, Jingfang. *Adolescents' attitudes toward non-suicidal self-injury (NSSI) and their perspectives of barriers to seeking professional treatment for NSSI.* Online. Archives of Psychiatric Nursing. 2023, roč. 45, s. 26-35. ISSN 08839417. Dostupné z: [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(23\)00053-5/abstract](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(23)00053-5/abstract). [cit. 2024-06-27].
 - WIDANINGRUM, Ambar. *STREET LEVEL BUREAUCRACY: DILLEMMAS OF PROVIDERS IN HEALTH CENTRES.* Online. Department of Public Administration, Faculty of Social and Political Sciences, Gadjah Mada University, Indonesia. 2006. Dostupné z: <https://lurl.cz/Q17jr>. [cit. 2025-04-01].
 - WINKLER, Petr; MLADÁ, Karolína; CSÉMY, Ladislav; NECHANSKÁ, Blanka a HÖSCHL, Cyril. *Suicides following inpatient psychiatric hospitalization:*

- A nationwide case control study*. Online. Journal of Affective Disorders. 2015, roč. 184, s. 164-169. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.039>. [cit. 2025-01-17].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide: a global imperative*. Online. Geneva, 2014. ISBN 978-92-4-156477-9. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. [cit. 2025-01-16].
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Situační analýza prevence sebevražd v České republice: Podklady pro Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030*. Online. Úřad Světové zdravotnické organizace, Česká republika, 2019. Dostupné z: https://psychoportal.cz/wp-content/uploads/2022/01/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic_final_cz.pdf. [cit. 2025-01-16].
 - Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Online. Zakonyprolidi.cz. 2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast5>. [cit. 2025-01-26].

Seznam příloh

Příloha č. 1: Shrnutí výsledků dosavadního poznání (tabulka)

Příloha č. 2: Základní charakteristiky respondentek (tabulka)