

„ZTRACENÝ HLAS DÍTĚTE V SYSTÉMU“: GROUNDED THEORY ANALÝZA ZKUŠENOSTÍ MLADISTVÝCH S DUŠEVNÍMI OBTÍŽEMI

Kludie Němečková, Alena Hricová

Ústav sociálních a speciálně-pedagogických věd, Zdravotně sociální fakulta,
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
nemeck06@zsf.jcu.cz

Abstrakt: Cílem této kvalitativní studie je porozumět tomu, jak mladiství s duševními obtížemi, jejich rodiče a pracovníci v oblasti sociální péče vnímají fungování systému podpory v kontextu duševního zdraví dětí. Studie byla realizována v České republice a vychází z analýzy 48 hloubkových rozhovorů s využitím metodologie zakotvené teorie. Pomocí otevřeného, axiálního a selektivního kódování byla identifikována centrální kategorie „ztracený hlas dítěte v systému“, která odkazuje na opakovanou zkušenost dětí, jejichž hlas a potřeby zůstávají v rámci systému péče neviditelné, neuznané či bagatelizované. Instituce, škola i rodina často selhávají ve včasném zachycení signálů duševního strádání a reagují až ve fázi krize. Změna nastává v situacích, kdy dítě nachází oporu v tzv. průvodci – důvěryhodné osobě, která mu poskytuje vztahové ukotvení, naslouchání a podporu při orientaci v systému. Výsledky ukazují, že rozhodujícím faktorem pozitivní změny není typ služby, ale kvalita vztahu a míra participace dítěte. Studie představuje procesuální teoretický model zakotvený v datech, který popisuje dynamiku ztráty a znovunabývání hlasu dítěte prostřednictvím kauzálních podmínek, kontextových bariér, intervenujících faktorů, strategií aktérů a jejich důsledků. Součástí výstupů jsou rovněž konkrétní doporučení pro praxi, zaměřená na posílení participace dětí, kontinuitu péče a roli průvodce, a doporučení pro další výzkum v oblasti systémové podpory duševního zdraví dětí a dospívajících.

Klíčová slova: Grounded Theory, duševní zdraví dětí, sebepoškozování, systém péče, participace

ÚVOD

Cílem této studie je porozumět tomu, jak děti a dospívající s duševními obtížemi prožívají fungování systému péče, jaké významy přisuzují vlastním zkušenostem a jaké faktory podle nich ovlivňují zhoršení či zlepšení jejich situace. Záměrem výzkumu je vytvořit teoretický model zakotvený v datech, který zachytí procesy ztráty a znovunabytí hlasu dítěte v systému podpory duševního zdraví. Autoři se tomuto tématu věnují z důvodu dlouhodobě identifikovaných systémových bariér v oblasti dětské duševní péče a nedostatečné participace dětí na rozhodování o vlastní péči, která je v českém kontextu dosud jen okrajově reflektována.

Zkušenosti adolescentů s duševními obtížemi představují komplexní fenomén, který nelze redukovat pouze na symptomatologii. Významně se do něj promítá jejich vnitřní prožívání, sociální prostředí, stigmatizace, dostupnost služeb i kvalita poskytované péče. Výzkumy posledních let upozorňují na to, že adolescenti čelí psychickému strádání, ale často narážejí na překážky při hledání a využívání pomoci, což zhoršuje jejich duševní stav a komplikuje zotavení (Fusar-Poli et al., 2024; Ringle et al., 2023; Radez et al., 2020). Adolescenti s duševními obtížemi popisují svůj stav dle Omari et al. (2023) a Tang et al. (2023) jako „život ve tmě“, často doprovázené pocity beznaděje, úzkosti, nejistoty a izolace. Fusar-Poli et al. (2024) dále uvádí, že nedostatek informací o vlastním stavu, neporozumění v okolí a ztráta důvěry v budoucnost plánování, snižují motivaci k vyhledání pomoci. Tang et al. (2023) dále doplňuje, že obtíže v oblasti budoucího plánování či zhoršená schopnost regulovat emoce jsou běžné zejména u adolescentů s depresivními stavy a úzkostnými poruchami.

