

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

SEBEVRAŽEDNÉ A SEBEPOŠKOZUJÍCÍ TENDENCE U DĚTÍ A MLADISTVÝCH
V ÚSTAVNÍ VÝCHOVĚ

Vedoucí práce: RSDr. Ján Mišovič, CSc.

Autor práce: Barbora Janotová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 3. ročník

2017

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že, v souladu § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne

Podpis studenta

.....

„Děkuji vedoucímu bakalářské práce RSDr. Jánu Mišovičovi, CSc. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.“

Obsah

Úvod	7
1 Sebevražedné tendence.....	9
1.1 Hodnocení sebevražedného jednání v historii	9
1.2 Formy sebevražedného jednání.....	10
1.2.1 Suicidální myšlenky	10
1.2.2 Suicidální pokus.....	10
1.2.3 Suicidium.....	11
1.3 Typy sebevražedného jednání.....	11
1.3.1 Bilanční sebevražda	11
1.3.2 Zkratkovité suicidální jednání	12
1.3.3 Účelové suicidální jednání.....	12
1.3.4 Demonstrativní suicidální jednání	12
1.3.5 Suicidální dohoda.....	12
1.3.6 Rozšířená sebevražda	12
1.4 Způsoby provedení suicidia	13
1.5 Motivace sebevražedného jednání	13
1.5.1 Ztráta hodnot či životního smyslu.....	14
1.6 Příčiny sebevražedného jednání.....	14
1.6.1 Genetické faktory	15
1.6.2 Biologické faktory.....	15
1.6.3 Faktor pohlaví	15
1.6.4 Sezónní a klimatické faktory	16
1.6.5 Sociálněpsychologické faktory	16
1.7 Sebevražedné jednání u dětí a mladistvých.....	16
1.7.1 Děti.....	17
1.7.2 Mladiství.....	17
2 Sebepoškozující tendence.....	18
2.1 Hodnocení sebepoškozujícího jednání v historii	19
2.2 Typy sebepoškozujícího jednání.....	19
2.2.1 Kulturně akceptované.....	20
2.2.2 Deviantní – závažné	20

2.2.3	Deviantní – stereotypní	20
2.2.4	Deviantní – mírné.....	20
2.3	Způsoby sebepoškozujícího jednání.....	21
2.4	Motivace sebepoškozujícího jednání	22
2.5	Příčiny sebepoškozujícího jednání.....	22
2.5.1	Genetické faktory.....	22
2.5.2	Biologické faktory.....	22
2.5.3	Faktor pohlaví.....	23
2.5.4	Psychologické faktory.....	23
2.5.5	Sociální faktory.....	24
2.6	Sebepoškozující jednání u dětí a mladistvých.....	24
2.6.1	Děti.....	25
2.6.2	Mladiství.....	25
3	Prevence.....	26
3.1	Preventivní programy.....	26
4	Léčba	27
4.1	První pomoc.....	27
4.1.1	Linky důvěry.....	28
4.2	Krizová intervence	29
4.2.1	Krizová centra.....	29
4.2.2	Pedagogicko - psychologická poradna.....	30
4.2.3	Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy.....	30
4.3	Systematická léčba	30
4.3.1	Psychoterapeutická centra a psychoterapeutická pracoviště	30
4.3.2	Psychoterapie	31
4.3.3	Farmakoterapie	31
5	Praktická část	32
5.1	Úvod praktické části.....	32
5.2	Cíl a předmět výzkumu	32
5.2.1	Hypotézy.....	32
5.3	Metodika.....	33
5.3.1	Distribuce a sběr dotazníků	33
5.3.2	Způsob a zpracování dotazníků	33

5.4	Výsledková část	34
5.4.1	Sebevražedné tendence u dětí a mladistvých v ústavní výchově.....	34
5.4.2	Sebepoškozující tendence u dětí a mladistvých v ústavní výchově.....	42
5.5	Ověření hypotéz	50
5.6	Diskuse	51
	Závěr.....	53
	Seznam použitých zdrojů.....	54
	Přílohy.....	56
	Příloha I.....	56
	Příloha II.	58
	Abstrakt.....	62
	Abstract.....	62

