



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní  
a pedagogická ■

# Sociální práce s jedinci se sebepoškozujícím se a sebevražedným chováním

## Diplomová práce

*Studijní program:* N7508 – Sociální práce  
*Studijní obor:* 6731T012 – Sociální práce  
*Autor práce:* **Bc. Monika Pospíšilová**  
*Vedoucí práce:* Mgr. Květuše Sluková, Ph.D.



## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Monika Pospíšilová**  
Osobní číslo: **P13000655**  
Studijní program: **N7508 Sociální práce**  
Studijní obor: **Sociální práce**  
Název tématu: **Sociální práce s jedinci se sebepoškozujícím se a sebevražedným chováním**  
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

### Zásady pro vypracování:

Cíl diplomové práce: Zjistit a popsat možnosti pomoci, kterou může sebepoškozujícímu se jedinci či osobě se sebevražedným chováním poskytnout sociální pracovník.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava výzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Expertní výzkum, Delfská metoda, polostandardizované interview.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

HAVELKOVÁ, M., 2012. Přístup pomáhajících pracovníků k sebepoškozujícím se klientům. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií.

KOUTEK, J., 2007. Sebevražedné chování. 2. vyd. Praha: Portál. 128 s. ISBN 978-80-7367-349-9.

KRIEGELOVÁ, M., 2008. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. 1. vyd. Praha: Grada. 174 s. ISBN 978-80-247-2333-4.

ODSTRČIL, M., 2007. Sebevražednost dětí a mladistvých v kontextu s rodinným prostředím. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Fakulta pedagogická.

PLATZNEROVÁ, A., 2009. Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén. 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. rozš. a přepr. vyd. Praha: Portál. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VODÁČKOVÁ, D., 2007. Krizová intervence. 2. vyd. Praha: Portál. 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Květuše Sluková, Ph.D.**

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce: **23. dubna 2014**

Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2015**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.  
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé diplomové práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 27. 7. 2015

Podpis: 

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Květuši Slukové, PhD., za podnětné rady, podporu a vstřícný přístup, který mi jako vedoucí práce po celou dobu tvorby ochotně poskytovala.

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá možnostmi pomoci a přínosu sociální práce osobám se záměrným sebepoškozováním. Teoretická část práce seznamuje se základní terminologií a dosud známými poznatky týkajícími se problematiky záměrného sebepoškozování. Autorka předkládá popis vybraných poskytovatelů sociálních služeb a mapuje výcvik sociálních pracovníků v zahraničí a ČR. Empirická část vymezuje základní terminologii týkající se zvolené kvalitativní strategie a definuje klíčové komponenty výzkumu. Výzkumný vzorek byl tvořen respondenty, kteří se sebepoškozováním mají aktuální či předešlou zkušenost, a odborníky působícími na pozici psychologů, psychiatrů, sociálních pracovníků a speciálních pedagogů. Každá ze zvolených výzkumných metod pracuje s určitou skupinou respondentů. Polostandardizované rozhovory proběhly s respondenty, expertní dotazování s odborníky působícími v Libereckém kraji a delfská metoda s odborníky z celé ČR. V závěru jsou interpretovány výsledky a navrženo jejich další využití ve výzkumu a praxi.

## **Klíčová slova**

Sebepoškozování, sociální práce, sociální služby, sociální pracovník, sebevražedné chování.

## **Annotation**

This thesis deals with a possibility of help of social work to people with deliberate self-harm. A theoretical part introduces basic terminology and previous knowledge of deliberate self-harm based on professional literature. The author presents a description of selected social service providers and describes the training of social workers in the Czech Republic and abroad. Empirical part defines basic terminology of a qualitative strategy and delineates essential components of research. The research sample was formed by respondents who have current problem with self-harm or respondents who self-harmed in the past and by experts working as psychologists, psychiatrists, social workers and special education teachers. Each of selected research method works with a particular group of respondents. Semi-structured interviews were conducted with respondents, Expert interviews with professionals working in the Liberec Region and Delphi method with experts from the whole area of Czech republic. Results and suggestions for further research are interpreted in conclusion.

## **Key words**

Self-harm, social work, social services, social worker, suicidal behavior.

## Obsah

Úvod .....	12
<b>1. Stručný úvod do problematiky záměrného sebepoškozování ...</b>	<b>14</b>
1.1 Definice záměrného sebepoškozování .....	14
1.1.1 Metody a nejčastější způsoby provedení.....	16
1.1.2 Faktory ovlivňující vznik z. sebepoškozování...	17
1.1.3 Funkce záměrného sebepoškozování.....	20
1.1.4 Mýty o záměrném sebepoškozování.....	22
1.2 Definice sebevražedného chování .....	22
1.2.1 Nejčastější způsoby provedení.....	23
1.2.2 Formy suicidálního chování.....	23
1.2.3 Motivy sebevražedného chování.....	24
<b>2. Vztah sebepoškozujícího se a sebevražedného chování .....</b>	<b>25</b>
2.1 Porovnání z. sebepoškozování a suicid. chování.....	25
<b>3. Aktuální možnosti pomoci .....</b>	<b>27</b>
3.1 Obecné zásady poskytnutí pomoci .....	27
3.2 Psychologická intervence .....	27
3.2.1 Psycholog .....	28
3.2.2 Psychiatr .....	28
3.2.3 Obecná doporučení k intervenčním sezením.....	29
3.3 Sociální intervence .....	29
3.3.1 Motivační rozhovor .....	30
3.3.2 Sociální pracovník .....	31
3.3.2.1 Náplň práce sociálního pracovníka .....	31
3.3.2.2 Osobnostní rysy sociálního pracovníka ...	32
<b>4. Aktuální možnosti pomoci .....</b>	<b>33</b>
4.1 Sociální služby .....	33
4.2 Poskytovatelé sociálních služeb .....	34
4.2.1 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež.....	34
4.2.2 Centra krizové intervence.....	36
4.2.3 Sociální poradenství .....	36
4.2.4 Internetové poradenství.....	37
<b>5. Výcvik soc. pracovníků v problematice z. sebepoškozování .</b>	<b>38</b>
5.1 Výcvik soc. pracovníků dle zahraničních médií.....	38



5.2	Výcvik sociálních pracovníků v ČR .....	38
5.2.1	Průběh kurzu .....	39
<b>6.</b>	<b>Metodologie výzkumu .....</b>	<b>41</b>
6.1	Cíl výzkumu .....	41
6.2	Výzkumné otázky .....	41
6.3	Výzkumná strategie .....	41
6.4	Použité metody .....	42
6.4.1	Polostandardizované interview.....	42
6.4.2	Expertní dotazování .....	43
6.4.3	Delfská metoda .....	43
6.5	Výzkumný vzorek .....	43
6.5.1	Charakteristika výzkumného vzorku.....	43
6.5.2	Způsob výběru .....	44
<b>7.</b>	<b>Polostandardizované interview .....</b>	<b>45</b>
7.1	Sběr dat .....	45
7.2	Struktura rozhovoru .....	46
7.3	Popis jednotlivých rozhovorů .....	47
7.3.1	Popis rozhovoru s respondentem č. 1.....	47
7.3.2	Popis rozhovoru s respondentem č. 2.....	48
7.3.3	Popis rozhovoru s respondentem č. 3.....	49
7.3.4	Popis rozhovoru s respondentem č. 4.....	50
7.3.5	Popis rozhovoru s respondentem č. 5.....	52
7.3.6	Popis rozhovoru s respondentem č. 6.....	53
7.3.7	Popis rozhovoru s respondentem č. 7.....	54
7.4	Zpracování dat .....	56
7.4.1	Metoda vytváření trsů .....	56
7.5	Analýza dat a interpretace výsledků .....	56
7.5.1	Setkání se sociálním pracovníkem.....	56
7.5.2	Představa o náplni práce soc. pracovníka.....	57
7.5.3	Preferovaná pomoc .....	57
7.5.4	Pomoc sociálního pracovníka.....	62
7.5.5	Osobnost sociálního pracovníka.....	64
7.5.6	Prostředí intervence .....	66
7.5.7	Seznam vybraných poskytovatelů soc. služeb.....	68

<b>8. Expertní dotazování</b> .....	<b>71</b>
8.1 Výzkumný vzorek .....	71
8.2 Příprava a sběr dat .....	71
8.3 Popis jednotlivých rozhovorů .....	72
8.3.1 Popis rozhovoru s odborným respondentem č. 1...	72
8.3.2 Popis rozhovoru s odborným respondentem č. 2...	75
8.3.3 Popis rozhovoru s odborným respondentem č. 3...	76
8.4 Analýza dat a interpretace výsledků .....	79
8.4.1 Rizikové faktory pro vznik a rozvoj s. chování.	79
8.4.2 Identifikace sebepoškozujícího se jedince.....	80
8.4.3 Specifika intervence psychologa a soc. prac....	81
8.4.4 Spolupráce se sociálními pracovníky.....	82
8.4.5 Aktuální možnosti pomoci v České republice.....	82
8.4.6 Preference klientů .....	83
8.4.7 Důvod nevyhledání či odmítnutí pomoci.....	83
8.4.8 Možnosti prevence výskytu sebepoš. chování.....	84
<b>9. Delfská metoda</b> .....	<b>85</b>
9.1 Výzkumný vzorek a způsoby výběru .....	85
9.2 Sběr dat .....	85
9.2.1 První kolo .....	85
9.2.2 Druhé kolo .....	85
9.3 Analýza dat a interpretace výsledků .....	86
9.3.1 Otázka č. 1 .....	86
9.3.2 Otázka č. 2 .....	86
9.3.3 Otázka č. 3. ....	87
9.3.4 Otázka č. 4 .....	88
9.3.5 Otázka č. 5 .....	88
<b>10. Výsledky</b> .....	<b>90</b>
<b>11. Diskuse</b> .....	<b>92</b>
<b>Závěr</b> .....	<b>96</b>
<b>Seznam použité literatury a internetových zdrojů.....</b>	<b>97</b>
<b>Seznam příloh</b> .....	<b>99</b>
<b>Přílohy</b>	

## **Seznam zkratek**

ČR Česká republika

OSPOD Odbor sociálně právní ochrany dětí

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Setkání se sociálním pracovníkem

Tabulka č. 2: Preferovaná forma pomoci

Tabulka č. 3: Pomoc sociálního pracovníka

Tabulka č. 4: Osobnost sociálního pracovníka

Tabulka č. 5: Prostředí intervence

Tabulka č. 6: Seznam poskytovatelů sociálních služeb

## Úvod

Záměrné sebepoškozování je v současné době velmi aktuálním fenoménem. Číslo udávající množství sebepoškozujících se jedinců každoročně narůstá, zatímco věk výskytu první epizody naopak pozvolna klesá. I navzdory tomuto alarmujícímu faktu však v České republice není k dispozici dostatek odborné literatury či jiných periodik orientovaných výhradně na danou problematiku, jež by poskytly cenné informace o prevenci a možnostech aktuálně dostupné pomoci.

Stejně tak i otázka identity sociální práce zůstává v současnosti stále otevřena, skýtajíc ne jeden otazník. Jelikož rozsah sociální práce nemá zcela vytyčené hranice, nelze takto jasně vymezit ani pole působnosti sociálních pracovníků. Vlivem prolínání vědních oborů, v tomto případě především dalších pomáhajících profesí, kterými jsou například svými cíli podobné psychologie či psychiatrie, dochází ke stírání hranic určujících rozsah pravomocí, jež mohou sociální pracovníci v rámci svého povolání vykonávat.

Cílem této práce je zjistit a popsat možnosti pomoci, kterou může sebepoškozujícímu se jedinci a jedinci se sebepoškozujícím se chováním, u něhož se v historii vyskytly také suicidální pokusy, poskytnout sociální pracovník. Úmyslem je rovněž přispět dalším dílkem do výsledné mozaiky tvořící ucelený obraz identity sociální práce. K tomuto účelu poslouží nejen studium literárních pramenů z řad odborné literatury, ale také závěrečných kvalifikačních prací dalších univerzit, jež v důsledku již výše zmíněného nedostatku odborné literatury mohou poskytnout cenné informace k dané problematice.

Teoretickou část utvoří kompilace z těchto pramenů. Empirická část bude sestávat z výzkumu, jenž od respondentů

přinese prostřednictvím rozhovoru a výzkumu expertního podklady pro utvoření a přednesení vědeckého závěru.

## 1. Stručný úvod do problematiky záměrného sebepoškozování

### 1.1 Definice záměrného sebepoškozování

V odborné, převážně zahraniční, literatuře je možné nalézt množství definic záměrného sebepoškozování, přičemž jednotná definice dosud nebyla stanovena. Přesto však existuje několik společných rysů, na kterých se jak zahraniční, tak tuzemští autoři shodují.

Zřejmě první ucelenou definici záměrného sebepoškozování vyslovil během osmdesátých let dvacátého století britský psychiatr a učenec Norman Kreitman, podle něhož je záměrné sebepoškozování

*„Non fatální akt, ve kterém jedinec záměrně zapříčiní sebezranění nebo nadužití substance.“<sup>1</sup>*

Aktuálnější definice pocházející ze současného stolení byla roku 2005 vyslovena J. Suttonem, který záměrné sebepoškozování vymezuje jako

*„Záměrné poškození vlastních tělesných tkání bez zjevného záměru ukončit život a bez záměru sexuálního nebo dekorativního.“<sup>2</sup>*

Již z předcházejícího výčtu vybraných definic vyplývá, že za shodné komponenty záměrného sebepoškozování je možné označit jednání úmyslné, proti vlastní osobě zaměřené, a s absencí motivu sledujícího ukončení života, tedy chování suicidálního.

Obtížné bývá rovněž vymezení samotného předmětu záměrného sebepoškozování, neboť v zahraniční literatuře existuje nemalé množství odlišných termínů označujících kategorie

---

<sup>1</sup> KREITMAN in KRIEGELOVÁ, M., 2008. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. 1. vyd. Praha: Grada. s. 18. ISBN 978-80-247-2333-4.

<sup>2</sup> SUTTON in KRIEGELOVÁ, M., 2008. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. 1. vyd. Praha: Grada. s. 19. ISBN 978-80-247-2333-4.

sebepoškozujícího jednání, které se vzájemně mohou jevit synonymně, avšak při praktickém použití se jejich význam různí. Používání termínů jako například „Self-injurious behavior“, „Self-cutting“ či „Self-wounding“ může být značně matoucí nejen pro laickou veřejnost, ale i samotné odborníky. Dle vědců se navíc jedná o závažnou komplikaci i z důvodu záměny pojmů a z toho plynoucí následné zkreslení informací a výsledných dat o konkrétním jevu. Typické je také rozdělování záměrného sebepoškozování dle určitých kritérií do mnohačetných kategorií, přičemž nesprávné uchopení a rozřazení může ke zmatení rovněž značně přispět (Kriegelová 2008, s. 19).

V této práci bude pozornost věnována záměrnému sebepoškozování, jehož význam nejlépe vystihuje britský termín „Self-injurious behavior“ a definice světové zdravotnické organizace WHO, která

*„záměrné sebepoškozování definuje jako akt bez fatálních následků, při němž osoba vyvíjí dobrovolně nehabituelní činnost, bez zásahu jiných způsobí poranění sama sobě..., a jehož cílem je dosáhnout pro subjekt žádoucích změn cestou okamžitých nebo předpokládaných tělesných následků.“<sup>3</sup>*

Špírková (2015) rozděluje záměrné sebepoškozování na kulturně akceptované a patologické. Ke kulturně akceptovanému sebepoškozování řadí například takové sebepoškozování, které je vykonáváno v rámci náboženských a dalších rituálů. Upozorňuje, že akt sebepoškození je zde přítomen buď z estetického důvodu, nebo za účelem zdůraznit překonání určité hranice. V rámci dané kultury je brán jako její součást a je tedy považován za něco přirozeného, nikoliv patologického.

---

<sup>3</sup> PLATZNEROVÁ, A., 2009. Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén. s 11. ISBN 978-80-7262-606-9.



Naopak formy patologické považuje za velmi závažné, jejich výskyt spojuje zejména s psychózami, mentální retardací či autismem. Zdůrazňuje však, že i tyto případy mají svá specifika, se kterými se u klasického sebepoškozování (čímž míní sebepoškozování záměrné, povrchové, impulsivní a opakované) nesetkáme.

Pozornost tedy bude věnována případům přímého fyzického poškození těla provedeného se zřetelným záměrem k jeho poškození a ublížení si. V této práci nebudou zahrnuty případy tetování, piercingů a dalších technik určených primárně k utváření image a zkrášlení těla, nikoliv k jeho ničení a za účelem způsobit si bolest. Vyloučeny budou rovněž případy konzumace návykových látek, jež jsou rovněž sebepoškozováním svého druhu, jako opak sebekouče a zdravého životního stylu (včetně kouření a alkoholu, stejně jako anorexie), či výše zmíněné nezáměrné formy související s poruchami popsány v odstavci výše.

### **1.1.1 Metody a nejčastější způsoby provedení**

Metody záměrného sebepoškozování je možné rozdělit do dvou hlavních skupin. První z nich tvoří sebezraňování, kam zařazujeme sebeřezání, sebekoučení, škrábání kůže, sebekousání, sebetlučení atd. Druhou skupinou je sebetrávení, jehož typickými příklady jsou požití určitého množství toxické látky nebo předmětu, který není určen ke konzumaci. Špirková (2015) zdůvodňuje zařazení sebetrávení mezi sebepoškozující se metody na základě mechanismu úlevy, který se dostaví po aktu sebepoškození, čímž je velmi obdobný ostatním, vnějším metodám sebepoškození a důsledně jej odlišuje od suicidálních pokusů. Mezi jedinci vykazujícími sebepoškozující se chování je preferováno sebezraňování, které je v populaci zastoupeno mnohem frekventovaněji (Hawton in Kriegelová 2008, s. 62).

Nejčastěji používanou metodou záměrného sebepoškozování je sebeřezání. K používaným nástrojům patří nože, žiletky, ale také jiné ostré předměty, kterými je možné řezné rány způsobit. Hojně frekventované jsou také sebedpálení a sebetlučení. Naopak metody spočívající například v umísťování ostrých předmětů pod kůži nebo do tělesných otvorů jsou využívány minimálně (Hawton in Kriegelová, 2008, s. 60).

Dle tohoto zjištění je možné domnívat se, že volba dané metody je ovlivněna náročností jejího provedení. Oblíbené sebeřezání či sebetlučení vyžaduje menší čas k přípravě a je možné použít je více přímo za použití snadno dostupného nástroje. Špirková (2015) však upozorňuje na skutečnost, že jedinec, který si chce ublížit, dokáže být ve chvíli bažení po aktu sebepoškození velmi vynalézavý a nástroj vhodný k sebepoškození si dokáže najít či zhotovit téměř v jakékoliv situaci (zmiňuje například tužky, špendlíky z nástěnky, růžky od plastových obalů potravin atd.).

### **1.1.2 Faktory ovlivňující vznik záměrného sebepoškozování**

Pro posouzení faktorů ovlivňujících vznik a rozvoj záměrného sebepoškozování je důležité uvědomovat si, že každý jedinec má hranici frustrační tolerance nastavenou jinak vysoko. Proto co je pro jednoho člověka pouze nepříjemnou, mírně obtěžující záležitostí, může být pro druhého již velmi vážným důvodem psychické nepohody, která může vyústit až ke vzniku záměrného sebepoškozování. Vnímání závažnosti vlastního problému je vždy záležitostí velmi subjektivní.

Za jeden z faktorů, které mají na rozvoj záměrného sebepoškozování vliv, bývají tedy považovány nepříznivé

životní události nebo události, které jedinec jako nepříznivé subjektivně hodnotí.

Roli hraje také osobnostní založení člověka. Kriegelová (2008, s. 75) předkládá seznam psychologických charakteristik, které se často objevují u osob, u nichž se záměrné sebepoškozování vyskytuje. Jedná se o smutné, depresivní ladění, tendence k pocitům nepochopení ostatními, sklony k negativním reakcím a časté pocity zklamání či selhání ve vztahu s jinými lidmi nebo sám ze sebe. Platznerová (2009, s. 37) seznam genetických predispozic doplňuje o chronickou úzkost, pocity vzteku a zlosti - především na sebe a celkové negativní vnímání vlastní osobnosti.

Kriegelová (2003, s. 78) dále uvádí modelový profil typického sebepoškozujícího jedince. Je jím většinou člověk, který je velmi inteligentní, dosahuje dobrých až nadprůměrných výsledků a jeho charakteristickou vlastností je perfekcionismus.

Můžeme tedy říci, že se jedná o výkonově zaměřeného jedince. Jedno z možných vysvětlení je takové, že na sebe dotyčný klade přehnané, mnohdy nerealistické požadavky. Tyto nároky je však velmi obtížné, ba přímo nemožné splnit. Tlak na výborné výsledky se tedy stále stupňuje. Dotyčný však nevidí úspěchy, kterých dosáhl, neboť právě proto, že je také perfekcionista, soustřeďuje se spíše na věci, které nesplnil dokonale. Každé takové selhání tento člověk prožívá velmi silně, dochází u něj ke snížení pocitu vlastní hodnoty a podceňování vlastních schopností. Pro dosažení dalšího úspěchu tedy nasazuje ještě mnohem větší úsilí, proces se opakuje. Takový člověk se tak opakovaně dostává do pasti, ze které nenachází cesty ven. Ventilem psychického napětí nebo trestem za vlastní domnělou neschopnost pak může být právě sebepoškozování.

Příčiny vzniku se mohou nacházet i vně jedince. Někdy záleží na vnějších podmínkách, které v člověku zažehnou jiskru vážného problému. Časté bývá narušené rodinné klima, ať se jedná o domácí násilí, rozvod rodičů či nadměrné hádky s rodiči případně rodičů mezi sebou. Na vině může být také perfekcionismus rodičů, kteří své dítě tlačí do nadprůměrných výsledků. U dětí může později dojít ke zvnitřnění tohoto perfekcionismu, a jak jsme si ukázali výše, v budoucnu pak vytvořit obraz klasického případu jedince se sebepoškozujícím se jednáním (Kriegelová 2008, s. 69-71).

