

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Prožívání psychiatrické hospitalizace u pacientů
dětského oddělení**

Dita Hotiová

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

Praha 2018

Praque College of Psychosocial Studies



Bachelor thesis

**How children experience their psychiatric
hospitalization**

Dita Hotiová

The bachelor thesis work supervisor: Mgr. et Mgr. Michal
Slaninka, Ph.D.

Prague 2018

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne.....

Podpis.....

Abstrakt

Předmětem práce je snaha porozumět a následně popsat vnímání psychiatrické hospitalizace adolescentů, kteří ji právě prožívají. Jako metoda byla použita interpretativní fenomenologická analýza dat. Pro tento výzkum byli osloveni čtyři adolescenti, dvě dívky a dva chlapci, kteří právě procházeli psychiatrickou hospitalizací. Teoretická část se věnuje adolescenci z hlediska vývojové psychologie, dále řeší funkci rodiny v daném období. V druhé polovině se zaměřuje na dorostovou psychopatologii, problematiku hospitalizace, zejména tedy pedopsychiatrie. Poslední kapitola je věnována problematice stigmatizace. Autorka došla k závěru, že jednotliví respondenti vykazují některé společné prvky prožívání. Zejména dívky a chlapci zvláště mají ohledně hospitalizace podobné či stejné pocity. Dívky přistupují k hospitalizaci otevřeněji a s větší chutí hospitalizaci využít a pracovat tak na svých psychických potížích. Chlapci psychiatrickou hospitalizaci vnímají spíše jako trest a nejsou vůči ní otevřeni tak, jako dívky.

Klíčová slova: Adolescence, adolescenti, psychiatrická hospitalizace, problematika, dětská a dorostová psychopatologie, stigmatizace, prožívání, zkušenost.

Abstract

The subject of the thesis is to try to understand and subsequently describe the perception of the psychiatric hospitalization of the adolescents who are currently experiencing it. The interpretative phenomenological data analysis was used as a method of research. Four adolescents, two girls, and two boys who were just undergoing psychiatric hospitalization were interviewed. The theoretical part deals with adolescence in terms of developmental psychology, and it also tries to solve the function of the family in the given period. In the second half, the thesis focuses on the psychopathology of adolescents, issues of hospitalization, especially in pedopsychiatry. The last chapter is devoted to problems of stigmatization. The author concludes that individual respondents have some common elements of experience. Especially girls and boys have similar or the same feelings about hospitalization. Girls approach to the hospitalization openly and with a greater willingness to use hospitalization to work on their psychological problems. Boys perceive the psychiatric hospitalization rather as a punishment and they are not open to it that much when compared with girls.

Keywords: Adolescence, adolescents, psychiatric hospitalization, problematics, child and adolescence psychopathology, stigmatization, experiencing, experience

Poděkování

Především bych chtěla poděkovat všem čtyřem respondentům za důvěru a ochotu. Za jejich otevřenost a perfektní spolupráci. Dále děkuji panu primáři dětského oddělení za poskytnutí možnosti provést rozhovory, za veškeré konzultace a také za prostor, který mně, jakožto studentce bakalářského studia, umožnil. Velké díky patří vedoucímu mé práce, panu Mgr. et Mgr. Michalu Slaninkovi, PhD., který věřil mému tématu a byl mi profesionální oporou.

OBSAH

Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 VÝVOJOVÁ STÁDIA A KRIZE.....	11
1.1 Období adolescence.....	11
1.2 Vývojová stádia dle Erika H. Eriksona	13
1.3 Identita a adolescentní krize.....	14
1.4 Funkce rodiny během adolescence.....	15
1.4.1 Citová vazba během adolescence	16
2 DOROSTOVÁ PSYCHOPATOLOGIE	18
2.1 Příčiny vzniku duševních poruch.....	18
2.2 Poruchy vývoje.....	19
2.3 Poruchy týkající se hospitalizovaných dětí	19
3 PSYCHIATRICKÁ HOSPITALIZACE.....	26
3.1 Problematika dětské psychiatrické péče.....	27
3.2 Problematika stigmatizace.....	28
VÝZKUMNÁ ČÁST	31
4 POUŽITÁ METODA A CÍL VÝZKUMU	31
4.1 Užitá metoda	31
4.2 Před-porozumění problematice	33
4.3 Postup analýzy.....	33
4.4 Cíl výzkumu	34
4.5 Výzkumná otázka.....	34
5 VÝBĚR RESPONDENTŮ.....	34
5.1 Získávání dat	35
5.2 Seznámení s respondenty	36
Anna	37

Dan	37
6 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH PŘÍPADŮ.....	38
6.1 Anna	38
6.2 Šimon	41
6.3 Zuzana	43
6.4 Daniel	46
7 SPOLEČNÁ ANALÝZA	49
7.1 Společná témata u dívek.....	49
7.2 Společná témata u chlapců	50
7.3 Společná témata u všech respondentů.....	51
8 DISKUZE	54
Závěr.....	56
Seznam literatury a dalších citovaných zdrojů.....	58
PŘÍLOHA 1 - INFORMOVANÝ SOUHLAS	63
PŘÍLOHA 2 – ROZHOVOR S ANNOU	64
PŘÍLOHA 3 – ROZHOVOR SE ŠIMONEM.....	65
PŘÍLOHA 4 – ROZHOVOR SE ZUZANOU	66
PŘÍLOHA 5 – ROZHOVOR S DANIELEM	67

ÚVOD

Téma psychiatrické hospitalizace u dětí a adolescentů je stále málo probádaná oblast. Pro jedince je to zcela nová životní zkušenost, která si zaslouží více pozornosti a porozumění. S psychiatrickou hospitalizací se pojí velká zátěž, ale zároveň také možnost opravdové pomoci. V České republice za rok 2016 proběhlo dohromady 2 914 hospitalizací na dětském oddělení, což je číslo, které by rozhodně nemělo zůstat bez povšimnutí odborné veřejnosti. Pro mnoho dětí je tato zkušenost klíčová pro další vývoj, vzhledem k tomu, že se většinou poprvé setkají s psychiatrickou diagnózou, vytržením ze svého domácího prostředí a po propuštění jsou ohroženi stigmatizací duševních poruch.

Autorku zajímalo, jak jednotliví respondenti vnímají svoji psychiatrickou hospitalizaci, zda a jak jí rozumí, jak se v ní cítí a jestli mají nějaké obavy z budoucna. Dále chtěla autorka zjistit, zda jsou mezi jednotlivci společné prvky v jejich prožívání. Všechny tyto informace autorka zjišťovala pomocí polostrukturovaných, hloubkových rozhovorů a jejich následnou interpretivní fenomenologickou analýzou.

V praktické části je popsána interpretativní fenomenologická analýza jako metoda, dále je vysvětlen proces analýzy a následují jednotlivé analýzy respondentů. Závěr praktické části obsahuje společnou analýzu všech čtyř respondentů.

První kapitola teoretické části pojednává o vývojovém stádiu adolescence, jeho hlavním cíli a úskalí. Autorka navazuje popsáním konkrétních vývojových stádií dle Erika H. Eriksona a kapitolu ukončuje popsáním adolescentní krize. Druhá kapitola je zaměřena na funkci rodiny během adolescence a popsáním citové vazby, která vzniká již v raném dětství, nicméně ovlivňuje jedince po celý život. Ve třetí kapitole autorka popisuje dorostovou psychopatologii. Zejména tu, se kterou se setkala u konkrétních respondentů. Čtvrtá kapitola obsahuje popis psychiatrické hospitalizace a zejména její problematiku, na kterou je třeba se začít více zaměřovat, vzhledem k nedostatkům, které má. Poslední kapitola je věnována problematice stigmatizace duševních poruch, která má velmi negativní vliv na jedince trpící duševními poruchami.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJOVÁ STÁDIA A KRIZE

1.1 Období adolescence

Adolescence chápeme jako přechodník mezi dětstvím a dospělostí, který doprovází fyzické změny a výrazný intrapsychický vývoj. Změny probíhající v tomto období jsou ovlivněny mnoha faktory a jejich konečné působení určuje, zda bude výsledek pozitivní či naopak. Období adolescence vnímají jako náročné a problémové spíše rodiče, než samotní adolescenti.

Pro adolescenty jsou ústředními tématy vztahy s vrstevníky, vlastní a skupinová identita, vymezení vůči dospělým, filosofování nad životem a experimentování se vztahy. Každé jednotlivá oblast je důležitá pro získání zcela nové zkušenosti, skrze kterou dochází k dalšímu vývoji. Primárním úkolem adolescence je dosažení vlastní identity, dosažení autonomie a nezávislosti.

Provokativní chování vůči rodičům, testování hranic, kritika ale také pochvaly a ocenění. V období adolescence je pro každé dítě postava rodiče velmi důležitá a zásadní. Je to jeho primární zdroj autority, někdo kdo mu pomáhá nastavit hranice, zároveň ho podporuje při důležitém rozhodování ohledně jeho budoucnosti. Adolescentní negativismus je namířen proti nejbližším autoritám, jako je právě rodič nebo učitel. Adolescent si zcela uvědomuje svoji závislost na rodiči a tak bojuje za své vymezení se a získání vlastní autonomie. Nejen adolescenti se v tomto období učí novým hranicím, ale i samotní rodiče, kteří by v tomto stádiu měli přejít z výchovného stylu spíše k podporujícímu. Měli by se vyvarovat přílišnému monitorování dítěte a respektovat jeho prostor. Během dospívání se vztah mezi rodičem a dítětem musí zákonitě změnit. „*Emoční vztah se přeměňuje v reciproční vztah vzájemné podpory, respektu a spolupráce.*“ (Thorová, 2015, s. 416). Aby se obě strany mohli ve vývoji posunout, je nutné, aby spolu intenzivně komunikovali (Thorová, 2015).

Americká psycholožka Ruthellen Josselsonová, která se věnovala vývoji identity, popsala čtyři stádia procesu individuace:

1. fáze diferenciacie (12-13 let): Adolescent si uvědomuje, že se svými názory a postoji odlišuje od rodičů, vrstevníků. Je zvýšeně kritický vůči okolí, zejména vůči dospělým.

2. fáze získávání zkušeností a experimentování (14-15 let): Dospívající se snaží sám přijít na to, co je pro něj nejlepší, má pocit, že vše ví nejlépe, vyhraňuje se proti autoritě a snaží se dosáhnout autonomie. Je zaměřen na blízkou budoucnost a okamžité uspokojování potřeb.
3. fáze sblížení s přáteli (16-17 let): Zlepšují se vztahy s rodiči, kritické postoje přestávají být tolik vyhraněné. Na významu nabývají přátelské a erotické vztahy. Dospívající se chová zodpovědněji vůči rodině a vůči přátelům.
4. Konsolidace vztahu k sobě (18 let – konec dospívání): Ustálení a upevnění názorů vztahených k vlastní osobě, k okolnímu světu a k budoucnosti. Formuje se pocit autonomie a jedinečnosti (Thorová, 2015, s. 420).

Adolescence je obdobím, kdy se jedinec věnuje více než kdy jindy introspekci. Zabývá se přemýšlením o sobě samém, o svém chování, pocitech a svému směřování. Je důležité, aby se naučil přijímat sám sebe takový, jaký je, aby se naučil respektovat nejen své kladné stránky, ale především ty záporné. Adolescent se snaží vyhledávat komunitu, do které zapadne a bude přijímán. Je pro něj důležité přijetí a uznání vrstevníků, v tomto období jsou jedinci vysoce citliví na kritiku od druhých, podle které se následně snaží své chování usměrňovat.

Vztahy v adolescenci jsou velmi intenzivní a hluboké, adolescenti se navzájem podporují, protože se nacházejí na zcela nové půdě mezi dětstvím a dospělostí. Mohou mít pocit, že stojí sami proti zbytku světa. Je tedy důležitá jistá skupinová identita, která má vnitřní pravidla, způsob chování, specifický jazyk a především nějaké směřování, filosofii či názory. Pro adolescenty je snazší nejdříve získat identitu skupinovou, než tu vlastní (Thorová, 2015).

Jedním z hlavních znaků adolescentního období je výrazná emotivita, emoční labilita a tudíž zvýšená náchylnost k psychopatologii. Adolescenti jsou také více nakloněni k riskantnímu a zkratkovitému chování za cenu sociálního obdivu. Je to období velmi výživné, náročné a pro mnoho jedinců rozhodující. Jsou jedinci, kteří mají velmi bouřlivou pubertu, ale není to pravidlem. Spoustu adolescentů projde pubertou bez výrazných či dramatických výkyvů.

Hlavním faktorem, který negativně ovlivňuje vývoj adolescenta je nedostatečný zájem a komunikace ze strany rodičů a vliv vrstevníků s patologickými prvky chování (Ary et al. in Thorová, 2015).

1.2 Vývojová stádia dle Erika H. Eriksona

Vývojový psycholog Erik H. Erikson, rozpracoval celkem osm stádií vývoje, od narození až po smrt. Jednotlivá stádia jsou popisována jako psychologické krize, které obsahují prvky růstu, ale také ohrožení. K růstu dochází, když se jedinci podaří konflikt vyřešit. Následně tak získá novou sílu, kterou Erikson nazval „ctností“. Pokud se jedinci nepodaří vyřešit konflikt, jeho ego slábne a neposouvá se na další vývojový stupeň. Autorka vybrala dvě stádia, která se týkají cílové věkové skupiny, na kterou je práce zaměřena. Čtvrté a páté stádium, které se týkají dětí od školního věku až po dospívání.

4. Snaživost X Méněcennost, ctnost – kompetence

Čtvrté stádium se týká školního věku. Pro dítě je to přechod od hry k produktivním činnostem, začíná chodit do školy a poprvé se setkává s hodnocením od druhých, s poměřováním sil a schopností se svými vrstevníky. Nový pocit, který se tu objevuje, je méněcennost, která nastává i při činnosti, která není úměrná věku dítěte. Erikson popisuje, že méněcennosti zde může mít velmi fatální následek a to ve smyslu extrémní soutěživosti nebo může vést naopak k regresi (Erikson, 2015).

„Trvalé neúspěchy mohou však vést k tomu, že pocit méněcennosti převáží, dítě kapituluje, stává se outsiderem a ztrácí důležitou složku životní perspektivy.“ (Říčan, Krejčířová a kol., 2006, s. 50). K takovému průběhu mohou přispět odchylky, jako jsou například specifické poruchy učení, LDM, ADHD, školní fobie (Říčan, Krejčířová a kol., 2006). Ctností je zde kompetence, která je důležitá pro přiměřené kladení nároků na sebe sama.

5. Identita X Zmatení rolí, ctnost – věrnost

Od rané adolescence až do 20. Roku. *„V žádném jiném stádiu životního cyklu...nejsou si tak těsně blízké příslib objevení sebe samého a hrozba ztráty sebe samého“* (Erikson in Drapela, 2011).

Stádium, ve kterém se spojují veškeré předchozí představy člověka o sobě samém, získává důvěru v to, že jeho náhled na sebe sama je totožný s tím, jak jej vnímají druzí. Získanou vlastnost věrnost, chápeme jako oddanost vlastní životní filosofii či stylu (Drapela, 2011). Tento proces je pro jedince velmi náročný ve smyslu, že jedinec již není dítětem, ztrácí identitu, na kterou byl zvyklý, zároveň ale nemá

vytvořenou identitu novou. Zmatení rolí je nezbytně nutné k tomu, aby nějaká role vůbec mohla být zvolena, protože právě až odmítání různých rolí může definovat naši vlastní identitu. Nicméně opět je důležité zdůraznit, že extrémní dlouhodobé zmatení rolí může dozrát až do podoby psychické poruchy.