Jedním z nejvíce limitujících faktorů pro adolescenty je dle Moses (2010) a Roques et al. (2022) stigma, které zažívají od vrstevníků (62%), členů rodiny (42%) i školního personálu (35%). Roach et al. (2020) uvádí, že stigmatizace se projevuje jako nedůvěra, ztráta přátel či bagatelizace jejich obtíží. Mnozí adolescenti proto své problémy skrývají nebo hledají porozumění pouze u vrstevníků se stejnou zkušeností, což může mít jak podpůrný, tak zátěžový efekt. Dále Fusar-Poli et al. (2024) doplňuje, že podpora od přátel je sice důležitá, ale často bývá emocionálně vyčerpávající a nedostatečná (Fusar-Poli et al., 2024). Stigma souvisí s nedostatečnou duševní gramotností v rodinách a komunitách, což dale komplikuje přístup adolescentů k pomoci (Saade et al., 2023; Radez et al., 2020). U některých skupin, například etnických minorit nebo imigrantů, je stigma ještě výraznější v důsledku kulturních norem nebo jazykových bariér (Lu et al., 2021; Wang et al., 2020). Kulturní stigma a přesvědčení často vedou k tomu, že duševní onemocnění je vnímáno jako osobní nebo rodinné selhání, což adolescenti i jejich rodiče vede k utajování obtíží a oddalování vyhledání pomoci (Samuel, 2014; Saade et al., 2023; Wang et al., 2018). Další překážkou je nedostatek kulturně kompetentních služeb. Pokud odborníci nerozumějí kulturním specifikům adolescentů a jejich rodin, může dojít k nedorozuměním, ztrátě důvěry a nižší efektivitě terapie (Lu et al., 2021; Cauce et al., 2002). Naopak, sdílené kulturní pozadí či kulturně citlivý přístup zvyšují pravděpodobnost navázání vztahu a udržení v péči (Fox et al., 2025). Zkušenosti adolescentů se zdravotní péčí ukazují ambivalenci: na jedné straně oceňují přístup založený na empatii, důvěře a respektu k jejich potřebám, na straně druhé se často setkávají s bariérami – například dlouhými čekacími lhůtami, složitostí systému, nebo obavami z narušení důvěrnosti (Buston, 2002; Granrud et al., 2020; Lindborg et al., 2024). Chlapci se podle výzkumů zdráhají vyhledat pomoc častěji než dívky – především kvůli genderovým normám a obavám z odsouzení (Granrud et al., 2020; Lindborg et al., 2024). Bariéry přístupu k odborné pomoci jsou mnohovrstevnaté a dotýkají se osobní, rodinné, sociální i systémové roviny. Podle Ringle et al. (2023) adolescenti často narážejí na rodičovské bariéry – např. nepochopení, zlehčování obtíží či odmítání odborné pomoci ze strany rodičů, kteří zároveň plní roli „brány“ ke službám (Reardon et al., 2017; Hansen et al., 2020). V některých případech rodiče nerozpoznají příznaky duševních onemocnění nebo je přičítají výchovným problémům (Lu et al., 2021).

Další překážkou je nedostatečná duševní gramotnost, která snižuje schopnost adolescentů i jejich blízkých rozeznat varovné signály a najít vhodné služby (Carbonell et al., 2023; Nizam, Ali, 2021). Výrazným faktorem je rovněž strukturální nepřístupnost péče – nedostatek služeb, dlouhé čekací lhůty, finanční zátěž nebo nedostupnost dopravy, zejména v rurálních oblastech (Aisbett et al., 2007; Mubeen et al., 2024). K tomu se přidávají služby, které nejsou přizpůsobené adolescentům – komplikovaný vstupní proces, nedostatek mládeži přívětivých prostor nebo negativní zkušenosti s personálem mohou odradit od dalšího kontaktu (Platell et al., 2020; Roberts et al., 2021).

METODY

Tato studie vychází z klasické verze zakotvené teorie (Grounded Theory). Cílem bylo vytvořit teorii, která bude zakotvena v autentických zkušenostech adolescentů s duševními obtížemi a dalších aktérů, a která zachytí dynamiku propadu i možnost proměny v rámci systému péče.

Výzkumný design byl kvalitativní a interpretativní. Data byla získána prostřednictvím hloubkových rozhovorů, které umožnily otevřené mapování subjektivních významů, vztahových kontextů a narativních struktur. Celkem bylo analyzováno 48 rozhovorů, z toho:

- 34 rozhovorů s adolescenty ve věku 12–18 let s diagnostikovanou duševní poruchou,
- 10 rozhovorů se sociálními pracovníky působícími v oblasti péče o děti a mládež,
- 4 rozhovory se zákonnými zástupci adolescentů, kteří byli aktivně zapojeni do procesu péče.

Výběr informantů probíhal cíleně (purposive sampling) na základě jejich zkušeností se systémem péče, typem obtíží (např. deprese, úzkost, PPP, suicidální chování) a různými modely podpory. Záměrem bylo zajistit maximální variabilitu případů, aby bylo možné identifikovat jak opakující se vzorce, tak specifické kontexty. Nábor probíhal ve spolupráci s klinickými zařízeními, školskými poradenskými službami, OSPOD a neziskovým sektorem. Zvláštní pozornost byla věnována zastoupení hlasů mladistvých, které jsou v odborném diskurzu často marginalizovány. Sběr dat byl ukončen v okamžiku dosažení teoretické saturace, kdy další rozhovory již nepřinášely nové kódy ani významné rozšíření existujících kategorií. Saturace byla sledována průběžně v rámci analytického procesu.

Rozhovory byly doslovně transkribovány a analyzovány pomocí postupů otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Otevřené kódování sloužilo k identifikaci klíčových významových jednotek. V axiálním kódování byly tyto jednotky seskupovány do širších kategorií a propojeny s podmínkami, strategiemi a důsledky. V selektivním kódování byla hledána ústřední kategorie, která sjednocuje výpovědi a odhaluje jádrovou zkušenost napříč případy. Analytický proces byl iterativní a probíhal se sběrem dat v souladu s principy zakotvené teorie. V průběhu analýzy byla systematicky uplatňována triangulace dat (výpovědi adolescentů, rodičů a sociálních pracovníků). Nedílnou součástí analýzy byl po celou dobu výzkumu veden reflexivní deník, v němž si výzkumník zaznamenával vlastní předporozumění, emoční reakce na data a potenciální interpretační zkresení. Pro podporu systematické analýzy byl využit kvalitativní analytický software Atlas.ti, který sloužil k organizaci dat, kódování a práci s analytickými memy.