V neposlední řadě může příčinou být traumatická událost, již jedinec prožil v ranějších stádiích svého života, a kterou se mu nepodařilo zpracovat. Nashromážděné emoce a měsíce (někdy celé roky) utlumované emoce se mohou manifestovat právě v podobě sebepoškozování. K traumatickým událostem můžeme řadit například zkušenost s fyzickým a psychickým zneužíváním, smrt nebo odloučení blízké osoby (zejména rodiče nebo partnera), či dlouhotrvající šikana. Případně se může jednat o vlastní dlouhodobé partnerské problémy v dospělém věku (Kriegelová 2008, s. 71).

Špírková (2015) poukazuje na skutečnost, že ačkoliv sebepoškozování není samostatnou psychiatrickou diagnózou, bývá projevem mnohých z nich. Nejčastěji bývá záměrné sebepoškozování spojováno s poruchami osobnosti, zejména s emočně nestabilní poruchou hraničního typu, histriónskou poruchou osobnosti a disociální poruchou osobnosti. Záměrné sebepoškozování může provázet i poruchy nálad, neurotické či stresové poruchy nebo poruchy chování a emocí. Za signifikantní Špírková (2015) považuje vztah záměrného sebepoškozování a závislosti na psychoaktivních návykových látkách, neboť oba jevy mají dle jejího mínění podobné znaky. Patří sem zejména stav bažení po sebepoškozujícím se

aktu či droze a pokračování ve stávajícím jednání i přes škodlivé následky, kterých si je dotyčný jedinec vědom.

### **1.1.3 Funkce záměrného sebepoškozování**

Z názvu jevu můžeme vyvodit dvojí charakteristiku záměrného sebepoškozování. Jak již bylo napsáno výše, dotyčný se dopouští sebepoškození záměrně, s určitým úmyslem. Svým jednáním ovšem zároveň sleduje dosažení určitého cíle – očekává, že svým jednáním dosáhne konkrétního výsledku. Existuje několik funkcí (nebo také motivací) záměrného sebepoškozování, přičemž u dotyčného jedince může být přítomna jedna funkce dominantní či hned několik funkcí vyskytujících se současně.

Kriegelová (2008, s. 105) hovoří o copingové strategii, kdy záměrné sebepoškozování

„plní funkci zvládnání zátěže s cílem okamžitě uvolnit tenzi.“<sup>4</sup>

Funkcí může být také snaha vyrovnat se s psychickou bolestí. Tato bolest je pomocí aktu sebepoškození transformována do bolesti fyzické. Je možné, že bolest, dosud v podobě obtížně pojmenovatelných, chaotických emocí a pocitů, dostane konkrétnější podobu (např. ve formě krve nebo ranky), a proto je mnohem snazší se s ní vypořádat.

Další motivací bývá snaha potrestat sám sebe. Důvodem může být pocit selhání, zklamání či zhnusení z věcí či lidí, kteří člověka obklopují nebo ze sebe samotného. Z toho je možné usuzovat, že konkrétní funkcí trestu je navození pocitu, že spravedlnosti bylo učiněno zadost. Tím, že se dotyčný potrestal (přičemž situaci vnímá tak, že si trest zaslouží) pro sebe dosáhl pocitu vykoupení.

---

<sup>4</sup> KRIEGELOVÁ, M., 2008. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. 1. vyd. Praha: Grada. s 105. ISBN 978-80-247-2333-4.

Záměrné sebepoškozování s motivací volat o pomoc přichází ve chvíli, kdy jedinec sice cítí, že určitou formu pomoci potřebuje, neví však, jak si tuto pomoc může zajistit, případně si o ni sám říci nedokáže. Naopak viditelná zranění, stejně jako zanechané jizvy, mluví samy za sebe. Nyní již stačí, aby si jich někdo v okolí všiml. Špírková (2015) takové jednání označuje za prostředek nepřímé komunikace a vedle snahy upoutat pozornost sem řadí také snahu získat moc nad druhými lidmi či jejich potrestání. Zmiňuje, že v této souvislosti bývá takové chování ostatními vnímáno obzvláště negativně, neboť může být snadno považováno za záměrnou manipulaci. Upozorňuje ovšem, že ať je motiv jakýkoliv, je za ním vždy skryto volání o pomoc, kterou dotyčný skutečně potřebuje.

Někdy může být situace, a z ní pramenící pocity, natolik špatná, že se jedinec dostává do stádia apatie a rezignace na dosavadní život. U takového člověka mohlo dojít například ke zploštění citů, ke ztrátě prožívání radosti či jakýchkoliv silnějších emocí. Proces sebepoškození je pak posledním pokusem o to něco cítit, byť by se mělo jednat o pouhou fyzickou bolest.

V některých případech se sebepoškozování může stát součástí osobnosti daného jedince. Je proto diskutabilní, jestli v takové situaci sebepoškozování ještě plní nějakou konkrétní funkci, nebo zda se jedná o pouhé sebevyjádření dotyčného.

Funkce je nedílnou součástí sebepoškozujícího aktu (nebo také začarovaného kruhu záměrného sebepoškozování). Na začátku stojí důvod poškodit se. Jedinec si ublíží a na určitý čas dochází k uspokojení původní motivace. Účinek však vymizí a celý proces se znovu opakuje.

#### **1.1.4 Mýty o záměrném sebepoškozování**

Vzhledem k nedostatku relevantních a ucelených informací se ve společnosti mohou vyskytovat mýty a polopravdy o sebepoškozujícím se chování a těch, kteří jím trpí. Chapman (2009, s. 25-37) předkládá výčet nejběžnějších z nich. Rozšířeným mýtem je dle jeho názoru například tvrzení, že sebepoškozující se chování je manipulativní. Chapman (2009, s. 25) upozorňuje na to, že tento nepravdivý výrok může být velmi škodlivý pro sebepoškozující se jedince, kteří díky tomuto předsudku laické (a někdy i odborné) veřejnosti mohou mít znesnadněnou cestu dostat se k pomoci, již potřebují.

Dalším rozšířeným mýtem z Chapmanova (2009, s. 30) seznamu je výrok, který tvrdí, že pokud se jedinec sebepoškozuje, trpí zároveň poruchou osobnosti, konkrétně emočně nestabilní (hraniční typ). Pravdivost rozšíření tohoto mýtu potvrzuje i Rusch (Rusch in Kriegelová 2008, s. 36), který upozorňuje, že k diagnostikování hraniční poruchy osobnosti mnohdy odborníkům slouží pouze přítomnost záměrného sebepoškozování, aniž by přitom dotyčný naplňoval další kritéria nezbytná pro diagnostiku zmíněné poruchy.

Záměrné sebepoškozování je dle Chapmana (2009, s. 31) stejně časté mezi muži, jako mezi ženami. Rozšířenost mýtu, podle kterého je sebepoškozování ryze dívčí (ženskou) záležitostí potvrzuje rovněž Špírková (2015), která doplňuje, že u mužského pohlaví je toto chování častěji zaměňováno za projev agrese či vyventilování prudší mužské energie.

#### **1.2 Definice sebevražedného chování**

Stejně jako u záměrného sebepoškozování, i k termínu suicidální chování je možné nalézt mnoho definic. Koutek a Kocourková (2003, s. 12) uvádějí, že nezbytnými atributy

je vědomý záměr ukončit vlastní život, protichůdné pocity z vlastní smrti, a zároveň nejistý výsledek zamýšleného činu. Definice, která dle výše zmiňovaných autorů nejvíce odpovídá modernímu pojetí suicidálního chování, vyslovil Stengel, podle něho se jedná o

*„záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije.“<sup>5</sup>*

### **1.2.1 Nejčastější způsoby provedení**

Koutek (2003, s. 34-35) rozlišuje tvrdé a měkké metody suicidálního jednání. Měkké metody jsou takové, které nevedou k bezprostřední smrti a jejich nebezpečnost je tak pro jedince nižší. S časem totiž stoupá pravděpodobnost, že bude zachráněn. Patří sem například požití medikamentů či povrchní poranění těla. Při použití tvrdých metod, mezi které Koutek (2003, s. 34) řadí například užití střelné zbraně nebo skok z takové výšky, kde po dopadu následuje jistá smrt, přichází úmrtí bezprostředně či velice záhy po provedení aktu.

### **1.2.2 Formy suicidálního chování**

Koutek (2003, s. 27-33) rozlišuje tři stupně suicidálního jednání: suicidální myšlenky, suicidální pokus a dokonalé suicidium. Jednotlivé stupně na sebe navazují a každý vyšší stupeň v sobě nutně zahrnuje přítomnost předchozího.

Suicidální myšlenky ještě samy o sobě neznamenaají vyšší riziko, neboť se s nimi v průběhu života setká téměř každý člověk, a pro některá životní období, jako například dospívání, bývají typické. Suicidální pokus je transformace myšlenek přítomných v první fázi do skutečného aktu, kterým jedinec sleduje úmysl zemřít. Smrti však nebylo dosaženo.

---

<sup>5</sup> KOUTEK, J., 2007. Sebevražedné chování. 2. vyd. Praha: Portál. s 12. ISBN 978-80-7367-349-9



K úmrtí dochází až na posledním stupni zmiňované triády, dokonaném suicidiu (Koutek 2003, s. 27-30).

### **1.2.3 Motivy sebevražedného chování**

Dle Koutka (2003, s. 36-37) bývají motivy stejně různorodé, jako osobnosti jedinců, kteří spáchají sebevraždu. Obecně lze však říci, že k suicidálním pokusům vedou dotyčné problémy interpersonální povahy, zatímco dokonané suicidium volí osoby, které cítí pocity ohrožení. Špatenková (2004, s. 138) jako možný spouštěč u dětí a dospívajících uvádí vysoké nároky od blízkých osob a jejich nezvládnutí, u dívek zmiňuje neplánované těhotenství. Precipitujícím faktorem u dospělých osob jsou pak zejména partnerské krize, ztráta dítěte nebo prožitek sociální nouze.

Vágnerová (2004, s. 502) poukazuje na skutečnost, že motiv, který jedince dovedl k sebevraždě, může na ostatní působit nesmyslně a často dokonce malicherně. Vysvětlení je takové, že tato v očích malicherná věc bývá pomyslnou poslední kapkou, díky níž je hranice únosnosti překročena, a jedinec tak ukončí svůj život, ačkoliv skutečný motiv bývá skryt hlouběji.

## **2. Vztah sebepoškozujícího se a sebevražedného chování**

Jak již bylo v této práci uvedeno výše, jednou z charakteristik záměrného sebepoškozování je absence touhy zemřít. Někteří odborníci však upozorňují na to, že přítomnost záměrného sebepoškozování v žádném případě nevylučuje možný rozvoj suicidálního chování v budoucnu, riziko sebevraždy je zde naopak mnohem vyšší, než je tomu u osob nesebepoškozujících se. Pro vyšší míru pravděpodobnosti výskytu svědčí i četné výzkumy, které dokazují, že nezanedbatelné procento jedinců se zkušeností sebepoškozujícího se chování v budoucnu sebevraždu skutečně spáchali (Baierle et Gill in Kriegelová 2008, s. 97).

### **2.1 Porovnání záměrného sebepoškozování a suicidálního jednání**

Ačkoliv primární záměr dokonání suicidia a záměrného sebepoškozování není stejný, existují zde určité skutečnosti, které mají oba dva fenomény společné.

První z nich je skutečnost, že důsledkem každého z těchto úkonů může být závažné poškození vlastního zdraví.

Podobné bývají spouštěcí faktory. Jak u záměrného sebepoškozování, tak dokonání suicidia mohou vznik zapříčinit problémy pramenící z neutěšené situace v rodině, dlouhotrvající partnerské problémy či obtíže v mezilidských vztazích obecně.

Obdobná může být i jedna z motivací vedoucí k činu. Tou je snaha dovolat se pomoci, upozornit na své zoufalství či okolí ukázat bezútěšnost situace, kterou jedinec neumí vyjádřit jiným adekvátním způsobem.

Záměrné sebepoškozování užívá lehčích forem poškození, jako je povrchové zranění těla nebo požití menší dávky

medikamentů. Do určité míry se tedy kryje s užíváním měkkých metod suicidálního jednání.

Seznam vzájemných odlišností předkládá Špirková (2015). Rozdílnost dle jejího mínění spočívá již v samotném záměru, kdy při sebepoškozujícím se chování jde primárně o pocit úlevy, zatímco při sebevražedném chování dotyčný sleduje už pouze únik. Fenomény se od sebe vzájemně liší také pocity bezmoci a beznaděje, které se u sebepoškozujícího se člověka vyskytují spíše nárazově a jež jsou pak řešeny právě zkratkovitým a impulzivním sebepoškozujícím se aktem. Osoby před spácháním dokonaneho suicidia takové pocity prožívají velmi intenzivně a dlouhodobě. Různé bývá rovněž zvýšení pocitu nepohodlí u osob se sebevražedným jednáním po sebepoškozujícím se aktu, zatímco u jedinců se sebepoškozujícím se chováním pocit komfortu po provedeném aktu vzroste.

### **3. Aktuální možnosti pomoci**

Kriegelová (2008, s. 133) předkládá několik možných přístupů pomoci, které se uplatňují při práci s cílovou skupinou. Některé z nich, jako například psychologická intervence či farmakologická intervence, spadají výhradně do kompetencí psychologů a psychiatrů. Hovoří však také o sociální intervenci, kterou může vykonávat sociální pracovník. I přes výše zmíněné způsoby pomoci však upozorňuje na fakt, že dotyčný jedinec především musí sám chtít se svým problémem bojovat a porazit jej. K tomu je nejprve nutné klientovo uvědomění si, že s jeho vlastním jednáním něco není v pořádku. Teprve poté může své jednání sám označit za problém, který je nutné řešit.

#### **3.1 Obecné zásady poskytnutí pomoci**

Následující výčet rad lze dle Špirkové (2015) aplikovat na sebepoškozujícího se jedince, a to nezávisle na druhu intervenujícího odborníka - úkony popsané níže tedy může (a měl by) provádět psycholog, sociální pracovník, pedagog a kdokoliv další, kdo se sebepoškozujícím se jedincem přijde do kontaktu. Pokud je dotyčná osoba svědkem bezprostředního sebepoškození se postiženého jedince, je nejprve nezbytné ošetřit rány (zastavení krvácení, vydezinfikování atd.) a posoudit celkový zdravotní stav.

#### **3.2 Psychologická intervence**

Psychoterapie se zaměřuje na poradenství týkající se popisu problému, případnou diagnostiku a následné možnosti další léčby. Je možné využít individuální i skupinové terapie, Kriegelová (2008, s. 134) však zmiňuje, že při řešení problému záměrného sebepoškozování bývá individuální terapie vhodnější. Platznerová (2009, s. 87) hovoří o příznivém efektu využití dialektické behaviorální terapie, která je zaměřená na postupné vedení klienta

ke změně svého chování za současného posilování vlastního sebepřijetí).

Záměrné sebepoškozování bývá v některých případech spojeno s psychickou poruchou, resp. projevuje se jako následek tohoto duševního onemocnění. Platznerová (2009) jako nejčastější diagnózy spojené se záměrným sebepoškozováním uvádí emočně nestabilní poruchu osobnosti, obsedantně kompulzivní poruchu a jiné. V takových případech bývá vhodným řešením vyhledání psychologa, eventuelně psychiatra.

### **3.2.1 Psycholog**

Úkolem psychologa je dle národní soustavy povolání provádění psychologických vyšetření, hodnocení účinnosti zvolených léčebných postupů a metod či poskytování rad a informací o zdravém způsobu života. Ze zmiňovaných kompetencí se v případě sebepoškozujícího se jedince může uplatnit především diagnostická činnost, která pomůže odhalit duševní poruchu či onemocnění, jsou-li přítomny. Následuje terapeutická činnost. Výsledky psychologického vyšetření pomohou určit i jiné příčiny, díky čemuž je možné lépe určit vhodný postup v další léčbě, případně klientovi doporučit jiné metody pomoci.

### **3.2.2 Psychiatr**

Psychiatr je lékař. Zaměřuje se tedy převážně na tělesné projevy pacienta - vyšetřuje jeho tělesný stav a v popředí jeho pozornosti stojí především tělesné funkce. Psychiatr mnohdy úzce spolupracuje s psychologem. Stejně jako psycholog sbírá pacientovu rodinnou a osobní anamnézu, určuje diagnózu, hovoří s ním (Kučerová 2013, s. 40).

Na rozdíl od něho ovšem může pacientům nabízet i medikaci. Tato pomoc se tak opět uplatní v případě, kdy je u jedince

se sebepoškozováním diagnostikována duševní choroba, k jejíž léčbě je použití medikace nezbytné.

### **3.2.3 Obecná doporučení k intervenčním sezením**

Špirková (2015) považuje za klíčovou aktivitu prvního sezení důkladné vyslechnutí klienta. To zdůvodňuje skutečností, že toto sezení může být mnohdy první situací, během které má dotyčná osoba možnost o svém problému volně pohovořit, obsáhle jej popsat a dostat se při tom do hloubky. Již při prvním sezení je dle Špirkové třeba hledat témata, na nichž by bylo možné vystavět pozdější strategii vytváření motivace klienta.

### **3.3 Sociální intervence**

„Sociální intervence je většinou zaměřena na posílení kontaktu jedince s odborníky, upevnění sociální podpory a zajištění bezpečného zázemí jedince.“<sup>6</sup>

Sociální intervence je zajišťována sociálními pracovníky. Špirková (2015) uvádí, že v případech, kdy se jedná o dítě či mladistvého, je vždy nutné kontaktovat rodiče. Upozorňuje však rovněž na skutečnost, že takový postup není s ohledem na princip fungování určitých sociálních služeb možný, neboť by narušil práva klientů (Špirková v této souvislosti hovořila především o nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, kdy anonymita klienta je jedním ze základních principů poskytování této služby, viz následující kapitola).

#### **3.3.1 Motivační rozhovor**

Technice motivačního rozhovoru se věnuje Špirková (2015). Ústředním tématem a zároveň samotným cílem je vnitřní změna klienta i jeho chování navenek. Většina klientů se na své

---

<sup>6</sup> KRIEGELOVÁ, M., 2008. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. 1. vyd. Praha: Grada. s 134. ISBN 978-80-247-2333-4.

první intervenci nachází ve fázi, kdy sebepoškozování nevnímají jako problém, respektive si nepřipouští, že by sami měli nějaké potíže. Toto rozpoložení odpovídá fázi před uvažováním o změně. Další fází je fáze uvažování. Zde už si klient uvědomuje, že situace není zcela v pořádku, odbornou pomoc však stále nevyhledává, jelikož o závažnosti problému dosud není naprosto přesvědčen. K takovým myšlenkám jedinec začne inklinovat v další fázi, kdy jedinec uvažuje nejen o hloubce problému, ale také o možné změně a o jejích potenciálních přínosech či nevýhodách. Pokud je změna vnímána kladně a pozitiva převáží nad negativy, nastupuje fáze akce. Dotyčný je již přesvědčený o destruktivitě svého chování a je rozhodnutý, že jej odstraní či nahradí přijatelnějším způsobem řešení. Tuto fázi provází velká energie a odhodlání, dotyčný je o výhledovém zlepšení pevně přesvědčen. Špírková však upozorňuje na příchod relapsu. Podle ní jde o fázi, která je zcela přirozenou součástí motivačního kruhu. Zde je dle jejího názoru naprosto klíčové nenechat klienta propadnout pocitu selhání a stavu rezignace, nutné je udržet jeho pozitivní přesvědčení, že celý proces úspěšně zvládne až do konce. Ačkoliv je fáze relapsu běžná, je důležité se na ni připravit, případně na její výskyt v budoucnu připravit i klienta. Zde však Špírková nabádá k opatrnosti, aby takové upozornění nebylo mylně vyloženo jako podhodnocování klienta a nedůvěra k jeho schopnostem či motivaci.

Kriegelová (2008, s. 134) rovněž zmiňuje možnost pomoci sociálních kurátorů, a to v případě, že jsou přítomny patologické jevy v rodině.

### **3.3.2 Sociální pracovník**

#### **3.3.2.1 Náplň práce sociálního pracovníka**

Obecně vymezuje náplň práce sociálního pracovníka zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který stanoví, že sociální pracovník

„vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace“ (zákon č. 108 Sb., o sociálních službách).

Náplň sociálního pracovníka je odvislá od úrovně, na které sociální práce probíhá. Rozlišujeme sociální práci s jednotlivcem (mikrouroveň), práci s rodinami či menšími skupinami (střední úroveň) a práci s většími skupinami, kde sociální pracovník může svojí činností zasahovat i do oblasti sociální politiky (Matoušek 2008, s. 14).

Na každé z těchto úrovní se uplatňují odlišné metody práce, kterých sociální pracovník využívá. Při práci s jednotlivcem sociální pracovník využívá metody případové práce či poradenství. Případová práce se zabývá individuálním případem každého klienta. Mapuje situaci, ve které se klient nachází. Pracovník se spolu s klientem snaží najít cestu, která vede ke zdárnému řešení situace. Prostřednictvím poradenství uděluje sociální pracovník rady týkající se aktuálního problému, s nímž klient přichází. Součástí poradenství je také pomoc s hledáním jiného odborníka, který by mohl být v konkrétní situaci více nápomocen. Významnou metodou je krizová intervence, jež bude podrobněji rozebrána níže.



V případě práce se skupinou nachází uplatnění metoda terénní sociální práce. Metoda je charakteristická tím, že se odehrává v přirozeném prostředí klienta. Pracovník tedy v tomto případě sám dochází za klientem, případně potenciální klienty aktivně vyhledává. Skupinová práce umožňuje lidem s podobnými zkušenostmi otevřeně diskutovat o svých pocitech a myšlenkách, sdílet své zkušenosti, a společně tak docházet k novým řešením mnohdy obdobné situace. Uplatnění sociálního pracovníka je vzhledem k množství cílových skupin velmi široké. Sociální pracovník se tak může uplatnit v celé řadě případů (Gulová 2011, s. 54-61).

Dle Matouška (2007) sociální pracovník také mnohdy zajišťuje a doporučuje klientům, jakých sociálních služeb by ve své situaci měli využít.