1.3 Identita a adolescentní krize

Jak je již zmíněno v předešlé kapitole, pro adolescenty je největším vývojovým úkolem dosažení vlastní identity. Vytvoření vlastní identity, není záležitost pouze v období adolescence, je to celoživotní úkol sebepoznávání, nicméně pro adolescenci je to úkol klíčový. Hlavní charakteristika dospělé identity je schopnost vnímat provázanost minulosti a budoucnosti našeho života, dokázat propojit zkušenosti z minulosti s představami o budoucnosti (Macek in Sobotková a kol., 2014).

Pokud neproběhne proces vytvoření identity úspěšně, může vzniknout tzv. difúzní identita, kdy jedinec vědomě či nevědomě odmítá vymezení sebe sama od ostatních. James E. Marcia, vývojový psycholog, rozvinul teorii E. Eriksona o čtyři možné stavy identity, ve kterých se adolescent může nacházet. Klíčovými pojmy je hledání a závazek. Během hledání jedinec tápe a rozhoduje se o své budoucnosti, v bodě závazku přichází čas rozhodování, kdy jedinec přijímá určitý závazek a volí svou cestu. Autor popisuje kombinace mezi hledáním a závazkem, kdy popisuje možné stavy identity:

- 1) difúzní - jedinec se nachází ve stádiu zmatení rolí, které popsal už E. Erikson. Je lehce ovlivnitelný, nestabilní, mění názory i postoje.
- 2) předčasné uzavření - dospívající přebral závazek, který si sám nevytvořil pomocí hledání. Obvykle to jsou závazky přejaté od rodičů či jiné autority. Dostává se tím do stádia předčasně uzavřené identity.
- 3) moratorium - dotyčný je nejistý ohledně svého hledání a závazků, vzdává se zodpovědnosti, oddaluje dospělost, ponechává si možnosti a různé alternativy.
- 4) dosažení identity - jedinec prošel krizí hledání a zkoušení, přijmul závazek v daném směru a získává identitu,

tento celý proces nemá jasná pravidla, co se pořadí týče, navíc se jedinec může nacházet v různých aspektech života v několika stádiích zároveň. Marcia tvrdí, že

neexistuje správné pořadí, nutné ale je, aby stádium moratoria předcházel stavu dosažení identity (Identita jako klíčový aspekt dospívání, n. d.).

K adolescentní krizi může tedy dojít na základě zmatení rolí, kdy jedinec střídá sociální skupiny, ve kterých se vyskytuje. Vzhledem k nejistotě sebou samým, je lehce manipulován silnějšími a výraznějšími jedinci. Dle Rabocha a Pavlovského (2012) přibližně jedna třetina adolescentů prochází adolescentní krizí. Autoři také zmiňují, že někteří adolescenti jsou v období hledání vlastní role a vytváření identity zmateni a mohou se ztotožnit s tzv. negativní identitou, která neuznává obecně platné hodnoty ve společnosti, ale také v užším rodinném kruhu. Projevují se negativismem, odmítáním, agresivním chováním vůči druhým či vandalismem. U dívek v takových skupinách může docházet k promiskuitnímu chování, obecně bývá přítomné také experimentování s návykovými látkami, útky z domova, krádeže, záškoláctví (Raboch, Pavlovský, 2012).

Olga Rubtsova provedla výzkum na téma adolescentní krize a problém s identitou (Moskva, přibližně sto respondentů). Výsledkem studie je, že 39% adolescentů ve věku 15-16 let trpí konfliktem mezi tendencí k závislosti a tendencí k nezávislosti, jinými slovy konflikt mezi sociálním očekáváním a vlastním přesvědčením/autentickým chováním. Studie potvrdila, že tento konflikt je spojen s dospíváním a výběr strategie chování představuje jeden z klíčových úkolů dospívání (Rubtsova, 2012).

1.4 Funkce rodiny během adolescence

Rodina je v období adolescence klíčová, pro zdravý vývoj jedince. Adolescent potřebuje bezpečí, zájem ze strany rodičů a respekt. Domov či rodina, má představovat bezpečné útočiště, které má adolescent i přes svůj možný odmítavý přístup kdykoliv k dispozici. Adolescent poprvé v životě navazuje hlubší vztahy ve svém okolí, jak přátelské tak partnerské. Mohou být velmi křehké a nestabilní, proto je důležité, aby v tomto nejasném a matoucím období měl domov, který je pro něj jistotou.

V adolescenci tedy nově dochází k naplňování citových potřeb vrstevníky místo rodinou, je to důležité z hlediska dosažení vlastní autonomie, odtržení se od závislosti na rodině. Navazování citové vazby v adolescentním věku nám může připomínat snahy o vazbu u kojenců, kdy také zkoumají své prostředí a chtějí se odpoutat od matky, nicméně pouze do doby, kdy se nedostane negativně stresující

situace. V období adolescence se většina jedinců obrací v době extrémní zátěže na rodiče (Steinberg et al., 1992).

Není tomu tak vždy, v opačném případě se adolescent pokouší dojít k samostatnosti a nezávislosti tím, že se rodičům vyhýbá a to právě především v zátěžových situacích, ve kterých pociťuje nepříjemné emoce (Allen a Land, 1999).

1.4.1 Citová vazba během adolescence

Marry Ainsworth rozvinula teorii citové vazby, ve které se zaměřovala na citové přilnutí k primární pečující osobě, stanovila čtyři typy vazeb. Ideální a žádoucí vazbou je ta **bezpečná**, kdy matka reaguje na potřeby dítěte a citlivě o něj pečuje. **Vyhýbavou**, která je způsobena odmítající matkou. **Úzkostné ambivalentní**, která vzniká na základně matčiných nekonzistentních a nepředvídatelných reakcí vůči dítěti. A poslední, **dezorientovaná vazba**, kdy primární pečující osoba představuje zároveň bezpečí i nebezpečí, například při týrání (Teorie citové vazby, n.d.).

„Zkušenosti s uspokojením a útechou citlivé matky, resp. s odmítnutím či nevšímavou reakcí primární osoby, si dítě zvnitřňuje a utváří si specifické představy a očekávání o podpoře primární osoby. Ty se integrují do systému citové vazby (také takzvaný vnitřní pracovní model citové vazby).“ (Bowlby, 1973, cit. Dle Štefánková, 2005, s. 436 in Hammondová, 2008)

Vazebné chování se projevuje hlavně v souvislosti se zátěžovými situacemi, stresu či při pociťování ohrožení. U dětí se projevuje pláčem, potřebou mazlení apod., u adolescentů je to potřeba po kontaktu, komunikaci, klidu a ochrany se záměrem snížit úzkost (Štíplová, 2013). Potvrdilo se, že u adolescentů, kteří si jsou vědomi toho, že se mohou obrátit na rodiče, ve chvíli, kdy to bude nutné, jsou odvážnější při objevování světa. V souvislosti s tímto faktem se také potvrdila korelace mezi autonomním chováním adolescentů a pozitivním vztahem s rodiči (Allen, Hauser, Bell, OConnor, 1994). Adolescenti s jistou citovou vazbou mají větší snahu konflikt řešit se záměrem zachování a udržení vztahu, na kterém jim záleží, zatímco adolescenti s nejistou vazbou se řešení konfliktu vyhýbají, mají nižší důvěru ve vztah s rodiči a vyšší úroveň vzteku, ze situace buď, utíkají nebo s druhými manipulují (Becker-Stoll, Fremmer-Bombik, 1997). Dále se také potvrdily rozdíly, co se týče schopnosti a průběhu osamostatňování se v průběhu adolescence, u jedinců s jistou vazbou je tento proces bez výrazných obtíží, zatímco u adolescentů s vazbou nejistou se vyskytují časté konflikty (Macek, Štefánková, 2006). Jistou vazbu chápeme jako efektivní vzorec pro zdravý emocionální

vývoj jedince, zatím co nejistá vazba představuje riziko, které zvyšuje pravděpodobnost výskytu problémového chování a celkově psychopatologie jako takové. Ukázalo se, že impulsivní adolescenti mají většinou vzorec nejisté vazby (Štefánková, 2011).

Typy vazby v adolescenci:

Rozlišujeme dle toho, jak jedinci vzpomínají na své zkušenosti z dětství, jak je zpětně hodnotí a jaké zaujímají místo v jejich životě nyní. Tyto informace zjišťujeme metodou Adult Attachment Interview (AAI), kterou vytvořili Nancy Kaplan, Mary Main a Carol George (Štefánková, 2007).

Typy jednotlivých mentálních reprezentací citové vazby určené AAI:

- 1) Autonomní mentální reprezentace – Jedinci s jistou vazbou. Citové vazbě připisují velkou důležitost. Dovedou jasně a srozumitelně hovořit o pozitivních ale i negativních zážitcích.
- 2) Nejistotu negující mentální reprezentace – Adolescenti s vyhýbavou vazbou. Nedaří se jim verbálně popsat zážitky z dětství. Svě vzpomínky prezentují mylně, buď v lepším, nebo naopak horším světle. Sami sebe prezentují jako nezávislé jedince, kteří nepotřebují vztahy. Intenzita emočních projevů nebývá přímo úměrná situaci.
- 3) Nejistotou zahlcující mentální reprezentace – Ambivalentní vazba, díky které jedinci nedokáží hovořit o svých vzpomínkách uceleně. Mohou si protirečit, působí zmateně. Vzpomínky nedokáží integrovat, nicméně o nich hovoří velmi obsáhle.
- 4) Nevyřešená/nerozhodnutá mentální reprezentace – Jedinci s dezorientovanou vazbou, při jejich vyprávění se mohou objevit přerušování, nejasnosti, zaměření na detail. Zřejmá nejasnost bývá následkem prožitého traumatu (Štíplová, 2013).

2 DOROSTOVÁ PSYCHOPATOLOGIE

2.1 Příčiny vzniku duševních poruch

Víme, že na vzniku osobnosti se podílí mnoho faktorů, stejně tak je tomu i u vzniku duševních poruch či odchylek. Mezi ovlivňující faktory řadíme biologický faktor, který obsahuje jedinečnou genetickou výbavu. Genetické predispozice chápeme jako informace, které utvářejí předpoklady pro rozvoj různých psychických vlastností či funkcí. Nelze říci, že nás definitivně charakterizují, spíše určují směr našeho vývoje. Jako příklad můžeme uvést malé dítě, které si vybírá ve svém prostředí podněty (hereditárně podmíněno), které na něj pak určitým způsobem působí a utvářejí. Dále sem patří faktor hereditárně-konstituční, jde o zděděný způsob reakce na určité duševní onemocnění, zda je jedinec náchylný ke vzniku dané poruchy či nikoliv (Malá, Pavlovský, 2012).

Dědičnost duševních poruch se pohybuje v rozmezí 0,2 u neurotických poruch a až 0,8 u schizofrenie a mentální retardace, přičemž hodnota 0 znamená, že heritabilita není přítomná vůbec, a naopak při hodnotě 1 je přítomna absolutně, bez ohledu na vnější faktory (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Dalším faktorem je prostředí, do kterého se rodíme a vyrůstáme v něm, specifika sociálních faktorů, se kterými přicházíme do styku. Chápeme tím vztahy v rodině, styl výchovy, různé formy stimulace, podněty se kterými přicházíme do kontaktu, ekonomické zázemí, ale také kulturní či náboženské. Jako další ovlivňující prvek, který můžeme zařadit pod faktor prostředí je psychická zkušenost, zejména ta negativní, jako je například zažité trauma, konflikt, frustrace, deprivace, dlouhodobý stres, krize.

Mezi známé etiologické činitele můžeme řadit organické, toxické, nádorové, traumatické, infekční a jiné poškození mozku, a mezi předpokládané příčiny duševní poruchy řadíme genetický, tedy hereditárně-konstituční faktor, nebo faktor rizikového prostředí (Malá, Pavlovský, 2012).

K duševnímu onemocnění bychom tedy měli přistupovat z biopsychosociálního hlediska.

2.2 Poruchy vývoje

Poruchy vývoje dělíme na **kvantitativní** a **kvalitativní**. Kvantitativní poruchy vývoje chápeme jako odchýlení se od normálního procesu vývoje, kdy se mění směr a rychlost. Patří sem retardace, jako opožděný vývoj, v tomto kontextu nejčastěji hovoříme o intelektu, kdy se jedná o mentální retardaci. Stagnace, jako předčasně zastavený vývoj. Regrese, jako vývojový návrat, například jako součást konfliktu při narození sourozence. Dále předčasná progresse, jako nežádoucí urychlení vývoje, která je riskantní díky náročné kompenzaci s ohledem na chronologický věk dítěte. U kvalitativních poruch vývoje jedinec zcela vybočuje ze struktury normálního vývoje (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

2.3 Poruchy týkající se hospitalizovaných dětí

Hyperkinetické poruchy – F90

Pojetí hyperkinetických poruch (dále jen HKP) se během 20. století zásadně změnilo. Dříve se využívaly pojmy lehká mozková dysfunkce, syndrom hyperaktivního dítěte nebo hyperkinetická reakce v dětství. Americký manuál DSM-5 používá termín ADHD – Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, v překladu porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou. V České republice Mezinárodní klasifikace nemocí ještě ve své deváté revizi držela pojmu Lehká mozková dysfunkce (LMD), až současné, desáté vydání obsahuje výstižnější termín Hyperkinetické poruchy, pod který spadají diagnózy Porucha aktivity a pozornosti F90.0 a Hyperkinetická porucha chování F90.1. Tato porucha u nás bývá často špatně diagnostikována a následně tedy i chybně léčena (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Dudová a Hrdlička (2015) jako důvody uvádějí četné změny názvu, nejasnosti ohledně kompetence pro diagnostiku (dětský, psycholog, pedopsychiatr, pediatr, dětský neurolog, pedagogicko-psychologická poradna), komorbidita diagnóz, dopad pojmu lehké mozkové dysfunkce, nadměrné užívání neuroleptik během léčby, nejasné využívání diagnózy hyperkinetická porucha chování, vliv komerčně nabízených neodborných forem léčby.