Etická reflexe výzkumu představovala klíčový pilíř celého výzkumného procesu. Vzhledem k citlivé povaze tématu, které se týká duševního zdraví dětí a adolescentů, byla veškerá výzkumná činnost realizována s maximálním důrazem na ochranu práv a důstojnosti všech účastníků. Všichni informanti byli předem detailně seznámeni s účelem, průběhem a podmínkami výzkumu. Byl jim vysvětlen jejich dobrovolný podíl na studii, možnost kdykoliv odstoupit bez udání důvodu a právo na ochranu soukromí. Informovaný souhlas byl získán u všech účastníků výzkumu, v případě mladistvých respondentů byl dále doplněn o souhlas zákonného zástupce. U dětí a dospívajících byla komunikace o účasti na výzkumu vedena citlivě, jazykem přiměřeným jejich věku a kognitivní úrovni. Anonymita všech informantů byla zajištěna prostřednictvím pseudonymizace dat a odstraněním všech identifikačních údajů z transkriptů i výstupů analýzy. Veškeré citace byly upraveny tak, aby nebylo možné zpětně identifikovat konkrétní osoby, zařízení či situace. Zvláštní pozornost byla věnována ochraně mladistvých účastníků, u nichž bylo zohledněno riziko emočního rozrušení při sdílení náročných životních zkušeností. Výzkumnice byla vyškolená v oblasti krizové komunikace a v případě potřeby byla informantům nabídnuta možnost kontaktu na odbornou psychologickou nebo terapeutickou pomoc. Rozhovory probíhaly v bezpečném prostředí a jejich ukončení bylo možné kdykoliv na žádost informanta. Výzkum byl schválen Etickou komisí Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pod číslem 018/2023, čímž bylo zajištěno naplnění všech standardů výzkumu s lidskými subjekty, včetně zásad důvěrnosti, transparentnosti, dobrovolnosti a prevence újmy.

VÝSLEDKY

Analýza 48 rozhovorů (34 adolescentů s duševními obtížemi, 10 sociálních pracovníků, 4 rodiče dětí s duševními obtížemi) odhalila výrazné a opakující se motivy, které napříč skupinami poukazují na hluboce zakořeněnou potřebu být slyšen, pochopen a bezpečně proveden systémem péče. Centrálním tématem se stala kategorie „ztracený hlas dítěte v systému“, která vyjadřuje situaci, kdy instituce a dospělí selhávají v základní potřebě dítěte- být vnímán jako subject se svými emocemi, potřebami a právem na aktivní roli v péči.

Ústřední kategorie: Ztracený hlas dítěte

Téma „ztraceného hlasu“ se objevovalo napříč rozhovory jako základní prožitek bezmoci, přehlížení a institucionálního mlčení. Adolescenti často popisovali situace, kdy jejich potíže nebyly brány vážně, byly zlehčovány, nebo vůbec nezachyceny.

„Řekli mi, že když se směju, nemůžu mít depresi.“ (mladistvá, 16 let)

„Učitelka řekla, že to přejde, at' se soustředím na známky.“ (mladistvý, 15 let)

Také rodiče často popisovali pocety zmatku, nedostatečné informovanosti a bezmoci při hledání pomoci:

„Nikdo mi neřekl, co mám dělat. Jen jsem brečela na úřadě.“ (matka dítěte s PPP)

Sociální pracovníci pak potvrzovali propady mezi systémy a chybějící návaznost:

„Děti padají mezi systémy. Když není někdo, kdo to sleduje, ztratí se.“ (sociální pracovník)

Pozitivní změny

Přes výrazně negativní zkušenosti se v části rozhovorů objevily také momenty úlevy a změny. Ty byly výhradně spojeny s přítomností podpůrného vztahu – ať už s terapeutem, sociální pracovnící, nebo podpůrným rodičem. Zásadní roli zde hrál prvek vztahu, bezpečí a přijetí.

„Poprvé mi někdo řekl: chápu, že tě to bolí.“ (mladistvý, 15 let)

„Paní ze sociálky mě držela za ruku. To si pamatuju do teď.“ (mladistvá, 16 let)

„Pomohla mi sociální pracovníce, která vysvětlila celý proces.“ (matka)

Facilitující faktory

Informanti napříč skupinami označili několik faktorů, které napomáhaly změně a zvládnání krizí:

- Bezpečný vztah s dospělým, který uměl naslouchat a nehodnotil
- Dlouhodobá přítomnost jednoho pracovníka, který byl průvodcem dítěte i rodiny
- Participace dítěte na rozhodování – tam, kde bylo jeho slovo respektováno, rostla motivace i důvěra v systém

„Když jsem mluvil s terapeutkou, cítil jsem se poprvé slyšen.“ (mladistvý, 16 let)

„Nejvíc mi pomohlo, že jsem mohl být u toho, co se bude dít.“ (mladistvá, 17 let)

Přetrvávající obtíže

Navzdory pozitivním výjimkám popisovala většina adolescentů i rodičů přetrvávající nebo opakující se bariéry. Výrazná byla fragmentace systému, dlouhé čekací doby, stigmatizace a necitlivost institucí.