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila Sebevražedné a sebepoškozující tendence u dětí a mladistvých v ústavní výchově. Tuto sociálně patologickou problematiku jsem si vybrala z důvodu osobní zkušenosti v rámci povinné vysokoškolské praxe. Praxi jsem absolvovala v Dětském domově v Nepomuku, kde několik dětí mělo sklony k sebepoškozování a trpělo sebevražednými myšlenkami. Z osobní zkušenosti a ze zkušeností ostatních kolegyně, které také absolvovaly praxi v ústavních zařízeních, vím, že se s těmito dvěma sociálně patologickými jevy budu poměrně často setkávat. Po ukončení studia bych ráda pracovala v některém z ústavních zařízení pro děti a dospívající, a proto bych chtěla své znalosti v tomto odvětví sociální práce rozšířit, abych měla větší kompetence pracovat s touto skupinou dětí a adolescentů. Svě znalosti v této tématice bych si ráda rozšiřovala i po ukončení bakalářského studia, pomocí dalšího samostudia, kurzů, vlastních výzkumů a spoluprací s dalšími odborníky v tomto oboru.

Cílem práce je analyzovat metody a techniky užívané při práci s dětmi a dospívajícími trpící sebevražednými a sebepoškozujícími tendencemi a rovněž postupy, které jsou užívány v ústavní výchově. V návaznosti na to se zabývám i s formami odborné spolupráce. Budu se zabývat zjišťováním výskytu těchto jevů mezi dětmi a mladistvými v konkrétních ústavních zařízeních, prezentovat odborné postupy v jednotlivých zařízeních s touto cílovou skupinou. Chci porovnat rozdílný přístup k těmto dětem a dospívajícím v jednotlivých typech zařízení, četnost výskytu těchto dvou sociálně patologických jevů v konkrétních typech ústavního zařízení.

Teoretická část práce bude věnována charakteristice sociálně patologických jevů, sebevražednému jednání a sebepoškozujícímu jednání, a to konkrétně jejich formám, druhům, způsobům, motivům a příčinám. Dále se budu věnovat těmto dvěma jevům, avšak budu již práci konkretizovat, zaměřením na konkrétní věkovou kategorii, a to děti a mladistvé. Nakonec bude část práce věnována možnostem prevence a léčby lidí trpících sebevražednými či sebepoškozujícími tendencemi.

Praktická část práce bude obsahovat výzkum, který v práci rozeberu, jednotlivé výsledky budou porovnávány a poslouží ke shrnutí získaných informací, týkající se problematiky sebevražedného jednání a záměrného sebepoškozování u klientů v konkrétních jednotlivých ústavních zařízeních. Praktická část je tvořena výzkumem,

realizovaným pomocí dotazníku, kterého se zúčastnili především sociální pracovníci a pedagogové z několika ústavních zařízení.

Při tvoření bakalářské práce jsem použila více zdrojů, které jsou uvedeny v seznamu literatury. Velkým přínosem pro mě byly především knihy od Slavomila Fischera, Marie Vágnerové, Andrey Platznerové a Marie Kriegelové využité v teoretické části.

1 Sebevražedné tendence

Sebevražedné jednání v odborné literatuře často nazývané jako suicidální jednání, pochází z latinského *suicidum* = sebevražda. Tento pojem je definován jako úmyslné a dobrovolné ukončení vlastního života na základě různých příčin. Nejčastějším důvodem je únik z krajní životní situace. Problém vidí jedinec jako neřešitelný a sebevraždu považuje za jediné východisko jak si s těžkou životní situací poradit. Tato skupina lidí má snížený pud sebezáchovy a ztrácí smysl života. Suicidální jednání často zůstává ve fázi pokusu, z důvodu snahy upozornit na sebe a svůj problém.¹

K tomuto jednání obvykle nedochází u jedince náhle, ale jednání prochází několika fázemi. V první fázi dochází k úvahám o sebevraždě, kdy se ukončení života jeví jako jedno z řešení, které může těžkou životní situaci vyřešit. V druhé fázi dochází již ke konkretizaci, jedinec přemýšlí o způsobu, jakým by sebevraždu spáchal, jaké má prostředky k tomuto činu, který by byl pro něj nejvýhodnější. V poslední fázi dochází již k realizaci, jedinec uskutečňuje kroky vedoucí k uskutečnění sebevraždy. Člověk v této fázi pociťuje uvolnění, vyřešení situace a pro okolí může tato změna působit jako zlepšení stavu. Trvání těchto fází probíhá u každého jinak a samozřejmě nemusí dojít k uskutečnění všech tří fází. Někdy nedojde k poslední fázi, tedy k realizaci nebo může dojít u člověka k impulzivní sebevraždě, kdy dotyčný průběh a možnosti nepromýšlí.²