Pojmy ADHD a HKP nejsou totéž. Porucha aktivity a pozornosti F90.0, která spadá pod hyperkinetické poruchy v MKN-10, obsahově spadá pod diagnózu ADHD v DSM-5, ale F90.0 popisuje jen jedince s nejméně formou dané poruchy. Můžeme ji

tedy chápat spíše jako podskupinu, která spadá po diagnózu ADHD v DSM-5. Dalším rozdílem je, že v DSM-5 se pro u nás klasifikovanou hyperkinetickou poruchu chování využívá stanovení dvou různých diagnóz, a to porucha chování a ADHD. U těchto dvou odlišných pojmů, tedy ADHD a HKP, se uvádí i odlišná prevalence, a to 1% u HKP a 6-12% pro ADHD (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Mezi klinické příznaky, které musí být přítomny pro určení diagnózy, patří nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Dále je nutné, aby se vyskytovaly po dobu šesti měsíců a to v různých prostředích ve stejné intenzitě. **Nepozornost** se vyskytuje zejména ve škole, při činnosti, která jedincům neposkytuje pocit uspokojení, dostatečně je nemotivuje, je příliš dlouhá či opakující se, nebo je pro ně nesnadná. Dítě většinou není schopné naslouchat druhým, řídit se instrukcemi. Dělá mu problém organizace času a rozvržení úkolů, nechá se velmi snadno rozptýlit a je pro něj obtížné úkol dokončit. S tím souvisí zapomětlivost a velmi často se vyskytuje také opakované ztrácení věcí (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Hyperaktivita je „*nadměrné, ale neúčelné zvýšení činnosti*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 191). U jedinců s HKP/ADHD má velice rušivý charakter, což se při návštěvě lékaře nemusí projevit s ohledem na úzkost, kterou vyšetření v dítěti vyvolává. Hyperaktivita spočívá v motorickém neklidu, neschopnosti vydržet sedět delší dobu na jednom místě, především když se dítě nudí. Během hry je dítě nadměrně hlučné. Sociálně je taková míra neposednosti a hlučnosti velmi rušivá. **Impulzivita** se většinou pojí s agresivním a vzdorovitým chováním, které je příčinou nefunkčních vztahů s vrstevníky. Je charakteristická, že dítě laicky řečeno dříve jedná, než přemýšlí. Impulzivní dítě nesnáší čekání ve všech situacích, předbíhá, skáče do řeči a zkrátka nebere ohledy na druhé. Dalšími přidruženými problémy je neschopnost navazovat a především udržet funkční vztahy s druhými lidmi. Děti s touto poruchou bývají vzhledem k předchozím symptomům neoblíbené a vylučované z kolektivu, to souvisí s nízkým sebevědomím, které se u jedinců vyskytuje a následně sociální izolaci. Při HKP/ADHD mají děti špatné školní výsledky, nejen díky své nepozornosti a roztržitosti, ale příčinou může být i neoblíbenost ze strany učitelů, kteří vidí spíše konečný důsledek poruchy (zlobení, vyrušování), než potřebu po specifickém přístupu. Dalším problémem je přítomnost další psychiatrické poruchy. U těchto jedinců je komorbidita až 70%, mezi časté přidružené poruchy patří úzkost (až 25%), opoziční vzdor (až 40%), poruchy učení (až 25%), nálady (až 20%), chování (20%) v tomto

případě by se měla stanovit diagnóza hyperkinetická porucha chování, abúzus (až 15%), tiky (8%) (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Hyperkinetická porucha chování je spojení dvou různých diagnóz, jedinec tedy musí plnit kritéria pro obě poruchy. S ohledem na symptomy u HKP je zjevné, že i tam jsou jisté potíže s chováním, které jsou sociálně hůře únosné, nicméně u této poruchy musí být přítomny v patologické míře. Přítomné jsou tyto příznaky: agresivní chování, nekontrolovatelné výbuchy vzteku, fyzické násilí vůči druhým, lhaní a vymyšlení si, kradení, zlomyslnost a potřeba mstít se (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Poruchy chování - F91

Poruchy chování je opakující se vzorec agresivního, disociálního a vzdorovitého chování, které trvá alespoň šest měsíců. Takový jedinec porušuje sociální normy a pravidla, která jsou ve společnosti nastavená, a celkově se nechová úměrně svému věku (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Příznaky jsou různorodé s ohledem na věk dítěte. Proto je důležité při diagnostice pečlivě usoudit, zda to nejsou „jen“ příznaky puberty či dětského zlobení. Mezi klinické příznaky poruch chování patří nepřátelské chování, kdy se jedinec často hádá s autoritami, jeho chování je vzdorovité, provokuje a nepřijímá pravidla. Dále trpí na intenzivní výbuchy vzteku, většinu času se zlobí a má tendence se pomstít druhým. Je agresivním vůči druhým lidem a třeba i zvířatům. Často je to iniciátor šikany, své vrstevníky zastrašuje a vyhrožuje jim. Vyhledává a konflikty, rvačky a krádeže především takové, kde dochází ke střetu s obětí. Objevuje se samozřejmě záškoláctví a časté útěky z domova. MKN-10 tuto poruchu dělí následovně: porucha chování ve vztahu k rodině, nesocializovaná porucha chování, socializovaná porucha chování a porucha opozičního vzdoru (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Porucha chování ve vztahu k rodině je specifické v tom, že je zaměřeno pouze na některé členy v rodině a objevuje se výhradně v domácím prostředí. V tomto případě je těžce narušený a absolutně nefunkční vztah mezi rodiči (rodičem) a dítětem. **Nesocializovaná porucha chování** se vyznačuje tím, že nejsou přítomno žádné vztahy jak v rodině, tak s vrstevníky. Jedinec je spíše samotář a jeho agrese je namířena proti všem. Chybí mu empatie, po spáchání krutosti vůči druhé osobě se nedostavuje pocit viny či lítost. **Socializovaná porucha chování** se objevuje u jedinců, kteří páchají přestupky společně s ostatními, tedy ve skupině. Jedinec nemá problém navázat vztahy

s ostatními vrstevníky. Negativní projevy a chování jsou směřovány především vůči autoritám (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Etiologie poruch chování je jako většina poruch kombinace genetické výbavy a patologických vlivů z prostředí. Nicméně Krejčířová (2006), popisuje psychologicky podmíněné poruchy chování a to následovně. Porucha chování jako potřeba **náhradního uspokojení**, kdy dítě touží po pozornosti, pochvale, uznání, přijetí. Dítě bývá ve svém společenství špatně přijímáno. Jako příklad takového chování uvádí např. krádeže, kdy si jedinec za ukradené věci „kupuje“ nové kamarády a snaží se tak ostatním zalíbit. Naopak ty horší typy přestupků sice moc obdivu nesklidí, nicméně alespoň přitáhnou pozornost. Takové chování se vždy odehrává na nevědomé úrovni a samo dítě nedovede vysvětlit své činy. Dalším důvodem je **emoční deprivace**, která vzniká na základě dlouhodobého nedostatku potřebných emocí a citů, ze strany svých blízkých. Týká se to především dětí, které jsou v ústavní péči, ale může se to samozřejmě vyskytovat i ve „funkční“ rodině. Takové děti potom bývají vzteklé, dělá jim obtíže navazovat hlubší vztahy a většinou je přítomen i značný motorický neklid. Poruchy chování může také zapříčinit **disharmonický vývoj osobnosti**, který se se vyznačuje tím, zcela chybí schopnost lásky, empatie a porozumění druhým lidem. Tyto děti/adolescenti bývají velmi krutí, násilní a jednají zcela pouze pro své vlastní potěšení a zisk. Chybí jim vnitřní morálka, která by je zastavila před jejich činy, dále také nemají schopnost učit se ze zkušeností a získat tak korektivní zkušenost. Jejich činy jsou plánované, nicméně před jejich vykonáním chybí neurotická úzkost, spojená se strachem, že akce nepůjde dle plánů, tyto děti/adolescenti strach nemají. Takový jedinci jsou typickými vůdci smečky a v kolektivu oblíbení. Dokážou vystupovat velice inteligentně a sympaticky, oblíbení bývají paradoxně i u dospělých. Takový vývoj vede v dospělosti k asociální poruše osobnosti. Prognóza u této porucha není příliš nadějná. Je to výsledek opravdu dlouhodobé až celoživotní emoční a citové deprivace, tudíž struktura osobnosti bývá nenávratně narušena. Další psychologicky podmíněnou formou je tzv. **volání o pomoc**, kdy je dítě zoufale náročné situaci, ze které se samo neumí dostat ven. Může být depresivní či ve velké úzkosti. Jeho činy nejsou konány za účelem vlastního zisku, většinou bývají až nesmyslné, jedinec je provádí zmatený, v panice. Takový typ se mnohdy objevuje jen v určitém prostředí, a to právě v takovém, ve kterém je pro dítě těžké být (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Smíšené poruchy chování a emocí – F92

V psychiatrické praxi se velmi často používá právě tato diagnóza. Zřejmě proto, že zahrnuje téměř veškeré možné psychické neduhy. Tato diagnóza se může stanovit tehdy, kdy splňuje podmínky jak pro poruchy chování, tak pro poruchy emocí. Přítomné tedy jsou disociální, vzdorovité a agresivní znaky chování doprovázené příznaky úzkosti, deprese či jiné emoční odchylky, jako je například obsedantně kompulzivní či disociované myšlení/vnímání (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Poruchy přizpůsobení – F43.2

Klinické příznaky těchto poruch bývají velice podobné těm neurotickým nebo také těm, které doprovázejí poruchy chování, a to tedy depresivní ladění, úzkost, vztek, agresivita, impulzivita, podrážděnost. Dalším možným projevem je ale také regrese, skrze kterou se dítě dostává na nižší vývojovou úroveň. Poruchy přizpůsobení se vyskytují v souvislosti s prožitím traumatické události, či náročnými změnami (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Tato porucha by bez vnějšího podnětu nemohla vzniknout. Takový vnější faktor působí na jedince až pervazivně a zcela ho ovlivňuje ve všech oblastech. Mohou se objevit také prvky disociativních poruch, které fungují na bázi ochrany a útěku před traumatickým zážitkem. Tato porucha je velmi příznačná právě pro adolescentní věk s ohledem na změny, se kterými se v tomto období adolescenti setkávají. Je na ně vyvíjen nátlak jak z vnějšího tak i vnitřního prostředí. Nápor na vývoj vlastní autonomie, rozhodování o jejich budoucnosti a hlavně tedy nalezení vlastní identity. Citlivější jedinci takový nápor nemusí ustát.

Deprese dětství a v adolescenci

Dudová (2015) uvádí prevalenci deprese u dětí v rozmezí 2-4% a u adolescentů až 4-8%. Přičemž nejsou znatelné rozdíly mezi pohlavím. Až v dospělém věku je prevalence vyšší u žen než u mužů (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Klinické příznaky deprese u adolescentů jsou téměř totožné s těmi u dospělých jedinců. V adolescenci je nutné rozlišovat mezi pubertální náladovostí, sklony k uzavřenosti a vážným depresivním laděním, protože rizika suicidálního chování jsou v adolescenci nejvyšší. Během adolescence se uvádí riziko suicida 2-4 %, tzn. je šestkrát vyšší, než u populace bez potíží (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Adolescenti mají tendence depresi léčit alkoholem, návykovými látkami a dívky promiskuitním chováním. U dětí je nutné mít se na pozoru v momentě, kdy se zhoršuje školní prospěch, či začínají somatické potíže. S ohledem na věk je vhodnější pozorovat chování než čekat na to, až se nám adolescent nebo dítě svěří (Říčan, Krejčířová a kol., 2006).

Symptomatika se tedy mění s věkem, dále se také mění délka trvání. Odborníci uvádějí průběh dlouhý až 15-18 měsíců, přičemž u dospělých jedinců se jedná o 6-13 měsíců. Klinický obraz u dětí sestává z příznaků, jako je somatizace, separační úzkost, fobie, agitovanost či depresivní zevnějšek. Jak již bylo uvedeno výše, u adolescentů se jedná téměř o totožné příznaky jako u dospělých, tzn. neschopnost radosti, únavu, emoční nestabilitu, ztrátu motivace a smyslu, sebeobviňování, podrážděnost, ztráta zájmu, změny chuti k jídlu, bradypsychismus. Příznaky společně pro obě skupiny jsou, suicidální myšlenky, poruchy pozornosti, nespavost a především pokleslá nálada (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Sebepoškozování

„Sebepoškozování, představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity.“ (Koutek, Kocourková, 2007, s. 73).

Termín **záměrné sebepoškozování** se užívá od roku 2000. Záměrné sebepoškozování má velké množství zástupných funkcí.

Podle Jan Suttonové to může být:

copingová strategie, uklidnění a utěšení, zvládnání silných emocí a regulace psychické tenze, navození psychické anestezie formou pocitů otupělosti, kontrola nad vlastním tělem, očištění, potvrzení existence, sebetrestání, komunikace, způsob vyjádření vnitřních prožitků, testování hranic, manipulace s druhými, snaha být zachráněn a volání o pomoc, euforický zážitek a regulace arousalu, výraz příslušnosti ke skupině. (Rozsivalová, Trefilová a Paclt, 2010).

Etiologie záměrného sebepoškozování je různá, respektive jeho příčina může být buď situační, či dlouhodobá. Jako situační chápeme například konflikt, a jako dlouhodobou zejména fyzické či sexuální zneužití/týrání. Studie, ve které bylo tázáno dohromady 240 dívek, ukázala, že 29% dívek má historii sexuálního a fyzického zneužívání, 17% bylo

obětí sexuálního zneužití, 16% fyzického týrání a kolem 50% dívek popsalo své dětství jako mizerné (Favazza, Conterio, 1989).

Další studie prokázala, že historie sexuálního či fyzické zneužívání a týrání výrazně zvyšuje pravděpodobnost záměrného sebepoškození v budoucnosti, zatímco týrání psychické nikoliv. Autoři tento fakt vysvětlují následovně, aby u obětí v budoucnu došlo k sebepoškození, musejí být fyzicky narušeny jeho tělesné hranice (Wiederman et al., 1999).

Hlavním rozdílem mezi suicidálním chováním a sebepoškozením je ten, že jedinec, který se záměrně sebepoškozuje, se nesnaží život ukončit, nýbrž se snaží cítit lépe. Nicméně opakované záměrné sebepoškození v mnoha případech vede až k fatálnímu konci, tedy smrti. Děje se tak ve dvou případech, první případ je nehoda při opakovaném sebepoškození a druhý případ se týká naprostého sociálního vyloučení jedince, který propadne zoufalství z totální izolace (Kriegelová, 2008).

Pro vysvětlení opakovaného záměrného sebepoškození přispěla biologické teorie, která je založená na vyplavování endorfinů, jejichž hladina se zvyšuje právě při sebepoškození. Endorfiny tlumí bolest, uklidňují, snižují úzkost a mohou mít až euforické účinky. Na základě této skutečnosti vznikla tzv. endorfinová hypotéza. Týká se principu závislosti, kde se opakovaným sebepoškozením a tím pádem stimulováním endorfinů neustále zvyšuje tolerance a jedinec tak musí přidávat na intenzitě, protože jinak se dostávají abstinenční příznaky (Rozsivalová, Trefilová a Paclt, 2010). Autoři (2010) dále uvádějí, poměr dívek a hochů a to v letech 10-14, kdy je poměr 8:1 a 15-19 let, ve kterém je poměr 3:1. Popisují také, že celoživotní prevalence záměrného sebepoškození u adolescentních psychiatrických pacientů je až 60%.

3 PSYCHIATRICKÁ HOSPITALIZACE

V roce 2013 se z psychiatrických léčeben staly psychiatrické nemocnice. Spolu s novým názvem, se začala pomalu měnit i povaha psychiatrické léčby a jejího prostředí. Tento proces stále trvá, momentálně stojí česká psychiatrie před zásadní reformou, která má za cíl zřízení tzv. center duševního zdraví, zajistit kontinuální a koordinovanou následnou péči a lepší možnosti pro ambulantní péči. Jde o to, aby hospitalizace netrvala déle, než je nezbytně nutné a lidé trpící duševní poruchou tak mohli žít co nejkvalitněji ve svém přirozeném prostředí, tudíž doma se svými blízkými (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

I přes snahu odborníků a již započatou reformu, je hospitalizace stále těžká a zásadní zkušenost v životě daného jedince. Je tedy žádoucí, aby k ní docházelo pouze tehdy, kdy je to opravdu nutné.

V roce 2016 z celkového počtu hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních bylo 4,9 % hospitalizací u pacientů ve věku 0–14 let, tj. 2 914 hospitalizací, o 7 % více než v předchozím roce. Nejvíce hospitalizací dětských pacientů bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních z důvodu léčby poruch psychického vývoje a poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání (dg. F80–F98), a to téměř tři čtvrtiny (2 116 hospitalizací). Další byly neurotické, stresové a somatoformní poruchy a syndromy poruch chování (dg. F40–F48; F50–F59), na něž připadlo 16 % hospitalizací dětí. (Nechanská, Jann, Nováková a kol., 2017, s. 17)

K hospitalizaci u dětí a adolescentů většinou dochází na základě doporučení ambulantního psychiatra, nebo v krizové situaci, kdy přiveze dotyčného rovnou záchranná služba, například v momentě, je-li ohrožen život dítěte. Hospitalizace na většině dětských oddělení se odehrává formou režimové léčby, která obnáší jasná a pevná pravidla, která musí jedinec dodržovat. Děti se pravidelně účastní skupinové terapie, individuální terapie a mají možnost i terapie rodinné, a u téměř všech dětí je přítomna i farmakoterapie. Během školního roku děti docházejí do tamní školy, mají možnost sportovat nebo se účastnit výtvarných hodin. Časté je také psaní deníku, který se odevzdává psychologovi a je následně je možné jeho obsah konzultovat.