„Řekl jsem, že se zabiju. A oni mi dali papír, že mám jít k psychologovi za dva měsíce.“ (mladistvý, 16 let)

„Na pohotovosti mě odmítli, protože jsem nebyla dost 'rozbitá'.“ (mladistvá, 17 let)

Sociální pracovníci často upozorňovali na **systémový tlak a roztržitost služeb**, která znesnadňuje jakoukoliv koordinovanou podporu:

„Nejsou služby. Není systém. Jsme sami.“ (sociální pracovník)

Impedující faktory

Významné překážky, které komplikovaly nebo přímo znemožňovaly pozitivní změnu, zahrnovaly:

Faktor	Ilustrační citace
Stigmatizace duševních potíží	„Ve třídě se mi smáli, když se zjistilo, že chodím k psychologovi.“
Dlouhé čekací lhůty	„Čekali jsme tři měsíce na psychiatra.“
Odmítnutí pomoci	„Psycholožka řekla, že mě nevezme, protože už má plno.“
Nepřítomnost podpory ve škole	„Učitelka říkala, že si vymýšlím. Že takové věci se nestávají.“
Rodičovská bezmoc	„Nevěděla jsem, co dělat, ani kam jít. Cítila jsem se jako špatný rodič.“

Vznikající teorie

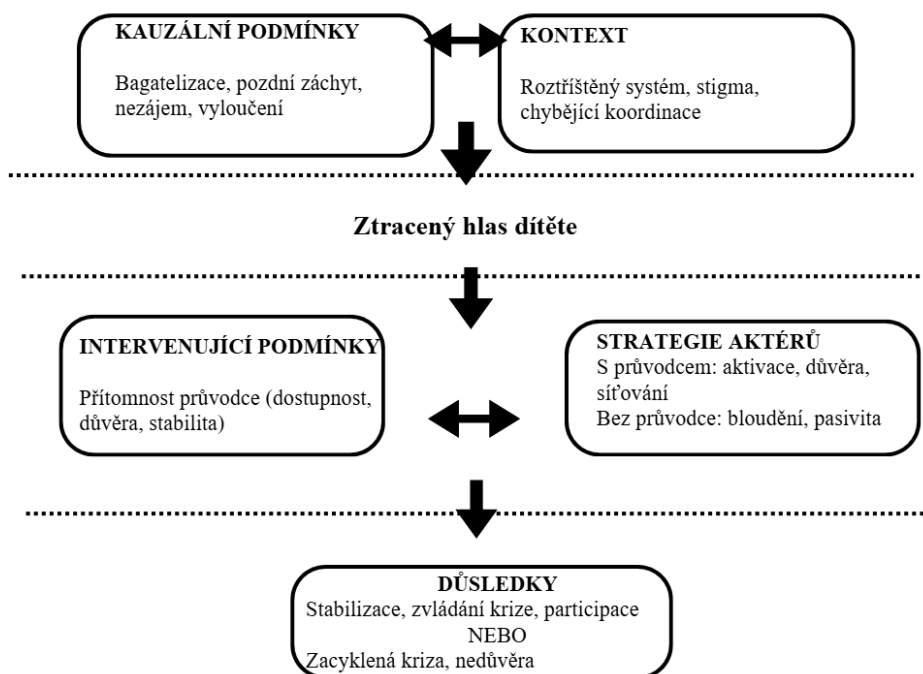
Na základě kvalitativní analýzy 48 rozhovorů s dětmi, rodiči a pracovníky v pomáhajících profesích byla vytvořena teorie, která zachycuje dynamiku selhávání i podpory v systému péče o děti s duševními obtížemi. Teorie ukotvuje centrální fenomén „*ztraceného hlasu dítěte*“, který se objevoval ve výpovědích všech aktérů bez ohledu na diagnózu či konkrétní instituce. Dítě se ocitá ve víru systému, kde není slyšeno, jeho potřeby nejsou reflektovány a rozhodnutí se dějí bez něj. Tento „*ztracený hlas*“ není pouze metaforou, ale konkrétní zkušeností přehlížení, bagatelizace a vyloučení.

Dítě prochází systémem, který je roztržštěný, nepružný a zcela postrádá navigační oporu. Zatímco dospělí mezi sebou přehazují odpovědnost, dítě čeká – často v akutní krizi – na reakci, která nepřichází. Jeho hlas je „*neviditelný*“: není slyšen učiteli, lékaři ani dalšími profesionály. Psychické projevy jsou často bagatelizovány („je to puberta“), případně stigmatizovány. V této zkušenosti se dítě postupně stahuje, ztrácí důvěru ve smyslu sdílení a může rozvinout rezignaci, rizikové chování či suicidální tendence.

Z rozhovorů se však zároveň ukázalo, že existuje moment zlomu. Tím je přítomnost osoby, která dítě skutečně slyší, věří mu a zůstává. Tato osoba – průvodce – může mít různé role (sociální pracovník, peer konzultant, školní psycholog, někdy i dobrovolník), ale sdílí určité charakteristiky: je dostupná, důvěryhodná, stabilní a aktivně propojuje systém. Průvodce tak napomáhá znovuzviditelnění hlasu dítěte, jeho ukotvení v systému a stabilizaci celé rodiny.

Tato teorie vznikla na základě kombinace otevřeného, axiálního a selektivního kódování. V rámci axiální analýzy se vykrytalizoval paradigmatický model (viz obr. č 1), v němž vystupují následující složky.

Obr. č. 1 Paradigmatický model podpory rodin dětí s duševním onemocněním



Na základě hloubkové analýzy výpovědí dětí, rodičů a sociálních pracovníků vznikl paradigmatický model, který shrnuje klíčové složky a vztahy v systému péče o děti s duševními obtížemi. Tento model vychází z principů zakotvené teorie a poskytuje přehled hlavních determinant, které ovlivňují trajektorii dítěte v kontaktu se systémem podpory. Centrálním fenoménem modelu je „ztracený hlas dítěte“, jenž reflektuje zkušenost neviditelnosti, marginalizace a absenci participace dítěte na rozhodnutích týkajících se jeho života. Dítě, jehož psychické potíže zůstávají dlouhodobě neuchopené či zpochybňované, se postupně stává pasivním objektem systému, jehož hlas je buď ignorován, nebo přehlušen systémovými procesy.