### **3.3.2.2 Osobnostní rysy sociálního pracovníka**

Matoušek (2008, s. 52-54) uvádí výčet vlastností a charakterových rysů, které by měl sociální pracovník přijmout za své a integrovat je do vlastní osobnosti. Základní je dobrý intelekt (nejen vrozený, ale také emoční či sociální) v kombinaci s potřebou neustálého sebezdokonalování, osobnostního rozvoje a soustavného doplňování a rozvíjení odborných znalostí, kterou v praxi také realizuje. Pro efektivní práci s klientem je důležité disponovat vynikajícími komunikačními dovednostmi, kam Matoušek řadí také empatii (schopnost vcítit se do pocitů druhého člověka aniž bychom tyto převzaly za své) a aktivní naslouchání. Intelekt, znalosti a komunikační dovednosti však samy o sobě dle jeho názoru k navázání úspěšného vztahu mezi klientem a pracovníkem nestačí. Nezbytným aspektem je schopnost vyvolat v klientovi pocit důvěry, a to jak ve vlastní schopnosti, tak ve zdárný průběh celého pomáhajícího procesu a v dosažení kýženého cíle.

#### **4. Aktuální možnosti pomoci**

V České republice není vybudováno žádné specializované zařízení, které by se zaměřovalo výhradně na cílovou skupinu osob se sebepoškozujícím se jednáním. Tyto jevy jsou řešeny spíše v kontextu úspěšného vyřešení dalších problémů, pro jejichž řešení je organizace či instituce primárně zřízena.

##### **4.1 Sociální služby**

Sociální služby jsou určeny společensky znevýhodněným osobám. Působí tak, aby se jejich uživatel mohl aktivně podílet na všech složkách života, a to jak profesního, tak společenského i kulturního. Cílem těchto služeb je napomáhat uživateli v rozvoji nebo alespoň zachování soběstačnosti a skrze jejich působení usilovat o obnovení nebo alespoň zachování původního životního stylu. Účelem těchto služeb je zajistit dotyčnému i přes jeho znevýhodnění či postižení co největší míru samostatnosti a tuto samostatnost nadále podporovat. Výsledkem tedy není jedinec závislý na určité službě, ale člověk, který se aktivně podílí na řešení svého problému, své nepříznivé sociální situace.

Matoušek (2011, s. 9) upozorňuje také na ochrannou roli sociálních služeb, neboť jejich úkolem je rovněž chránit společnost před riziky, které mohou představovat osoby, pro něž jsou služby určeny.

Kozlová (2005, s. 17-18) doplňuje, že důvodem potřebnosti těchto služeb není pouze vysoké procento jejich příjemců, ale především fakt, že bez existence sociálních služeb by se tito občané nemohli náležitě zapojit do společnosti, jejich práva by byla omezena a v důsledku těchto skutečností by docházelo k sociálnímu vyloučení. Zde tedy můžeme hovořit o preventivní roli sociálních služeb.

## **4.2 Poskytovatelé sociálních služeb**

Některé druhy poskytovatelů sociálních služeb se mohou setkat s klienty, u nichž se vyskytuje zvýšená míra sebepoškozujícího se jednání. Možnosti pomoci v případě výskytu těchto jevů jsou však omezené. Ne všechny typy těchto zařízení mají na pracovišti k dispozici odborné pracovníky kvalifikované k psychiatrické pomoci (psycholog, psychiatr). Problematické chování tedy může být diskutováno, přesto však není vždy možné poskytnutí a zajištění patřičné úrovně pomoci, jakou jsou schopni zajistit výše zmínění odborníci, přímo v organizaci. Sem patří zejména organizace poskytující pomoc osobám drogově závislým nebo nízkoprahová zařízení pro děti a mládež.

Matoušek (2010) uvádí různé skupiny, přičemž žádná z nich nezahrnuje přímo osoby se sebepoškozujícím se jednáním. Daná problematika by mohla spadat do dvou cílových skupin obyvatel, kterým jsou sociální služby poskytovány. První z nich jsou osoby s duševním onemocněním. Ne každý případ sebepoškozování však pramení z přidruženého onemocnění, proto takové zařazení není možné pokrýt veškeré případy. Druhou skupinou je riziková mládež. Tento pojem však označuje spíše takové osoby, jejichž chování je rizikem pro společnost. Míni se tím převážně osoby drogově závislé, osoby s tendencí ke kriminálnímu jednání atd.

### **4.2.1 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež**

#### Popis služby

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež patří mezi služby poskytované ambulantně (tedy služby, za nimiž klient sám do prostor zařízení dochází). Cílovou skupinou jsou - jak napovídá název - děti a mládež (přesné věkové vymezení si stanoví organizace individuálně, za konečný rok užívání služby se většinou považuje dvacátý šestý rok života)

žijící rizikovým způsobem života nebo takovým způsobem života ohrožené. Do zařízení mohou docházet děti a mladiství, kteří mají problémy ve škole, nedaří se jim nacházet uspokojivé vztahy s vrstevníky, či zažívají problematické situace v rodině.

Poskytování služeb je postaveno na několika klíčových přístupech, kterými jsou nízkoprahovost (tedy snadná dostupnost a dosažitelnost zařízení pro všechny klienty), dále anonymita (klienti, kteří přicházejí, neuvádějí své pravé jméno, nýbrž jsou celou dobu vedeni pod jménem fiktivním či pod smyšlenou přezdívkou) a princip dobrovolnosti. Ten klientům garantuje právo docházet do zařízení dobrovolně na základě jejich vlastního rozhodnutí, není zde tedy žádná povinnost.

Cílem nízkoprahových zařízení pro děti a mládež je poskytnout cílové skupině alternativní a smysluplné trávení volného času v místě, které je bezpečné a zajištěné odbornou pomocí.

#### Souvislost se sebepoškozujícím se chováním

Dle Kriegelové (2008, s. 48) je nejrizikovějším obdobím vzniku a následného rozvoje sebepoškozujícího jednání začátek pubescence, tedy věk mezi čtrnáctým až šestnáctým rokem života. Z tohoto důvodu je tedy pravděpodobné, že se v dané cílové skupině těchto zařízení budou vyskytovat jedinci s těmito druhy problému. Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, za vznikem záměrného sebepoškozování mohou stát právě problémy vyvolané komplikovanými vztahy (rodina, vrstevníci) či neschopnost poradit si s některými životními úkoly (škola, práce). Se všemi těmito aspekty pracovníci v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež obvykle přicházejí do styku.

#### **4.2.2 Centra krizové intervence**

##### Popis služby

Služby krizové intervence se dělí do dvou hlavních forem. První forma probíhá prezenčně. Jedná se o tzv. intervenci tváří v tvář, kdy jsou osoby pracovníka a klienta v přímém fyzickém kontaktu. Druhá forma, distanční, se odehrává za takových okolností, kdy spolu pracovník a klient nejsou v přímém fyzickém kontaktu. Do této formy řadíme telefonickou pomoc a internetové poradenství.

##### Souvislost se sebepoškozujícím se chováním

Špatenková (2004) se obsáhle věnuje problematice sebevraždy, případy klientů se sebepoškozujícím se chováním ve své publikaci ovšem nezmiňuje. Linka bezpečí na svých internetových stránkách problematiku záměrného sebepoškozování obsahuje. Stránka stručně popisuje, o co se jedná a snaží se navést na jiné způsoby řešení obtížné situace, včetně vyhledání odborné pomoci. V neposlední řadě předkládá modelový příklad typických hovorů s klienty na téma záměrného sebepoškozování a nabízí prostřednictvím hovoru pomoc. Špírková (2015) poukazuje na skutečnost, že právě telefonická linka důvěry se rovněž snaží monitorovat počet případů sebepoškozujícího chování a přispět tak k zatím jedinému výzkumu zaměřenému na výskyt sebepoškozujícího se chování, který v České republice proběhl před několika lety.

#### **4.2.3 Sociální poradenství**

##### Popis služby

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je základní sociální poradenství povinnou součástí každé sociální služby.

#### Souvislost se sebepoškozujícím se chováním

Prostřednictvím základního sociálního poradenství může odbornou pomoc doporučit a dotyčného přímo nasměrovat k takovému odborníkovi, který by pro něj byl vhodný.

#### **4.2.4 Internetové poradenství**

##### Popis služby a souvislost se sebepoškozujícím se chováním

Službu poskytují webové stránky určené jedincům se sebepoškozujícím a sebevražedným chováním a jejich blízkým osobám (v ČR zejména webová stránka sebeublizovani.cz. Těm stránky pomohou blíže se seznámit s problémem, pochopit možné motivace a pocity svých blízkých. Stránky obsahují odkazy na odborné publikace či periodika zabývající se problematikou a také návrhy na pomoc a kontakty ,na příslušné odborníky. Součástí stránek je diskusní fórum, na které se mohou zaregistrovat lidé, kteří mají problém se záměrným sebepoškozováním, nebo jejich blízcí. Účelem existence fóra je sdílení problému, myšlenek a emocí, vzájemná pomoc v této obtížné situaci, podpora ve snaze se svým jednáním přestat.

Zdroj pomoci představují rovněž různé internetové poradny, kam dotyčný může zaslat dotaz týkající se jeho problému a přidělený pracovník mu prostřednictvím e-mailu či přímo na daných internetových stránkách odpoví.

Specifickou formu pomoci nabízí rovněž tísňové linky pomoci, kde tato pomoc může být realizována i formou chatu.

## **5. Výcvik sociálních pracovníků v problematice záměrného sebepoškozování**

### **5.1 Výcvik sociálních pracovníků dle zahraničních médií**

Výzkum, jehož výsledky zveřejnil zahraniční internetový server theguardian.com upozorňuje na nutnost obsáhlejšího tréninku a vyzývá sociální pracovníky ke zlepšování svých odborných kompetencí. Cituje přitom Britskou asociaci sociálních pracovníků (BASW), která uvádí, že by sociální pracovníci, a to zejména ti, kteří pracují s cílovou skupinou osob a zabývají se jejich mentálním zdravím, měli věnovat více pozornosti tématu záměrného sebepoškozování. Poukazuje přitom na skutečnost, že výcvik pracovníků zabývajících se danou problematikou je nejednotný. Podle něj potřebují sociální pracovníci hlubší povědomí o problematice a především musí dokázat porozumět tomu, proč se lidé sebepoškozují. Nabádá sociální pracovníky, aby překročili svoji komfortní zónu, protože právě setrvávání na pouhém povrchu je problémem netrénovaných sociálních pracovníků. Upozorňuje rovněž na skutečnost, že sociální práce doposud nezná všechny odpovědi a že je zapotřebí neustálého vzdělávání v dané problematice.

Podle McLeodové, ředitelky programu zahraničního výcviku sociálních pracovníků zaměřeného na sebepoškozující se klienty, Step Up!, by měli být sociální pracovníci školeni především k rozpoznávání jedinců, u nichž už sebepoškozující se jednání propuklo, k rozpoznávání příznaků a symptomů, které jsou těmto osobám společné (TheGuardian.com, vlastní překlad).

### **5.2 Výcvik sociálních pracovníků v ČR**

Za pomyslnou odpověď na toto volání můžeme považovat kurz pro sociální pracovníky s názvem Problematika sebepoškozování, jenž je akreditován Ministerstvem práce

a sociálních věcí, a který se zaměřuje přímo na problematiku sebepoškozování. Hned v anotaci kurzu je záměrné sebepoškozování označeno za závažný rozvíjející se fenomén. Doktorka Špírková, lektorka kurzu, rovněž upozornila na nedostatek české literatury a situaci ve srovnání se zahraniční označila za alarmující.

### **5.2.1 Průběh kurzu**

První část kurzu byla věnována základní terminologii. Lektorka představila definici a různá pojetí sebepoškozování. Stejně jako tato práce byl kurz zaměřen především na takové sebepoškozování, u nějž je zřejmým úmyslem přímé poškození těla za účelem způsobit si újmu - vyloučeno tedy bylo sebepoškozování kulturně akceptovatelné (tetování, piercing či rituální sebepoškozování) a sebepoškozování nezáměrné (tj. mentální anorexie, bulimie, alkoholismus a jiné formy závislosti). Jako podmínka určení záměrného sebepoškozování byla zdůrazněna rovněž jeho repetitivnost, čítající minimálně pět epizod sebepoškození, které zároveň neproběhly v důsledku psychózy. Přesto zde byl psychiatrickým diagnózám souvisejících se sebepoškozováním věnován velký prostor. V úvodu teoretické části byly dále analyzovány některé aspekty sebepoškozujícího se chování - lektorka představila formy sebepoškozování a informovala o výskytu tohoto fenoménu v české i zahraniční společnosti. Podrobně popsala různé fáze vzniku záměrného sebepoškozování a jeho konkrétní projevy, a to od předškolního a mladšího školního věku až po stáří. Na základě poznatků čerpaných z české a zahraniční literatury, stejně jako zkušeností ze své praxe, sestavila lektorka modelový profil nejtypičtějších jedinců trpících sebepoškozováním, o kterém hovořila v sekci věnované rizikovým faktorům sebepoškozování. Pozornost byla věnována také sebevražednému chování,



zejména jeho srovnání s chováním sebepoškozujícím. Teoretickou část uzavíralo téma motivace sebepoškozujících se jedinců.

Druhá část kurzu byla věnována intervenci a obsahovala informace a rady zaměřené do praxe. Lektorka hovořila o primární a sekundární prevenci. Prostor byl věnován tomu, jak reagovat při prvním bezprostředním kontaktu se sebepoškozujícím se jedincem, jak utvořit důvěrný vztah s klientem, jenž se sebepoškozuje a jak posléze kontaktovat rodinu či další blízké osoby. Velký prostor byl věnován motivaci a motivačnímu rozhovoru s klientem. Rovněž předloženy možnosti léčby.

Teoretické části byly průběžně prokládány interaktivními cvičeními, kdy byli účastníci kurzu vyzváni k rozdělení do skupin a společnému plnění zadaných úkolů (například vymýšlení alternativních copingových strategií k sebepoškozujícímu se chování nebo nácvik motivačního rozhovoru).

Závěrečnou část tvořil přehled kontaktů na odborná pracoviště, na která je možné se v případě styku s jedincem se sebepoškozujícím se chováním obrátit. Prezentace obsahovala představení několika kazuistik z lektorčiny praxe. V každé z nich byly uvedeny základní informace o pacientovi, stručný popis případu a léčebná doporučení.

V průběhu kurzu bylo možné pokládat lektorce dotazy.

Přestože byl kurz určen sociálním pracovníkům a pracovníkům sociálních služeb, o samotném využití těchto zařízení a postupů používaných v sociální práci bylo zmíněno velmi málo. Pozornost byla naopak věnována možnosti psychologické intervence, pomoci psychologů a psychiatrů.

## **6. Metodologie výzkumu**

### **6.1 Cíl výzkumu**

Hendl (2013) charakterizuje výzkum jako

*„proces vytváření nových poznatků.“<sup>7</sup>*

Cílem výzkumu této práce je zjistit a popsat možnosti pomoci, kterou může sebepoškozujícímu se jedinci či osobě se sebevražedným chováním poskytnout sociální pracovník.

### **6.2 Výzkumné otázky**

Dle Hendla (2013, s. 30) je cílem výzkumu mimo jiné snaha zodpovědět předem vytyčené výzkumné otázky. Tyto otázky musí mít logickou souvislost s předmětem výzkumu, neboť na základě jejich vyhodnocování bude provedeno závěrečné shrnutí a interpretace závěru.

Z cíle této práce vyplývají dvě hlavní výzkumné otázky:

**VO1:** *Jak konkrétně může sociální pracovník pomoci a prospět člověku se sebepoškozujícím se chováním?*

**VO2:** *Jak vnímají respondenti případnou pomoc sociálního pracovníka?*

Z každé výzkumné otázky vyplývají dílčí výzkumné otázky, které napomohou k cílenějšímu zaměření a konkrétnějšímu uchopení tématu.

### **6.3 Výzkumná strategie**

Vzhledem k dosud neprobádané povaze problematiky sociální práce v souvislosti se záměrným sebepoškozováním zvolila autorka kvalitativní metodologii. Kvalitativní výzkum je

---

<sup>7</sup> HENDL, J., 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portál. s 30. ISBN 80-7367-040-2.

vhodný právě pro takové fenomény, které dosud nebyly podrobněji zkoumány.

Jako další charakteristiku kvalitativního výzkumu uvádí Hendl (2005, s. 50-51) práci s lidmi (respondenty) přímo v terénu, kde po určitý časový úsek sbírá a analyzuje data. Teprve v průběhu výzkumu vznikají teorie a hypotézy, které se v průběhu navíc mohou dále měnit. Hovoří také o pružné podobě výzkumu a jako přínosné hodnotí to, že kvalitativní výzkum

„získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu; zkoumá fenomén v určitém prostředí, umožňuje studovat procesy, umožňuje navrhnout teorie, dobře reaguje na místní situace a podmínky a pomáhá při počáteční exploraci fenoménu.“<sup>8</sup>

K negativním aspektům patří obtížná zobecnitelnost výsledků a jejich možné ovlivnění osobou výzkumníka, dále nesnadné testování utvořených hypotéz a teorií, a v neposlední řadě rovněž časová náročnost výzkumu (Hendl 2005, s. 52).

K výběru kvalitativního výzkumu autorka přistoupila vzhledem k povaze tématu a zkoumané problematice. Jak bylo zmíněno již v samotném úvodu práce, záměrnému sebepoškozování v kontextu práce sociálního pracovníka bylo dosud věnováno minimum prostoru a ucelené písemné informace prakticky neexistují. Autorka dává rovněž přednost osobnímu kontaktu s respondenty.

## **6.4 Použité metody**

### **6.4.1 Polostandardizované interview**

Standardizované interview poskytuje respondentům příliš malý prostor k manévrování, dotyční se mohou cítit tlačeni

---

<sup>8</sup> HENDL, J., 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portá. s 50. ISBN 80-7367-040-2.

do jednoznačných odpovědí, které však mohou být složité a obsáhlé. Aby bylo možné důkladně porozumět jedinci a co nejvíce se přiblížit jeho zkušenosti, musí být mnohdy vysvětleny i další okolnosti. Otázky použité v tomto typu rozhovoru zároveň slouží jako opěrné body a jejich přítomnost zaručuje, že se interview neodchýlí od své původní osy a že všechny potřebné otázky budou zodpovězeny.

#### **6.4.2 Expertní dotazování**

Dle Hendla (2005, s. 189) se tento typ rozhovoru využívá pro získávání informací od profesionálů, kteří jsou zároveň experty ve svém oboru a ve zkoumané oblasti.

#### **6.4.3 Delfská metoda**

Účelem delfské metody je dosažení jednotného názoru ve skupině odborníků. Výsledkem je ucelený pohled na zadané téma (Hendl 2005, s. 388).

Tato metoda je časově náročná, neboť se odehrává v několika kolech. Odpovědi z každého kola se dále upravují a odesílají k dalšímu zpracování až do chvíle, kdy vznikne jednotný souhlas.

### **6.5 Výzkumný vzorek**

#### **6.5.1 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkum se soustřeďuje na osoby se sebepoškozujícím se chováním a dále na osoby se sebepoškozujícím se chováním, které mají zároveň v historii suicidální pokusy. Přetrvávání problémů záměrného sebepoškozování do současnosti nebylo nezbytným kritériem výběru, jedinou nutnou podmínkou byla skutečnost jeho výskytu v dosavadním životě respondenta, a to alespoň po dobu tří po sobě jdoucích let. Věk respondentů se pohybuje v rozmezí od 17 do 28 let, tedy od adolescence do rané dospělosti.

### **6.5.2 Způsob výběru**

Autorka zvolila účelový výběr, který se odvíjel od předchozí spolupráce s respondenty na výzkumu, jenž autorka prováděla v rámci výzkumného projektu středoškolské odborné činnosti (2010). Zbývající respondenti byli osloveni přes diskusní fórum provozované na webových stránkách určených pro osoby se sebepoškozujícím se chováním a jejich blízké (již zmiňovány výše). S rozhovorem souhlasil každý ze sedmi oslovených respondentů - pět žen a dva muži.

## **7. Polostandardizované interview**

### **7.1 Sběr dat**

Rozhovory s respondenty, se kterými autorka navázala spolupráci již dříve, probíhaly po domluvě v místě bydliště autorky. Ostatní rozhovory byly prováděny na veřejných místech rovněž dle domluvy autorky a respondentů, jednalo se zejména o prostory čajovny a kavárny. Všichni respondenti byli předem ujištěni o anonymitě. V textu budou dále uváděni pod čísly, která označují pořadí, v jakém se rozhovorů účastnili. Respondentům bylo rovněž předem sděleno téma diplomové práce, o zaměření samotných otázek však dostali velmi omezené množství informací. Důvodem byla snaha snížit ovlivnitelnost respondentů a především zamezit možnosti, aby se respondenti na rozhovor předem připravili, což by vzhledem k povaze výzkumu nebylo vhodné a mohlo by vést ke snížení výpovědní hodnoty výsledků. Všichni respondenti souhlasili s nahráváním jejich odpovědí na diktafon. Přestože dostali možnost v případě potřeby dotaz nezodpovědět, všichni respondenti odpověděli na všechny položené otázky včetně otázek doplňkových, které netvořily povinnou část rozhovoru. Většina respondentů pak na konci rozhovoru vyjádřila své překvapení nad jeho zaměřením, neboť dotyční očekávali spíše osobněji laděné otázky týkající se příčin, motivů, způsobů a dalších atributů souvisejících přímo s průběhem jejich záměrného sebepoškozování. Průměrná délka jednoho rozhovoru se pohybovala kolem deseti minut, samotná setkání s respondenty byla delší, neboť se k rozhovoru přistupovalo teprve ve chvíli, kdy byly prolomeny ledy neutrálně zaměřenými otázkami a vybudovanou příjemnou a bezpečnou atmosférou.

Záznam byl následně převeden do písemné podoby, která sloužila jako podklad k vyhodnocování získaných dat.

Přepisy vybraných rozhovorů jsou k dispozici v příloze práce.

## **7.2 Struktura rozhovoru**

Úvodní otázky byly zaměřeny na zmapování představ respondentů týkající se sociálních pracovníků a jejich práce. Respondenti byli dotázáni, zda se již někdy setkali se sociálním pracovníkem a následně požádáni, aby se pokusili popsat náplň práce sociálního pracovníka a možné cílové skupiny, se kterými běžně pracuje.