3.1 Problematika dětské psychiatrické péče

Zásadním nedostatkem, který se týká psychiatrické péče o dětské pacienty, je nedostatek pedopsychiatrů a klinických psychologů se specializací na dětskou psychologii. Tento fakt můžeme doložit informací z Asociace dětské a dorostové psychiatrie, která tvrdí, že v České republice chybí dvacet až třicet plných úvazků pedopsychiatrů a další úvazky na dětských odděleních v psychiatrických nemocnicích. Získání potřebného vzdělání pro práci pedopsychiatra či klinického psychologa, je velmi náročná a to zejména z hlediska času. Takový zájemce totiž musí projít pětiletou atestací plus dalším dvouletým nástavbovým oborem. Zatímco u jiných oborů lékař získá potřebnou specializaci již při první atestaci. Z čistě laického hlediska je to poměrně nemožný požadavek. Většina žen si dohromady sedmiletou atestaci nemohou dovolit z důvodu potřeby stát se matkou, zatímco u mužů, je to otázka finanční. Problémem je, že během jednoho roku odchází do důchodu, a tím pádem končí v oboru více odborníků, než do něj přichází. Díky nedostatku odborníků jsou čekací lhůty na první vyšetření až tříměsíční, přičemž víme, že taková prodleva může mít v akutním stavu u konkrétních psychických poruch až fatální a nevratné následky. Setkáváme se tedy s nežádoucím nahrazováním ambulanti péče hospitalizací. Kapacita ambulanti péče je velmi vzdálená míře, která je žádoucí. K hospitalizaci tedy dochází bohužel i tehdy, kdy to není nutné, a problém by zvládla ambulanti forma péče. K hospitalizaci dítěte či adolescenta by mělo docházet až tehdy, kdy je to opravdu nezbytně nutné a samozřejmě po provedení pečlivé diagnostiky. Pro dítě může mít pobyt v institucích řadu negativních dopadů. Jako takové negativní dopady chápeme například dlouhou separaci od rodiny, vrstevníků, školy, dále také vystavení problémů stigmatizace, která může mít za následek šikanu či odkoukání patologických návyků v prostředí institucí (Veřejný ochránce práv Ombudsman, 2013).

Během hospitalizace jsou děti a adolescenti vyjmuti ze svého přirozeného prostředí a musí dodržovat pravidla, které režimová léčba obnáší. Aktivita mají naplánované, nemají možnost svobodné volby, režimová léčba má svá přísná pravidla. Navíc během hospitalizace ztrácejí své soukromí a možnost být v kontaktu s okolním světem tak, jak jsou zvyklí (Causey, McKay, Rosenthal, Darnell, 1998).

Nemají možnost mít u sebe své telefony, intenzitu návštěv určuje vedoucí lékař, ztrácejí tak kontakt se svými blízkými, což pro některé jedince představuje

zásadní problém. Někteří to naopak dokáží ocenit a berou to jako možnost odpočinku od jejich všedního života.

Další rizikový faktor je, že někteří jedinci mohou následně po hospitalizaci přijmout „identitu pacienta“, která v budoucnu ovlivňuje jejich vnímání problémů a schopnost ovládat jejich chování (Mead et al., 2001).

Hospitalizace může vést k navázání vazby na nemocniční režim a konkrétní pracovníky (Dalton et al., 1989). Jsou jedinci, kteří vnímají hospitalizaci jako bezpečný prostor, do kterého nedosáhnou problémy zvenku. Jiní zase ocení pevný a předvídatelný režim. Navíc mají možnosti intenzivní terapie a podpory ze strany lékařů, psychologů a psychoterapeutů. Takoví jedinci mohou po propuštění pociťovat silnou úzkost, protože ztrácí podporu, která se jim na oddělení dostávala, a musejí znovu definovat sama sebe odděleně od nemocnice (Reynolds et al., 2004). Taková úzkost může vést k relapsům nebo vytvoření nových symptomů bezprostředně po propuštění.

Jedinci, kteří si prošli hospitalizací, se také často strachují o své vztahy s kamarády, rodinou a spolužáky. Velkou zátěž pro ně představuje obava z toho, jak vysvětlí svojí absenci, a jaký dopad bude mít hospitalizace na jejich přátelství (Clements et al., 2010; Simon and Savina 2005).

3.2 Problematika stigmatizace

Hartl a Hartlová ve svém slovníku definují stigma jako „*znamení hanby či odsuzující společenský postoj pro údajnou duševní, tělesnou nebo sociální méněcennost, následně vedoucí k odmítání a vyloučení jedince, skupiny či organizace z okolní společnosti*“ (2010, s. 553).

Zdrojem stigmatizace je neznalost a obavy z duševních poruch. Jedinec, který některou trpí je vnímán jako nepředvídatelný, nebezpečný, hloupý a nekompetentní což následně vede k diskriminaci. Takové vnímání je posíláno kinematografií, literaturou a médií. Zejména schizofrenici bývají jak ve zprávách, tak i ve filmech zmiňováni hlavně v rolích násilníka či vraha. Tento stereotyp se tak jedině upevňuje.

Značkovací teorie v 60. letech popsala začarovaný kruh, který spočívá v tom, že na základě odlišného chování jedince si ho ostatní označují, dají mu nálepkou blázna a veškeré jeho pozdější projevy ať už dramatické či nikoliv, jsou a budou vnímány jako výlevy blázna (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015).

Studie prokázala, že u chlapců v adolescentním věku se objevuje obdobné znepokojení ohledně stigmatizace, jako u mužů v dospělém věku. Důsledek takových obav je ignorování a především utajování svých psychických obtíží ze strachu získání psychiatrické diagnózy (Sirey, Bruce, Alexopoulos, et al., 2001).

Toto „nálepkování“ je velmi škodlivé zejména u dětí či adolescentů, kteří se pak v diagnóze poruchy chování vzhlednou, přijmou ji za své a vydají se cestou dítěte, které se zkrátka vždy může schovat za diagnostickou jednotku, a tím pádem pro něj pravidla neplatí. Děti a adolescenti, kteří projdou hospitalizací v psychiatrických nemocnicích, jsou pak vystaveni obrovskému tlaku z okolí, zejména ze stran svých spolužáků. Hrozí tak nebezpečí, že se díky své hospitalizaci stanou obětmi šikany a posměchu, což jejich už tak dost křehkou psychickou stabilitu ještě oslabí. Kanadský výzkum potvrdil obtíže, se kterými se děti setkávají po propuštění a návratu do školy. Během hospitalizace byli osloveni adolescenti, kteří potvrdili informovaným souhlasem, že mohou být kontaktováni deset týdnů po propuštění, aby vypověděli, jak vnímají svůj návrat do školního prostředí. Z 62 respondentů jich 29 vypovědělo, že jejich návrat byl obtížný, odkazovali se na náročné vypořádávání se s různými sociálními situacemi, školním tlakem a především vlastními emocemi, což prezentovali jako opravdu zásadní zátěž (Preyde, Parekh, Heintzman, 2018).

Dítě se slabou důvěrou v sebe sama je velice náchylné k tomu, propadnout „roli psychiatrického pacienta“ a vznikne tak větší pravděpodobnost opakované hospitalizace. Dle výsledků Hinshawa (2005), jsou děti vůči stigmatu mnohem citlivější, protože mají menší možnost se bránit. Jejich postavení ve společnosti je nižší než u dospělých jedinců a jsou tak bezbrannější vůči tlaku z okolí. Nežádoucí chování u dospělých je tolerováno více než u dětí.

Většina hospitalizovaných dětí svoji hospitalizaci před svými přáteli tají a stydí se za ni, bojí se odsouzení a nepochopení. V psychiatrických nemocnicích se děti setkávají s dalšími dětmi s podobnými problémy. Vznikají tak nová přátelství, která jsou založena na jakémsi „společném znaku“, v souvislosti s tím, dítě upouští od předešlých vztahů, ve kterých hrozí odsouzení a vyhledává děti „sobě podobné“, se kterými toto nebezpečí nehrozí. Opět tak vzniká propast mezi dětmi s duševní poruchou a dětmi zdravými.

Nutná je prevence stigmatizace, ve které je jeden z nejzákladnějších bodů především pečlivá diagnostika. Zejména u dětí a adolescentů je diagnostika velice náročný obor vzhledem k neustálému vývoji, kterým dítě prochází. Provedené studie

říkají, že přibližně u 30 % dětí jsou symptomy pouze dočasné a během další vývoje samy vymizí (Stárková, 2013). Psychiatrická diagnóza by se tedy měla použít opravdu až tehdy, kdy je odborník stoprocentně přesvědčený o její správnosti a nutnosti, protože již samotné stanovení diagnózy, vede ke vzniku stigma, v tom slova smyslu, že konkrétní diagnóza ovlivňuje odlišný přístup k danému člověku (Stárková, 2013). Například byly zjištěny rozdíly v přístupu k dětem s depresí a dětem, které trpí ADHD (Walker, Coleman, Junghee et al., 2008). Dalším bodem by měl být především respekt člověka s duševním onemocněním, a jeho podpora. V neposlední řadě také edukace ve školách, rodinách a především u samotných nemocných, aby se předcházelo sebestigmatizaci.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 POUŽITÁ METODA A CÍL VÝZKUMU

4.1 Užitá metoda

Jako metoda pro výzkum byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza (dále jen IPA). Použita byla díky své schopnosti detailně prozkoumat, pokusit se porozumět a následně popsat žitou zkušenost jedince. V této práci tedy konkrétně zkušenost adolescentů s psychiatrickou hospitalizací a její momentální prožívání. Využita byla také pro svůj jedinečný lidský přístup, který poskytuje respondentovi zcela svobodné a volné vyjádření ohledně své zkušenosti, nic nepředpokládá a nezobecňuje. Nedá se plošně uplatnit, protože se zpravidla provádí pouze na malém vzorku respondentů. Díky prostoru, který poskytuje, dokáže ale detailně prozkoumat a interpretovat danou zkušenost. Autorem tohoto přístupu je Jonathan A. Smith, který ve své knize popisuje proces fenomenologické analýzy tak, že respondenti se snaží ukázat smysl jejich zkušenosti, zatímco výzkumník se pokouší zachytit smysl toho, jakým způsobem respondenti přisuzují význam své zkušenosti (Smith, 2007).

Podnětem pro vznik IPA byla potřeba fenomenologického přístupu, který umožní podrobnou exploraci subjektivní zkušenosti a zároveň bude přístupný výzkumníkům, kteří nemají hluboké filosofické znalosti. V protikladu k tradičním kvantitativním výzkumným perspektivám v psychologii vede IPA k porozumění zkušenosti člověka na idiografické úrovni se zaujetím pro to, jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situaci, a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu (Čermák, Řiháček, Hytych, a kol., 2013, s. 9).

IPA se skládá ze tří teoretických východisek, a to z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. **Fenomenologie** zde zastupuje zaměření se na jedinečné prožívání zkušenosti konkrétního jedince. Uplatňuje se zde metoda „uzávorkování“, což znamená, že výzkumník by měl přistupovat k respondentovi a jeho výpovědím zcela bez předsudků a očekávání, být absolutně zaměřen na fenomén, který zkoumá. Čistě fenomenologický přístup tedy spočívá v respektování zcela individuální a ojedinelé zkušenosti v daném kontextu, respondentovi nepodsouváme vlastní teorie a

zkušenosti, poskytujeme mu prostor pro zcela autentické vyjádření. Vžít se ale stoprocentně do zkušenosti respondenta není možné, jsme ovlivněni situačním kontextem, vzájemnou interakcí a především vlastními zkušenostmi. Tyto koncepty jsou ale žádoucí, protože až skrze ně můžeme správně porozumět konkrétní zkušenosti.

Hlavním výzkumníkovým úkolem je důkladně prozkoumat jedincovu zkušenost z jeho úhlu pohledu, přičemž si ale výzkumník je vědom toho, že v tom, jak dané zkušenosti rozumí, hraje velkou roli také jeho vlastní zkušenost a pohlížení na svět, stejně tak hraje roli interakce, která se odehrává mezi výzkumníkem a respondentem. Výzkumník si tedy je vědom, že jeho vlastní způsob porozumění a vztahování se ke zkušenosti jedince je nezbytné pro porozumění zkušenosti dalšího člověka (Čermák, Řiháček, Hytych, a kol., 2013). Dalším pilířem pro fenomenologickou analýzu je tedy **interpretační proces**, který nám umožňuje porozumění respondentovi výpovědi. S významem či smyslem výpovědi souvisí hermeneutika, kterou ve filosofickém slovníku definují následovně „filosofická nauka zabývající se problémem porozumění, chápání výkladu a interpretace, jež vedou k uchopení smyslu fenoménů“ (Olšovský, 2011, s. 83).

Výzkumník poskytuje kritické a konceptuální komentáře k tomu, jak respondent přisuzuje své zkušenosti smysl. Proto nemůže být výzkumníkovo porozumění respondentově zkušenosti jiné než založené na interpretaci. V průběhu analýzy, se výzkumník od respondenta vzdaluje a dává do analýzy více ze sebe. Ale to, co pochází z něj, je spojeno s respondentovou žitou zkušeností a výsledek výzkumníkovy analýzy tak pochází ze společného úsilí. Zároveň je třeba zdůraznit, že výzkumník tvoří interpretace vždy s otazníkem a vždy je ponechán prostor pro další interpretační možnosti. Navíc interpretace jsou výhradně zakotveny v datech prostřednictvím přímých citací respondentu (Čermák, Řiháček, Hytych, a kol., 2013, s. 11-12).

Dalším a posledním teoretickým východiskem je **idiografický přístup**. Opakem pro idiografický přístup je přístup nomotetický, jehož výstupy se uplatňují pro větší množství lidí, dají se tedy zobecnit. V idiografickém přístupu se výzkumník detailně zaměřuje na jednoho konkrétního respondenta, na jeho konkrétní zkušenost v konkrétním kontextu. Výstupy z idiografického přístupu se tedy nedají plošně uplatnit.

4.2 Před-porozumění problematice

Vzhledem ke zvolené metodě bylo důležité, aby si autorka ještě před začátkem výzkumného šetření sama položila otázku, co za výsledky očekává, jaké má hypotézy, a co ji motivovalo k tomu, zaměřit se právě na toto téma. Je nutné, aby výzkumník při výzkumném šetření nebyl ovlivněn vlastními hypotézami a aby nepodsouval respondentům vlastní teorie. Tady je důležité uplatnit již zmíněnou metodu „uzávorkování“ viz kapitola o použité metodě.

Autorka před samotným začátkem výzkumu měla hypotéz hned několik, bylo nutné je tedy postupně projít a porozumět jim, aby ji v průběhu výzkumné šetření neovlivňovaly.

4.3 Postup analýzy

Všechny rozhovory byly nahrávané, autorka postupně jednotlivé nahrávky pečlivě přepisovala.

Prvním krokem analýzy je opakované čtení jednoho rozhovoru, kdy je možné rozhovor zároveň číst a poslouchat, výzkumníka to více vtáhne do děje rozhovoru. V této fázi se snažíme vžít do kůže respondenta a dívat se na danou zkušenost jeho očima (Čermák, Řiháček, Hytych, a kol., 2013).

Následuje psaní poznámek do textu, podtrhování důležitých informací a psaní vlastních myšlenek a komentářů na stranu papíru. Autorka zaznamenávala vše, co ji připadalo důležité a související s tématem, postupně zredukovala i vlastní komentáře, které se na konci analýzy jevily jako nedůležité. Postupně tedy začínáme z vlastních poznámek, které spolu souvisejí, utvářet nadřazená témata. Zabýváme se už více vlastními poznámkami než respondentovými výpověďmi (Čermák, Řiháček, Hytych, a kol., 2013).