1.1 Hodnocení sebevražedného jednání v historii

Pohled na sebevražedné jednání se v průběhu dějin měnil. V době starověkého Řecka, Říma a Egypta nebyl tento čin společností odsuzován, k převratu došlo vlivem křesťanství v době středověku, kdy bylo úmyslné ukončení vlastního života vnímáno jako hřích a zločin vůči bohu.³ Toto bylo i důvodem malého výskytu sebevražd v období středověku a tento fakt přetrvává i dodnes, kdy je dokázáno, že počet sebevražd je u křesťanů velmi nízký. Přelom v chápání sebevraždy nastal v období novověku v době osvícenství a humanismu, kdy bylo hlásáno, že člověk má právo rozhodovat o svém životě. Na přelomu 18. a 19. století jsou pokládány první základy vědeckého výzkumu o sebevraždách a pozornost je věnována faktickým důvodům, které

¹ Srov. FISCHER, S. SKODA, J. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*, s. 59 – 61.

² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 499 – 500.

³ Srov. FISCHER, S. *Sociální patologie*, s. 40.

vedou k sebevražednému jednání.⁴ Jako sociologické téma byla sebevražda poprvé zpracována T. G. Masarykem v roce 1878 a následně É. Durkheimem v roce 1897.⁵

1.2 Formy sebevražedného jednání

Sebevražedné jednání se vyskytuje v několika formách, a to suicidální myšlenky, suicidální pokus a suicidium. Tyto formy se liší kvantitativně, v intenzitě sebevražedných tendencí a kvalitativně, v pevnosti přesvědčení, že smrt je jediné řešení těžké životní situace.⁶

1.2.1 Suicidální myšlenky

Jde o formu a první stupeň sebevražedného chování, kdy jedinec trpí intenzivními až nutkavými myšlenkami, o tom jaké by to bylo, kdyby zemřel. Myšlenkám o sebevraždě věnuje dotyčný mnoho času a tyto myšlenky jsou vtíravé a neodbytné, přestože se jich snaží jedinec zbavit. Důležitým faktorem k posouzení vážnosti této formy je jejich intenzita a konkrétnost.⁷

1.2.2 Suicidální pokus

Jedná se o druhý stupeň suicidálního chování, který je definovaný jako jakýkoliv pro život nebezpečný čin s úmyslem ukončit jím vlastní život, avšak k úmrtí nedojde. Autoři knihy *Sebevražedné chování* Jiří Koutek a Jana Kocourková si kladou otázku „zda suicidální pokus je pouze „nepodařená sebevražda“, tedy je rozdíl pouze kvantitativní, nebo je kvalitativně odlišnou formou suicidálního jednání.“⁸ Někteří odborníci jsou přesvědčení, že jsou kvalitativní rozdíly mezi sebevražedným pokusem a dokonanou sebevraždou. Dle nich se tedy nejedná pouze o formu odlišnou po kvantitativní stránce, ale i po stránce kvalitativní. „*Tento názor se opírá o statisticky citované G. H. Coltem v knize Záhada sebevraždy. Colt zdůrazňuje, že 90 procent sebevražedných pokusů dospívajících se odehrává doma, 70 procent z nich, když jsou doma i rodiče. Člověk, který se pokusí o sebevraždu za těchto okolností, si zjevně přeje být nalezen a zachráněn.*“⁹

⁴ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 16 – 19.

⁵ Srov. LÁTALOVÁ, K; KAMARÁDOVÁ, D. (et). *Suicidialita u psychických poruch*, s. 15.

⁶ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 27.

⁷ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 28.

⁸ Cit. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 28.

⁹ Cit. FRANKEL, B. KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*, s. 77.