Další část otázek se zaměřovala na možné formy pomoci a zájem o jejich využití respondentem. Zde se otázky dělí do dvou skupin. První skupina obsahuje seznam odborníků. Respondenti byli dotázáni, zda by využili služeb tohoto odborníka a požádáni o zdůvodnění své odpovědi, případně mohli uvést, jakou pomoc by od jednotlivých odborníků očekávali. Druhou skupinu tvoří výčet poskytovatelů sociálních služeb. K této otázce měli respondenti k dispozici vytištěný přehled daných služeb spolu se stručným popisem každé z nich. Výběr zařízení do seznamu byl realizován autorkou na základě vlastního uvážení souvislosti s cílovou skupinou, kde autorka čerpala z vlastní zkušenosti s prací v oboru a prostudovaných publikací. Informační popisky byly převzaty z katalogu poskytovatelů sociálních služeb Libereckého kraje. Respondenti byli po pročtení těchto informací opět požádáni o volbu služby, kterou by preferovali, a o okomentování své volby.

Poslední část byla tvořena otázkami týkajícími se výhradně profese sociálního pracovníka. Respondenti byli dotázáni, zda si umějí představit pomoc sociálního pracovníka v souvislosti s řešením svého problému. Byli rovněž požádáni, aby se pokusili specifikovat, jak by tato pomoc

mohla vypadat, resp. jak si tuto pomoc představují. Otázky se týkaly také představ o osobnosti sociálního pracovníka a místu, kde by respondenti pomoc chtěli přijímat.

### **7.3 Popis jednotlivých rozhovorů**

V následující kapitole budou podrobně rozepsány poznatky získané v jednotlivých rozhovorech. Tyto informace budou následně rozebrány pomocí metody vytváření trsů.

#### **7.3.1 Popis rozhovoru s respondentem č. 1**

Respondentka se setkala se sociálními pracovníky zaměstnanými na úřadu práce. K otázce vymezení činnosti sociální práce přistoupila váhavě. Svůj problém by svěřila do rukou psychologa či sociálního pracovníka, s hledáním pomoci by se naopak neobrátila na internetové poradenství nebo telefonickou linku důvěry - důvodem jsou obavy z neosobního přístupu pracovníků a nižší odbornosti poskytované služby, ale také zájem o dlouhodobý charakter poskytování pomoci. Jednorázová či krátkodobá forma poskytování pomoci by podle názoru dotazované nebyla příliš účinná. Přínos sociálního pracovníka v poskytování pomoci by nacházela v možnosti svěřit se, rovněž by očekávala jistý druh konzultace a pomoc s dalším řešením problému. Požadovanými osobnostními rysy sociálního pracovníka jsou pro respondentku přátelské ladění, autenticita a rovněž schopnost vidět v druhém živou bytost, ne pouze jakýsi odosobněný objekt výzkumu či pouhou pracovní náplň. Respondentka rovněž uvedla, že by sociálního pracovníka nepozvala domů, příjemné by jí nebylo ani navštěvování zařízení poskytujících sociální služby. Vhodné místo nedokázala určit, jediným požadavkem pro výkon poskytnutí služby byl civilní prostor pro setkání se sociálním pracovníkem. Prevenci spatřuje v udržování dobrých



mezilidských a rodinných vztahů a dále psychické vyrovnanosti, pěstování zájmů a volnočasových aktivit.

Ze seznamu poskytovatelů sociálních služeb vybrala jako nejvhodnější nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Respondentka mimo nahrávací protokol vyjádřila překvapení nad pestrou paletou poskytovatelů sociálních služeb a doplnila svoji odpověď týkající se prevence o důležitost vyšší informovanosti pro širší veřejnost.

### **7.3.2 Popis rozhovoru s respondentem číslo 2**

Rozhovor se uskutečnil v místě bydliště autorky diplomové práce. Respondentka se setkala se sociální pracovnící nízkoprahového zařízení pro děti a mládež, měla proto ucelenou představu o náplni práce sociálního pracovníka i potenciálních cílových skupinách. Uvedla, že kdyby měla bližší informace o podobných sociálních službách a sociální práci obecně už v době trvání problému, nejspíš by se na sociálního pracovníka obrátila spíše než na psychologa, se kterým se rovněž přímo setkala. Jako důvod upřednostnění sociálního pracovníka uvedla, že jí nikdo jiný, než psycholog, nenapadl, také negativní zkušenost s psychologem a nedůvěra u v odborné profesi, ze kterých dotazovaná cítí „lékařské prostředí“ (zmínila negativní pocity z nemocničního prostředí, lékařů - psychiatrů, zde uvedla zejména nepříjemný pocit z přístupu lékař-pacient, vedení v evidenci pacientů atd.). Sociální pracovník je dle jejího názoru více osobní, se skutečným zájmem o jedince potýkajícího se s problémy. Pracovník by se měl opravdu zajímat a především by neměl do spolupráce nijak nutit, naopak by měl být ke klientovi empatický a trpělivě vyčkat na jeho vlastní iniciativu. Respondentce by nebylo příjemné brát sociálního pracovníka domů ani docházet do zařízení poskytující sociální služby, nejpříjemnějším prostředím k rozhovoru by pro ni byla procházka v přírodě (například

v parku) z důvodu klidu a neformálnosti místa. Preferovala by individuální formu pomoci. Nedůvěřovala by telefonické krizové intervenci.

Z předloženého seznamu poskytovatelů sociálních služeb vybrala respondentka především díky své osobní zkušenosti jako nejvíce vhodné nízkoprahové zařízení pro děti a mládež. Jako přínosné hodnotí neformální atmosféru zařízení, možnost postupného přivykání k prostředí a pořádání volnočasových aktivit. Druhou volbou by pak bylo odborné sociální poradenství, na kterém by klientka ocenila individuální přístup a možnost hovořit s odborníkem v soukromí, mimo skupinu dalších osob. Naopak by nevolila telefonickou linku důvěry, neboť nerada telefonuje.

### **7.3.3 Popis rozhovoru s respondentem č. 3**

Respondentka si jako náplň práce sociálního pracovníka představuje práci s lidmi, na požádání o doplnění odpovědi upřesňuje i možné cílové skupiny (konkrétně jmenuje drogově závislé a tělesně postižené osoby). Se sociálním pracovníkem se dotazovaná nesetkala, určitý čas však byla v péči psychologa, kterého kvůli svým problémům se záměrným sebepoškozováním vyhledala z vlastní iniciativy. Terapii však ukončila, neboť její přínos hodnotila jako bezvýznamný. Důvodem byl rovněž přístup odborníka, který se dle slov respondentky choval neangažovaně a neprojevoval výraznější zájem poznat dívku a její problémy. Psychiatr podle ní pracuje velmi podobně, jako psycholog a možnost pomoci redukuje na předepisování medikace a nařízení léčby ve skupině. Pomoc poskytovanou sociálním pracovníkem si představit nedokáže. Neví, jak by taková pomoc mohla vypadat ani jak by mohla probíhat. U pomoci telefonické anonymní linky důvěry hodnotí kladně právě anonymitu a možnost svěřit se s problémem někomu, koho nezná a s kým se nikdy nesetká. Nedokáže si však představit, že by jí

toto mohlo dostatečně pomoci. O internetovém poradenství respondentka dosud neslyšela, po stručném objasnění hodnotí kladně možnost navázat zde dlouhodobější kontakt s jedním člověkem. Na závěr však uvádí názor, že mnohdy může více pomoci kamarád, nežli odborník. Na odborníkovi si cení vlastností, jako je empatie a schopnost rozpoznat pravý problém, který rovněž dokáže efektivně vyřešit. Důležitý je pro ni opravdový zájem o klienta (pacienta) a kamarádský přístup. Zmiňuje také odbornost, tedy aby pracovník věděl, „co dělá.“ Jako místo pro poskytnutí pomoci by zvolila ordinaci, za nutnou by však považovala příjemnou atmosféru místnosti (konkrétně uvedla například barevně laděný interiér, pohodlná křesla a nic, co by navodilo pocit sterility nemocničního prostředí). Pracovníka domů by nepozvala, protože podle jejího názoru je důležité problém řešit jinde, než v místě jeho odehrávání. Rozdíl mezi psychologem a sociální pracovníkem spatřuje v náplni práce i v jednání. Podle představ respondentky je sociální pracovník více přátelský a empatický, zatímco psycholog dle jejích slov působí spíše „doktorský“.

Z nabízených poskytovatelů sociálních služeb jako nejvhodnější vybírá odborné sociální poradenství. Pomoc krizových center oceňuje v situacích, kdy se klient dostane do ohrožení života. U terapeutických skupin hodnotí kladně možnost setkat se s lidmi s podobnými problémy v obdobné situaci. O nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež respondentka dosud neslyšela, koncept hodnotí jako zajímavý.

#### **7.3.4 Popis rozhovoru s respondentem č. 4**

Ačkoliv se respondentka se sociálním pracovníkem nesešla, o náplni jeho práce měla poměrně jasnou představu. Sociální pracovník dle jejího názoru pracuje s lidmi, kteří jsou sociálně nepřizpůsobiví, případně s těmi, kteří řeší

problémy spojené s nedostatkem finančních prostředků a chudobou, pomáhají v rodinách či dětem se vzděláváním. Respondentka navštěvovala psychologa z jiných důvodů, problém záměrného sebepoškozování s ním neřešila. Výslednou pomoc nehodnotí jako přínosnou, podle vlastních slov se po absolvování sezení cítila ještě hůře. Na daném odborníkovi dotazované vadilo jeho laxní vystupování a nezáměr. Přínos psychiatra spatřuje v předepisování medikace, terapeutický rozhovor si s ním nedokáže představit. Anonymní linku důvěry nevnímá jako potřebnou pro řešení daného problému, dle jejího názoru této služby využívají především děti, které mají problémy doma nebo v rodině. Internetové poradenství rovněž nepovažuje za vhodné z důvodu neosobního přístupu a snadného vyvolání nedorozumění vyplývajícího z absence přímého kontaktu. Pomoc sociálního pracovníka si představit nedokáže. Práci sociálního pracovníka vnímá spíše negativně, jelikož dle jejího názoru hledá chybu vždy nejdříve v rodině, která dále může mít z jeho působení potíže. I z tohoto důvodu by jeho pomoc při řešení svého problému se záměrným sebepoškozováním nevyhledala. Respondentka jako další důvod, proč by volila spíše psychologa, uvádí, že psycholog je vázán mlčenlivostí. Ideálním místem k poskytování pomoci by dle ní byla příroda, kde jako kladný uvádí pocit svobody. U prostor kanceláře či ordinace by bylo nutnou podmínkou příjemné prostředí (zmiňuje interiér a design). Pracovníka by nebrala domů, neboť by měla pocit, že mu dává až příliš nahlížet do svého soukromí, rovněž by se obávala předsudků ze strany pracovníka a jeho předčasného odsouzení na základě viděného. Z hlediska prevence respondentku nenapadá nic, čím by šlo problému předejít. Míni, že kvůli stresujícímu tempu moderní doby bude případů záměrného sebepoškozování dokonce přibývat.

Z nabídky poskytovatelů hodnotí jako nejvhodnější služby telefonické krizové intervence, využití ostatních služeb jí ve vztahu k vlastnímu problému připadá neadekvátní. Do nízkoprahových zařízení pro děti a mládež se dle jejího názoru chodí klienti pouze bavit. Odborné sociální poradenství by využila především k získávání informací a nasměrování k další odborné pomoci. Význam krizového centra spatřuje pouze v případech závažných projevů.

### **7.3.5 Popis rozhovoru s respondentem č. 5**

Respondent se setkal se sociálním pracovníkem, sám rovněž uvažoval o absolvování kvalifikačního kurzu pro pracovníky sociálních služeb, neboť v pomáhajících profesích spatřuje velký přínos pro společnost i potřebné. Náplň sociálního pracovníka spatřuje v poskytování praktické pomoci spočívající v obstarávání každodenních životních potřeb a úkolů seniorům, postiženým či nemohoucím lidem (zmiňuje například vaření), hlavní prospěch však vidí v pomoci s vedením klienta k osobnostnímu rozvoji. Sociální práce podle názoru dotazovaného může tímto způsobem plnit funkci terapie. Sociální pracovník by mohl být přínosný v práci s rodinami, kde by mohl zastávat úlohu jakéhosi zprostředkovatele mezi sebepoškozujícím se člověkem a jeho rodinou. Základním osobnostním rysem sociálního pracovníka by měla být empatie a nesobeckost. Pracovník by měl být klidný a nechovat se vůči klientovi nadřazeně. Respondent vyslovuje domněnku, podle níž si povolání sociálních pracovníků vybírají takoví lidé, kteří si sami prožili mnohá životní úskalí a nabyté zkušenosti a rady, jak se s potížemi vyrovnat, chtějí předávat dál, což hodnotí jako nesobecký akt. Dotazovaný by sám odbornou pomoc nevyhledal, přesto však vnímá užitečnost jeho pomoci pro jiné osoby, které mají se sebepoškozováním potíže. Takovou pomocí je podle něho dodat jedinci impulz, aby problém začal chtít

řešit, být spouštěčem. Dodává však, že jakákoliv pomoc je účinná pouze v případě, kdy si druhý chce nechat pomoci. Psycholog dle jeho názoru může také pomoci, ovšem pouze v případě, že má vyřešené vlastní problémy a je sám se sebou smířený. Linku důvěry, stejně jako internetové poradenství, hodnotí jako příliš neosobní, upřednostnil by osobní kontakt. Volba prostředí závisí na druhu problému, obecně je však podle respondenta dobré řešit problém v místě, kde se odehrává. Z konkrétních požadavků na prostředí, v němž by se mělo odehrávat poskytování pomoci, jmenuje čistotu, příjemnou atmosféru navozující klid a absenci rušivých elementů. Ačkoliv se nedomnívá, že by nějaká skutečnost dokázala zabránit výskytu sebepoškozování u něho samotného, prevenci hodnotí jako zásadní pro snížení počtu případů záměrného sebepoškozování. Klíčová je především informovanost rodičům o citlivém způsobu výchovy a podpora mezilidských vztahů založených na lásce. Ze seznamu poskytovatelů nevybral nejvhodnější službu, neboť je podle jeho názoru přínosná každá z nich.

#### **7.3.6 Popis rozhovoru s respondentem č. 6**

Respondent se v dětském věku setkal se sociální pracovnící v souvislosti s vlastní adopcí. Sociální pracovník podle představ respondenta pracuje kromě dětí také s lidmi, s nimiž řeší partnerské i rodinné vztahy a z nich možné plynoucí konflikty. Se svým problémem by se však na sociálního pracovníka neobrátil - vnímá jej totiž spíše jako úředníka než odborníka pomáhající profese, proto si jeho pomoc v souvislosti se sebepoškozováním nedokáže dobře představit. Důvěru by naopak vložil do rukou psychologa, který pro něj představuje větší odbornou autoritu. Důležitými vlastnostmi pomáhajících pracovníků jsou podle respondenta sympatie, jeho celkové vzezření a působení.

Ideální místo pro poskytnutí pomoci by pro něj představovala pracovníka kancelář nebo přímo vlastní obydlí. Variantu přivést pracovníka k sobě domů naopak kvůli obavám z narušení soukromí zamítl. Skepticky se staví rovněž k možnosti využití služeb telefonické krizové intervence a internetového poradenství, kde by postrádal osobní kontakt s pracovníky, anonymitu zde hodnotí spíše negativně.

Ze sociálních služeb dotazovaný jako nejvhodnější zvolil nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, přestože by jejich služeb sám nejspíš nevyužil. Důvodem jsou respondentovy obtíže sdílet své problémy s více lidmi. Vyhovovala by mu proto práce pouze s jedním odborníkem, dlouhodobějšího charakteru. Předejít problému rozvoje sebepoškozujícího se chování je podle něho nereálné, jelikož tyto tendence vycházejí z osobnosti dotyčných (jako rizikové osoby označil choleriky a osoby, které inklinují k impulzivnímu a zkratkovitému jednání).

### **7.3.7 Popis rozhovoru s respondentem č. 7**

Respondentka se s prací sociálního pracovníka v osobním životě nesetkala. Náplň práce těchto osob vidí v poskytování pomoci nejrozličnějším sociálním skupinám (konkrétně zmiňuje rodiny s dětmi, seniory, tělesně a mentálně postižené) prostřednictvím sociální péče či finanční pomoci. Z nabízených odborníků by preferovala návštěvu psychologa. Jeho přínos spočívá dle názoru dotazované v tom, že svého klienta dokáže navést k novému pohledu na aktuální problém, čímž se otevírají další způsoby jeho řešení. Pomoc psychiatra by vyhledala až v krajním případě, ačkoliv se domnívá, že jeho náplň práce se od té psychologovi (s výjimkou předepisování medikace) příliš neliší, a proto by byl nejspíše schopný potřebné osobě rovněž pomoci. Dále uvedla, že o možnosti

zavolat na anonymní linku důvěry v minulosti uvažovala, nakonec se na ni však neobrátila. Důvodem byla skutečnost, že respondentka nerada komunikuje po telefonu a dále pocit, že její problém není natolik závažný, aby s ním obtěžovala pracovníky linky. Zmínila rovněž negativní zkušenost se službou chatu při lince důvěry. Internetové poradenství podle ní může být přínosné především možností získat názory od dalších lidí, kterým sdílení rovněž může pomoci, zrádná však může být jeho anonymita (dotazovaná konkrétně zmiňuje fakt, že nelze zjistit, jaký jedinec radu přináší). Pomoc sociálního pracovníka spatřuje v rozhovoru, v němž by se měl pracovník zajímat o její problém a mít na jeho rozbor dostatek času. Užitečné by podle dotazované mohlo být odkazování na další odborníky, zejména takové, které by bylo založené na kladných referencích. V souvislosti s touto otázkou však také zmiňuje, že by před vyhledáním sociálního pracovníka upřednostnila psychologa. Dle jejího názoru je povolanějším odborníkem k řešení problému záměrného sebepoškozování. Vlastnosti, které by potřebovala u sociálního pracovníka, kterému by problém svěřila, jsou odbornost, vzdělanost a zájem o klientovu osobu. Problém by ráda řešila v zařízení, kde pracovník působí, nebo u sebe doma, neboť se jedná o známé prostředí, v němž se necítí nikterak ohroženě. Podmínkou by však byla důvěra v pracovníka. Procházku v přírodě by nepreferovala, neboť by jí nevyhovovalo velké množství rušivých podnětů, na problém se potřebuje soustředit v klidu. Význam prevence si u svého případu nedokáže představit, dle svých vlastních slov by výskytu sebepoškozování mohla zabránit pouze změna osobnosti a získání určitého nadhledu.

Ze seznamu poskytovatelů nejvíce kladně hodnotí terapeutické komunity a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, kde oceňuje možnost s pracovníky hovořit o problému do hloubky.



## 7.4 Zpracování dat

### 7.4.1 Metoda vytváření trsů

Dle Miovského (2006, s. 221) je účelem této metody rozčlenění výroků do skupin na základě jejich vzájemné podobnosti.

Přepisy rozhovorů autorka několikrát pročetla a posléze barevně zvýraznila informace, které se ve výpovědích opakovaly a zároveň byly důležité v kontextu položené otázky. Následně tak bylo možné rozdělit výroky do tematických kategorií, které vesměs kopírovaly stěžejní část položené otázky, a zároveň pozorovat jejich četnost.

Jednotlivé otázky budou analyzovány a doplněny autentickými výroky respondentů, které budou v nezměněné podobě abstrahovány přímo z přepisů rozhovorů.

## 7.5 Analýza dat a interpretace výsledků

V této podkapitole jsou analyzována získaná data. Zjištěné výsledky shrnují tabulky na konci každé podkapitoly.

### 7.5.1 Setkání se sociálním pracovníkem

Někteří z respondentů s prací sociálního pracovníka dosud nepřišli do styku. Zbývající respondenti se s pracovníky setkali buď při řešení osobní záležitosti jakožto klienti, nebo v rámci studia či vlastní dobrovolnické činnosti v organizaci sociální pracovníky zaměstnávající.

#### Tabulkové shrnutí

**Tabulka č. 1: Setkání se sociálním pracovníkem**

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Setkání se sociální pracovníkem</b>							
Ano	+	+			+	+	
Ne			+	+			+

### **7.5.2 Představa o náplni práce sociálního pracovníka**

Respondenti věděli, že sociální pracovník pracuje s lidmi, kteří se potýkají s problémy sociálního charakteru. Většina respondentů také správně reflektovala skutečnost, že rozsah sociální práce je široký, zasahuje do mnoha oblastí a rovněž že cílové skupiny mohou být různé. Nejčastěji jmenovanou cílovou skupinou byly rodiny a děti.

R4: *„Sociální pracovník pracuje s lidmi, kteří jsou třeba sociálně společensky nepřizpůsobiví nebo mají nějaké problémy, když je třeba rodina, kde jsou chudí, tak těm dětem pomáhají se vzděláním, aby měli třeba na jídlo a takové věci. Prostě pracují se sociálními případy.“*

R2: *Myslím si, že ledasco - od nějakého poradenství přes pomoc dětem nebo rodinám. Myslím, že je to docela široký záběr.*

R3: *„No, tak rozhodně pracuje s lidmi, a dál to pak záleží na nějakém přímo odvětví, ne? Prostě pomáhá s určitými sociálními problémy.“*

R6: *„Tak podle mě záleží na tom odvětví, kde pracuje. Buď pracuje s dětmi, nebo řeší manželství, rodinné problémy, vztahové problémy, a tak různě.“*

### **7.5.3 Preferovaná pomoc**

Cílem otázky bylo zjistit, na kterého odborníka či službu sociální prevence by se respondenti v souvislosti s řešením svého problému obrátili, zároveň mohli doplnit zdůvodnění své volby. Z nabídky čítající psychologa, sociálního pracovníka, anonymní linku důvěry a internetové poradenství byl nejvíce preferován psycholog, kterého by zvolila více než polovina respondentů. Naopak psychiatr nebyl vybrán žádným respondentem, stejně tak tomu bylo v případě anonymní linky důvěry.

## Psycholog

Někteří respondenti by k tomuto odborníkovi pravděpodobně šli, někteří ve svých odpovědích uvedli, že by jej dokonce vyhledali rádi. Důvodem je důvěra ve schopnosti odborníka či zvědavost.