Mezi nově vzniklými tématy potom hledáme souvislosti, jak se k sobě jednotlivá témata vztahují, jak se ovlivňují a propojují. Na další případ přecházíme až tehdy, kdy máme předešlou analýzu hotovu.

Posledním krokem analýzy je celková analýza všech případů. Hledáme souvislosti a podobnosti všech výpovědí a vzniklých témat.

4.4 Cíl výzkumu

Cílem této práce je prozkoumat a následně popsat vnímání a prožívání hospitalizace pacientů dětského oddělení v psychiatrické nemocnici. Získat informace o tom, jak konkrétní respondenti vnímají důvod své hospitalizace a jak mu rozumí. Zjistit jaká mají očekávání po propuštění, případně obavy týkající se jejich budoucnosti a také zda pociťují problematiku stigmatizace duševních poruch. Poslední téma stigmatizace, se autorka snažila během rozhovoru nepojmenovávat, aby respondentům, kteří stigmatizaci nevnímají, nepodsouvala zbytečné obavy.

Jako dílčí cíl výzkumu je zmapovat potřeby, které mají adolescenti, kteří procházejí nebo již v minulosti prošli psychiatrickou hospitalizací a dle získaných informací vytvořit materiál pro doporučení pro praxi.

4.5 Výzkumná otázka

Jak prožívají pacienti dětského oddělení svoji psychiatrickou hospitalizaci?

5 VÝBĚR RESPONDENTŮ

Autorka absolvovala dvoutýdenní stáž na dětském oddělení v psychiatrické nemocnici, účastnila se terapeutických skupin, komunit a vizit, aby zažila prostředí dětského oddělení, seznámila se s jeho režimem a hlavně s pacienty. Na základě pozorování a následné konzultace primářem, místními lékaři a psychology byli osloveni konkrétní respondenti, dvě dívky a dva chlapci. Autorka vždy jednotlivě oslovila konkrétního respondenta, vysvětlila mu, o jaký výzkum se jedná, jak bude rozhovor probíhat, a že veškeré získané informace budou anonymizovány. Také zdůraznila, že účast rozhodně není povinná a dala dotyčnému čas na rozmyšlení.

Kritéria pro přijetí do výzkumu byla věková hranice 13 až 17 let a podepsaný informovaný souhlas zákonným zástupcem. Dále bylo potřeba splnit kritérium výzkumného vzorku jako celku, kdy autorka požadovala, aby jeden či dva respondenti již měli zkušenost s psychiatrickou hospitalizací a pro zbylé, aby to byla hospitalizace první. Tento požadavek byl přidán dodatečně, a to z důvodu co největší

heterogenosti vzorku pro následnou analýzu a porovnání získaných dat a témat mezi výpověďmi jednotlivých respondentů.

5.1 Získávání dat

Pro sběr dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, který byl konzultován s vedoucím práce a s primářem oddělení. Polostrukturovaný rozhovor byl vybrán proto, abychom se příliš pevnou strukturou neochudili o důležité informace, které mohou vyplynout z volnějšího průběhu rozhovoru. Takový rozhovor dává dostatek prostoru respondentovi pro vyjádření a zároveň udržuje hranice tématu. Rozhovor zasahoval do tří oblastí, přítomnost, minulost a budoucnost. Každá jednotlivá oblast měla za úkol zmapovat respondentovo porozumění a vnímání daného období. Všechny tyto oblasti se navzájem propojují, takže bylo možné nedodržovat pořadí a řídit se tempem a směrem respondentem.

Rozhovor probíhal vždy v klidné místnosti, kde byla přítomna pouze autorka a respondent, čas na získávání dat nebyl nijak ohraničen, vše probíhalo volně. Respondentovi byl znovu vysvětlen účel a průběh následného rozhovoru a byl mu poskytnut prostor pro jeho případné otázky. V rámci odbourání nervozity a „prolomení ledů“ proběhlo mezi autorkou a respondentem stručné představení se.

Osnova rozhovoru:

1. OKRUH – PŘÍTOMNOST

- Jak se tu cítíš?
- Jak vnímáš to, že jsi tu, jak to bereš/snášíš? Jak to vnímá tvé okolí?
- Jak je pro tebe důležitý svět venku? Chybí ti s ním kontakt?
- V čem/v kom vnímáš podporu?
- Jak se ti tu daří/nedaří?

2. OKRUH – MINULOST

- Trápí tě momentálně něco? Pokud ano, co je to co tě trápí a co tomu předcházelo?
- Souvisí to nějak s tvou hospitalizací?

- Jak rozumíš důvodu své hospitalizace?
- Jak si myslíš, že tvoji rodiče rozumí tvé hospitalizaci?
- Byla hospitalizace tvé rozhodnutí?
- Pokud ne, vnímáš ji i přesto oprávněně?
- Co jsi od hospitalizace očekával? Překvapilo tě tu něco?

3. OKRUH – BUDOUCNOST

1. Vnímáš svoji hospitalizaci jako přínosnou? Pokud ano/ne, v čem?
5. Co bude první věc, kterou uděláš, až přijdeš domů?
6. Jaké jsou tvoje plány do budoucna?
7. Na co se těšíš a čeho se bojíš?
8. Napadá tě, čeho se mohou obávat děti v tvém věku po propuštění?
9. Jak bys popsal svoji hospitalizaci jednou větou?

5.2 Seznámení s respondenty

Všem čtyřem respondentům byla přidělena fiktivní jména pro zajištění anonymity.

Zuzana

Dívka, 14 let. Rozhovor prováděn při první hospitalizaci. Matka v minulosti léčena pro závislost na heroinu, již 15 let abstnuje. Několikrát hospitalizovaná, užívá antidepressiva a byla jí diagnostikována panická porucha. Otec má rovněž anamnézu drogové závislosti. Dívka žije pouze s matkou, otec bydlí v jiném městě. První hospitalizace proběhla v létě roku 2017, trvala po dobu jednoho měsíce. Hospitalizována pro časté užívání návykových látek, sebepoškozování a útěky z domova. Měsíc před hospitalizací vícečetná traumatizace, dívka sexuálně zneužita svými vrstevníky a následně na to brutálně zbita. Po dobu hospitalizace vedena pod diagnózou F90.1 – Hyperkinetická porucha chování.

Anna

Dívka, 14 let. Rozhovor byl prováděn při první hospitalizaci. Bez rodinné zátěže. Žije s matkou a sestrou. S otcem nemají dobré vztahy. První hospitalizace z důvodu sebepoškozujícího chování a suicidální proklamace, jako reakce na úmrtí kamarádky a přiznání homosexuální preference. Hospitalizace proběhla v srpnu v roce 2017, na nátlak matky předčasný odchod, již po třech týdnech. Dívce byla přidělena diagnóza F43.2 – Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení.

Dan

Chlapec, 17 let. Rozhovor prováděn během třetí hospitalizace. Matka depresivní a několikrát hospitalizována v psychiatrické nemocnici. Chlapec žije s matkou a svými dvěma sourozenci. Chlapci byla diagnostikována hyperkinetická porucha chování, na doporučení tehdejšího ambulantního psychiatra proběhla první hospitalizace pro upravení medikace, a to v roce 2011, trvala po dobu dvou měsíců. Druhá psychiatrická hospitalizace započala v roce 2014 a trvala do roku 2015, chlapec byl hospitalizován po dobu sedmi měsíců. Třetí hospitalizace proběhla v srpnu v roce 2017 a trvala po dobu dvou týdnů. Byl přijat pro časté sebepoškozování, emoční nestabilitu a impulsivitu. Veden po diagnózou F92.8 – Jiné smíšené poruchy chování a emocí.

Šimon

Chlapec, 16 let. Dosud psychiatricky neléčen. Bez rodinné zátěže. Žije s oběma rodiči, otec ale často mimo domov díky práci. Hospitalizace proběhla v srpnu v roce 2017, trvala po dobu tří týdnů. Chlapec do psychiatrické nemocnice přichází sám, díky sebevražedným myšlenkám, které ho přepadají po rozchodu s přítelkyní. Má rysy emoční nestability a manipulativní tendence. Byla mu udělena diagnóza F92.9 – Smíšená porucha chování a emocí.

6 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH PŘÍPADŮ

6.1 Anna

Anička je po celou dobu rozhovoru velice milá, aktivní a citlivá, stejně jako po celou dobu hospitalizace. Do všech aktivit se pouštěla naplno, působí dojmem, že je pro ni tato celá zkušenost důležitá a chce ji naplno využít. Její projev je nenápadný, hovoří velmi potichu a nejistě, ale i přesto se zdá být odhodlaná. Působí velice křehkým dojmem, vzhledem k drobné postavě a tichému projevu, hovoří o zálibách jako je psaní, malování, jízda na koni, současně ale hovoří o tématu síly, agrese a plánech, jako například začít boxovat či jít studovat vojenskou školu. Pro pozorovatele je to poměrně matoucí projev, nicméně sama respondentka o sobě hovoří, jako o zmatené bytosti, která od hospitalizace očekává, že ji tato zkušenost naučí vyznat se sama v sobě.

I. NEJISTOTA OHLEDNĚ PROPUŠTĚNÍ

„Teď se cejtím docela smutně, protože mám odtud odejít.“ (1.11). Působí velice nejistě ohledně svého propuštění. Rozhodnutí o propuštění prezentuje jako doktorovo a když to tvrdí doktor, asi je to tak v pořádku a je připravená, toto tvrzení ilustruje následující citace *„Pan doktor říká, že už bych měla jít domů, takže jdu dneska domů.“* (2.52), vysvětluje velice nejistým hlasem. Na otázku, jak vnímá svůj odchod, po zamyšlení se odpověděla: *„Hmm, já myslím, že dobře...“* (2.54). Vzápětí ihned podotýká, že by ráda docházela na oddělení k psycholožce ambulantně, celou hospitalizaci reflektuje velice kladně a projevuje obavy z návratu domů, viz další témata. Dále také tvrdí, že to tu má moc ráda, a nechce se ji pryč (s. 1).

Ze stáže, kterou jsem na dětském oddělení absolvovala, je takový přístup ke svému propuštění poměrně neobvyklý, většina pacientů se těší domů a z ukončení hospitalizace mají radost.

II. REŽIM JAKO JISTOTA

„Já sem tady taková zrobotizovaná, že ráno vstanu a dělám to úplně automaticky, takže ráno až vstanu, tak to zas začnu dělat úplně automaticky a bude hrozně těžký si zvyknout na ten jinej režim.“ (1.31,32). Anička vyjadřuje

nejistotu ohledně změny režimu. Její výpovědi svědčí o tom, že pevný režim, se kterým se setkala na oddělení, jí vyhovuje. Na otázku ohledně jejích plánů do budoucna odpověděla, že má plánu začít se hodně učit, cvičit, držet nějakou linii, ale ne proto, aby zhubla, ale kvůli svalům a dobré kondičce, dále také uvedla, že by ráda studovala na vojenské škole.

V jasně daném režimu se cítí bezpečně a jistě, sama tvrdí, že si nerozumí a svět venku je pro ni matoucí, dále si také pochvaluje klid a čas sama na sebe. Na otázku, co očekávala od hospitalizace, odpověděla: „*Hmm, že se začnu vyznávat sama v sobě. A teďkon tady se ze mě stal strašnej introvert, že třeba když jsou víc jak dvě osoby, tak už to není vůbec příjemný, sem radši sama teďkon. A že mi to prostě pomůže, abych se sama v sobě vyznala.*“ (4.123-125).

III. STRACH ZE ZAVRHNUTÍ A NÁVRATU PSYCHICKÝCH OBTÍŽÍ

Respondentka uvádí, že ji trápí to, jak to bude venku. Bojí se zavržení ze strany vrstevníků a nepochopení (s. 2, 5). Dále hovoří o svých velkých obavách z návratu psychických obtíží, protože nevěří, že by to sama, ve svém domácím prostředí, dokázala překonat. „*Že se to stane znova...jakože třeba to sebeпоškozování nebo tak, že se něco stane, nebudeš mít kolem sebe ty lidi, jakože v tu chvíli a třeba zas znovu...a pak, že se sem znovu dostanu*“ (5.170,171). Respondentka má strach nejen z odsouzení a nepochopení vrstevníky, ale také reakcí jejího okolí na její homosexuální orientaci, zcela pochopitelný strach z naprosto nového a dosud nepoznaného světa. V psychiatrické nemocnici jsou jasná pravidla, předem určené činnosti a režim, který se musí dodržovat, dále péče odborníků a pochopení, je to paradoxně bezpečné území. Sama uvádí, že to bude zřejmě těžké (s. 2) a souvislosti se svým propuštěním ihned začíná mluvit o tom, že by měla zájem docházet do psychiatrické nemocnice ambulantně k paní psycholožce, což by opět mohlo souviset se strachem, který je spojený s propuštěním. Na otázku zda by chtěla mít svého psychologa i doma, mimo hospitalizaci, odpovídá: „*Asi by to bylo lepší.*“ (2.63), podtrhuje tím nejistotu o vlastní kompetenci ke zvládnutí svých psychických problémů.

IV. VDĚK ZA HOSPITALIZACI

Jako důvod své hospitalizace Anička uvádí své sebepoškozování, kde také zmiňuje způsob sebepoškozování, což trochu působí jako kladení důrazu na závažnost situace. „*Hmm, tak asi kvůli tomu sebepoškozování, že sem se třeba i přepráškovala a takhle. A mam pocit, že tady mi to hrozně pomohlo, že jsem tady, že získala i třeba nověj pohled jak třeba řešit problémy, dřív bych se sebepoškozovala a teď vim, že se to dá řešit i jinak*“ (3.93-95).

Bezprostředně po vysvětlení důvodu, začíná hovořit o tom, jak ji hospitalizace pomohla a co ji naučila. Respondentka popisuje, jak po v sanitě na cestě do psychiatrické nemocnice zažívá zvláštní stav, který se z odporu změnil na smíření (s. 4). Působí dojmem, že respondentka měla náhled na situaci, ve které se nacházela, a ji samotné přišla hospitalizace vhodná, viz následující citace: „*...kdybych byla doma, kdyby se to vůbec neřešilo, tak vim, že by to dopadlo špatně, že bych tu třeba nemusela být.*“ (4.120,121). Znovu kladen důraz na závažnost tehdejšího stavu respondentky, který si sama uvědomovala.

V. PODPORA DOMA I NA ODDĚLENÍ

Aničku překvapilo, kolik jejich přátel o ni mělo strach, sama toto zjištění nazvala jako „zkrat“ (1.16), své okolí pak vnímala jako velkou oporu při hospitalizaci. Celkově velice pozitivně reaguje na podporu svého okolí, vnímá ji a je pro ni velmi důležitá. Na oddělení si pochvaluje nově vzniklá přátelství, zdůrazňuje skutečnost, že to nejsou ledajaká obyčejná přátelství, nýbrž zcela nová a jedinečná spojení, která vznikají na základě podobných zkušeností a vzájemnému porozumění. „*Jo, právě že je to takový, že tady jsem našla spoustu úžasných kamarádů. Je to hrozně zajímavý, že tady vlastně jsem našla jakože lidi, se kterejma si fakt mam o čem podívat, jakože co si třeba prožili nebo ted'kon prožívaj*“ (2.42-44), a dodává „*...že nás nespojujou třeba jenom koníčky, ale prostě i kus života a tak.*“ (2.46). Respondentka popisuje porovnávání svých problémů, s problémy ostatních pacientů „*No překvapilo mě tady třeba jakože, já sem vždycky věděla, že mam jakože nějaký problémy, ale když jsem třeba zjistila s čím sou tady ostatní a takhle, tak to bylo takový to uvědomění, že prostě tady to co mam já, že to není vůbec strašný, že je to taková běžná věc, ale že sou tady třeba lidi s horšíma problémama, a že to zvládaj třeba líp jak já...takže to mě překvapilo a myslim, že díky tomu sem to začala brát jakože trochu lehčeji.*“

(4.13-134). Díky tomu, že má najednou možnost porovnání si zřejmě nepřipadá tak sama a jiná. Evidentně se jí změnilo i měřítko pro závažnost situace.