Suicidální pokus je častější u žen, naopak u mužů častěji dochází k dokonané sebevraždě. Taktéž více dochází k pokusu u dospívajících a mladých lidí, naopak u starších lidí více k dokonanému suicidii. Dále sebevražedný pokus bývá často iniciován spontánním a náhlým rozhodnutím člověka, na rozdíl dokonaná sebevražda vychází z dlouhodobého plánování a konkretizování ukončení svého života. Rozdílnost je také v použití metod, u pokusů bývají často používány tzv. měkké metody, což jsou takové, kdy nedochází ihned ke smrti a je větší šance na přežití, například intoxikace léčivou, podřezání žil, otrava výfukovými plyny a další. Naopak u suicidia dochází častěji k použití tzv. tvrdých metod, což jsou ty, kdy dochází k smrti ihned nebo ve velmi krátké době, například střelná zbraň, skok z velké výšky či strangulace a další.¹⁰

1.2.3 Suicidium

Jedná se o dokonanou sebevraždu, tedy o pro život nebezpečný čin, který vede k úmyslnému ukončení vlastního života. Tento život ohrožující čin je časově ohraničen od okamžiku až k nejvýš několika dnům. V delším časovém intervalu se jedná o protahované suicidální jednání, například pokud dochází k intoxikaci léčivou v průběhu několika dnů se zvyšováním množství léčiv. K tomu nejčastěji dochází z důvodu nesprávně odhadovanému množství vedoucí k ukončení života, nebo pokud není jedinec pevně rozhodnut o sebevraždě. Podle některých odborníků je toto protahované jednání na hranici se sebepoškozováním.¹¹

1.3 Typy sebevražedného jednání

Dle autorů Jiřího Koutka a Jany Kocourkové (2003) je sebevražedné jednání rozděleno do sedmi kategorií, a to na bilanční sebevraždu, zkratkovité suicidální jednání, účelové suicidální jednání, demonstrativní suicidální jednání, suicidální dohodu a rozšířenou sebevraždu.

1.3.1 Bilanční sebevražda

K těmto sebevraždám dochází z důvodu neúnosné životní situace, která působí na jedince, již delší dobu. Ten je po dlouhodobé úvaze přesvědčený, že tento problém je nevyřešitelný a jediným východiskem je ukončení života. Častým důvodem je nevléčitelná nemoc či ztráta životního smyslu.¹²

¹⁰ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 28 – 29.

¹¹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 29 – 30.

¹² Srov. FISHER, S. *Sociální patologie*, s. 41.

1.3.2 Zkratkovité suicidální jednání

Jde o jednání, kdy dotyčný jde za svým cílem bez promyšlení, zdali je to správná cesta či nikoli. Jedinec, chce především vyřešit svou životní situaci, co nejrychleji i za cenu vlastního života.¹³

1.3.3 Účelové suicidální jednání

Cílem tohoto jednání není smrt, ale vyřešení náročné situace, kdy se snaží dotyčný vyhnout této situaci, například při nástupu do výkonu trestu. Toto jednání je nevědomě motivované.¹⁴

1.3.4 Demonstrativní suicidální jednání

Je velmi podobné účelovému suicidálnímu jednání, rozdíl je ve vědomé motivaci člověka.¹⁵ Toto jednání se často objevuje u mladistvých s hysterickými rysy, kdy se takto snaží citově vydírat své blízké okolí a získat jejich pozornost, i přesto se takovéto výroky nesmí podceňovat.¹⁶

1.3.5 Suicidální dohoda

Jak již vyplývá z názvu, jde o dohodu dvou či více lidí, kteří se domluví na společné sebevraždě. Často bývá jeden z nich iniciátorem, který ostatní přesvědčí o správnosti tohoto řešení. K hromadným sebevraždám dochází nejčastěji v náboženských sektách, z iniciativy nejvlivnějšího jedince. Z hlediska trestního práva je napomáhání k sebevraždě trestný čin.¹⁷

1.3.6 Rozšířená sebevražda

V tomto případě jde o suicidální jednání, kdy si vezme život člověk duševně nemocný pod vlivem deprese, halucinací či bludů a vezme s sebou ještě někoho sobě blízkého. Může jít i o vraždu a následnou sebevraždu, například rozvedená matka zabije své dítě a následně spáchá sebevraždu, aby se pomstila bývalému manželovi a otci dítěte.¹⁸

¹³ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ J. *Sebevražedné chování*, s. 31 – 32.