Respondent 1: „*Tak asi bych k němu šla, protože si myslím, že ví, co dělá, rozumí tomu a prostě by mi mohl pomoci celkově k tomu problému.*“

Respondent 6: „*K tomu bych šel, a dokonce rád. Zajímalo by mě, jak by mě rozebral, jestli by mi zvládnul pomoci. Rád bych věděl, co se stane.*“

Respondent 7: „*Myslím si, že dokáže pomoci. Díky němu si člověk třeba může uvědomit spoustu věcí a přijít na nějaké nové, které by mu pomohly.*“

## Předchozí zkušenost s psychologem

Někteří respondenti u této otázky sami sdělili, že zkušenost s psychologem v minulosti získali. Většina z těchto respondentů ovšem tuto zkušenost hodnotí negativně. Důvodem je především pocit nezájmu odborníka o respondentovu osobu. Přesto však tato zkušenost až na výjimku není důvodem k tomu, aby dotyční respondenti nevyhledali jiného psychologa v budoucnu.

Respondent 3: „*On se mě zeptal jenom <Tak, jak je?> a já mu to řekla, ale on se na to pak ani dál nezeptal nic moc, řekl jenom <Takže všechno v pohodě?> a bylo to. Podle mě by psycholog měl mít v jednom kuse samé otázky, ale on si jen sednul na křeslo, rozvalil se a bylo. V podstatě se o mě moc nezajímal“... „že jeden je blbec pro mě, neznamená, že jsou blbci všichni.“*

### Psychiatr

Tato možnost byla respondenty zavržena. Některými byla vnímána jako krajní varianta (uvedeno v tabulce), která by však rozhodně nebyla jejich prvotní volbou.

Respondent 1: *„No, tak to už mi přijde jako přehnaný moc, to až jako posední možnost.“*

### Předepisování medikace

Respondenti v souvislosti s náplní práce mnohdy konstatovali, že psychiatr pouze předepíše léky, a jeho pomoc proto není nijak účinná.

Respondent 4: *„Tak ten dává jenom prášky, prostě přijdeš, on se koukne na kartu, napíše ti prášky a jdeš. Tam nevnímám, že by s tebou třeba mluvil.“*

### Lékařské a nemocniční prostředí

Velmi častým předmětem výpovědí byl strach z lékařů a lékařského prostředí a nedůvěra k nim. To je nejspíš hlavní důvod, proč pomoc psychiatra respondenti jednoznačně zamítli.

Respondent 6: *„Tak k tomu bych nešel. Nevěřím doktorům“*

Respondent 2: *„...to je asi problém s mojí fobií ze všech lékařů. Kdybych musela vlézt do nemocnice nebo něco takového - protože já jsem u toho dětského psychiatra byla a bylo to přesně tak hrozné, jak jsem si myslela, že to bude - třeba nějaký jiný psycholog by byl fakt v pohodě, kdyby třeba pracoval někde mimo takové zařízení.“*

### Anonymní telefonická linka důvěry

Důvody k zamítnutí této formy pomoci byly především anonymita a pocit respondentů, že jejich problém není dostatečně závažný.

### Pocit nezávažnosti vlastního problému

Ve výpovědích rovněž zaznělo, že by respondenti měli pocit, jako by pracovníky na lince důvěry obtěžovali. Jejich problém totiž podle vlastního názoru není dostatečně závažný k tomu, aby na tuto službu skutečně zavolali. Je tedy možné předpokládat, že by zde u těchto respondentů vznikl pocit trapnosti či studu.

Respondent 7: *„Jenže mě prostě přijde, že ten problém není tak velký, abych jim obsazovala linku, že tam volají lidé, kteří mají mnohem větší problémy, a já bych prostě měla pocit, že je s tím otravuji, takže z tohoto důvodu bych jim spíš nezavolala.“*

### Neosobní a anonymní přístup

Princip anonymity, na kterém je služba založena, byl více než polovinou dotázaných vnímán negativně. Respondenti v souvislosti s touto skutečností zmiňovali, že pokud už by se pomoc rozhodli vyhledat, volili by osobnější formu s možností dlouhodobější spolupráce.

Respondent 1: *„Já bych spíš chtěla tu dlouhodobou pomoc než jen tu krátkodobou, kde bych jen zavolala.“*

Respondent 2: *„Tak myslím, že když už bych se odhodlala to nějak řešit, tak asi ne přes telefon, raději možná za někým takhle fyzickým, než anonymně.“*

Respondent 6: *„Ne. Je to anonymní, neosobní. To si myslím, že by mi nic nepřineslo.“*

### Internetové poradenství

Z uvedených možností byly odpovědi k této variantě nejvíce rozporuplné. Žádný z respondentů by pomoc služby internetového poradenství ve svém konkrétním případě prioritně nezvolil, přesto si však její přínos dokážou

představit. U takových respondentů se nabízí jako vysvětlení například jejich povahové rysy, kdy se neradi svěřují se svými starostmi nebo nepreferují písemný kontakt.

Respondent 1: „To většinou taky nedělám, je to zase, že pro některý by to bylo dobrý, že se můžou svěřit a vidět názory těch ostatních, ale já prostě na to taky tu povahu nemám, asi bych to tam nepsala, je to takový neosobní.“

Respondent 3: „Tak o tom slyším poprvé. Zase to dopisování může mít efekt, tý jo, mám někoho, s kým si můžu dlouhodobě povídat. Ale myslím si, že je lepší toho člověka znát.“

#### Neosobní přístup a anonymita

Podobě jako u předchozí možnosti, i zde byl negativně hodnocen neosobní přístup a anonymita služby.

Respondent 4: „Taky ne. To už bych spíš volala. Psaní mi přijde hrozně neosobní. Napsat můžeš v podstatě cokoli, navíc to můžeš špatně zformulovat všechno. Když mluvíš, tak těch slov použiješ víc na vysvětlení, a když mluvíš vedle toho člověka, tak ještě tě pochopí podle výrazu obličeje, to všechno je potřeba pro to, aby tě člověk pochopil.“

Respondent 6: „Ne. Opět, neosobní.“

#### Tabulkové shrnutí

**Tabulka č. 2: Poskytovatelé sociálních služeb**

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Preferovaná forma pomoci</b>							
Psycholog	+	+		+		+	+
Psychiatr	+						+
Anonymní telefonická linka důvěry				+			
Internetové poradenství			+				+
Sociální pracovník	+	+					
Primárně by nejraději řešil sám		+			+		

#### 7.5.4 Pomoc sociálního pracovníka

Cílem otázky bylo získat názor respondentů na to, zda a jak by sociální pracovník mohl pomoci s řešením jejich problému souvisejícího se sebepoškozováním. Z kladných odpovědí převládaly výroky o pomoci sociálního pracovníka spočívající zejména v trpělivém a chápajícím vyslechnutí problému, prokázání zájmu o respondenta a nasměrování k další pomoci. Odpověď do jisté míry koresponduje s výsledky otázky č. 6 týkající se osobnosti sociálního pracovníka. Konkrétnější představu o realizaci pomoci respondenti nezmninili, odpověď pojali spíše obecně se zaměřením na vlastní osobu a očekávání.

##### Mohl by pomoci

R1: „Tak si myslím, že by mi řekl, co mám dělat a co nemám dělat, na co se mám zaměřit, aby se to zlepšilo ten problém, určitě by to se mnou rozebral, takže by mi to pomohlo po psychické stránce, ale pak záleží hlavně na člověku, jestli s tím chce něco udělat nebo nechce.“

R2: „Tam bych čekala možnost se vypovídat, svěřit se mu a takovou podporu.“

##### Nemohl by pomoci

Důvodem k zamítavé odpovědi byly přímé či nepřímé negativní zkušenosti respondentů se sociálními pracovníky, která následně zapůsobily jako odrazující okolnost.

R6: „Mě když řekneš slovo sociální pracovník, tak to je prostě pro mě jako úředník, vybavím si tu paní, jak mi kladla pár otázek o adopci, takže ne. Myslím si, že sociální pracovník není moc nápomocný. Já si neumím představit, že bych se mu svěřil.“

R4: „Ne, vůbec ne. V té situaci, kdybych tam šla, tak bych spíš měla pocit, že se to hodně rozmázne a že by v podstatě rodiče mohli mít problém, všichni kolem by mohli mít problém, akorát by se to všechno rozmázlo kolem, po vesnici, dalo by se říct. V tomhle se přiznám, že já to vnímám jako negativní věc. Takhle, mám to na základě toho, co jsem slyšela v televizi, co jsem slyšela v rádiu, co jsem slyšela od jiných lidí, tak já to vnímám tak, že sociální pracovníci nejdřív hledají chybu u rodiny, a pak přemýšlí, jestli to dítě na tom není nějak špatně samo o sobě.“

Obavy ze způsobení potíží rodině a jejího obviňování a stigmatizace se vyskytly i u dalšího respondenta, který se vyjádřil následovně:

R2: „Ale myslím si, že by sociální pracovník zjišťoval, proč se to děje... Tehdy, když mi bylo ještě málo, tak by určitě zjišťoval, jestli to není z rodinných poměrů vycházející nebo z něčeho takového...“

Důvodem k nevyhledání pomoci sociálního pracovníka bylo také upřednostnění jiného odborníka, nejčastěji psychologa.

R7: „Ale jak říkám, já bych za ním spíš nešla. Nenapadá mě nic moc konkrétního, s čím by mi mohl pomoci vyloženě jinak, než třeba psycholog.“

#### Neumí si pomoc představit

Někteří respondenti na tuto otázku nedokázali zformulovat odpověď. Jelikož všichni z těchto dotazovaných zároveň u otázky č. 1 uvedli, že se se sociálním pracovníkem nikdy nesetkali, bylo by zde možné hledat souvislost.

R3: „Nevím, nedokážu si to představit. Úplně si nedokážu představit, jak by to mělo probíhat a jak by to mělo vypadat, asi, že jsem se s tím nesetkala, nevím...“



## Tabulkové shrnutí

**Tabulka č. 3: Pomoc sociálního pracovníka**

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Pomoc sociálního pracovníka</b>							
Mohl by pomoci	+	+			+		+
Nemohl by pomoci				+		+	
Neumí si pomoc představit			+			+	

### **7.5.5 Osobnost sociálního pracovníka**

Každý z respondentů vyjmenoval několik charakterových rysů a charakterových vlastností, kterými by měl sociální pracovník (případně pracovník v pomáhající profesi, jehož by kvůli svému problému vyhledali) disponovat. Respondenti ve většině případů vyjmenovali více požadavků, podrobněji bude rozebrán každý z nich.

#### Zájem o klienta

Všichni dotázaní respondenti za klíčový považují zájem o jejich vlastní osobu a také o problém, kvůli němuž odborníka vyhledali. Vyjádřili touhu po tom, aby se o ně pracovník hlouběji zajímal, vyptával se a přistupoval k nim jako k živým bytostem, nikoliv jako k práci. Důležité je tedy vnímat klienta jako živou bytost.

R1: „...aby působil v pohodě a že ho to opravdu zajímá a tak, viděla jsem i ty případy, kdy nic moc.“

R3: „Měl by se rozhodně zajímat o toho člověka, aby to nebral jenom tak, jakože si to tady odsedíme, jó, je to moje práce, ale aby prostě se snažil toho člověka nějakým způsobem poznat, aby se dokázal vcítit do toho problému.“

R7: „...A pak taky osobní lidský přístup, abych pro něj nebyla jako nějaké číslo, jakože tady si odškrtnu dalšího klienta na seznamu schůzek dnešního dne. Prostě abych mu

věřila alespoň trochu, že ve mně vidí i lidskou bytost a ne jen práci nebo peníze."

### Empatie

Druhou nejčastěji zmiňovanou vlastností je pracovníkův empatický a citlivý přístup.

R2: „Určitě bych si myslela, že bude muset být hodně empatický, takže empatie a to, že nebude vytvářet nějaký nátlak a aby nechal člověka, když už se odhodlal tam přijít, aby postupoval podle svého tempa a nenutil ho k ničemu, takže to bych asi tak očekávala.“

R3: „Hlavní je to, aby se dokázal vcítit a aby rozpoznal pravý důvod, pravý problém, a dokázal ho vyřešit.“

### Odbornost

Pro některé respondenty má velký význam význam pracovníkova odbornost. Se svým problémem se potřebují svěřit někomu, o kom se domnívají, že si s ním dokáže poradit a že jej dokáže efektivně vyřešit na základě svých odborných kompetencí dosažených například studiem.

R3: „Kamarádský dojem je důležitý, ale zároveň by bylo dobré vědět, že ten člověk ví, co dělá.“

R7: „Jako první bych ale chtěla vědět, kde studoval, nějaké doklady ke vzdělání... Vědět, že je kompetentní k výkonu té práce... Potřebovala bych, aby působil vzdělaně a odborně.“

### Tabulkové shrnutí

**Tabulka č. 4: Osobnost sociálního pracovníka**

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Osobnost sociálního pracovníka</b>							
Zájem o klienta	+		+	+			+
Empatie		+			+		
Odbornost			+	+		+	+

### 7.5.6 Prostředí intervence

Respondentům byla navržena krátká nabídka míst, ve kterých by pomoc mohla probíhat. Mohli také navrhnout vlastní variantu.

#### Pracovníkovo pracoviště nebo zařízení poskytovatele

Této možnosti bylo nakloněno největší množství respondentů. Každý z nich však vyjmenoval určitá kritéria, která by tyto prostory měly splňovat. Nejčastější podmínkou bylo vytvoření příjemné a uvolněné atmosféry. Vyskytl se také požadavek na soukromí. Výsledek této odpovědi korespondoval s výroky některých respondentů o jejich negativních pocitech z čehokoliv, co by navozovalo nemocniční a neosobní, sterilní dojem. Oproti stroze a účelově zařízeným nemocničním prostorám se proto objevovaly požadavky na barevné interiéry, pohodlná křesla atd. Tedy něco, co by navodilo domácké a útulné prostředí, aniž by se dotyčný musel doma skutečně nacházet. Dalo by se říci, že odborník v místnosti zařízené jako běžné domácí obydlí, na rozdíl od klasické lékařské ordinace, působí mnohem více lidsky, a klient pak od něj snáze očekává, ale i přijímá obdobně lidský přístup.

R3: *„Třeba už jen barevná zeď. Prostě aby to nebyla čistě bílá zeď. Protože to opravdu navozuje jen ten čistě doktorský přístup. Barevná zeď, hezký milý křesílka, klidně akvárium s rybičkami. Domácí atmosféru, ne jen čistě profesionální atmosféru, sterilní.“*

R4: *„...tam záleží na interiéru, na designu. Někde se člověk cítí uvolněně a mluví hned, někde se cítí stísněně.“*

#### Pozvání pracovníka do svého obydlí

Tato možnost byla až na jednu výjimku zamítnuta všemi respondenty. Důvody byly téměř totožné. Z výroků je patrné,

že respondenti by neradi pouštěli pracovníka do svého soukromí, jelikož se jedná o příliš osobní prostředí. Pracovníkova přítomnost by byla vnímána jako narušení osobního prostoru.

R1: *„Doma asi ne, doma by mi to prostě přišlo až moc osobní...“*

R4: *„To bych měla pocit, že mu až moc ukazují, že se prostě může rozhlédnout a říct si, to má takovou barvu nábytku, tak to si napíšu, tohle, tady má tyhle knížky, tak to odpovídá tomuhle. Nechci říct všechno najednou, mám potřebu s některými věcmi vyjít najevo až po určitém čase.“*

Respondent, který jako jediný uvedl opak (tedy, že by mu pozvat si pracovníka domů nevadilo), zmínil přínosy, které by tato událost mohla mít. Ve známém prostředí by se mu o problémech hovořilo lépe. Podmínkou však je mít v odborníka dostačující důvěru. Zde je tedy předpoklad, že by se již s pracovníkem musel znát, nesmělo by se jednat o první setkání.

R7: *„To by mi asi taky nevadilo. Pokud bych k němu měla důvěru, tak by mi to opravdu nevadilo, myslím si, že by to tam mohlo být i lepší pro mě, protože bych byla v prostředí, které je pro mě známé, měla bych pocit, že mě tam nic neohrožuje.“*

### Příroda

Respondenti by uvítali možnost hovořit o svých problémech v přírodě, například během společné procházky s pracovníkem. Z výroků bylo patrné, že by ocenili především neformálnost prostředí. Neohraničené prostory také v respondentech vyvolávají pocity volnosti a svobody, necítili by se stísněně, proto by se dokázali více uvolnit a o problému spíše hovořit. V místnosti v přímém rozhovoru

z očí do očí, kde se konverzace při sezení na pohovce očekává, zde by naopak mohla probíhat více nenuceně.

R2: „Procházka v přírodě ideálně. Když chodím, a ještě někde venku v přírodě, to je pro mě úplně nejlepší místo k povídání a hlavně je to takový úplně neutrální území, venku je klid a prostor, je to takový neutrální prostředí.“

R4: „Člověk má volnost a v podstatě má volnost utéct, když to tak řeknu. Jako on by člověk neutekl, ale má tam tu možnost, a to je fajn mít.“

#### Tabulkové shrnutí

**Tabulka č. 5: Prostředí intervence**

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Prostředí intervence</b>							
Pracoviště nebo zařízení			+		+	+	+
Domov klienta					+		+
Příroda	+	+		+	+		

#### **7.5.7 Seznam vybraných poskytovatelů sociálních služeb**

Cílem této otázky bylo zmapovat, která zařízení sociálních služeb by dotazovaní preferovali při řešení svého problému. Na základě výpovědi byla jednotlivá zařízení obodována, aby bylo možné přehledné vyhodnocení četnosti výběru každého z nich. Bodové umístění zobrazuje tabulka č. 2.

#### Odborné sociální poradenství

Nejlépe hodnocenou službou bylo odborné sociální poradenství, a to zejména kvůli možnosti promluvit si o svém problému a svěřit se, dále díky vnímanému zájmu o klienta.

Respondent 3: „Tak nejvíc bych dala asi odborné sociální poradenství, přijde mi to jako poradny prostě. Člověk tam může přijít popovídat, když to ještě není tak akutní.“

### Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Druhou nejvíce preferována byla nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Respondenti kladně hodnotili především služby, které tento typ služby poskytuje, dotázaní zmiňovali pozitivní preventivní vliv.

Respondent 1: „*To pro děti a mládež, to se mi fakt líbí, protože ti mladiství často nevědí, co se životem, to se mi hodně líbí, vlastně vůbec ty aktivity, co oni poskytují... Oni pak nemají čas mít tu špatnou náladu.*“

U dvou respondentů hrála při výběru roli pozitivní osobní zkušenost.

Respondent 2: „*Z toho důvodu, že alespoň vím víc, o co tam jde, tak je mi nízkoprahové zařízení sympatičtější než ostatní možnosti už z toho důvodu, že tam pořádají nějaké kroužky a člověk tam nemusí jít a hned začít prostě řešit ten problém...*“

### Terapeutické komunity

Respondent 3: „*Terapeutické komunity si taky myslím, že nejsou úplně špatné, že tam je člověk zase v určité komunitě, potká se tam s lidmi, co mají stejné problémy...*“

### Telefonická krizová intervence

U této možnosti se hodně opakovaly odpovědi, které dotazovaní zmiňovali v průběhu rozhovoru v souvislosti s preferencí či nepreferencí anonymní linky důvěry. Proto zřejmě není překvapivé, že je tato varianta zastoupena druhým nejmenším počtem bodů. Důvodem nepreference byl tedy neosobní a anonymní přístup, u jedné respondentky negativní zkušenost.

Respondent 7: „*Mám zkušenost s chatem od provozovatele anonymní linky důvěry, a z celé té konverzace jsem měla*

*pocit, jakoby paní měla naučení tři-čtyři věty, a ty opakovala stále dokola. Umím si představit, že to asi dokáže dostat z nejhorsího, ale na nějakou systematickou pomoc, to ne."*

#### Krizová centra

Tato služba byla bodově zastoupena nejméně. Důvodem není to, že by ji respondenti považovali za nepotřebnou, ale její zaměření - dotazovanými je intervence krizového centra vnímána jako krajní možnost.

Respondent 4: *„Krizovka jako poslední, tam mi přijde, že je to pro hodně vážné případy.“*

#### Tabulkové shrnutí

**Tabulka č. 6: Poskytovatelé sociálních služeb**

Seznam poskytovatelů soc. služeb	Bodové ohodnocení						
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Nízkoprahová zařízení (pro D a M)	5	5	3	2	-	4	5
Odborné poradenství	4	4	5	4	-	5	3
Terapeutické komunity	3	3	4	3	-	3	4
Telefonická krizová intervence	2	1	2	5	-	1	2
Krizová centra	1	2	1	1	-	2	1

## **8. Expertní dotazování**

### **8.1 Výzkumný vzorek**

Osloveni byli tři odborníci, z nichž všichni mají více než pětiletou praxi v oboru.

Odborný respondent č. 1, dlouhodobě pracuje jako klinický psycholog na psychiatrickém oddělení nemocnice. Jeho cílovou skupinou jsou především děti a mladiství.

Odborný respondent č. 2, aktuálně pracuje v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež, kde již několikátým rokem působí na pozici sociálního pracovníka. Před tímto zaměstnáním měl rovněž několikaletou zkušenost s prací s mládeží, a to jako učitel.

Odborný respondent č. 3, působí jako speciální pedagog ve škole při dětském psychiatrickém oddělení nemocnice, které hospitalizuje pacienty ve věku od 6 do 18 let.

### **8.2 Příprava a sběr dat**

Odborní respondenti byli prostřednictvím e-mailové korespondence osloveni s žádostí o spolupráci. Úvodní zpráva obsahovala stručný popis práce a cíl výzkumu. Součástí zprávy byly přiložené otázky a určení cílové skupiny, jakožto nutná část k přípravě odborných respondentů na budoucí rozhovor.

Rozhovory proběhly na pracovištích jednotlivých odborných respondentů dle předem daného scénáře. Respondenti hojně uváděli příklady z vlastní praxe. Odpovědi byly nahrávány na diktafon a posléze vyhodnoceny stejnými postupy jako rozhovory s respondenty popsané v předchozí části práce.