Model se skládá z pěti základních komponent:

1. Kauzální podmínky

Jako iniciační moment vstupu do systému péče vystupují zpravidla krizové situace – výrazný propad psychického stavu, sebepoškozování, útěky z domova či školní selhávání. Tyto projevy však bývají předcházeny dlouhodobou kumulací signálů, které okolí dítěte často bagatelizuje („je to puberta“, „jen zlobí“) nebo přehlíží. Důsledkem je pozdní záchyt potíží, ztráta důvěry a eskalace problému do akutní roviny. Dítě i jeho rodina pak do systému vstupují v situaci, kdy již není prostor pro prevenci, ale pouze pro krizový zásah.

2. Kontext

Všechny zúčastněné skupiny aktérů vnímají systém péče jako roztříštěný, nejednotný a málo dostupný. Klíčovými kontextovými bariérami jsou dlouhé čekací lhůty, nedostatek odborníků,

chybějící mezioborová koordinace, neochota institucí přijmout odpovědnost a rigidita pravidel. Tento kontext navíc často obsahuje prvky stigmatizace duševních onemocnění, především u školních pracovníků a některých zdravotnických institucí. Nezřídka se objevuje zkušenost s tzv. přehazováním odpovědnosti („*to není naše kompetence*“), které zvyšuje frustraci rodin a posiluje pocit bloudění v systému.

3. Intervenující podmínky

Zásadním intervenujícím prvkem, který v modelu mění trajektorii vývoje směrem ke stabilizaci, je přítomnost průvodce. Tato role není omezena profesním zařazením – průvodcem může být sociální pracovník, peer konzultant, pedagog, psycholog, nebo i neformální aktér – avšak sdílí určité klíčové charakteristiky: dostupnost, důvěryhodnost, vztahovou stabilitu, schopnost aktivního propojení služeb. Průvodce je často první osobou, která dítě i rodinu skutečně vyslechne, reflektuje jejich potřeby, poskytne emoční oporu a současně pomůže s orientací v síti služeb. Jeho role má jak informační, tak terapeutický potenciál – umožňuje přechod od chaosu k pochopení a plánování.

4. Strategie aktérů

Strategie, které rodiny a děti volí v interakci se systémem, jsou výrazně ovlivněny přítomností či nepřítomností průvodce. Pokud taková opora existuje, rodiny jsou schopny aktivněji se zapojit do plánování podpory, spolupracují s institucemi a dochází k postupné aktivizaci jejich vlastních zdrojů. Dítě se začíná více projevovat, získává zpět důvěru a zapojuje se do rozhodování. Naproti tomu v případech, kdy průvodce chybí, strategie rodin bývají spíše defenzivní – opakovaně hledají pomoc na různých místech, ale bez úspěchu. Dítě se může uzavírat, přestává komunikovat a problém se cyklí.

5. Důsledky

V konečné fázi se ukazuje dvojitý možný vývoj. V případě podpory a přítomnosti průvodce dochází ke stabilizaci situace dítěte i celé rodiny, ke zvýšení jejich kompetencí, obnovení důvěry v systém a schopnosti zvládat další výzvy samostatněji. Průvodce se může postupně stáhnout a jeho roli přebírá přirozená síť podpory. Naopak v nepřítomnosti podpory přetrvává stav krizové spirály, nedůvěra, ztráta naděje a pocit bezmoci. Důsledkem může být dlouhodobá institucionalizace dítěte, nárůst psychiatrických hospitalizací či úplné odpojení rodiny od systému pomoci.

DISKUZE

Výsledky této studie potvrzují a zároveň významně prohlubují poznání o tom, jak adolescenti s duševními obtížemi vnímají systém péče, jaké překážky při hledání pomoci zažívají a jaké faktory mohou přispět k pozitivní změně. Ústřední kategorie „ztracený hlas dítěte“ ukazuje na závažný strukturální deficit v participaci dětí, který byl dosud v českém kontextu jen málo reflektován. Výpovědi adolescentů, rodičů i pracovníků potvrdily, že mladí lidé s psychickými obtížemi jsou v systému často neviditelní – jejich hlas není vnímán jako relevantní, jejich prožívání bývá bagatelizováno, a rozhodnutí o jejich osudu se často odehrávají bez jejich vědomí a účasti. Tato zkušenost institucionálního mlčení a přehlížení je přitom v souladu s mezinárodní literaturou, která rovněž upozorňuje na systémový nedostatek participace mladistvých v oblasti duševního zdraví (Fusar-Poli et al., 2024; Cauce et al., 2002).