¹⁴ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ J. *Sebevražedné chování*, s. 31 – 32.

¹⁵ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ J. *Sebevražedné chování*, s. 31 – 32.

¹⁶ Srov. JEDLIČKA, R (ed). *Děti a mládež v obtížných životních situacích*, s. 249.

¹⁷ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ J. *Sebevražedné chování*, s. 31 – 32.

¹⁸ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ J. *Sebevražedné chování*, s. 31 – 32.

1.4 Způsoby provedení suicidia

Způsoby bývají primárně ovlivněny dostupností konkrétních prostředků a kulturními faktory. Výběr metody provedení může také ukazovat vážnost suicidálního záměru, podle toho zdali se jedná o tzv. měkkou metodu nebo tzv. tvrdou metodu. Jak je výše uvedeno u výběru měkké metody, je větší šance na záchranu, jelikož k smrti nedochází okamžitě. Měkké metody jsou ty, kdy nedochází ihned k ukončení života, tudíž je větší šance na záchranu jednotlivce, spadá sem například intoxikace léky, skok z malé výšky, otrávení výfukovými plyny a podobně. Tvrdé metody jsou takové, kdy dochází ke smrti ihned nebo ve velmi krátké době, například použití střelné zbraně, skok z velké výšky, strangulace a podobně.¹⁹

Dlouhodobě nejrozšířenější metodou sebevraždy je oběšení, které patří mezi tzv. tvrdé metody. Tato metoda je u nás nejpoužívanější už od dob první republiky. Druhá nejčastější metoda, která se vyskytuje mnohem více u mužů než u žen, je zastřelení. Třetí metodou je otrava, výběr trávící látky je ovlivňován měnícími se možnostmi, dříve převažovaly otravy plynými látkami, dnes převažují spíše pevné a kapalné. Čtvrtý nejrozšířenější způsob je sebevražda skokem z výšky, která od roku 2012 narůstá. Tyto čtyři metody tvoří 90 % způsobů provedení sebevražd. Výběr metody bývá často ovlivněn věkovou kategorií, pohlavím, dostupností prostředků umožňující sebevraždu, vážnost suicidálního záměru a další.²⁰

1.5 Motivace sebevražedného jednání

Suicidální motivace jsou vědomé pohnutky vedoucí k sebevraždě jedince. Jedná se o vědomý postoj k vlastnímu rozhodnutí o ukončení života.²¹ Dle statistiky dokonaných sebevražd z roku 2000 byla zjištěna motivace pouze ve 40,6 %, v ostatních případech motivace nebyla zjištěna nebo nebyla zjištěna srozumitelná motivace. Ve většině případů se u lidí, kteří spáchají sebevraždu, nenachází pouze jedna motivace, ale je jich přítomno několik, avšak jedna z nich bývá často spouštěčem suicidálního jednání. Motivy můžeme rozdělit na oblast interpersonálních vztahů, intrapsychickou oblast a pocity ohrožení. První oblast motivů se vyskytuje více u sebevražedných pokusů, druhá

¹⁹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 28 – 29.

²⁰ Srov. FISCHER, S. SKODA, J. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*, s. 59 – 61.

²¹ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 79.

a třetí především u dokonaných sebevražd. Vliv na motivaci mají aspekty jako pohlaví, věk, prostředí a podobně.²²

V již výše uvedeném výzkumu z roku 2000 byl uveden jako nejčastější motiv duševní onemocnění 9,8 %, jako druhý nejčastější motiv zdravotní problémy či handicap 9,3 %, dále rodinné problémy 7,1 % a jiné osobní problémy a konflikty 6,5 %. Vliv na motivaci má pohlaví, u mužů jsou na prvním místě zdravotní onemocnění, na rozdíl u žen jsou na první příčce psychická onemocnění. Ve věkových kategoriích se také motivace výrazně liší, u dětí do čtrnácti let a u dospívajících mezi patnáctým a devatenáctým věkem jsou to především školní problémy a rodinné konflikty, které převažují u chlapců, u dívek jsou to duševní či zdravotní onemocnění.²³