## **8.3 Popis jednotlivých rozhovorů**

### **8.3.1 Popis rozhovoru s odborným respondentem č. 1**

Před samotným rozhovorem odborná respondentka vyjádřila skepsi k problematice sociální práce s osobami se sebepoškozujícím se chováním. Otázala se autorky práce, zda se domnívá, že s touto cílovou skupinou sociální práce vůbec probíhá. Autorka argumentovala nabídkou kurzu Problematika sebepoškozování, který je určen převážně pro sociální pracovníky a zároveň v současnosti zvýšenou poptávkou po něm. Z této skutečnosti usuzuje, že sociální pracovníci se s problémem záměrného sebepoškozování setkávají a pracují s ním.

Respondentka v první řadě uvedla rizikové faktory vyplývající z psychiatrických diagnóz se symptomatikou sebepoškozování, a to především poruchy osobnosti (zejména emočně-nestabilní typ), depresivních poruch a disharmonického vývoje osobnosti. Zmínila však také schizofrenii, obsedantně kompulzivní poruchu a autismus. Ačkoliv je poruchy osobnosti možné diagnostikovat až po osmnáctém roce věku (v té chvíli lze již předpokládat, že došlo víceméně k ukončení vývoje osobnosti), určité rysy disharmonického vývoje se projevují v životě dítěte již dříve, nejčastěji v období puberty kolem třináctého roku. Tímto projevem a znakem budoucí diagnózy může být právě záměrné sebepoškozování. Takové chování je však podmíněno také tím, co se děje v okolí sebepoškozující se osoby. Odbornice vyjmenovala především případy, kdy jsou mladiství ve svých rodinách nešťastní, v dětství byli týráni nebo sexuálně zneužíváni, či se jim v životě událo cokoli, co vnímali jako událost, jež jim způsobila nějaké příkoří. Dle respondentky mohou tito lidé sebepoškozováním vyjádřit intenzivní nevyřčené emoce způsobené výše zmíněným, například pocit nedostatku lásky

a péče, nepochopení či strádání z nedostatku pozornosti rodiče. Konstatuje, že výskyt je častější u dívek než u chlapců. Rizikový faktor však spatřuje také v době samotné. Aktuální situaci porovnává se situací v roce jejího nástupu do zaměstnání v devadesátých letech a shledává, že počet sebepoškozujících se jedinců nebyl tak vysoký, jako je tomu dnes. Důvod vidí v určité módě dnešní doby, v souvislosti s čímž zmiňuje subkulturu emo. Za významný problém přispívající k šíření považuje média, která mohou působit návodně. Jedince, který se sebepoškozuje, není možné rozpoznat samotného, vždy se musí pohybovat v interakci s druhými, nejlépe v kolektivu. V takovém prostředí člověk dle respondentky vysílá určité signály či se někomu se svými problémy přímo svěří. Takovým znakem může být například neobvyklý oděv (dlouhé rukávy v létě), odmítání odhalování těla (dotyčný se například vyhýbá koupalištím) a celkové depresivní ladění. Pacientů, kteří přicházejí výhradně kvůli problému se sebepoškozováním, je dle respondentky pouze menšina, záměrné sebepoškozování se odehrává většinou na pozadí nějakého většího problému, jehož je součástí. V rozhovoru se sebepoškozujícími se jedinci doporučuje otevřený a upřímný přístup, jednat s dotyčným na rovinu a hodně klást otázky po příčinách, pocitech během aktu a po něm, ptát se po tom, co takové jednání dotyčnému přináší a zda by jej chtěl změnit. Nabádá však k opatrnému a klidnému postupu celým rozhovorem.

Rozdíl mezi psychologem a sociálním pracovníkem spatřuje respondentka ve vzdělání a náplni práce. Dále přiznává, že nemá dostatečný vhled do pravomocí sociálního pracovníka, a tak náplň jeho práce vymezuje negativně k náplni práce psychologa (např. sociální pracovník nediagnosticskuje apod.). Přínos sociálního pracovníka osobě se sebepoškozujícím se chováním spatřuje v pomoci

s reintegrací do běžného života. Sociální pracovník dle jejího názoru může vést klienta konkrétněji než psycholog například při doporučování konkrétních volnočasových aktivit na konkrétním místě s konkrétními lidmi. Důležitou úlohu vidí také v situaci, kdy je dítě trpící záměrným sebepoškozováním odebráno z rodiny. Sociální pracovník zajišťuje další směřování dítěte a určuje jeho další umístění v náhradní rodinné či ústavní péči. Zařízení, v němž respondentka působí, pozici sociálního pracovníka nemá, přesto však v případě, kdy se případ týká sociální sféry pacienta, spolupracuje s pracovníky OSPOD a také sociálními kurátory. V minulosti tato pozice na oddělení existovala, byla však zrušena v souvislosti s nárůstem výkonů ambulantní péče a zřízením pozice ambulantní sestry (na obě pozice nebyl dostatek financí). Spolupráce sociálního pracovníka s psychologem a velmi často i s psychiatrem je však nezbytná. Responentka zde zmiňuje především častou potřebu psychoterapie a nasazení farmak, jejichž předepisování je výhradně v kompetenci lékaře.

Aktuální možnosti pomoci spatřuje zejména v psychiatrických ambulancích, v ordinacích soukromých psychologů, psychiatrů a psychoterapeutů. Uvádí také, že jako první kontakt mnohdy pacienti volí linky důvěry či modré linky bezpečí, prostřednictvím kterých jsou směřováni k další pomoci. Na základě poptávky služeb psychologických či psychiatrických poskytovaných v zařízení usuzuje, že cílová skupina preferuje právě psychology a psychoterapeuty, z poskytovatelů sociálních služeb pak linky důvěry. Prevenci záměrného sebepoškozování spatřuje především v dobře fungujících rodinách bez patologických jevů a existenci sítí kvalitních sociálních vztahů.

### 8.3.2 Popis rozhovoru s odborným respondentem č. 2

V úvodu rozhovoru respondentka informovala, že v zařízení není aktuálně žádný případ sebepoškozujícího se chování zdokumentován, přesto v současnosti zaznamenávají jeho náznaky. Dle osobního odhadu je potvrzený výskyt pouze otázkou času. Rizikové je podle respondentky samotné období puberty a dospívání. Rozpoznat člověka, který se sebepoškozuje, je podle ní obtížné. Důvodem je skutečnost, že někteří jedinci tak konají skrytě a své jednání maskují. Mnohdy nemusí být známy ani žádné problematické okolnosti související se situací jedince, jako například problémy v rodině či zkušenost traumatické události v dětství. Sebepoškozování tak může probíhat i u osoby, u níž by takové chování nikdo nečekal, jelikož vše vypadá naprosto v pořádku. V komunikaci s takovým jedincem by podle respondentky mělo být dodrženo několik pravidel. Problém dotyčného by neměl být zlehčován, stejně tak by neměl být kritizován. Důležité je vyjádření podpory a obav jakožto projevu zájmu.

Častěji vyhledáván bývá psycholog, jehož pomoc bývá konkrétní. Sociální pracovník je však důležitou osobou, pokud jde o prvotní kontakt. Respondentka spatřuje úlohu těchto pracovníků jako záchytnou. Výhodou sociálních pracovníků je, že spolupráce s klienty je mnohdy dlouhodobá. Pro klienta tedy může být jednodušší svěřit se osobě, kterou již nějaký čas zná, nežli cizí osobě v psychologické či psychiatrické ordinaci. Z metod sociální práce vnímaných jako nápomocných jmenuje respondentka skupinovou práci, kde je možné na základě diskuze vytipovat rizikové znaky, a terénní práci, při které jsou klienti uklidňováni pocitem anonymity. Dle názoru respondentky je cílovou skupinou kromě nízkoprahových zařízení hojně využíváno internetové poradenství. Důvodem je rovněž

naprostá anonymita a také snadná dostupnost, neboť počítač s připojením k internetu má k dispozici dnes již téměř každý.

Jako nejvhodnější pomoc se respondentce jeví individuální péče kvalitního psychiatra. Hospitalizaci na psychiatrii nehodnotí jako přínosnou. Prevenci spatřuje v obklopování harmonickým prostředím a lidmi pozornými k problémům. Odrazuje naopak od přednášek na školách, které dle jejího mínění mohou být návodné.

### **8.3.3 Popis rozhovoru s odborným respondentem č. 3**

Na začátku rozhovoru byla respondentka dotázána, zda se osoby se sebepoškozujícím chováním na jejím pracovišti objevují. Uvedla, že hodně, a to především děti ve věku od třinácti let. Z genderového hlediska je podle respondentky situace zhruba vyrovnaná. Poukazuje však na to, že u chlapců je toto chování zřejmě snáze akceptovatelné z hlediska vnějšího poškozování (jizvy a rány jakoby ke chlapectví patřily). Zároveň podle jejího vyjádření nevyžívají chlapci tolik jiných forem, na rozdíl od děvčat, kde sebepoškozování v širším slova smyslu může mít více podob, jako například mentální anorexii či bulimii. Chlapci často spíše bouchají do stolu či do zdi, a proto může být problém označen mylně spíše za agresi, nežli za sebepoškozování. Rizikové faktory respondentka spatřuje v osobnostním založení mladého člověka a v nevyřešených, dlouhodobých problémech přetrvávajících z dětství. Rizikový jedinec je většinou člověk uzavřený, který si chce své problémy řešit sám a ostatním se příliš nesvěřuje. U osob, které se své chování snaží skrývat, bývá dobré zbystřit pozornost v případě, kdy chodí zahalené a vyhýbají se nahotě běžně odhalovaných částí těla. Upozorňuje, že děvčata bývají ve snaze zakrývat důmyslnější, ale na druhou stranu i tak

snáze identifikovatelná, neboť trendem moderní doby je spíše odhalovat, než zakrývat - krátké sukně, tílka atd. U chlapců se se zakrýváním setkala pouze ve formě potítka na zápěstí. Pacient často přichází na popud rodičů, kteří se zjištěním sebepoškozování u svého potomka vyděsí a chtějí zabránit prohlubování problému, mají strach o život dítěte (obavy aby sebepoškozování nepřerostlo do sebevražedného jednání). Ačkoliv je tedy sebepoškozování důvodem, kvůli kterému pomoc vyhledají (respondentka uvádí, že je spíše výjimkou, když se sebepoškozování odhalí až později v průběhu hospitalizace), bývá téměř vždy součástí dalších problémů, bývá jejich symptomem. Respondentka upozorňuje na skutečnost, že osoby se sebepoškozujícím se chováním tuto záležitost nevnímají jako problematickou a proti zásahu do jejich „vlastní záležitosti“ vystupují spíše defenzivně. Proto by bylo vhodné se při rozhovoru vyhnout razantnímu rozmlouvání tohoto jednání. Není však dobré situaci ani bagatelizovat. Respondentka také doporučuje pokusit se odvést pozornost jinam. Nabídnout činnosti, které by vedly k seberealizaci a zvýšení sebevědomí mladého člověka. Nejdůležitější je, aby se dotyčný ke změně přístupu k řešení svých emočních problémů rozhodl sám.

Hlavní rozdíl v náplni práce sociálního pracovníka a psychologa spatřuje v zaměření pomoci, která má u psychologa podobu motivace k rozhodnutí klienta pro změnu (vnitřní zaměření), zatímco u sociálního pracovníka nabývá praktické podoby realizace této změny v prostředí, které klienta obklopuje (vnější zaměření). Úlohou sociálního pracovníka je také znovu klienta nakontaktovat na psychologa, pokud by měl problém tendenci k relapsu. Zmiňuje často možnost dlouhodobější spolupráce se sociálním pracovníkem. Zaměstnanci zařízení se sociálními pracovníky spolupracují v případech,

kdy pacientova rodina neplní své základní funkce. Spolupracuje tedy zejména s OSPOD.

Možnost pomoci rozděluje podle věku potřebného. Pro mladší osoby trpící sebepoškozováním jsou zde kliničtí psychologové, pedagogicko-psychologické poradny, speciální pedagogové v poradenských centrech, metodici primární prevence a výchovní poradci ve školách, začínají se objevovat i školní psychologové a speciální pedagogové a nízkoprahová zařízení. Mladí dospělí pokud se vzdělávají, mají možnosti podobné, ovšem dle názoru respondentky nízkoprahové zařízení již navštěvovat nechtějí. Důvodem je stud a strach ze stigmatizace, neboť si dospělý člověk již uvědomuje, že s jeho chováním není něco v pořádku a zatímco v raném mládí jej problém může učinit středem pozornosti, v dospělosti je tato pozornost spíše nežádoucí. Řešením by podle respondentky bylo vyčlenění otevíracích hodin podle jednotlivých věkových kategorií, případně nízkoprahové zařízení pouze pro mladé dospělé, tj. od osmnácti let výše. Ty by byly i řešením pro osoby, které již ukončily přípravu na povolání, tj. vystoupily ze vzdělávací soustavy. O možnostech sociální péče pro danou cílovou skupinu respondentka nemá mnoho informací. Zmiňuje azylové domy a domy na půli cesty, kde je pravděpodobnost výskytu cílové skupiny a zároveň působení sociálního pracovníka. V souvislosti s tím poukazuje na nízkou informovanost veřejnosti ohledně sociální práce obecně. Domnívá se, že informace buď chybí, nebo jsou vnímány zkresleně, a že i to může být důvodem k tomu, proč člověk se sebepoškozujícím se chováním nevyhledá pomoc. Dalším důvodem bývá buď fakt, že svoji situaci nevidí jako problém, nebo nevědí, na koho by se měli obrátit. Pokud se však rozhodnou pomoc vyhledat, preferují psychologa. Prevencí je podle respondentky kvalitní rodinné zázemí, jehož existence v dnešní době úzce souvisí s dobrou

materiální situaci rodiny. Z toho pohledu je tedy prevence podle respondentky spíše záležitostí sociální politiky.

## **8.4 Analýza dat a interpretace výsledků**

### **8.4.1 Rizikové faktory pro vznik a rozvoj sebepoškozujícího se chování**

#### Osobnostní faktory

Dva respondenti ze tří se shodují na významné roli určitých rizikových osobnostních rysů. Těmi jsou celkové depresivní ladění osobnosti, uzavřenost či sklon nevyhledávat nebo neschopnost vyhledat pomoc. Do této skupiny je možné zařadit i onemocnění osobnosti jakožto deformovanost zdravých osobnostních rysů.

Respondent 3: *„...jakého založení je ten člověk, jeho osobnostní struktura, tam bych viděla jako rizikový právě takový sklon, člověk je uzavřený, chce si své problémy řešit sám, neschopný se podělit se svými starostmi, ať už s okolím vrstevnickým, nebo v rodině“... „to asi zase ladilo s tím jejich celkovým naladěním, spíš pesimistickým nebo depresivním.“*

Respondent 1: *„Samozřejmě to bývá u depresí, u depresivních poruch, u disharmonického vývoje osobnosti s hraničními rysy a rysy osobnosti.“*

#### Rodinné prostředí

Na názoru, že obtíže pramenící z problematického rodinného zázemí hrají důležitou roli v rozvoji budoucího sebepoškozování, se shodli všichni respondenti. Zkušenost týrání či zneužívání v dětství je traumatickou událostí, kterou si jedinec nese po zbytek svého života, a pokud se mu s tímto problémem nepodaří adekvátně vyrovnat, může



v určitém období života vyústit právě v záměrné sebepoškozování.

Respondent 1: *„A další věc je ta, že deprese nemusí vzniknout jen tak, ty vniknou následkem toho, co se děje v okolí nebo v rodině dítěte, takže jsou podmíněny nějakými faktory. Takže je to třeba u dětí, které jsou nějakým způsobem v rodině nešťastné, jsou týrané, jsou sexuálně zneužívané.“*

Respondent 2: *„Pak už záleží na tom, z jaké pochází rodiny, minulost z dětství, třeba zneužívání, to je hodně rizikové.“*

Respondent 3: *„Stejně i myslím, že tam dozrají věci, které jsou dané problémy v rodině, a jakoby táhnou se spíš z dřívějšího období.“*

#### **8.4.2 Identifikace sebepoškozujícího se jedince**

Podle respondentů je rozpoznání takové osoby obtížné, obzvláště v případě, že se své sebepoškozující se chování snaží skrývat. Napovědět může kromě určitých signálů vycházejících z osobnosti (viz předchozí otázka) především snaha zakrýt své tělo a vyhnout se situacím, kdy je odhalování nezbytné (koupání v přírodě, návštěva bazénu, sauny, masáže atd.).

Respondent 2: *„Poznat to je podle mě hodně těžké. Ti introverti to dělají skrytě, extroverti to dělají veřejně.“*

Respondent 1: *„To jde poznat tak, že třeba nosí dlouhé rukávy, nechce se při tělocviku svlékat, nechce se nijak ukázat.“*

Respondent 3: *„...hlavně holky chodily hodně zahalené, takže dlouhé sukně...necht' se svlékat, byl jim nepříjemný dozor ve sprchách, který musí být. U kluků bych řekla, že není*

tolik snaha to skrývat... možná občas nosili taková ta potítka."

#### **8.4.3 Specifika intervence psychologa a sociálního pracovníka**

Cílem otázky bylo zjistit, v čem respondenti spatřují hlavní rozdíly ve výkonu práce psychologa a sociálního pracovníka. Úkolem respondentů bylo také zodpovědět otázku, jakou pomoc může člověku se sebepoškozujícím se chováním poskytnout psycholog a jakou pomoc tomuto člověku může poskytnout sociální pracovník.

##### Sociální pracovník jako první a dlouhodobější kontakt

Respondent 1: „Psycholog se zaměřuje na rozbor osobnosti, intelektu, zabývá se příčinami vzniku poruch u klientů a jejich léčením, terapií, následnou péčí. A spolupracuje v diagnostice. ... Sociální pracovník se zabývá vlastně tím znovu zařadit toho člověka do společnosti, takže se ho třeba snaží znovu zařadit do školy. ... Jako první kontakt, když děti nevědí, tak většinou linky důvěry, linky bezpečí, modré linky a podobně...”

Respondent 2: „Psycholog... tam je pomoc jasná, už konkrétní. My v něčem (sociální pracovníci, pozn. autorka) můžeme být záchytní. Minimálně prvotní kontakt. Se sociálním pracovníkem to není jen o jednom setkání...”

Respondent 3: „Úkolem psychologa je... dovést klienta k vnitřnímu rozhodnutí, že by měl změnit svoje chování. A úkolem sociálního pracovníka je pomoci mu, aby dokázal svoje rozhodnutí realizovat v tom vnějším světě a pomoci mu s takovým novým ukotvením vztahů, ať už v rodině, nebo mezi vrstevníky... Sociální pracovník by mohl být v častějším kontaktu...”

#### **8.4.4 Spolupráce se sociálními pracovníky**

##### Nefunkční rodina

Se sociálními pracovníky jednotlivá zařízení spolupracují v případech, kdy se problém dotýká nepříznivé rodinné situace, která ohrožuje život, zdraví či práva mladistvého klienta. Takovou situací může být například sexuální zneužívání či týrání, ale rovněž opakované útoky mladistvého z rodiny či jeho zahálčivý život. V této souvislosti respondenti zmiňují zejména kooperaci s odborem sociálně právní ochrany dětí a se sociálními kurátory.

Respondent 1: *„Pokud se to týká alespoň trochu sociální sféry, to znamená rodiny, tak spolupracujeme s OSPOD i se sociálními kurátory.“*

Respondent 2: *„Spolupracujeme s probační a mediační službou, takže ta spolupráce zahrnuje sociální kurátory pro děti a mládež.“*

Respondent 3: *„U nás bohužel až v okamžiku, kdy rodina neplní funkci, kterou by měla, takže především s OSPOD, takže případy, kdy už je ta rodina nějak sociálně poškozená. Ať už tam dochází k týrání, zanedbávání péče, v takovém tom větším měřítku.“*

#### **8.4.5 Aktuální možnosti pomoci v ČR**

Respondenti jmenují zařízení a odborníky, jejichž působení by se dalo rozdělit na služby psychologické a psychiatrické a služby sociální péče. Zajímavým faktem bylo, že všichni respondenti nejprve zmínili právě první zmiňovanou skupinu.

##### Psychologická a psychiatrická pomoc

Respondent 1: *„Jsou to psychiatrické ambulance, pak soukromí psychologové, soukromí psychiatrii a psychoterapeuti.“*

Respondent 3: *„...psychologické ambulance pro dospělé, psychiatrie.“*

#### Sociální péče

Opakovaně zmíněny byly linky důvěry a nízkoprahová zařízení, avšak hlavně v souvislosti s dětmi a mládeží.

Respondent 1: *„Jako první kontakt, když děti nevědí, tak většinou linky důvěry, linky bezpečí, modré linky a podobně, kam mohou děti zavolat a oni je někam pošlou.“*

Respondent 3: *„Co se týká sociální péče, tak vůbec nevím, jestli něco existuje. Možná azylové domy a domy na půli cesty se s touto problematikou musí potýkat, a tam sociální pracovník působí.“*

#### **8.4.6 Preference klientů**

Odpovědi na tuto otázku byly jednoznačné, všichni respondenti shodně zmínili pomoc psychologa.

Respondent 1: *„Nám se zdá, že preferují nás (psycholog, pozn. autorka), protože tu máme takový nápor v poslední době, zažíváme opravdu přetlak těchto žádostí o vyšetření nebo o pomoc, ať už psychologickou nebo psychiatrickou.“*

Respondent 2: *„...určitě prvotně psycholog.“*

Respondent 3: *„Preferují psychologa.“*

#### **8.4.7 Důvod nevyhledání či odmítnutí pomoci**

Důvodem, proč se cílové skupiny neobrátejí na odborníka, je nedostatek osob, za kterými by se svým trápením mohli přijít. Příčinou může být nedostatečná informovanost o možnostech pomoci či nedostatek času nebo nedostatek náhledu na problém.

Respondent 2: „...nemají komu, protože často rodiče nemají čas, to je myslím fenomén dnešku...“

Respondent 3: „Buď to nevidí jako problém, anebo nevědí, kam by se obrátili, a jít k psychologovi nebo psychiatrovi chápou jako selhání, obávají se toho, že budou mít někde záznam nebo tak něco.“

#### **8.4.8 Možnosti prevence**

I na tuto otázku byla odpověď jednoznačná - prevencí jsou dobré mezilidské vztahy jedince, zejména v okruhu rodiny.