Studie zároveň poukazuje na význam vztahu jako klíčového faktoru pozitivní změny – nikoli typ služby, ale kvalita a kontinuita vztahu s důvěryhodným dospělým („průvodcem“) rozhodují o tom, zda dítě nalezne oporu, orientaci a důvěru v systém. Tato zjištění odpovídají přístupům orientovaným na zotavení (recovery-oriented care), které kladou důraz na partnerský vztah, uznání subjektivity klienta a jeho aktivní roli v rozhodovacích procesech (Roberts et al., 2021; George et al., 2024). Současně však výsledky odhalují celou řadu bariér, které mladistvým brání v přístupu k péči: od dlouhých čekacích lhůt, přes nedostatek informací, až po zkušenosti s odmítnutím a stigmatizací. Tyto překážky nejsou náhodné, ale strukturální – a to zejména u chlapců a dětí z marginalizovaných skupin, které často čelí dodatečným kulturním a jazykovým bariérám (Granrud et al., 2020; Wang et al., 2018; Samuel, 2014). Kulturní faktory se v této studii ukázaly jako klíčové, zejména v tom, jak formují postoje rodin k vyhledávání pomoci. Zkušenosti s kulturně necitlivými službami vedly u některých adolescentů k rezignaci na další pokusy o kontakt se systémem, což potvrzují i studie George et al. (2024) nebo Saade et al. (2023).

Výsledky také dokládají, že fragmentace systému a „přehazování odpovědnosti“ mezi institucemi vede k opakovanému zklamání dětí i rodičů, čímž se oslabuje důvěra ve funkčnost systému a zvyšuje se riziko chronifikace obtíží (Reardon et al., 2017; Platell et al., 2020). Výrazné jsou rovněž genderové rozdíly – chlapci mají nižší míru vyhledávání pomoci, což souvisí s vnitřními normami maskulinity a stigmatem projevu zranitelnosti (Buston, 2002; Lindborg et al., 2024). Přesto však studie ukazuje i potenciál pozitivní změny – tam, kde je adolescentům nabídnuta lidsky bezpečná a respektující podpora, dochází ke znovuoobnovení důvěry, aktivizaci a participaci dítěte. Tyto momenty průlomu byly v rozhovorech silně spojeny se zkušeností „být konečně slyšen“, což potvrzuje význam přístupů založených na vztahu a respektu k dětské subjektivitě (Fox et al., 2025; Roach et al., 2020).

Z hlediska teoretického přínosu studie nabízí komplexní paradigmatický model, který propojuje dimenze individuální zkušenosti dítěte s institucionálním a kontextovým rámcem péče. Tento model může sloužit jako nástroj pro další výzkum i pro koncepční změny v oblasti politiky duševního zdraví. Důraz na průvodcovství, kontinuitu a participaci poskytuje konkrétní východiska pro transformaci systému směrem k dětsky přívětivé péči.

Na základě výsledků studie lze formulovat několik doporučení pro praxi. Klíčovým zjištěním je význam role průvodce, tedy stabilní a důvěryhodné osoby, která dítěti pomáhá orientovat se v systému péče a zprostředkovává kontinuitu podpory. Praxe by měla systematicky posilovat přístupy založené na vztahu, participaci dítěte a mezioborové spolupráci. Důraz je třeba klást na včasný záchyt obtíží, respektování hlasu dítěte v rozhodovacích procesech a omezení fragmentace služeb, která vede k opakovaným propadům v péči.

Další výzkum by se měl zaměřit na hlubší porozumění fungování role průvodce v různých kontextech péče a na zkoumání mechanismů, které podporují nebo naopak oslabují participaci dětí v systému duševního zdraví. Přínosné by bylo také rozšířit výzkumný soubor o další skupiny dětí, například chlapce nebo děti s méně závažnými obtížemi, a ověřit vzniklý model v jiných sociokulturních či institucionálních kontextech.

SILNÉ STRÁNKY A LIMITY STUDIE

Silnou stránkou této studie je využití klasické zakotvené teorie, která umožnila detailní zachycení procesuálních aspektů zkušeností dětí s duševními obtížemi. Přínosná je rovněž triangulace perspektiv tří skupin aktérů a důraz na hlas samotných dětí, který bývá v obdobných výzkumech marginalizován. Zároveň je však třeba reflektovat i limity studie.

V neposlední řadě je třeba reflektovat limity výzkumu – zejména výběrovou selekci respondentů (převaha dívek s těžšími diagnózami) a kontextualizaci v českém prostředí. I přesto však studie přináší silné výpovědi, které mají výpovědní hodnotu pro širší odbornou debatu o tom, jak může systém péče skutečně sloužit dětem, a ne pouze „o dětech rozhodovat“.

Přestože výzkum přinesl hluboký vhled do prožívání dětí s duševními obtížemi a jejich rodin v kontextu systému péče, je třeba reflektovat i některá omezení, která mohou ovlivnit zobecnitelnost a interpretaci výsledků. Jedním z hlavních limitů je kvalitativní charakter výzkumu, který byl realizován metodou zakotvené teorie. Cílem nebylo statistické zobecnění, ale hluboké porozumění procesům a významům, jak je prožívají samotní aktéři. Výsledky tak nelze mechanicky přenášet na celou populaci dětí s duševními obtížemi, ale je nutné je chápat jako teoretický model založený na kontextuálně vázaných zkušenostech konkrétních účastníků.

Dalším limitem je složení výběrového souboru. Ačkoli byly zahrnuty výpovědi tří klíčových skupin (dětí, rodičů a sociálních pracovníků), výzkumný soubor nebyl rovnoměrně vyvážený – například převažovala výpověď dívek ve věku 13–16 let s duální diagnózou a zkušeností s hospitalizací. Chlapci, mladší děti nebo děti s méně závažnými obtížemi byli zastoupeni méně. Výsledný obraz tak může být více ovlivněn perspektivou těch, kteří zažili systém ve své akutní a nefunkční podobě. Specifickou výzvou byla i práce s dětskými informanty, která vyžadovala maximální senzitivitu, etický přístup a bezpečné prostředí. I přes opakované ujištění o dobrovolnosti a anonymitě mohl být rozsah sdělovaných informací ovlivněn věkem, kognitivní vyspělostí či aktuálním psychickým stavem dítěte. Některé zkušenosti tak mohly zůstat nevyslovené nebo naopak zveličené v důsledku silných emocí.