Dle knihy *Telefonní krizová intervence* od D. Knopkové je nejčastějším motivem tělesné onemocnění, druhým duševní choroba, poté náhlé deprese, rodinné problémy, partnerské vztahy, obavy z trestního stíhání či obavy z nekalé činnosti. V mnoha případech nejsou motivy zjištěny nebo jde o jiné příčiny než výše uvedené.²⁴

1.5.1 Ztráta hodnot či životního smyslu

Podle odborníků jako je například Josef Viewegh nebo Marie Vágnerová, která vychází z teorie Viktora Frankla, je hlavním motivem vedoucí k sebevraždě ztráta důležité hodnoty či životního smyslu. Mezi časté činitele formující životní smysl jsou interpersonální vztahy v dětství v rodině. Každého jedince v životě pohání a pomáhá mu překonávat překážky a těžkosti v životě jeho smysl života, díky kterému odolává těmto nástrahám. Avšak pokud dojde ke ztrátě tohoto smyslu, má dotyčný najednou pocit, že už nemá pro co nebo koho dál žít.²⁵

1.6 Příčiny sebevražedného jednání

Za příčiny se považují veškeré negativní vnější a vnitřní vlivy, které mohou jedinci navodit sebevražedné jednání. Příčiny podmiňují toto jednání, avšak dotyčný si je neuvědomuje a tedy si je nedává do souvislosti se svými sebevražednými tendencemi.²⁶ Existuje mnoho možných příčin způsobujících sebevražedné jednání. Často bývá u těchto jedinců přítomna duševní porucha, jako například psychotické a afektivní poruchy.

²² Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 36 – 37.

²³ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 36 – 37.

²⁴ Srov. KNOPPOVÁ, D. *Telefonní krizová intervence*.

²⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 499.

²⁶ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 79.

Dalšími ovlivňujícími faktory může být vliv nevhodného prostředí (drogy, prostituce a další), vliv rodinného prostředí, vliv mezilidských vztahů, vliv pracovního prostředí. Častým faktorem, také může být prostředí, ve kterém již nějaký jedinec spáchal nebo se pokusil spáchat sebevraždu.²⁷ Marie Vágnerová ve své knize *Psychopatologie pro pomáhající profese* dělí příčiny do pěti základních skupin, a to na faktor dědičnosti, biologické příčiny, faktor pohlaví, sezónní a klimatické vlivy a sociálněpsychologické příčiny.

1.6.1 Genetické faktory

Nejde o dědičnost předávající sklon k sebevražednému jednání, v tomto ohledu nebyla nikdy dědičnost potvrzena. Jde o dědičnost duševních poruch a různých chorob, které jsou příčinou suicidálních tendencí. Tyto poruchy a choroby výrazně zvyšují riziko sebevraždy a jsou příčinou 1/3 dokonaných sebevražd. Z tohoto hlediska je několik rizikových faktorů, jako například deprese, kde nemocní trpící depresemi se často zabývají myšlenkami na smrt, v častých případech se, alespoň jednou o sebevraždu pokusí. Dále schizofrenie, u těchto pacientů dochází k sebevražednému jednání častěji, riziková z tohoto pohledu je i porucha osobnosti, kdy dotyčný snáší přetěžké životní situace. Za rizikové jsou považovány i afektivní poruchy, neurotické poruchy, sexuální poruchy a další.²⁸

1.6.2 Biologické faktory

Příčinou také může být těžké tělesné onemocnění nebo trvalá invalidita, která dotyčným může znehodnocovat a ztěžovat jejich život. V tomto případě bývá ve většině případů sebevražda pečlivě a důkladně naplánovaná a realizovaná. Riziko volby smrti zvyšuje chronická bolest, tělesná bezmocnost a špatné prognózy. Tato příčina se nejčastěji vyskytuje u starších lidí. K sebevražedným tendencím u této skupiny také velmi často přispívá sociální izolace od okolního světa.²⁹

1.6.3 Faktor pohlaví

Muži a ženy mívají odlišné motivy a volí i odlišné způsoby sebevraždy. Jejich role a společenské požadavky se od sebe liší, a proto pro ně nemá sebevražda zcela stejný význam. U mužů jsou častější motivy problémy se seberealizací, nezaměstnanost, ztráta

²⁷ Srov. JUKLOVÁ, K. SKORUNKOVÁ. *Základy psychopatologie*, s. 106.

²⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 491 – 492.

²⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 492 – 493.

společenského postavení. U žen zase problémy ve vztazích a v osobním životě. K sebevraždám dochází častěji u mužů, ale k sebevražedným pokusům dochází více u žen. Rozdílnost pohledu a jednání u mužů a žen v ohledu sebevražedného jednání je dána specifíčkostí a rozdílností mezi rolemi muže a ženy. Rozdílně se také vyrovnávají s danou zátěží, kdy ženy jsou více emotivní a vyhledají pomoc, kdežto muži často pomoc nevyhledají, jelikož to považují za méně sociálně přijatelné. Muži vnímají své problémy jako určitý způsob svého selhání a selhání své mužské role.³⁰

1.6.4 Sezónní a klimatické faktory

Je všeobecně známé, že lidé na podzim, v zimě a na jaře trpí více depresemi než v létě. Stejně je to se sebevražedným jednáním, které se vyskytuje v létě mnohem méně. Tento fakt je zapříčiněn malým množstvím světla, které podporuje pesimismus a pocit beznaděje. Toto tvrzení je reálně doložené studii ze skandinávských zemí, kde trpí lidé depresemi a pesimismem více než lidé na jihu.³¹

1.6.5 Sociálněpsychologické faktory

Tyto příčiny jsou ovlivňovány společenskými a historickými proměnami a individuálními zátěžemi každého jedince. Sociální zátěže mohou zvyšovat riziko sebevražedného jednání při řešení zátěžové životní situace. Tyto situace dotyčný vnímá jako nevyřešitelné a jako ohrožení nějaké vysoké životní hodnoty, kterou nejde ničím jiným nahradit. Riziko sebevraždy je také zvyšováno ztrátou profesního a sociálního postavení ve společnosti, kdy jedinec ztrácí sebedůvěru a sebeúctu. Dále je rizikem ztráta životního smyslu a ztráta celoživotně plánované budoucnosti. Jinými příčinami jsou nenaplněné vztahy, pocit osamělosti a nedostatek opory, nefunkční rodina, ztráta sociálních vazeb, ztráta sociálního zázemí a vynucená změna životního stylu. Sociální vazby slouží jako prevence před suicidálním jednáním, díky těmto vazbám má dotyčný pocit smyslu života a lepší postoj k životu.³²

1.7 Sebevražedné jednání u dětí a mladistvých

Malé děti nemůžou spáchat opravdovou sebevraždu, jelikož zcela ještě nechápu podstatu smrti. Smrt jako takovou jako jí chápu dospělí, začnou děti chápat až po jedenáctém věku. V období adolescence počet sebevražedných pokusů rapidně stoupá,

³⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 493.

³¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 493.

³² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 493 – 496.

mezi patnáctým a devatenáctým věkem života je sebevražda druhou nejčastější příčinou úmrtí. Sebevražedné myšlenky se častěji vyskytují u dětí a mládeže, které užívají drogy či alkohol. Všeobecně jsou nejčastějším motivem u těchto dvou věkových skupin problémy v rodině či ve škole. Děti a mladiství, kteří se pokusí o sebevraždu, jsou velmi často z neúplných rodin či ze špatného výchovného prostředí rodiny.³³ Do čtrnácti let věku dítěte se vyskytuje sebevražedné jednání velmi málo. V těchto případech byl pokus o sebevraždu spíše voláním o pomoc, kde nebyla smrt skutečným důvodem tohoto činu. Způsoby provedení a motivy jsou ovlivňovány jak věkem, tak pohlavím. Chlapci častěji volí na rozdíl od dívek tzv. tvrdé metody, tedy u chlapců dochází častěji k dokonaným sebevraždám.³⁴

1.7.1 Děti

V dětském věku dochází k sebevražednému jednání velmi zřídka. Děti zhruba do devátého až jedenáctého věku nepovažují smrt za něco nezvratného a konečného, toto myšlení je podmiňováno pohádkami, kde princ probudí polibkem Sněhurku, smrt je možná zvrátit pomocí mrtvé vody jako například ve Zlatovlásce, smrt spíše chápou jako spánek jako je například v Šípkové Růžence.³⁵ Počet dětí se suicidálním jednáním stoupá mezi desátým a dvanáctým věkem života. Ve většině případů sebevražd spáchaných dětmi jde o zkratkovou reakci, která je nepromyšlená a provedena v afektu. Děti tento čin provedou ze strachu a z pocitu ohrožení, jako jsou problémy a neúspěchy ve škole či problémy v rodině.³⁶