Respondent 1: „*Otevřenost v rodinných vztazích, pěkný klidný přístup i správná výchova. I vztahy ve škole.*“

Respondent 2: „*Myslím si, že nejlepší prevence je, aby děti vyrůstali v harmonickém prostředí, aby byly obklopené lidmi, kteří když se něco bude dít, tak si toho všimnou, aby měli někoho, komu se mohou v tomto těžkém období svěřit.*“

Respondent 3: „*Dalo by se říct, že dobré rodinné prostředí je nejlepší prevencí.*“

## **9. Delfská metoda**

Tuto metodu autorka začlenila do výzkumu spíše pro zajímavost a doplnění údajů vyplývajících z předchozího výzkumu.

### **9.1 Výzkumný vzorek a způsoby výběru**

V rámci výzkumu byli osloveni respondenti z řad psychologů, psychiatrů, sociálních pracovníků, speciálních pedagogů a metodiků prevence. Respondenti museli být osloveni opakovaně z důvodu slabé odezvy. Důvodem nízké účasti je podle názoru autorky především časová náročnost metody, neboť odborníkům byly položeny otevřené otázky, jejichž zodpovězení vyžaduje hlubší vhled i čas.

Původním záměrem autorky bylo oslovit pouze odborníky z Liberce, z výše popsaného důvodu však byli obesláni respondenti z celé České republiky. Kritériem pro volbu konkrétního odborníka bylo jeho působení v praxi s cílovou skupinou alespoň po dobu pěti let.

### **9.2 Sběr dat**

#### **9.2.1 První kolo**

První kolo přineslo různorodé odpovědi, přesto bylo již zde možné vysledovat určité podobnosti. Shoda převládala zejména u otázky týkající se nutnosti spolupráce sociálního pracovníka s dalšími odborníky.

#### **9.2.2 Druhé kolo**

Ve druhém kole byli odborníci požádáni, aby doplnili další poznatky a postřehy k variantě, která se objevovala nejčastěji v předchozím kole, a v případě souhlasu pak dané tvrzení zdůvodnit. V opačném případě, tedy zásadního nesouhlasu, byli rovněž požádáni, aby tuto volbu

argumentačně podložili. Již druhé kolo přineslo jednoznačný závěr na každou z položených otázek.

### **9.3 Analýza a interpretace výsledků**

#### **9.3.1 Otázka č. 1**

Jaký jiný typ služby ve srovnání s dalšími pracovníky pomáhajících profesí (např. psycholog, psychiatr atd.) by mohl poskytnout pomáhající pracovník?

Cílem otázky bylo zjistit, zda může sociální pracovník nabídnout cílové skupině jiný typ služby, než další pracovníci pomáhajících profesí, zejména psycholog a psychiatr.

Odborníci se shodli, že specifický přínos sociálního pracovníka spočívá v poskytnutí pomoci v podobě poradensko-informativního charakteru. Sociální pracovník potenciálním klientům cílové skupiny může pomoci s orientací v nabídce další pomoci a doporučit vhodného odborníka.

Odborník 1: *„Pomoc v orientaci v nabídce pomoci – nasměrování na psychologa, psychiatra, další poskytovatele sociálních služeb.“*

Odborník 6: *„Prvním problémem je nedostatečná informovanost o možnostech pomoci v době nouze. Sociální pracovník je schopen tyto informace poskytnout.“*

#### **9.3.2 Otázka č. 2**

Který z poskytovatelů sociálních služeb (např. telefonická krizová intervence, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, terapeutické komunity, kontaktní centra atd.) podle Vašeho názoru nalézá největší uplatnění při práci s danou cílovou skupinou?

Odborníci jako nejvíce vhodnou službu hodnotí telefonickou krizovou intervencí.

Odborník 3: „V počátku je pro jedince s tímto typem chování nej přijatelnější zavolat např. na linku bezpečí.“

Odborník 5: „Domnívám se, že telefonická krizová intervence/mobil už má každý/.“

### **9.3.3 Otázka č. 3**

Jaký by podle Vás měl být charakter sociální služby pro osoby dané cílové skupiny (např. ambulantní, pobytová či terénní služba)? Svoji odpověď prosím krátce zdůvodněte.

U této otázky byli respondenti požádáni, zda by mohli z předložené nabídky vybrat takovou možnost, která by nejlépe odpovídala představám o vhodném charakteru sociální služby určené pro cílovou skupinu.

Za nejvhodnější formu služby byla zvolena ambulantní péče. Důvodem pro její výběr je uváděna možnost individuální a pravidelné práce s klientem a jeho rodinou, ale také možnost vyloučení psychopatologie, případně dalších psychiatrických onemocnění.

Odborník 2: „Řešení je nejčastěji ambulantní, dochází na terapeutická sezení. Zpočátku je nutná individuální terapeutická péče, jde o velmi intimní záležitost.“

Odborník 4: „Ambulantní péče mi přijde v případě s cílovou skupinou velmi efektivní - mj. z důvodu, že vyžaduje klientův vlastní zájem na tom, aby změnil svůj stav. Jako velmi podpůrný aspekt hodnotím kontakt s odborníky, skupinou dalších klientů nízkoprahových center aj...“



#### 9.3.4 Otázka č. 4

Jaké metody sociální práce (např. případová práce, krizová intervence, terénní sociální práce, komunitní práce, práce s rodinou, skupinová práce atd.) by bylo v případě dané cílové skupiny nejvhodnější využít a z jakého důvodu?

Z předložené nabídky označili odborníci za nejvíce vhodnou práci s rodinou. Důvodem je přímá závislost mezi rodinným prostředím a rozvojem budoucího sebepoškozování.

Odborník 1: „Práce s rodinou – klíčová u mladších klientů. Důležité poradenství, jak uspořádat chod v rodině, aby nedocházelo, případně když dochází, k problémovému chování.“

Odborník 6: „Základ všeho je práce s rodinou. Není to pouhá prevence, ale i rozvoj povědomí o sociální problematice a způsobu řešení.“

#### 9.3.5 Otázka č. 5

Dokáže sociální pracovník poskytnout dostatečně komplexní pomoc klientovi se sebepoškozujícím se chováním, nebo je nutná spolupráce s dalšími pracovníky v pomáhajících profesích, případně s jakými?

Cílem poslední otázky bylo zjistit, zda odborníci zastávají názor, že sociální pracovník dokáže poskytnout dostatečně komplexní pomoc klientovi se sebepoškozujícím se chováním, nebo zda je nutná spolupráce s dalšími pracovníky. Při volbě druhé varianty byli požádáni o zdůvodnění.

Odborníci již v prvním kole došli k jednotnému závěru, který určuje spolupráci sociálního pracovníka s dalšími odborníky jako nezbytný předpoklad pro poskytnutí kvalitní a efektivní péče. Ačkoliv každý z dotazovaných opět zmiňuje přínos sociálního pracovníka, důrazně dodává, že bez

psychologické intervence není možné problém adekvátně vyřešit.

Odborník 3: *„Sociální pracovník může poskytnout důležité a komplexní informace, ale je určitě nutná spolupráce s psychologem, psychiatrem, buď individuálně, anebo formou rodinné terapie.“*

Odborník 4: *„Od sociálního pracovníka pomoc začíná, ale i když vykonává řadu činností s ohledem na další vědní obory a poznatky, není natolik specializovaný v oboru psychologie (a psychiatrie), je proto vhodné, aby spolupracoval s dalšími odborníky.“*

## 10. Výsledky

Sociální pracovník může přispět zejména v prvotním kontaktu s potenciálním klientem. Zejména pomoc sociálního pracovníka působícího v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež může být přínosná svým dlouhodobým charakterem, což je umožněno mimo jiné její bezplatností. V tomto ohledu by se tak sociální pracovník mohl stát dostupnějším, než soukromé psychologické ordinace, poskytující službu za úplatu.

Další přispění sociálního pracovníka spočívá v nasměrování klienta k další pomoci. Kvalifikovaný pracovník by měl mít důkladně zmapovanou síť dalších odborníků ve svém regionu a disponovat alespoň obecnými informacemi o možnostech pomoci v celé České republice. Doporučením a předáním kontaktu či přímým zprostředkováním odborníka tak může klientovi pomoci učinit pomyslný první krok na cestě k řešení jeho problému.

Značná úloha sociálního pracovníka tkví v zabezpečování prevence. Ta by měla spočívat zejména v péči o kvalitní mezilidské vztahy mezi jedincem a jeho okolím, především o rodinné a vrstevnické vztahy. Práce s rodinou, kde se vyskytují patologické jevy (týrání či zneužívání dítěte), které později mohou vést až ke vzniku sebepoškozování je samozřejmou nutností a běžnou praxí.

Odpověď na otázku týkající se toho, jak respondenti vnímají případnou pomoc sociálního pracovníka, úzce souvisí s nízkou informovaností o sociálních službách, náplni práce sociálního pracovníka a informacích o sociální práci jako takové. Právě nízká informovanost může mít vliv na skutečnost, že by většina respondentů v případě vyhledání odborné pomoci preferovala psychologa. Respondenti by totiž měli zájem o spolupráci s takovým

odborníkem, který by s nimi o problému hovořil, který by projevoval skutečný zájem o jejich osobu. Takový rozhovor sociální pracovník může poskytnout, neboť právě rozhovor je základním nástrojem u všech metod využívaných v sociální práci.

## 11. Diskuse

V této části by autorka ráda porovнала vybrané výsledky vlastního výzkumu s poznatky dosud publikovanými v odborné literatuře.

Nejen oslovení odborníci se zjevně mylně domnívají, že je cílovou skupinou hojně využívána linka důvěry, to však nekoresponduje s výsledky zjištěnými u respondentů, neboť ani jeden z nich pomoc telefonické krizové intervence nepreferoval. Nabízí se rovněž porovnání se Špirkovou (2015), která na základě dostupných údajů informuje o snížení počtu klientů, kteří se na linku obrátili z důvodu sebepoškozování. I přes tento optimisticky znějící fakt se však nutně nemusí jednat o skutečný pokles případů, ale pouze o skutečnost, že se klienti pracovníkům linky důvěry nesvěří, vyhledávají jiné formy pomoci, nebo nevyhledají pomoc vůbec. Autorka se domnívá, že výsledky výzkumu provedeného v této práci tuto skutečnost dokazují.

Pozornost je dle autorky nutné zaměřit na výroky respondentů, kteří by pomoc nevyhledali a problém by raději řešili svépomocí. Lze se domnívat, že podíl na této skutečnosti mohou mít zkreslené či neúplné informace o odborné pomoci (autorka zmiňuje níže) a osobní negativní zkušenost jedince s odborníkem. Zde by mohla být nápomocná snaha pomáhajících pracovníků co nejvíce se přiblížit očekávání potenciálních klientů. Tabulku shrnující požadované vlastnosti v osobnostním profilu sociálního pracovníka předkládá Gulová (2011, s. 107). Empatie a upřímný zájem, které označuje za nutné pro vznik a rozvoj úspěšného vztahu klienta s pracovníkem, se shodují s požadavky na osobnost sociálního pracovníka oslovených respondentů. Autorka se domnívá, že vzděláváním sociálních

pracovníků je možné tyto osobnostní kompetence rozvíjet a dále zlepšovat.

Z výzkumu rovněž vyplývá jednoznačný požadavek na nutnost spolupráce sociálního pracovníka s dalšími odborníky, zejména psychology a psychiatry. Opomíjeni by však neměli být ani zdravotničtí pracovníci, jejichž pomoc přichází ve chvíli nutnosti ošetření fyzického stavu jedince po aktu sebepoškozování. Tímto by současně mohlo dojít k lepšímu propojení sociální a zdravotní péče a naplnit tak jeden z požadavků novodobé sociální práce.

Ačkoliv je přínos sociálního pracovníka ve výše uvedených bodech nesporný, komplexní pomoci se člověku se záměrným sebepoškozováním dostane pouze při spolupráci všech výše jmenovaných kompetentních pracovníků v pomáhající profesi. Potřebu této spolupráce je možné vykreslit na příkladu komplexního přístupu k člověku, který jedince nahlíží jako bio-psycho-sociální bytost. Každý ze zmiňovaných odborníků pečuje o konkrétní úroveň člověka a teprve součinností všech odborníků na všech úrovních je dosaženo komplexní péče o toto lidské bytí.

Prevenici považuje za stěžejní většina odborníků, stejně jako respondentů. Ze zahraničních autorů zmiňuje důležitost v oblasti prevence Barnett (2009., s. 93) který odhalování příčin a efektivní léčbu hodnotí jako nepochybně důležité, přesto je dle jeho mínění zásadní najít způsoby, které by vzniku a následnému opakovanému sebepoškozování zabránily. Na základě informací vztahujících se k souvislostem sebepoškozujícího se a sebevražedného chování se autorka domnívá, že prevencí záměrného sebepoškozování a včasnou a důkladnou péčí o jedince, který již sebepoškozující se chování rozvinul, je možné do jisté míry předejít i chování sebevražednému.

Špírková (2015) varuje před prevencí v podobě přednášek, neboť by taková forma mohla být kontraproduktivní a naopak vést ke zvýšenému počtu případů. Tuto skutečnost shodně potvrzují někteří z odborníků oslovených v této práci. Prevence by podle četných výpovědí respondentů měla sestávat především v kultivaci rodinného prostředí. Autorka se však domnívá, že prostor by měl být vyhrazen pro obdobná preventivní opatření i ve školách. Ačkoliv je kolektiv vrstevníků v dětství a dospívání zásadní pro psychickou pohodu dítěte, pozornost je věnována především rodinám, přitom se na vývoji dítěte či mladistvého zásadně podílejí oba druhy prostředí. Dle názoru autorky by bylo vhodné zaměřit se více zejména na kolektivem vyloučené nebo hůře přijímané děti. Na místě je tedy spolupráce s pedagogy či výchovnými poradci, kteří by o interakci dětí měli být schopni podat cenné informace. Zde by se mohl rovněž otevřít prostor pro školské sociální pracovníky, kteří v českém vzdělávacím systému působí spíše ojediněle.

Dle autorky je potřeba věnovat pozornost nízké informovanosti o problematice, jež byla zmíněna v úvodu práce. V závěru své kvalifikační práce na tento fakt poukazuje rovněž Havelková (2013), stejný problém zmiňuje i Špírková (2015), která hovoří o nedostatku česky psané literatury již v době tvorby své diplomové práce v roce 2010, přestože nárůst sebepoškozujících se jedinců stoupá - uvádí necelých 10% sebepoškozujících se dospívajících. Dodává však, že tato data nejsou aktuální, neboť výzkum byl proveden před několika lety (přesnější údaje týkající se výzkumu neuvádí). Aktuální statistické údaje o situaci v České republice tak nejsou známy.

Je alarmující, že se během pěti let situace na českém knižním trhu nezměnila, ačkoliv v zahraničí odborných publikací věnovaných problematice vychází každoročně hned

několik. Odborná informovanost však musí korespondovat s informovaností laické veřejnosti o možnostech pomoci zejména z pozic sociální práce, která se na základě výsledku tohoto výzkumu ukázala jako nízká. Autorka se rovněž domnívá, že právě zvýšení informovanosti by se mohlo odrazit v postoji sebepoškozujících se jedinců k sociálním pracovníkům jako poskytovatelům péče.

Tuto hypotézu lze však ověřit pouze podobně zaměřeným navazujícím výzkumem uskutečněným s odstupem několika let, kdy lze nárůst informovanosti očekávat.



## **Závěr**

Na základě užitých metod sestávajících primárně z polostandardizovaných rozhovorů a sekundárně delfské metody autorka vyvodila závěry, které přinášejí odpověď na hlavní výzkumné otázky práce a samotný cíl práce, kterým bylo zjistit, jak může sociální pracovník pomoci a prospět osobám se záměrným sebepoškozováním a osobám se záměrným sebepoškozováním, u nichž se zároveň vyskytují sebevražedné tendence.

Další výzkum by kromě ověření získaných výsledků mohl být zaměřen na zjištění, jak a zda vůbec by mohla pracovat zařízení určená výhradně pro cílovou skupinu těchto osob.

## **Seznam použité literatury a internetových zdrojů.**

CHAPMAN, A. L. et GRATZ, K. L., 2009. Freedom from Self-Harm: Overcoming Self-Infury with Skills from DBT and Other Treatments. 1. vyd. Oakland: New Harbinger Publications. 280 s. ISBN 1608824446.

GULOVÁ, L., 2011. Sociální práce. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.

HAVELKOVÁ, Michaela, 2012. Přístup pomáhajících pracovníků k sebepoškozujícím se klientům. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Libor Musil.

HENDL, J., 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

KOUTEK, J., 2007. Sebevražedné chování. 2. vyd. Praha: Portál. 128 s. ISBN 978-80-7367-349-9.

KOZLOVÁ, L., 2005. Sociální služby. 1. vyd. Praha: Triton. 79 s. ISBN 80-2754-662-7.

KUČEROVÁ, H., 2013. Psychiatrické minimum. 1. vyd. Praha: Grada. 166 s. ISBN 978-80-247-4733-0.

KRIEGELOVÁ, M., 2008. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. 1. vyd. Praha: Grada. 174 s. ISBN 978-80-247-2333-4.

MATOUŠEK, O., 2011. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál. 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, O., 2008. Metody a řízení sociální práce. 2. vyd. Praha: Portál. 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, O., 2010. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 2. vyd. Praha: Portál. 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

MIOVSKÝ, M., 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

PLATZNEROVÁ, A., 2009. Sebepoškozování: Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén. 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9.

ŠPATENKOVÁ, N., 2004. Krizová intervence pro praxi. 1. vyd. Praha: Grada. 197 s. ISBN 80-247-0586-9.

ŠPIRKOVÁ, A., 2015. Problematika sebepoškozování. (kurz) Praha: Fokus Praha, 8. 6. 2015.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. rozš. a přepr. vyd. Praha: Portál. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VEAGUE, H. B. et COLLINS, C. E., 2009. Cutting and Self-Harm. New York: Infobase Publishing. 110 s. ISBN 1438100221.

### **Internetové zdroje**

COOK, Ben. 2013. Social workers need training to help them better understand self-harm. The Guardian: Social Care Network [online]. [cit. 2015-05-14]. Dostupné z: <http://www.theguardian.com/social-care-network/2013/mar/04/social-workers-self-harm>

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Osnova základních otázek polostandardizovaného rozhovoru s respondenty, kteří se záměrně sebepoškozují

Příloha 2: Doslovný přepis vybraného polostandardizovaného rozhovoru s respondentem

Příloha 3: Osnova základních otázek polostandardizovaného rozhovoru s odbornými respondenty

Příloha 4: Doslovný přepis vybraného polostandardizovaných rozhovoru s odborným respondentem

Příloha 5: Průvodní dopis odborníkům s žádostí o spolupráci

Příloha 6: CD - diplomová práce v elektronické podobě

## **Přílohy**

### **Příloha 1: Osnova základních otázek polostandardizovaného rozhovoru s respondenty, kteří se záměrně sebepoškozují**

1. Dostal/a jste se někdy do kontaktu se sociálním pracovníkem?

2. Jaká je podle Vašeho názoru náplň práce sociálního pracovníka?

3. Jakému odborníku byste svůj problém svěřil/a? (psycholog - sociální pracovník - psychiatr - anonymní linka důvěry - internetové poradenství). Svoji odpověď zdůvodněte a u každé varianty prosím uveďte, proč byste ji zvolil/a nebo nezvolil/a.

4. Jak si myslíte, že by vám s vaším problémem mohl pomoci sociální pracovník?

5. Jaké specifické vlastnosti byste očekával/a od sociálního pracovníka?

6. V jakém prostředí byste si představoval/a, že by se pomoc odehrávala? (např. ordinace, domov, domluvené místo na veřejnosti)

8. Předložení seznamu vybraných poskytovatelů sociálních služeb a následné zopakování otázky 2.

## **Příloha 2: Doslovné přepisy vybraných polostandardizovaných rozhovorů s respondenty**

### Rozhovor s respondentem č. 2

T: Setkala ses někdy se sociálním pracovníkem?

R: *Se sociálním pracovníkem ne, pouze s dětským psychologem.*

T: Jaká je podle tebe jeho pracovní náplň?

R: *Myslím si, že ledasco, od nějakého poradenství přes pomoc dětem nebo rodinám. Myslím, že to je docela široký záběr.*

T: Jakému odborníkovi by ses svěřila do péče?

R: *Já bych k nikomu nešla. Dobrovolně fakt ne. Já jsem tehdy neměla pocit, že bych potřebovala jakoukoliv pomoc, takže myslím, že tehdy bych nešla k nikomu, teď už bych se na to asi koukala jinak.*

T: Čím myslíš, že to bylo, že jsi neměla potřebu za někým jít?

R: *Prvně to, že jsem se tehdy vůbec o tom nechtěla s nikým bavit, ani s nikým blízkým, natož pak s někým cizím, se svěřovat a bavit se o tom, to vůbec asi. Pak ta představa toho, že to bude v podstatě doktor, to mě taky docela děsilo, protože tam mě naši pak poslali z jiných důvodů zase, tak jsem si říkala, že ne. Vůbec jsem si nemyslela, že potřebuju pomoc. Oni by třeba uměli, ale já jsem si říkala, že prostě ne.*

T: Myslíš si, že to byla chyba, to, že jsi za nikým nešla? Poradila by sis zpětně, aby ses s problémem na někoho obrátila?