ZÁVĚR

Tato studie ukazuje, že jedním z nejzásadnějších problémů současného systému péče o duševní zdraví dětí a dospívajících v České republice je absence hlasu samotných dětí. Analýza výpovědí dětí, rodičů i pracovníků v pomáhajících profesích odhalila, že mladiství se v systému často necítí slyšeni, jejich prožívání bývá bagatelizováno a rozhodnutí o jejich životě jsou činěna bez jejich aktivní účasti. Takto vzniká stav, který byl v rámci výzkumu konceptualizován jako „ztracený hlas dítěte“ – tedy situace, kdy je dítě nejen psychicky oslabené, ale zároveň systémově neviditelné. Zásadní proměna nastává v okamžiku, kdy dítě nachází důvěryhodného průvodce – osobu, která mu naslouchá, věří mu a pomáhá mu orientovat se v systému péče. Tato role se ukazuje jako klíčový faktor stabilizace, aktivace vnitřních zdrojů a znovuoobnovení důvěry. Nejde přitom pouze o odbornou funkci, ale o vztahový rámec, ve kterém dítě získává bezpečný prostor pro vlastní hlas a aktivní participaci.

Závěry studie podtrhují, že účinná reforma systému péče o duševní zdraví dětí musí jít nad rámec strukturálních změn – zásadní je kultivace vztahů, posílení participace a systematická podpora rolí, které tuto participaci umožňují. Pokud má být dítě skutečně vnímáno jako subjekt péče a nikoli jako objekt systému, je nezbytné vytvářet podmínky, ve kterých bude jeho hlas slyšen, respektován a integrován do rozhodovacích procesů. Jen tehdy se systém může stát nejen efektivním, ale především lidsky podpůrným a transformačním pro všechny, kteří se v něm pohybují.

LITERATURA

Aisbett, D., Boyd, C., Francis, K., & Newnham, K. (2007). Understanding barriers to mental health service utilization for adolescents in rural Australia. *Rural and remote health*, 7 (1), 624. DOI: 10.22605/RRH624

Buston, K. (2002). Adolescents with mental health problems: what do they say about health services?. *Journal of adolescence*, 25 (2), 231-42. DOI: [10.1006/JADO.2002.0463](https://doi.org/10.1006/JADO.2002.0463)

Carbonell, Á., Georgieva, S., Navarro-Pérez, J., & Prades-Caballero, V. (2023). The Hodgepodge Reality: A Qualitative Systematic Review of the Challenges and Barriers in Child and Adolescent Mental Health Care Systems. *Adolescent Research Review*. DOI: 10.1007/s40894-023-00227-7

Cauce, A., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B., Shea, J., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth.. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70 (1), 44-55. DOI: 10.1037/0022-006X.70.1.44

Fox, J., Martin, G., Walls, T., Perrone, L., Francois, M., Saha, P., Lekas, H., & Warner, C. (2025). Perspectives on Social Anxiety and Barriers to School-Based Mental Health Services Among Black American Adolescents. *Psychology in the Schools*, 62. DOI: 10.1002/pits.23437

Fusar-Poli, P. et al. (2024). The lived experience of mental disorders in adolescents: a bottom-up review co-designed, co-conducted and co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*, 23. DOI: [10.1002/wps.21189](https://doi.org/10.1002/wps.21189)

Granrud, M., Bisholt, B., Anderzén-Carlsson, A., & Steffenak, A. (2020). Overcoming barriers to reach for a helping hand: adolescent boys' experience of visiting the public health nurse for mental health problems. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25, 649 - 660. DOI: [10.1080/02673843.2020.1711529](https://doi.org/10.1080/02673843.2020.1711529)

Hansen, A., Telléus, G., Mohr-Jensen, C., & Lauritsen, M. (2020). Parent-perceived barriers to accessing services for their child's mental health problems. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15. DOI: 10.1186/s13034-021-00357-7

Lindborg, T., Hallström, I., Litland, A., & Persson, H. (2024). Adolescent boys' experiences of mental health and school health services - an interview study from Norway. *BMC Public Health*, 24. DOI: 10.1186/s12889-024-18952-6