6.2 Šimon

Šimon je na svůj věk velice vyspělý, s dětmi v jeho věku si nerozumí. Během hospitalizace byl velice přátelský. Na terapeutických skupinách se většinou jal slova, jeho názory jsou poněkud neúměrné jeho věku. Na rozdíl od zbylých respondentů působí Šimon stabilně ve svých emocích a výrocích. Během rozhovoru bylo znát, že je nervózní. Šimon si chrání své soukromí, často mluví tedy dost obecně. Jeho myšlení během rozhovoru bylo zabíhavé, těžko se mu dostávalo k podstatě věci nebo pocitům, je to spíše racionální typ. Rozhovor s ním trval nejdéle.

I. NEOČEKÁVANÁ HOSPITALIZACE

„Vlastně ten první den, když jsem tu přišel, tak jsem byl prostě hodně odtrženej z té reality, to jsem vlastně celou dobu, co jsem tady, ale jako na začátku to bylo prostě strašně rychlý a nějakým způsobem to byl takovej šok pro mě.“ (2.41-43). Šimon šel na oddělení pouze pro léky, místo předepsání léků ho hospitalizovali. Nepočítal s tím, nechtěl to. *„Jakoby, dobrovolný to bylo z důvodu, že jsem si mylně myslel, že dostanu nějaký léky tady, já sem tu šel cíleně pro ty antidepressiva.“* (2.72,73). Jak sám říká, byl našťvaný, že si ho tu nechali, protože přišel s úplně jinou zakázkou. Je to velmi neobvyklý způsob příjmu, pacienti sem bývají buď posílání jednotlivými odborníky, nebo přivezení rodiči. Šimon přišel úplně sám, nevěděl na koho se obrátit, respektive se na nikoho se svými problémy obracet nechtěl, chtěl pouze antidepressiva.

Souvisí to se čtvrtým tématem, Šimon o sobě tvrdí, že je introvert, nikomu se moc nesvěřuje a už vůbec ne rodičům. Nechtěl, aby o jeho potížích věděli. Na otázku, zda se o jeho hospitalizaci rodiče dověděli telefonicky, až při jeho přijímání se pouze smál a přikyvoval.

II. STAROST O DĚNÍ VENKU A KRITIKA REŽIMU

Tento bod souvisí s režimem, který je na oddělení nastavený. Konkrétně tedy zabavení telefonů. U Šimona byla ta situace specifická v tom, že nikdo dlouhodobou hospitalizaci nepředpokládal. *„No ten režim je nějakým způsobem*

dost omezující pro mě...já si myslím, že by měl mít možnost aspoň v tom prvním tejdnu třeba nějak jako libovolně, nebo o polední pauze, aby měl třeba možnost mít ten telefon na hodinu nebo na dvě jednorázově, aby si prostě ten člověk mohl vyřídit nějaký věci, říct někomu, že se nezúčastní nějakýho představení, protože je v nemocnici, a že prostě může vyřídit ostatním, že je pohodě, ale že prostě nemůže že je v nemocnici a nemůže bejt prostě nijak aktivní.“ (6.232-7.239). Do budoucna by prý uvítal zlepšení tohoto problému „A...bylo by to prostě takový, že se tady na toho člověka nevyserou v okamžiku kdy, kdy prostě mu seberou všechny věci uloží je, daj na to štítek s jeho jménem a čárovým kódem, a pošlou ho prostě na pokoj, že to je prostě...“ (7.246-248). Takhle přísný režim nečekal, nepočítal s tím. Šimon sice stále bydlí u rodičů, ale pracuje, je pro něj důležité být k dispozici a dělat svou práci dobře „...trápí mě jako nebo takhle jako...zajímá mě prostě co se děje venku no. To je jakoby takový prostě, že nevím co se tam děje a jestli prostě nejsem jako k něčemu potřeba.“ (3.86,87). Byl ze dne na den vytržen z režimu, na který je zvyklý, a spíš než aby tento čas využil k odpočinku či zotavení, byl z toho úzkostný.

III. HOSPITALIZACE: „JÁ JI NEVNÍMÁM JAKO PŘÍNOSNOU, PROTOŽE JI VNÍMÁM PROSTĚ JAKO ZBYTEČNOU“

Na otázku proč si přišel pro léky, odpovídá „Ten problém je obecně neznalost vážnosti té situace no, jakoby že sem neznal závažnost těch vztahů, těch emocí jakoby jestli jsou v kritický části nebo ne, a to jsem prostě nebyl schopnej rozpoznat, tak jsem tady prostě přišel...Já jsem tady nešel jako nějak kvůli tomu, že by to bylo jakoby strašně špatný jako v tu chvíli, ale prostě jsem tu šel z toho důvodu, že jsem to měl dá se říct cestou, prostě jsem byl v Praze tak sem si tu udělal takovou cestičku.“ (3.94-98). Vzápětí ale na otázku, jak tedy rozumí důvodu své hospitalizace, reaguje s úsměvem „Důvod hospitalizace je ten, že by si nikdo nevzal na triko, že bych si něco udělal venku, protože ten kdo mě pustil, by to měl na triku, kdybych si něco udělal.“ (3.107,108). Šimon věnuje větší pozornost nespravedlivé hospitalizaci, než svému původnímu stavu, který ho na oddělení přivedl. Potřeboval poradit, zda je jeho stav vážný či nikoliv, ale hospitalizaci jako odpověď nerespektuje. Na otázku, zda vnímá hospitalizaci jako oprávněnou, odpovídá „...že jsem chtěl ty antidepressiva a ... jakoby nedostal jsem úplně, co jsem očekával, takže se dá předpokládat, že ji

beru jako neopodstatněnou.“ (5.172,173), zanedlouho dodal *„Počítám hodiny, který jsem tady strávil zbytečně.“* (7.266). Šimon dále vysvětluje, že vzhledem k tomu, že hospitalizaci vnímá jako neopodstatněnou, tak „mlží“ a tvrdí ostatním *„...mám se fajn, je to skvělý, ale prostě to je jen o tom, že se chci dostat ven. Tady nepotřebuju být.“* (8.309,310).

IV. SAMOSTATNÁ JEDNOTKA

Šimon jako jediný respondent neřeší rodiče ve smyslu, že by jim způsoboval zátěž. Dále se taky jako jediný ani jednou během rozhovoru nezmínil o ostatních dětech na oddělení. Místy působí jako dospělý jedinec, který řeší hlavně práci. Sám říká, že nemá moc volna, protože většinou pracuje. Souvislost s předchozím tématem nacházíme ještě v následující citaci *„...tak to vnímám já jako negativní, protože prostě pro mě ten čas je jako důležitější, je pro mě cennější a nějakým způsobem, kdybych nebyl tady, tak jsem mohl mít už hromadu práce jako hotovou, teďkon jsem prostě pozadu a nemám na to náladu a prostě bude to takový jako na prd, protože vim, že jsem jako měl něco dělat, neudělal jsem to a je to takový jako...na prd no“* (8.277-280), Šimon se hodně zmiňuje o práci, které mu utíká, když během jeho hospitalizace, což jsou poměrně neobvyklé starosti v jeho věku. Vysvětluje, že už od dětství byl vedený k samostatnosti. Jeho rodiče prý vůbec nevěděli, proč se dostal do psychiatrické nemocnice. Říká, že s mámou by své problémy řešit nechtěl, což vysvětluje následovně *„Protože nějakým způsobem to беру tak, že když něco řeknu, tak řeknu něco špatného, když prostě řeknu něco špatně, tak už se to nedá žádným způsobem vrátit a nějak jako nechci tohleto moc pokoušet a riskovat tak, že jako něco pokazím, takže proto se to snažím řešit sám.“* (5.157-159). Šimon evidentně volí bezpečnou cestu samotáře, sám se zmiňoval o tom, že vztahy jsou pro něj náročné, většinou bolestivé.

6.3 Zuzana

Zuzana pochází z malého města a žije v části, kde se vyskytují ghetta. Její zázemí a prostředí, ve kterém se vyskytuje, je velice patologické a škodlivé. Zuzka si prošla opravdovým peklem, působí dojmem, že od sebe své zážitky odosobnila. Během rozhovoru hovoří monotónně, je velice stručná a jasná, má velice omezenou obličejovou

mimiku, působí klidně. Na oddělení funguje bez problémů, zapojuje se, je poměrně tichá. Je z ní cítit únava a potřeba po klidu.

I. SAMOTA A MOŽNOST SDÍLET

„*Já sem totiž hrozně nerada sama, nemam ráda samotu.*“ (2.50). Což vysvětluje následnou citací „*Protože potom vlastně můžu přemejšlet sama nad sebou a sem sebou zklamaná a prostě...nemám to moc ráda.*“ (2.52). Zuzka se několikrát během rozhovoru vyjadřuje sama o sobě velmi negativně. Naopak, si pochvaluje možnosti sdílení, které se jí na oddělení dostávají. „*Ted'ka jak tady mam spolubydlící, se kterou se o všem možným bavíme, tak je to takový...že vlastně probereme úplně všechno, co bysme si probíraly sami v hlavě, ale nejsme na to sami, takže...*“ (2.43-45). „*No na tý skupině třeba sem zjistila, že s těmadle problémama nejsem sama a jakoby je to pro mě lepší, že v tom nejsem já sama, ale je v tom víc lidí, což jako ne že bych jim přála něco zlého, ale spíš jako...že nerada sem sama.*“ (3.97-99). Pro Zuzku je důležité vědět, že na to není sama a že už vůbec není jediná, kdo se potýká s jistými obtížemi. Na Zuzce je znát, že vzhledem k patologickému prostředí, ve kterém se normálně pohybuje, velice kladně přijímá bezpečné a klidné prostředí na oddělení.

II. POTŘEBA ODPOČINKU A KLIDU

Zuzka našla na oddělení klid, který evidentně potřebovala. „*...a vlastně všechno se úplně řešilo a já sem to nesnášela...že se všechno muselo řešit hnedka, protože sem chtěla mít jakoby svůj klid na nějaký věci.*“ (4.138-139). Je zřejmé, že si se svými problémy nevěděla rady a řešila to po svém. „*Já sem hodně utíkala z baráku, protože sem chtěla přestat řešit všechny ty věci.*“ (4.152). Péče, která ji byla věnována ze strany odborníků, ale i starostlivé matky ji spíše obtěžovala. „*Tak třeba když se přišlo na to, že hulim, tak se řešilo, jako kdo mi prodal a takhle, a já sem prostě už byla vyšťavená a z toho, že předtím sem měla kurátorku, psychologku...ještě jakoby jednu organizaci což je jakoby rodinka prakticky, všechno takovýdle to, to už sem nechtěla řešit, nic takovýdleho...a potom jakoby přibylo mnohem víc problémů, ještě policie do toho...*“ (5.154-157). Těch problémů bylo už tolik, že ji to pravděpodobně vyděsilo, a chtěla se od nich spíše distancovat. Jak sama říká, hospitalizaci vnímá jako odpočinkovou a zřejmě je pro ni úlevné, že její problémy na ni do

psychiatrické hospitalizace nedosáhnou „*No, tady se mi hodně daří, protože tady sou takový ty aktivity, kde se tvoří rukama což mě baví, a vlastně jakoby mam takovej klid od toho všeho.*“ (3.92,93).

III. POCITY VINY VŮČU MATCE A SEBEKRITICHNOST VŮČI SOBĚ

„...*a mámě, který sem ted'ka udělala hrozně moc starostí, že mi je to jakoby líto a bude mi to líto asi celej svůj život, ale...stalo se to no...*“ (3.85,86). Spíš než to, že někdo ublížil ji, řeší to, jak ona ublížila matce. „*No, jenom jako...řekla bych, že sem ji poslední dobou hodně trápila...což myslim, že je na ni hodně vidět ted'ka...nevím...*“ (5.160,161). O tom, jak byla zneužita a fyzicky napadena hovoří velmi neosobně, bez emocí „...*tak jakoby na to...zneužití si nepamatuju a to zmlácení jakoby...taky moc ne, protože prostě sem to nějak moc nevnímala.*“ (4.134,135). Dává to za vinu sobě, kdyby neutíkala z domu, nic takového by se nestalo. „*No já sem tam vlastně neměla vůbec bejt...Já sem utekla z baráku, proto se to stalo.*“ (4.150). Sama za sebe se během rozhovoru postavila pouze jednou a to následovně „*Jako ze začátku sem byla hrozně našťvaná, že sem musim já a ne ty lidi, co mi to udělali...* (5.165,166). Poprvé během rozhovoru zvýšila/změnila hlas, je zřejmé, že má vůči viníkům vztek. Zuzka je vůči sobě velmi sebekritická „*Tak máma je jakoby za to šťastná, protože ví, že se můžu jakoby zlepšit, změnit, a taky zároveň ví, že už nechci bejt takováhle a vlastně, že by se to mohlo hodně změnit do budoucna...a jakoby já už ji ani nechci dělat ty problémy, co sem dělala.*“ (4.145-147). Na otázku, zda vnímá hospitalizaci jako přínosnou, odpovídá „*Jo, tak určitě jakoby...hlavně v tom, že sem si uvědomila, jak sem se chovala k určitejm lidem, a že se takhle chovat nechci*“ (5.179,180), opět se objevují výčitky vůči sobě. Sebe nepřijímá a chce být jiná, jediné co vidí je, že působí ostatním starostí „...*prakticky si říkám, že budu jinej člověk, až se vrátim. A chci bejt jinej člověk.*“ (3.90).

IV. OBAVY

Zuzka si není jistá, zda se po propuštění nedostane zpět do problémů, vzhledem k prostředí, ve kterém žije.

„...*ale zároveň se bojim, že ty nesprávný, který jakoby si ještě trošku pořád pouštím k tělu, tak že mě stáhnou zpátky...ale vlastně jakoby neřekla bych, že to je možný, protože třeba v tadytom mam hodně silnou vůli.*“ (7.232-234). Na

otázku, čeho by se mohly bát děti v jejím věku, odpovídá „*V mym věku...Tak jakoby kdyby se to dozvěděli ostatní, tak asi výsměchu... (7.244). Až na ten posměch by se neměly čeho bát, jakoby...Musej si dávat pozor, kterejm lidem to řeknou, který by to mohli zneužít...Což je to, čeho sem se bála vždycky.*“ (7.247,248).

6.4 Daniel

Pro Daniela je to již třetí zkušenost s hospitalizací. V průběhu hospitalizace působí klidně a přátelsky. Na lékařský personál ovšem reaguje občas provokativně, buď volí pasivně agresivní přístup, nebo je až nepřirozeně milý. Aktivitu nijak nesabotuje, do všech se aktivně zapojuje. Na Danielovi bylo znát, že se na rozhovor těší, během něj byl hodně sdílný, bylo zjevné, že má k tomuto tématu hodně co říci, s ohledem na své dosavadní zkušenosti.

I. STÍSNĚNOST A PŘEDSTÍRÁNÍ

Slovem stísněnost popsal Dan svůj momentální pocit na oddělení. Popisuje jistou nesvobodu, při projevování emocí na oddělení „*...třeba doma, kdybych se naštvál, tak třeba zařvu, jakože kdybych byl sám doma, to tady třeba nemůžu, protože by se to hned vyšetřovalo, proč sem to udělal...stísněný...člověk se tady jako bojí úplně udělat vlastně cokoliv.*“ (3.78-80). Na otázku, jak se mu tady daří či nedaří, odpovídá „*Nedaří, ale tak říkám, že se mi daří.*“ (4.135). Tohle předstírání prezentuje jako ochranu před trestem v podobě jiné medikace a prodloužení pobytu. Dále vysvětluje, že v psychiatrické nemocnici se zkrátka nepláče, prý to „*Vybouchne až doma.*“ (5.154). Také popisuje, že tady nikdy nefunguje tak, jak mu doopravdy je, a že tu stejným způsobem fungují všichni pacienti, protože „*...když se přece jenom bude snažit, tak už tady nebude.*“ (3.87,88).