*R: Asi bych si neradila, protože si myslím, že to bylo dobře tak, jak to bylo, vzhledem k tomu... Sice bych se třeba daleko dřív z toho vyhrabala a daleko dřív si uvědomila, že to je blbost a že... Asi by mi to pomohlo se toho rychleji zbavit, ale myslím si, že to, že jsem se toho nakonec zbavila sama, tak že to bylo dobře, protože jsem zjistila sama - sice to trvalo dlouho, dlouhý proces, ale myslím si, že to bylo cenný, že jsem to zvládla sama.*

*T: Dobře. Na chvíli zkusme předstírat, že by sis odbornou pomoc vybrat musela. Takže ti teď seznam pomáhajících pracovníků a institucí přečtu a ty mi prosím zkus okomentovat, ke komu bys se svým problémem šla a proč. Takže první je psycholog.*

*R: Tak psycholog by asi... Je to sice už doktor trochu, ale myslím, že ten by ještě šel.*

*T: Ty už jsi podruhé zmínila, že ti vadí, že by to byl doktor.*

*Co přesně ti na tom nesedí?*

*R: Nevím, to je asi problém s mojí fóbií ze všech lékařů a lékařského prostředí. Kdybych musela vlízt do nemocnice nebo něco takovýho - protože já jsem u toho dětského psychiatra byla a bylo to přesně tak hrozný, jak jsem si myslela, že to bude - třeba nějaký jiný psycholog byl fakt v pohodě, kdyby třeba pracoval někde mimo takové zařízení.*

*T: A co pomoc právě sociálního pracovníka?*

*R: No přiznám se, že by mě určitě první napadl ten psycholog, ale kdybych věděla, že je možnost, že tohle řeší i sociální pracovník, tak to by mi třeba bylo i sympatičtější, než jít takhle vyloženě k doktorovi*

*T: Psychiatr?*

R: *No, tak to ne, to už zní strašně samo o sobě.*

T: *Co třeba telefonická linka důvěry?*

R: *Tak myslím si, že když už bych se odhodlala to nějak řešit, tak asi ne přes telefon. Raději možná za někým takhle fyzickým, než anonymně.*

T: *Tak a poslední možnost, internetové poradenství?*

R: *Diskuze asi ne, ale korespondence s jedním člověkem, to bych asi zvládala líp, než přes ten telefon. Rozhodně ne telefony a veřejné diskuze, takže buď psanou formu, nebo osobní.*

T: *Když se vrátíme zpátky k sociálnímu pracovníkovi, s čím by ti mohl pomoci konkrétně on?*

R: *Tam bych čekala možnost se vypovídat, svěřit se mu a takovou podporu. Ale myslím si, že by sociální pracovník zjišťoval, proč se to děje, takže on sám by postupoval tak... Tehdy, když mi bylo ještě málo, tak by určitě zjišťoval, jestli to není z rodinných poměrů vycházející nebo z něčeho takového... Takže bych čekala, že bude něco takového řešit. Ale v mém případě to tak nebylo, takže by mě pak asi stejně poslal k nějakému psychiatrovi.*

T: *Myslíš si, že by něco mohl udělat jinak, než třeba psycholog? Jak bys je porovnala?*

R: *Nevím, ta sociální práce ve mně fakt vzbuzuje takovou představu toho, že to ten člověk bude brát osobněji, že tam ten člověk nebude zapsanej prostě jako pacient, že to třeba řeší víc osobně a tak.*

T: *Jaké by měl mít sociální pracovník vlastnosti, aby ses mu svěřila? Jaký by měl být?*



*R: No rozhodně bych potřebovala někoho klidného a nikoho, kdo by na mě naléhal, abych ze sebe chrlila něco, co chce slyšet, takže někoho s nějakým takovým přístupem pomalejším a citlivějším. Určitě bych si myslela, že bude muset být hodně empatický, takže empatie a to, že nebude vytvářet nějaký nátlak a aby nechal člověka, když už se odhodlal tam přijít, aby postupoval podle svého tempa a nenutil ho k ničemu, takže to bych asi tak očekávala.*

*T: Jak by mělo vypadat místo, kde byste ten problém spolu řešili? Dám ti pár možností, můžeš taky navrhnout nějakou další. Takže, pozvala bys pracovníka domů?*

*R: To už je takový osobní, to už je velký otevření.*

*T: Co navštívit zařízení, ve kterém pracuje?*

*R: Jít někam do zařízení, to je pro mě náročný.*

*T: Někaké jiné domluvené místo, třeba někde na veřejnosti nebo v přírodě?*

*R: Procházka v přírodě, ta ideálně. Když chodím, a ještě někde venku v přírodě, to je pro mě úplně nejlepší povídací místo a hlavně je to takový úplně neutrální území, venku je klid a prostor, je to takový neutrální prostředí.*

*T: Myslíš si, že se mohlo stát něco, co by tomu tvému sebepoškozování bývalo dokázalo zabránit? Že by třeba vůbec nevzniklo?*

*R: Zrovna tady tomu myslím, že asi ne, to byl takový vnitřní pochod. Nenapadá mě nic. Protože jsem prostě byla taková a nevím, co by to mohlo změnit, to bych asi musela mít úplně jinou osobnost a třeba být víc mezi lidmi, což jsem nikdy nebyla a ani nechtěla být, takže mě opravdu nenapadá nic. Myslím si, že je to i způsobem života - protože kamarádi, kteří byli víc samotářský a uzavřený,*

*tak měli víc sklony dělat tyhle věci, zatímco ti lidi, co měli pořád nějakou akci a byli v jednom kole, tak ani nestíhali o tom nějak přemýšlet, takže je to asi hodně o tom.*

T: Je podle tebe prevencí mít kolem sebe přátele, dobré vztahy v rodině?

*R: Právě, v tom jsem já neměla žádný problém. Tak roli to asi hraje, nějakou, protože člověk, který bude v nějaký úzkosti z toho, jak je to u něj doma (já spíš měla problémy ve škole a zapadnout, skamarádit se), ale doma zase ne, takže si říkám, že mě to bývalo mohlo povzbudit, měla jsem možnost za někým jít, svěřit se a popovídat si, ale stejně... Takže vliv to určitě má, ale myslím si, že ne úplně zásadní.*

T: Dobře, paráda. Blížíme se k naší poslední otázce. Dám ti přečíst seznam poskytovatelů sociálních služeb a poprosím tě, jestli bys na základě toho, co se dočteš, mohla každou možnost okomentovat, jestli ti přijde vhodná nebo nevhodná, jestli bys tam sama se svým problémem šla nebo nešla.

(Pozn. autorka: Při pročítání respondentka zmínila, že v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež pracuje její kamarádka, takže došla k závěru, že se se sociálním pracovníkem již setkala, pouze si to na začátku rozhovoru neuvědomila).

*R: Z toho důvodu, že alespoň vím víc, o co tam jde, tak je mi nízkoprahový zařízení sympatičtější než ostatní možnosti už z toho důvodu, že tam pořádají nějaký kroužky a člověk tam nemusí jít a hned začít prostě řešit ten problém, ale může se tam napřed zabydlet a zkusit si tam být s těmi lidmi, a pakliže uzná za vhodné s někým něco řešit, tak může. Právě že vím, že to tam tak funguje, takže to je mi docela sympatický, to má určitě plus bod. Krizová*

*pomoc je moc krizová, na to, o co jde, to je až dost, u mě to nebyla až taková krize. Když by u někoho byly ty sebevražedné sklony, tak asi jo, ale to si myslím, že spíš řeší jeho okolí. Sociální poradenství, jo, to by asi třeba šlo. Představím si takový to, jak tam sedí ti manželé a řeší, proč spolu už nemůžou fungovat, ale to je takový asi trošičku zkreslený těmi filmy. To by asi byla druhá možnost, co by ještě byla použitelná. Mám o tom takový mínění, že tam bych přišla, a mohla bych tam s jedním člověkem mluvit, řešit to třeba soukromě, mimo skupinu Telefonická, to už jsem říkala, že s telefonováním to nemám úplně... to bych teda nevolala... Nejde mi dohromady sdělovat něco po telefonu, když ho ani nevidím. Navíc celkově nerada telefonuju, mám tendence se zadržávat. A ty komunity, to je už si myslím víc, než co bych tehdy potřebovala. Určitě by to pomohlo někomu, kdo už by si usiloval o život, ale pro mě by to bylo moc, to by nebylo potřeba.*

### **Příloha 3: Osnova základních otázek polostandardizovaného rozhovoru s odbornými respondenty**

#### Otázky týkající se cílové skupiny

1. Jaké jsou podle Vás rizikové faktory pro vznik a rozvoj sebepoškozujícího se chování?
2. Jak je možné člověka trpícího sebepoškozujícím se chováním poznat, pokud si přímo neřekne o pomoc?
3. Přichází za Vámi klienti s tímto problémem přímo, nebo je jeho přítomnost odhalena až postupně v průběhu sezení?
4. Jaká jsou specifika komunikace a jednání s touto cílovou skupinou?

#### Otázky týkající se odborníků

1. V čem spatřujete rozdíly ve výkonu práce psychologa a sociálního pracovníka?
2. Jakou pomoc může člověku se sebepoškozujícím se chováním poskytnout psycholog?
3. Jakou pomoc může tomuto člověku poskytnout sociální pracovník?
4. Ve kterých případech spolupracujete se sociálními pracovníky?

#### Otázky týkající se odborné pomoci

1. Jaké jsou podle Vás v ČR aktuální možnosti pomoci?
2. Jaký způsob pomoci dle Vašeho názoru klienti preferují? (např. psycholog, anonymní linka důvěry, internetové poradenství, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež atd.)
3. Co je podle Vás hlavním důvodem toho, že někteří klienti pomoc vůbec nevyhledají, případně ji odmítají?

4. Co se dá udělat z hlediska prevence? Je možné zabránit výskytu problému?

**Příloha 4: Doslovný přepis vybraného polostandardizovaného rozhovoru s odborným respondentem.**

T: Setkáváte se ve Vašem zařízení s lidmi, kteří se sebepoškozují?

O: Ano, u nás hodně.

T: Která věková skupina převažuje?

O: Ve věku tak kolem třinácti let. Ale byly i děti, které začínaly třeba už na prvním stupni. To bylo takové to typické sebepoškozování, třeba vytrhávání vlasů. Holka, která tam s tím byla, se nám ale potom ztratila, protože v dospělejším věku už u nás na pobytu nebyla, ale pochybuji, že se toho úplně dokázala zbavit, spíš si myslím, že potom asi byla v léčebně. Většinou bývá sebepoškozování jen jedním z řady problémů, se kterými k nám dítě přijde.

T: Převažují chlapci nebo dívky?

O: Tak já bych řekla, že možná i půl na půl. Ti kluci prostě, tam se to možná tak nedemonstruje a taky bere asi trochu jinak u těch kluků, ale takové to různé řezání jmen, to dělali spíš kluci. Holky bych řekla, že to mají víc rozdělené.

U kluků není tak častá třeba mentální anorexie, ale u děvčat je to podle mě také způsob sebepoškozování, některé jdou cestou jídla a některé cestou sebepoškozování. U chlapců, když už snaha ublížit si je, tak jdou spíš tou cestou sebepoškozování, než cestou nejedení nebo přejídání a následného zvracení. Takže co do počtu případů ubližování si se to vlastně vyrovná. Holky mají více tu tendenci být asi kreativnější i v tomto směru, a tak i to sebepoškozování může nabývat různých podob. Ale u kluků je to spíše stereotypní sebepoškozování s boucháním, nehledají

*moc alternativ, občas se objeví něco jiného, například řezání.*

T: Jaké jsou obecné rizikové faktory pro vznik a rozvoj sebepoškozujícího se chování?

O: *Jednak jakého založení je ten mladý člověk, jeho osobnostní struktura, tam bych viděla jako rizikový právě takový sklon, kdy je uzavřený, chce si své problémy řešit sám, neschopný se podělit se svými starostmi, ať už s okolím vrstevnickým, nebo v rodině. No ale stejně si myslím, že tam dozrají věci, které jsou problémy v rodině dané, a jakoby táhnou se spíš z dřívějších období. Nemyslím si, že by to bylo o tom, že začnou teprve v tom pubertálním věku, ale že tam se táhne něco, co se potom přetransformuje do této podoby. Ať už vlivem vrstevníků, kde to okoukne, nebo vlivem toho, že se dostane na internetu k této problematice, ale zkusí řešit problémy, které už řešil dřív, jiným způsobem.*

T: Jak je možné takové lidi poznat, pokud si přímo neřeknou o pomoc?

O: *Ty případy, kde bylo typické sebepoškozování, hlavně holky chodily hodně zahalené, takže dlouhé sukně, většinou tmavé barvy, to asi zase ladilo s tím jejich celkovým naladěním, spíš pesimistickým nebo depresivním, nechut' se svlékat, byl jim nepříjemný dozor ve sprchách, který musí být. U kluků bych řekla, že není tolik snaha to skrývat. Já jsem nepoznala nikoho, kdo by to skrýval, většinou měli spíš poraněné ruce od zápěstí rukou dolů, možná občas nosili taková ta potítka, ale jinak ne, tam to tak nevynikne. Protože holky mají dnes tendenci nosit třeba krátké sukně nebo odhalená ramena a ruce holé, u kluků se to tak jakoby ztratí.*

T: Přichází za Vámi pacienti s tímto problémem přímo, nebo je jeho přítomnost odhalena až později?

O: Já bych řekla, že ne přímo za mnou, ale na psychiatrii, kde jsou přijímání na základě nějakého spíš celostního problému, ale často prostě to sebepoškozování, když ho rodiče odhalí, tak vede k tomu, že se vyplaší, a i když předtím měly děti nějaké problémy, tak pořád je to nedonutilo k tomu, aby zašly za odborníkem, ale přitom sebepoškozování ho vyhledají, protože mají strach, aby si jejich dítě neublížilo nevratně nebo se nezabilo. Takže sebepoškození je podnětem k vyhledání pomoci a v ordinaci se pak odhalí další věci. Řekla bych, že málokdy se stane, že by přišli s nějakým problémem, a teprve až na pobytu se zjistilo, že se dítě sebepoškozuje. Další věc je, že tam může přijít s něčím jiným, ale ve výsledku podlehnout sociální nákaze ze strany vrstevníků a odejít se sebepoškozováním, protože to tam vidí a zafunguje mu to. To je riziko hospitalizací.

T: Jaká jsou specifika komunikace a jednání s touto cílovou skupinou?

O: Člověk se musí připravit na to, že tyto děti, nebo vlastně už mladí lidé, to často nevnímají tak, že mají nějaký problém. Vnímají to tak, jakoby člověk chtěl zasahovat do něčeho, co je výsostně jenom jejich záležitost, že je to jejich tělo a že si s tím svým tělem mohou dělat, co chtějí. Takže v tomhle prostě, kdo je nepoučený a neví, že nemá smysl jim to rozmlouvat a zabývat se zvýšeně tímto samotným problémem, tak může vyvolat negativistickou odezvu. Na druhou stranu prostě nějaké bagatelizování, to taky není dobře, protože to by mohlo vést ještě k zesílení, takže asi zachovat chladnou hlavu a snažit se nabídnout nějaké porozumění, rozhovor a snažit se prostě jakoby částečně možná i odvést pozornost



*jinam a částečně umožnit, aby vlivem takového nějakého porozumění a jiné optiky na to nahlédl mladý člověk v podstatě jako na to, co mu neprospívá. Snažit se, aby k tomu došel sám. Aby se sám rozhodl ke změně, aby tam došlo k posunu, protože dokud to uvidí jako problém svého okolí a chápe to tak, tak se dostává do nějaké defenzivy a může to podpořit to, že v něm narůstá pocit neúcty k sobě samému a tím pádem znovu sahá ke kompenzaci tímto způsobem.*

T: V čem spatřujete hlavní rozdíly ve výkonu práce psychologa a sociálního pracovníka?

O: *Úkolem psychologa je vytvořit právě to vnitřní rozhodnutí, dovést klienta k vnitřnímu rozhodnutí, že by měl změnit svoje chování. A úkolem sociálního pracovníka je pomoci mu, aby dokázal svoje rozhodnutí realizovat v tom vnějším světě a pomoci mu takovým novým ukotvením vztahů, ať už v rodině, nebo mezi vrstevníky, případně nabídnout pomoc skupin, nasměrovat ho a v takové práci víceméně kontrolní. I když k psychologovi se taky chodí na setkání nebo sezení po určitém čase, tak ale ten sociální pracovník by mohl být v častějším kontaktu a v případě, kdy by se dělo, že by se vracel do kruhu a docházelo tam k obnově toho problému, tak by mohl poskytnout podporu a případně mu říct, že je potřeba znovu vyhledat psychologa, protože motivace musí proběhnout znovu. Znovu změnit vnitřní prostředí v něm. A sociální pracovník to vlastně vidí z venku. Přestávají mu fungovat vztahy, něco se mu hroutí, takže on by mohl v tomhle víc zafungovat aktuálně.*

T: Ve kterých případech Vaše zařízení spolupracuje se sociálními pracovníky?

O: *U nás bohužel až v okamžiku, kdy rodina neplní funkci, kterou by měla, takže především s OSPOD, takže případy, kdy už je ta rodina nějak sociálně poškozená. Ať už tam dochází*

*k týrání, zanedbávání péče, v takovém tom vyšším měřítku. Řekla bych, že se nepracuje preventivně. Dá se třeba předpokládat, že jestliže se ocitne rodina v sociální nouzi, nemusí tam docházet k ničemu protizákonnému nebo něčemu, co by dítě tak ohrožovalo, ale to ohrožení už tam nastává tím, že dítě je už ve třídě vnímáno jako looser, a to se dá víceméně předpokládat, jestliže je rodinná situace neuspokojivá ve finančním zázemí, takže tam by možná z preventivního hlediska také sociální práce nebyla marná. Ale to už by se zabředávalo spíš do sociální politiky, aby lidé nebyli dlouhodobě nezaměstnaní a podobně.*

T: Jaké jsou podle Vás aktuální možnosti pomoci v ČR? Na koho se může cílová skupina obrátit?

*O: Na psychologa, ale dětských psychologů je poskrovnu. V Liberci to není tak zlé, protože tu funguje dětská psychiatrie, takže tady se mohou obrátit i na psychiatra. Jinak je to metodik prevence rizikového chování nebo výchovný poradce ve školách, do budoucna se uvažuje o psychologích ve školách a speciálních pedagozích - etopedech ve školách, dále pedagogicko-psychologická poradna přichází v úvahu, a pak rodiče mohou vyhledat soukromého psychologa nebo ordinaci soukromou.*

T: A když už to nejsou děti, ale daná cílová skupina, tedy mládež a mladí dospělí?

*O: V tom případě psychologické ambulance pro dospělé, nebo psychiatrie. Ale tam nakonec psycholog vyhodnotí, jestli je potřeba právě poslat k psychiatrovi, jestli je třeba nějaká medikace, v souvislosti s tím, že to nebývá samostatné, je to jeden z příznaků jiného problému, je to vždy symptom jiné diagnózy, a v tomto vyšším věku už bývá zřetelné, s jakou poruchou to je svázané. Co se týká sociální péče*

*o tuto skupinu, tak vůbec nevím, jestli něco existuje. Možná azylové domy a domy na půli cesty se s touto problematikou musí potýkat, a tam sociální pracovník působí.*

T: Jaký způsob pomoci podle Vás cílová skupina preferuje?

O: *Preferují psychologa. V nižším věku nízkoprahová zařízení, ve vyšším věku už potom ne.*

T: Co myslíte, že je tím důvodem?

O: *Netuším. Řekla bych, že v nižším věku to oni nechápu jako stigma, ale naopak jsou tím zajímaví a dělá to podle nich spousta lidí, ale jak jsou starší, spousta z nich od toho upouští a chápou to tak, že je to v nepořádku, když to dělají pořád dál, takže bych řekla, že se potom více stydí a už nemají chuť se s někým podobně stigmatizovaným setkávat. Možná, kdyby existovala nízkoprahová zařízení pro různý věk, tak by to také nebylo na škodu, protože je tam hrozně velký rozdíl mezi patnáctiletým a dvacetiletým člověkem v jeho vývoji, protože vývoj probíhá v tomto období hrozně rychle a rozdíl je pak opravdu propastný. Mohlo by se to řešit alespoň dny, kdy je otevřeno pro nižší věk, a dny, kdy pro vyšší.*

T: Proč někteří lidé pomoc nevyhledají?

O: *Buď to nevidí jako problém, anebo nevědí, kam by se obrátili, a jít k psychologovi chápou jako selhání, obávají se toho, že budou mít někde záznam nebo tak něco. Nebo třeba také to, že když se rozhodnou, tak objednávací doba je dlouhá a mezi tím už zase ztratí odvahu, takže to souvisí s nedostatkem psychologů. Kdyby věděli, že se mohou obrátit i na sociálního pracovníka a byla by služba dostupnější, tak by to možná vedlo k tomu, že by dříve nebo častěji pomoc vyhledali.*

T: Myslíte si, že je informovanost o sociální práci dostačující?

O: Myslím si, že není, nebo že je chápána zkresleně. Že prostě je chápána tak, že už ty případy musí být úplně do očí bijící, aby se toho ujal sociální pracovník.

T: Co je možné udělat z hlediska prevence?

O: Dalo by se říct, že dobré rodinné prostředí je nejlepší prevencí. Dobré rodinné prostředí vzniká v současné době v závislosti na dobrém zázemí rodiny, tak aby se nenacházela někde kolem hranice chudoby, a pak také na tom, jaké jsou vztahy v rodině. Takže i tam, kde by byla nějaká dispozice osobnostní k takovému chování by v případě, že dítě bude vyrůstat ve stabilním a fungujícím rodinném prostředí, tak by nemuselo dojít k manifestaci takového chování.

## **Příloha 5: Průvodní dopis odborníkům s žádostí o spolupráci**

Vážená paní, vážený pane,

studuji obor sociální práce na Technické univerzitě v Liberci, nyní pracuji na diplomové práci s názvem Sociální práce s lidmi se sebepoškozujícím se a sebevražedným chováním. Obracím se na Vás s prosbou o odpověď na otázky, které najdete v příloze.

V rámci výzkumu (delfská metoda) bude spolu s Vámi osloveno několik dalších odborníků z řad psychologů, psychiatrů a sociálních pracovníků. Dotazování je anonymní, v práci nebude zveřejněno Vaše jméno ani Vaše pracovní pozice. Ráda bych Vás rovněž informovala o skutečnosti, že dotazování bude mít dvě kola, kontaktuji Vás tedy ještě jednou.

Velice děkuji za Váš čas a ochotu a prosím Vás o odeslání odpovědí nejpozději do sedmi pracovních dnů.

S pozdravem

Bc. Monika Pospíšilová

**Pozn.:** Výše zmíněnou cílovou skupinou jsou jedinci se sebepoškozujícím se chováním a jedinci se sebepoškozujícím se chováním, v jejichž historii se zároveň vyskytují suicidální pokusy. Zaměřuji se na věkovou skupinu adolescence až mladé dospělosti (tj. zhruba 15 - 28 let).