- Lu, W., Todhunter-Reid, A., Mitsdarffer, M., Muñoz-Laboy, M., Yoon, A., & Xu, L. (2021). Barriers and Facilitators for Mental Health Service Use Among Racial/Ethnic Minority Adolescents: A Systematic Review of Literature. *Frontiers in Public Health*, 9. DOI: [10.3389/fpubh.2021.641605](https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.641605)
- Moses, T. (2010). Being treated differently: stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social science & medicine*, 70 (7), 985-93. DOI: [10.1016/j.socscimed.2009.12.022](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.022)
- Mubeen, Z., Fatmi, Z., Hameed, W., & Asim, M. (2024). Barriers and facilitators to accessing adolescents' mental health services in Karachi: users and providers perspectives. *BMC Health Services Research*, 24. DOI: [10.1186/s12913-024-10593-0](https://doi.org/10.1186/s12913-024-10593-0)
- Nizam, H. a Ali, S. (2021). Perceived Barriers And Facilitators To Access Mental Health Services Among Pakistani Adolescents. *BioSight*, 2(2). DOI: [10.46568/bios.v2i2.46](https://doi.org/10.46568/bios.v2i2.46)
- Omari, A. et al. (2023). The lived experience of Omani adolescents and young adults with mental illness: A qualitative study. *PLOS ONE*, 18. DOI: [10.1371/journal.pone.0294856](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294856)
- Platell, M., Martin, K., Fisher, C. a Cook, A. (2020). Comparing adolescent and service provider perceptions on the barriers to mental health service use: A sequential mixed methods approach. *Children and Youth Services Review*, 115, 105101. DOI: [10.1016/j.childyouth.2020.105101](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105101)
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P., Evdoka-Burton, G. a Waite, P. (2020). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 183 - 211. DOI: [10.1007/s00787-019-01469-4](https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4)
- Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'Brien, D., Smith, L. a Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 623 - 647. DOI: [10.1007/s00787-016-0930-6](https://doi.org/10.1007/s00787-016-0930-6)
- Ringle, V., Sung, J., Roulston, C. a Schleider, J. (2023). Mixed-Methods Examination of Adolescent-Reported Barriers to Accessing Mental Health Services. *The Journal of adolescent health*. DOI: [10.1016/j.jadohealth.2023.08.034](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.08.034)
- Roach, A., Thomas, S., Abdoli, S., Wright, M. a Yates, A. (2020). Kids helping kids: The lived experience of adolescents who support friends with mental health needs. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc.* DOI: [10.1111/jcap.12299](https://doi.org/10.1111/jcap.12299)
- Roberts, M., Jones, J., Garcia, L. a Techau, A. (2021). Adolescents' perceptions of barriers and facilitators to engaging in mental health treatment: A qualitative meta-synthesis. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc.* DOI: [10.1111/jcap.12354](https://doi.org/10.1111/jcap.12354)

Roques, M., Spiers, S., Husseini, M., Drieu, D., Laimou, D., De Kernier, N., Mazoyer, A. a Guénolé, F. (2022). The experience of bullying among adolescents receiving mental health care: an interpretative phenomenological analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16. DOI: [10.1186/s13034-022-00505-7](https://doi.org/10.1186/s13034-022-00505-7)

Saade, S., Parent-Lamarche, A., Khalaf, T., Makke, S. a Legg, A. (2023). What barriers could impede access to mental health services for children and adolescents in Africa? A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23. DOI: [10.1186/s12913-023-09294-x](https://doi.org/10.1186/s12913-023-09294-x)

Samuel, I. (2014). Utilization of Mental Health Services Among African-American Male Adolescents Released from Juvenile Detention: Examining Reasons for Within-Group Disparities in Help-Seeking Behaviors. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32, 33–43. DOI: [10.1007/s10560-014-0357-1](https://doi.org/10.1007/s10560-014-0357-1)

Tang, P., Pavlopoulou, G., Kostyrka-Allchorne, K., Phillips-Owen, J. a Sonuga-Barke, E. (2023). Links between mental health problems and future thinking from the perspective of adolescents with experience of depression and anxiety: a qualitative study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17. DOI: [10.1186/s13034-023-00679-8](https://doi.org/10.1186/s13034-023-00679-8)

Wang, C., K., Frese, K. a Zheng, L. (2018). Asian Immigrant Parents' Perception of Barriers Preventing Adolescents from Seeking School-Based Mental Health Services. *School Mental Health*, 11, 364-377. DOI: [10.1007/S12310-018-9285-0](https://doi.org/10.1007/S12310-018-9285-0)

Wang, C., Barlis, J., K., Chen, J. a Alami, S. (2020). Barriers to Mental Health Help Seeking at School for Asian- and Latinx-American Adolescents. *School Mental Health*, 12, 182-194. DOI: [10.1007/s12310-019-09344-y](https://doi.org/10.1007/s12310-019-09344-y)

“THE LOST VOICE OF THE CHILD IN THE SYSTEM”: A GROUNDED THEORY ANALYSIS OF THE EXPERIENCES OF ADOLESCENTS WITH MENTAL HEALTH DIFFICULTIES

Abstract: The aim of this qualitative study is to understand how adolescents with mental health difficulties, their parents, and social care professionals perceive the functioning of the support system in the context of child and adolescent mental health. The study was conducted in the Czech Republic and is based on the analysis of 48 in-depth interviews using grounded theory methodology. Through open, axial, and selective coding, the central category of the “lost voice of the child within the system” was identified, referring to the recurring experience of children whose voices and needs remain invisible, unacknowledged, or trivialized within the care system. Institutions, schools, and families often fail to recognize early signs of psychological distress and respond only at the point of crisis. Change occurs when the child finds support in a so-called “guide” – a trustworthy person who provides relational anchoring, active listening, and support in navigating the system. The findings show that the decisive factor for positive change is not the

type of service provided, but the quality of the relationship and the degree of child participation. The study presents a data-grounded, process-oriented theoretical model describing the dynamics of the loss and re-emergence of the child's voice through causal conditions, contextual barriers, intervening factors, actors' strategies, and their consequences. The outputs also include concrete recommendations for practice, focusing on strengthening child participation, continuity of care, and the role of the guide, as well as recommendations for further research in the field of systemic support for child and adolescent mental health.

Keywords: Grounded Theory, child mental health, self-harm, care systém, participation

Grantová podpora:

Výzkum byl finančně podpořen Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích v rámci projektu GA JU č. 133/2024/S.