II. NEDŮVĚRA A POCIT KŘIVDY

U Dana se během rozhovoru mnohokrát objevovalo téma důvěry ve své blízké, má obavy, že důvěrné informace by v budoucnu mohli využít proti němu. Například na otázku, zda ho napadá, čeho by se mohli bát kluci v jeho věku po

propuštění, odpověděl „*Jo, pohledu ostatních lidí. Že to třeba řeknou klukovi, kterej prej nic neřekne, třeba se pak pohádaj a on to řekne a pak půjde třeba po škole a všichni to budou vědět. Protože ten pocit moc dobře znám.*“ (12.443,444). S hospitalizací má již zkušenosti, evidentně už podobnou „zradu“ zažil, protože velice nekompromisně reagoval na otázky týkající se sdílení problémů s ostatními. Ostatně tvrdí, že celkově lidem nevěří, protože ho už mnohokrát zradili (s. 6). Velice odmítavý postoj má k individuálním pohovorům s psychology, zastává názor, že je zbytečné povídat si o problému s někým, kdo ho nezažil (s. 6). Naopak potvrzuje, že problémy sdílí s kamarádkou, která si prošla něčím podobným (s. 4), dodává, že tím prochází spolu s ním (s. 6). Zdá se, jako by už definitivně po všech svých zkušenostech zanevřel na lidi, kteří podle něj žádný problém nemají, vymezuje se tak ostatním, a zůstává ve své „sociální bublině“. Mnohokrát taky popisuje něco, co by se dalo chápat jako zrada ze strany jeho matky. Na otázku, zda mu v něčem ublížila hospitalizace, odpovídá, že vůči jeho vztahům doma, což vysvětluje následovně „*Jakože mi nepřijde fér, dát dítě v deseti letech do Bohnic, to mi nepřijde fér jako pro dítě. Nepřišlo by mi to fér ani ted'kon.*“ (11.394,395). Od hospitalizace jako takové už prý vůbec nic neočekává, je z něj cítit, že rezignuje a už nemá chuť dát hospitalizaci šanci, jak sám říká „*Jen si to tady vodbejt, aby máma byla v klidu.*“ (10.370,371). Po své úplně první hospitalizaci očekával, že s ním nebudou už jednat jako s dítětem, i přesto, že dítětem stále byl, zřejmě chtěl, aby ho už začali brát vážně. To může souviset i s potřebou sdílet pouze s lidmi se stejnou zkušeností, protože ti jediní, to mohou brát stejně vážně jako on.

III. VADNÝ KUS

Na Danovi je znát, že vzhledem k počtu hospitalizací, přijal označení „vadného kusu“, jak sám říká. Neodděluje svoji osobnost od svých diagnóz, podceňuje se a vydává se tou snazší cestou, na kterou je zvyklý. Diagnostikovali mu ADHD, když mu bylo deset let, od té doby byl třikrát hospitalizovaný a pravidelně navštěvuje psychoterapeuta a psychiatra, na základě těchto zkušeností sám sebe nazývá jako „*Marný dítě, vadnej kus.*“ (7.242,243). Své zkušenosti popisuje následovně „*...od malinka si přijdu jako laboratorní krysa, když to tak vezmu, protože furt u nějakejch psychologů, furt nějaký odborný experti a tak. Jakože ne, že bych si připadal nemocnej, jen asi nejsem uplně člověk stavěnej na*

život, jakože...“ (9.327-329). Téma matky se objevilo už ve druhém tématu, nicméně i tady ho můžeme doložit následnou citací „*Třeba máma, ta mam pocit, že si myslí, že sem patřím.*“ (2.59,60). Danova matka má sama zkušenosti s hospitalizací, a má zřejmě strach, že Dan dopadne jako ona „...*protože strašně brečela máma a bylo mi ji hrozně líto, protože říkala, že nechce, abych skončil jako ona, fakt to má těžký docela, má invalidní důchod. Jakoby kvůli depresím.*“ (10.349-351). Možná ze strachu o jeho budoucnost Dana staví do role „pacienta“ předběžně. Dan po všech zkušenostech ztratil motivaci pro léčbu a nápravu, naopak k ní přistupuje odmítavě a s nepochopením. Dalo by se říct, že hospitalizaci vnímá jako křivdu. Některým patologickým návykům se naučil přímo na oddělení, například sebepoškozování, které odkoukal od starších kluků v psychiatrické nemocnici (s. 11). Dále popisuje, jak začal kouřit již ve čtvrté třídě ve škole, a to proto, že to byla škola pro problémové děti, zmiňuje se také o medikaci, kterou mu nastavovali během dvouměsíční hospitalizace, díky nim byl prý unavený, spal ve škole a odvíjely se od toho kázeňské problémy (s. 8). Dan se zařadil se do skupiny problémových dětí a obhajuje tak většinu svých zlovyků a obtíží. Jak sám tvrdí, od života nic dobrého neočekává, zatím to prý byly jen samé podrazy (s. 12).

IV. SVÉ PSYCHICKÉ PROBLÉMY NEVNÍMÁ JAKO DŮVOD PRO HOSPITALIZACI

Dan odděluje své problémové chování a sebepoškozování od deprese, kterou neustále dokola zmiňuje a prezentuje jako svůj hlavní problém. Nevnímá ji ale jako něco, co by měl řešit během své hospitalizace. Odkazuje se na ni velice často, ale zároveň na otázku jak rozumí své hospitalizaci, odpovídá „*Nerozumím.*“ (7.236). Dále popisuje, že fakt, že je hospitalizovaný vnímá jako ponaučení, aby už znovu nedělal to, co dělal (s. 2). Možná to vnímá i jako jistý trest za sebepoškozování, nicméně v hospitalizaci nevidí možnost pomoci s jeho depresemi „*Jakože pořezal sem se, proto sem tady, kvůli depresím tady nejsem. Ale pořezal sem se jako po hodně dlouhý době...jakože sem zkratoval, protože sem se opil.*“ (5.158,159). Jeho popisování duševních stavů je poměrně zmatené a nekonzistentní, zdá se být velice emočně nestabilní a ve svých přesvědčeních nestálý. Hypotéz o tom, kde tkví jeho hlavní problém, je tedy spousta. Jednou

z nich je, že jeho odmítavý postoj k řešení depresí může být do značné míry zapříčiněn velkou nedůvěrou ve zdravotnický personál.

7 SPOLEČNÁ ANALÝZA

Po provedení jednotlivých analýz přichází na řadu společná analýza všech čtyř respondentů. Ve společné analýze se autorka snažila najít společná témata pro všechny respondenty. Pokusit se jednotlivá témata propojit a najít mezi nimi souvislosti. Pomocí porovnávání jednotlivých témat zaznamenat jejich důležitost a zjistit, která témata jsou například nadřazena zbylým tématům. Díky společné analýze nám mohou některá témata začít dávat nový smysl a můžeme jim začít více a lépe rozumět.

Postup společné analýzy byl stejný jako u těch jednotlivých. Opakované čtení všech výpovědí a témat, následné psaní poznámek a seskupování důležitých témat. Citace dokládající vzniklá témata jsou uvedena již v individuálních analýzách, v níže uvedených tématech se tedy objevovat nebudou.

Zajímavé je, že společné prvky autorka nacházela zvláště u dívek a zvláště u chlapců. Ve vnímání hospitalizace mezi nimi byly značné rozdíly. Neplánovaně tedy vznikla témata zvláště pro dívky a zvláště pro chlapce.

7.1 Společná témata u dívek

U dívek se objevovala témata, která se týkala především podpory, klidu, péče a bezpečí.

I. VDĚK ZA HOSPITALIZACI

Obě dívky vypověděly, že když se dozvěděly o své hospitalizaci, velmi je to znejistilo a naštvalo, odmítaly ji. Nicméně později obě uznaly, že jsou naopak rády, že jsou tu. Dále během rozhovoru obě reflektují hospitalizaci pozitivně a hlavně jako přínosnou. Působí, že mají náhled na situaci a hospitalizaci vnímají jako správné rozhodnutí.

II. CHVÁLÍ SI REŽIM A KLID

S předešlým tématem souvisí pozitivní hodnocení nového režimu a klidu. U Aničky je to spíše touha po jasně daném a pevném režimu, zatímco u Zuzany jde o potřebu klidu a prostoru. Obě dvě před hospitalizací „žili v chaosu“, tudíž jim klid a bezpečí struktury vyhovuje.

III. MOŽNOST SDÍLET

Obě dvě dívky uspokojuje fakt, že na své problémy nejsou samy a nejsou jediná, kteří se potýkají s psychickými obtížemi. Vnímají oporu na oddělení i mimo něj. Dále se taky odkazují na individuální pohovory s psychologkou. Uznávají, že sdílení jim velice pomáhá.

IV. OBAVY Z NÁVRATU POTÍŽÍ

Dívky mají strach z návratu domů, protože si nejsou jisté, zda se jim nevrátí ty samé problémy, které je dostaly na oddělení a zda to „tam venku“ samy zvládnou. Může to souviset i s předchozím tématem a to tak, že mimo oddělení nebudou mít takovou možnost sdílet a podělit se o tíhu svých problémů s někým dalším, kdo rozumí.

7.2 Společná témata u chlapců

U chlapců se můžeme setkat s tématy týkající se pasivní agrese, nepochopení a nespokojenosti.

I. PŘEDSTÍRÁNÍ A LHANÍ O PSYCHICKÉM STAVU

Oba chlapci vypověděli, že lžou o svém psychickém stavu, aby se dostali rychleji ven, nebo aby jim nebyl zpřísněn režim. Uznávají, že mají chvíle, kdy jim není dobře, nicméně i přesto o svých stavech raději mlčí.

II. NEVYUŽÍVAJÍ HOSPITALIZACI K ŘEŠENÍ SVÝCH PROBLÉMŮ

To souvisí s prvním tématem. Chlapci nevyužívají hospitalizaci naplno, jen tu tiše čekají, až je propustí. Odmítají upřímně spolupracovat a dát hospitalizaci šanci. Také nespojují důvod hospitalizace a jejich

problémy, o kterých se jinak zmiňují. Nevidí mezitím souvislosti a hospitalizaci tak stále vidí jako neopodstatněnou.

III. MÍSTO ODPOČINKU ÚZKOST

Na rozdíl od dívek chlapci nedokážou vnímat možnost odpočinku na oddělení. Naopak je spíše zúzkostňuje fakt, že nejsou ve spojení se světem venku a nedokáží tak vnímat a využívat klid na oddělení.

IV. HOSPITALIZACE JE ZBYTEČNÁ

Nevnímají hospitalizaci jako přínosnou. Souvisí to s předchozími tématy, kdy ji díky tomu, že v ní nevidí důležitost, dostatečně nevyužívají.

7.3 Společná témata u všech respondentů

Je pouze jedno téma, které řešili všichni respondenti. Další dvě řešili pouze Daniel, Anna a Zuzana.

I. STRACH Z POSMĚCHU

Toto téma řešili všichni respondenti. Obavy, jak se k jejich hospitalizaci vyjádří jejich vrstevníci. Strach z posměchu a nepochopení. Většina z nich o své hospitalizaci pověděla maximálně dvěma kamarádům, pro vysvětlení své absence zbytku svému okolí použila nějakou vymyšlenou verzi.

II. STAROST O MÁMU

Tohle téma se týká všech kromě Šimona. Ostatní vnímají velkou zodpovědnost vůči matkám a starostem, které jim způsobili. Respondenti hovoří o vině, kterou vůči nim pocítují, nebo dále uznávají, že to jejich matky nemají snadné. Hospitalizaci vnímají jako rozhodnutí jejich matek a jsou tu hlavně proto, aby se polepšili a už jim nepůsobili trápení. Zajímavé je, že pocházejí všichni respondenti z neúplných rodin, ve kterých žijí pouze s matkou a sourozenci, tato skutečnost nebyla záměrem při výběru respondentů.

III. NOVÁ PŘÁTELSTVÍ

Téměř všichni si pochvalují nově vzniklá přátelství. Plánují, jak se budou vídat i po propuštění a nově vzniklé vztahy prezentují jako velmi jedinečná a pevná spojení.

Pro větší přehlednost byla vytvořena následující tabulka, která znázorňuje rozdíly mezi vnímáním psychiatrické hospitalizace u chlapců a u dívek.

DÍVKY	CHLAPCI
<p>Vnímají hospitalizaci jako užitečnou. Rozumí jejímu důvodu.</p> <p>Využívají prostor, který hospitalizace poskytuje.</p>	<p>Vnímají hospitalizaci jako zbytečnou.</p> <p>Nerozumí jejímu důvodu, respektive nevnímají ten důvod natolik závažný, aby kvůli němu museli být hospitalizováni.</p>
<p>Dobře snášejí odloučení od světa venku.</p> <p>Kontakt jim nijak výrazně nechybí.</p>	<p>Více se zajímají o dění venku a trápí je nemožnost spojení.</p>
<p>Velmi pozitivně hodnotí klid a režim.</p>	<p>Negativně hodnotí klid a režim.</p> <p>Klid v podstatě nevnímají, víc by si prý odpočinuli doma. Režim jim vadí, nejsou svobodní.</p>
<p>Velmi jim pomáhá to, že tu mají možnost sdílet. Využívají individuální sezení s psychology, kladně je hodnotí.</p>	<p>Lžou o svém stavu. Neřeší během hospitalizace své problémy. Nemají důvěru ve zdravotnický personál.</p>

8 DISKUZE

Autorka jako plusy práce vnímá především zamyšlení se nad tématem, konkrétně tedy nápady pro doporučení pro praxi. Podařilo se zachytit konkrétní zkušenost respondentů a zmapovat problematiku pedopsychiatrické péče. Na základě získaných informací od respondentů a to především jejich obav, vytvořila autorka doporučení pro praxi. Obavy, které se objevovaly zejména u dívek, se týkaly potřeby sdílení a strachu z propuštění z důvodu obavy, že se problémy vrátí, když kolem sebe nebudou mít dostatečnou podporu, jako právě na oddělení. Další společná obava se týkala problému stigmatizace, kdy všichni čtyři respondenti vypověděli, že mají obavy z reakcí vrstevníků. Autorka shledává maximálně důležité, aby se v budoucnu vytvořila platforma, která zamezí časté rehospitalizaci, ke které právě u adolescentů dochází. Autorka si je vědoma nedostatku práce, kterým je příliš malý vzorek. Analýza pouze čtyř rozhovorů nestačí pro zobecnění zjištěných dat, která by při větším vzorku mohla být významnější. Nicméně i na tomto malém vzorku se prokázal zásadní problém, kterým je právě častá rehospitalizace. Autorka navštívila dětské oddělení přibližně po pěti měsících od sběru dat a zjistila, že u tří ze čtyř respondentů, proběhla jedna až dvě další hospitalizace. U **Zuzany** druhá hospitalizace započala tři týdny po propuštění pro pokus o sebevraždu, dívka spolykala nežádoucí množství antidepressiv. Jako důvod uvádí, že nechtěla být ve škole. Hospitalizace trvala tři týdny a byla ji udělena diagnóza F32.1 – Středně těžká depresivní fáze. Její třetí hospitalizace se odehrála dva měsíce po propuštění. Na oddělení byla přijata kvůli sebepoškozování. Dívka své chování vysvětluje jako reakci na stres z rodinného prostředí a školy. Po dobu hospitalizace byla vedena pod diagnózou F43.2 – Porucha přizpůsobení. U **Anny** došlo k rehospitalizaci již po pěti dnech po propuštění. K sebepoškozování došlo hned v den propuštění, kdy se snažila se utopit a následně na to se pořezala. Dále také uvedla zhoršení depresivním projevů a přítomnost halucinací. Vedena pod diagnózou F32.1 – Středně těžká depresivní fáze. Hospitalizace trvala dva týdny. U **Daniela** proběhla hospitalizace již po čtvrté, a to na začátku roku 2018, opět trvala dva týdny. Přijat byl na základě opakovaného sebepoškozování, demonstrativního chování vůči matce a hraničním rysům. Byla mu přidělena diagnóza F43.2 – Poruchy přizpůsobení.

Autorka vidí zásadní problém v nedostatku ambulantní péče. Chybí konstantní péče a pravidelná psychoterapie. Děti, které si prošly hospitalizací, jsou zvyklé na pravidelné sdílení, na péči a podporu, která je jim k dispozici sedm dní v týdnu, téměř

dvacet čtyři hodin denně. Po propuštění ale narazí, protože najednou tato intenzivní péče není k dispozici. Děti jsou na své problémy opět samy. Mnohdy se vrací do domácího patologického prostředí. Navíc může dojít k posměchu z jejich sociálního okolí jako následku stigmatizace. Najednou jsou znova osamělé v ohnisku svých problémů. Proto je důležité, aby vznikly podpůrné skupiny, které by měly být první pokusnou záchrannou sítí před rehospitalizací. Pro děti by to byl bezpečný prostor, ve kterém by mohly sdílet své pocity, a především by jim to připomínalo fakt, že na své problémy nejsou samy. Bylo by to také výhodnější z hlediska nedostatku odborníků, protože skupinová terapie není tak časově náročná, jako individuální. Autorka vnímá psychiatrickou hospitalizaci jako jedinečnou zkušenost, která zkrátka nekončí propuštěním. Je důležité se dětem, které ji prošly či procházejí, věnovat i posléze.

ZÁVĚR

Cílem práce byla snaha popsat prožívání právě probíhající hospitalizace u adolescentů.

V teoretické části autorka zmapovala problematiku pedopsychiatrické péče, problematiku stigmatizace, adolescenci a dětskou a dorostovou psychopatologii.

Na základě hloubkových rozhovorů se adolescenti pokusili přiblížit svoji právě žitou zkušenost. Jednotlivé analýzy se od sebe v mnohém liší, ale zároveň se vynořila i společná témata, která jsou následující. U dívek se objevovalo společné téma vděku za hospitalizaci, kdy obě dívky vnímají hospitalizaci jako přínosnou. Dále pozitivně reflektují režim a klid, který se jim na oddělení dostal. Oceňují také možnost sdílet své problémy s ostatními. Obě se také shodují v tom, že mají obavy z návratu psychických potíží po propuštění, protože už nebudou mít možnost sdílet své problémy v takové míře, jako právě na oddělení. Chlapci mají podobné výpovědi ohledně předstírání a lhaní o svém psychickém stavu, psychiatrickou hospitalizaci vnímají jako zbytečnou a nerozumí ji. Nedokáží ji využít pro řešení svých potíží. Na rozdíl od dívek je klid na oddělení spíše zúzkostňuje, než aby jim byl příjemný. Zajímá je, co se děje venku a jsou nervózní z toho, že tam nemohou být. Společným tématem dívek i chlapců je strach z posměchu ze strany vrstevníků. Dále skoro všichni zmiňují starost o mámu, které jejich chování způsobuje trápení. Dalším společným bodem jsou nová přátelství, která na oddělení vznikla, přisuzují jim velkou jedinečnost, protože je spojuje něco zcela nového.

Autorka poprosila respondenty, zda by dokázali shrnout hospitalizaci jednou větou. Vyjádřit se mohli libovolně, například mottem, názvem písničky, či přiřazením barvy, kterou asociovali při pomyslení na hospitalizaci. Výpovědi jsou následující:

Anna: „*Jeden špatnej den neznamena špatnej život.*“

Šimon: „*Napadá mě červená, že to je takový jako válečný trošku...Napadá mě zelená taková jako klidná, uvolňující zelená. Ještě mě napadá růžová, jakože souvisí s přístupem nějakých dalších lidí tady, sester, ta péče těch hodnejch sestřiček, ty nepříjemný by byly oranžový.*“

Zuzana: „*Když nemůžeš, tak přidej víc.*“

Dan: „*Naprostá zbytečnost.*“

Vzhledem k faktu, že analýza byla provedena na málem vzorku respondentů, se výsledky nedají zobecnit. Nicméně i tento malý vzorek nám pomohl nahlédnout do dané problematiky a porozumět tak tomu, co je potřeba více ošetřit a čemu věnovat pozornost. Na základě zjištěných informací autorka popisuje krátké doporučení pro praxi v kapitole diskuze.

SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH CITOVANÝCH ZDROJŮ

Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2002), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 319-335). New York, NY, US: Guilford Press.

Allen, J.P., Hauser, S.T., Bell, K.L., O'Connor, T. G. (1994). Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of adolescent ego development and selfesteem. *Child Development*, 65, 179-194. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00743.x>

Becker-Stoll, F., & Fremmer-Bombik, E. (1997, April). Adolescent-mother interaction and attachment: *A longitudinal study*. In biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC. <https://doi.org/10.1177/0165025408093654>

Causey, D., McKay, M., Rosenthal, C., & Darnell, C. (1998). Assessment of hospital-related stress in children and adolescents admitted to a psychiatric inpatient unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 11(4), 135–145. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.1998.tb00029.x>

Clemens, E. V., Welfare, L. E., & Williams, A. M. (2010). Tough transitions: Mental health care professionals' perception of the psychiatric hospital to school transition. *Residential Treatment for Children and Youth*, 27, 243–263. DOI: 10.1080/0886571X.2010.520631

Dalton, R., Muller, B., & Forman, M. A. (1989). The psychiatric hospitalization of children: An overview. *Child Psychiatry and Human Development*, 19, 231–244. <https://doi.org/10.1007/BF00705953>

Drapela, J. V. (2011). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.

Erikson, Erik H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Přeložil Jiří Šimek. Praha: Portál.

Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x>

Hammondová, H. (2008). *Proměny vztahů s rodiči v období adolescence*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, fakulta sociálních studií. Dostupné z https://is.muni.cz/th/103097/fss_b/text_prace.pdf

Hartl, P., Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál.

Hinshaw S.P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 714–734. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x>

Hosák, L., Hrdlička, M. & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.

Identita jako klíčový aspekt dospívání [website]. (n.d.). Získáno 2. března 2018 z webových stránek https://is.muni.cz/el/1441/podzim2015/ASPG_VYPS/um/52335199/kap8_2.html

Interpretativní fenomenologická analýza (IPA) [website]. (n.d.). Získáno 3. ledna 2018 z webových stránek https://is.muni.cz/el/1423/jaro2010/PSY118/um/ipa_bc.pdf

Koutek, J., Kocourková, J. (2007). *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál.

Krieglová, Marie. (2008). *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada. Psyché (Grada).

Macek, P., & Štefánková, Z. (2006). Vztahy s rodiči a jejich souvislosti s citovou vazbou. *Vztahy v dospívání, 1*, 25-40.

Malá, E., Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál.

Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal, 25*(2), 134. DOI: 10.1037/h0095032

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: dětská revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. (2008). Praha: Bomton Agency.

Olšovský, J. (2011). *Slovník filosofických pojmů současnosti. 3., Rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada.

Ondráčková, D. (2011). *Autorita rodičů očima adolescentů*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, fakulta filozofie. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/35603/DPTX_2010_1__0

Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. Psyché (Grada).

Preyde, M., Shrenik P. & Heintzman J. (2018). Youths' Experiences of School Re-Integration Following Psychiatric Hospitalization. *Journal of the Canadian Academy of Child*[online]. **27**(1), 22-32 [cit. 2018-03-26].

Raboch, J. & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Reynolds, W., Lauder, W., Sharkey, S., MacIver, S., Veitch, T., & Cameron, D. (2004). The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Health Nursing, 11*, 82–88. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00692.x>

Rozsivalová, E., Trefilová, A., & Paclt, I. (2010). *Sebepoškozování u dospívajících*. [souborný článek].

Dostupné z <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=639>

Rubtsova, O. (2012). Adolescent Crisis and the Problem of Role Identity. *Cultural-Historical Psychology* [online]. (1), 2-7.

Říčan, P. & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada).

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.

Savina, E., Simon, J. & Lester, M. (2014). School Reintegration Following Psychiatric Hospitalization: An Ecological Perspective. *Child* [online]. 43(6), 729-746 [cit. 2018-03-26]. DOI: 10.1007/s10566-014-9263-0.

Simon, J. B., & Savina, E. A. (2005). Facilitating hospital to school transitions: Practices of hospital-based therapists. *Residential Treatment for Children and Youth*, 22(4), 49–66. DOI: 10.1002/pits.22036

Sirey J, Bruce MI, Alexopoulos GS, et al. (2001). Percieved stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry*, 158(47), 9–481. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.3.479

Smith, J. A. (Ed.). (2007). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. UK: Sage Publications Ltd.

Sobotková, V. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada. Psyché (Grada).

Stárková, L. (2013). *Stigmatizace v pedopsychiatrii*. [přehledový článek]. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/03.pdf>

Steinberg, L., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M., Darling, N. (1992). Impact of Parenting Practices on Adolescent Achievement: Authoritative Parenting, School Involvement, and Encouragement to Succeed. *Child Development* 63(5), 1266-1281. <http://dx.doi.org/10.2307/113153>

Štefánková, Z. (2007). Citová vazba v rané adolescenci. *Československá Psychologie*, 51(5), 503.

Štefánková, Z. (2011). *Citová vazba a sociální adaptace v rané adolescenci*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita, fakulta sociálních studií. Dostupné z https://is.muni.cz/th/dm9s3/Stefankova_IS_system.pdf

Štíplová, G. (2013). *Vliv vztahu matky a dcery v adolescenci na vznik problémového chování*. Diplomová práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, fakulta humanitních studií. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/21495/%C5%A1timplov%C3%A1_2013_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Teorie citové vazby [website] (n.d.). Získáno 13. března 2018 z webových stránek https://cs.wikipedia.org/wiki/Teorie_citov%C3%A9_vazby

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2016). *Psychiatrická péče*. [zdravotnická statistika]. Dostupné z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>

Walker J.S., Coleman D., Junghee L., Squire P.N., Friesen B.J. (2008). Children's stigmatization of childhood depression and ADHD: magnitude and demographic variation in a national sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(8): 912– 920. DOI: 10.1097/CHI.0b013e318179961a

Wiederman, M. W., Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (1999). Bodily self-harm and its relationship to childhood abuse among women in a primary care setting. *Violence Against Women*, 5(2), 155-163. <http://dx.doi.org/10.1177/107780129952004>

PŘÍLOHA 1 - INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: Prožívání psychiatrické hospitalizace pacientů dětského oddělení.

Žádám Vás tímto o souhlas s poskytnutím rozhovoru pro potřeby bakalářské práce a souhlas s nahráváním rozhovoru na záznamové médium a další zpracování záznamu pro potřeby bakalářské práce. Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je z etických důvodů zajištěno bezpečí participanta takto:

- (1) Anonymitu participanta – v prepisech rozhovoru budou odstraněny i potenciálně identifikující údaje.
- (2) Mlčenlivost – s poskytnutými informacemi participanta bude zacházeno jako s citlivým materiálem. Osobní údaje nebudou dále šířeny, s informacemi bude nakládat jen osoba provádějící rozhovor a to vše v rámci této bakalářské práce.
- (3) Autorizace textu po přepsání rozhovoru za účelem dodatečného vyjádření a možností rozhodnutí, zda participant souhlasí se zveřejněním rozhovoru nebo částí tohoto rozhovoru v rámci bakalářské práce.

Děkuji vám za pozornost věnovanou výše zmíněným informacím a tímto vás žádám, abyste poskytl/poskytla souhlas s výše uvedeným.

Jméno:.....

Podpis:.....

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V dne Podpis:

PŘÍLOHA 2 – ROZHOVOR S ANNOU

PŘÍLOHA 3 – ROZHOVOR SE ŠIMONEM

PŘÍLOHA 4 - ROZHOVOR SE ZUZANOU

PŘÍLOHA 5 – ROZHOVOR S DANIELEM

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Dita Hotiová

Studijní program: Psychologie

Název práce: Prožívání psychiatrické hospitalizace u pacientů dětského oddělení

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, PhD.

Rok dokončení práce: 2018

Počet stran (bez příloh): 57

Celkový počet stran příloh: 39

Počet titulů české literatury a pramenů: 22

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 20

Počet internetových odkazů: 4

Počet znaků (počítáno včetně mezer) hlavního textu práce (včetně literatury bez příloh)

Přímé citace: 3 926

Ostatní text: 101 453

Celkový počet znaků: 105 379

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: Prožívání psychiatrické hospitalizace u pacientů dětského oddělení. Dita Hotiová. PDF

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX: Prožívání psychiatrické hospitalizace u pacientů dětského oddělení. Dita Hotiová.

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen.

Jméno	Příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Dita Hotiová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Prožívání psychiatrické hospitalizace u pacientů dětského oddělení

Vedoucí/oponent* práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

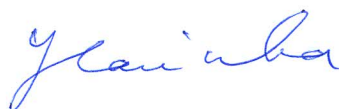
1. Čo si myslíte, čo môže byť dôvodom rýchlej opätovnej hospitalizácie detí na psychiatrii?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

V práci nepozorujem žiadne výrazné nedostatky, a to ani po formálnej, obsahovej stránke, ani v analýze dát. Oceňujem autorkin záujem o tému, jej empatický prístup v rozhovorech s hospitalizovanými deťmi i jej nasadenie vo vypracovávaní práce. To sa prejavilo okrem iného aj tým, že autorka sa informovala o osude skúmaných detí i po ich prepustení z liečby. Dáta sú spracované pomocou interpretatívnej fenomenologickej analýzy. Prácu odporúčam k obhajobe s výsledkom výborne.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: 1



Datum, podpis: 2.5.2018

*
nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Dita Hotiová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Prožívání psychiatrické hospitalizace u pacientů dětského oddělení

Oponent práce: Mgr. Lucie Vacková Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 57

Počet stránek příloh: 39

Počet znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 3926

Ostatní text: 101453

Celkový počet znaků: 105379

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

<p>1) Vysvětlete pojem stigmatizace.</p> <p>2) Jak souvisejí poruchy chování s disharmonickým vývojem osobnosti?</p> <p>3) S jakým konkrétním před-porozuměním jste přistupovala ke zvolené výzkumné strategii?</p>

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

<p>Autorka bakalářské práce se ve svém textu zabývá zkušeností adolescentů s psychiatrickou hospitalizací. V teoretické části BP představuje nejprve vývojová stádia a krize spojené s obdobím adolescence, dále pak nastiňuje dorostovou psychopatologii, problematiku dětské psychiatrické péče a s ní související možnost stigmatizace. V praktické části autorka předkládá kvalitativní výzkum vedený formou IPA, jehož cílem bylo zachytit a interpretovat prožívání čtyř respondentů, kteří psychiatrickou hospitalizací aktuálně procházeli.</p> <p>Téma bakalářská práce odpovídá studovanému oboru a náleží dle mého názoru k významnému společenskému tématu. Autorka projevila schopnost propojit teoretické poznatky s praxí.</p> <p>Připomínky mám ke stránce obsahové a gramatické – autorka blíže nepopisuje osobní před-porozumění dané problematice, zůstává u nic neříkajících formulací. Závěrečná doporučení vyplývající z výzkumu pouze stručně nastiňují potřebu vytvoření podpůrné skupiny. V textu jsem zaznamenala značné množství překlepů a vynechaných slov.</p>
--

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 22/5 2018


Mgr. Lucie Vacková Ph.D.