1.7.2 Mladiství

V tomto období dochází k rozvíjení vlastní identity, k čemu je potřeba se odpoutat od některých dřívějších vazeb, osamostatnit se a vzdát se některých doposud platných hodnot. V této době mladý člověk nachází sám sebe a svůj smysl života, smysl své existence, v tomto období může dojít snadno k pocitu bezradnosti, osamělosti, selhání, zoufalství či zklamání. Může dojít k prvním skutečným velkým nezdarům a pokus o sebevraždu může být reakcí na tuto první těžkou životní situaci. Lidé v tomto období reagují více emotivně a impulzivně, sebevražedné jednání bývá ve většině případů zkratkovité. Dochází mnohem častěji k sebevražedným pokusům, nežli k dokonaným

³³ Srov. TURČEK, K. *Psychopatologické a sociálně-patologické prejavy detí a mládeže*, s. 117 – 119.

³⁴ Srov. JUKLOVÁ, K. SKORUNKOVÁ, R. *Základy psychopatologie*, s. 106.

³⁵ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ J. *Sebevražedné chování*, s. 47.

³⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 503.

sebevraždám a jsou i více vybírány tzv. měkké metody sebevraždy. Počet pokusů se zvyšuje mezi patnáctým a devatenáctým věkem. Hlavními rizikovými faktory v této věkové kategorii jsou problémové sociální vztahy mezi vrstevníky a rodinou, pocit osamělosti, problémy s vlastní identitou, neúspěch ve škole, nízké sebevědomí. Dle Jiřího Koutka (2000) narůstá počet motivů posmrtného člověka, kdy je adolescent přesvědčený, že po smrti bude žít nový, lepší život.³⁷ Jsou i známa historická období, kdy stoupl počet sebevražd mladistvých pod vlivem uměleckých vzorů. Mladiství volí odlišné metody sebevraždy nežli dospělý, a to otravu jedem, předávkování drogami, podřezání žil, skok pod vlak či z výšky.³⁸

2 Sebepoškozující tendence

Záměrné sebepoškozování, také někdy nazývané jako automutilační chování, nemá jednotně danou klasifikaci a definici. Jeden z důvodů nejednotných a různých definic je také kulturní podmíněnost tohoto chování a jeho metod, dalším důvodem je nepřijetí sebepoškozujícího chování jako samostatného klinického syndromu. Autoři Koutek a Kocourková definují záměrné sebepoškozující chování jako: „*chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity*“. Tato problematika se může objevit u jedince jakéhokoliv věku či pohlaví, ale nejčastěji postihuje mladiství kolem čtrnáctého roku života a je dokázáno, že se vyskytuje dvakrát častěji u žen než u mužů. Tímto způsobem se snaží jedinci řešit své problémy, především problémy v rodině.³⁹

Cílem tohoto chování není nikdy smrt, ale pouze snaha dosáhnout úlevy od velkého napětí, které je pro trpícího jedince nesnesitelné. Tento problém musí být včas zachycen a léčen, jelikož hrozí pozdější riziko suicidálního jednání. Sebepoškozující tendence se vyskytují v populaci častěji než sebevražděné tendence, zasahují necelé 1 % populace. Ve 40 % případů dochází k tomuto chování opakovaně v určitých cyklech. Průběh sebepoškozujícího aktu bývá většinou obdobný, nejdříve dochází k nějaké stresující situaci, která navodí jedinci negativní emoce a zvýší jeho napětí, tyto emoce a napětí narostou do velké intenzity, která je pro trpícího neúnosná. Tato situace vyvolá sebepoškozující myšlenky, které se snaží jedinec neúspěšně odvrátit a dojde

³⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 503.

³⁸ Srov. ONDREJKOVIČ, P. Sociální patológia, s. 177.

³⁹ Srov. NIELSEN SOBOTKOVÁ, V. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*, s. 48.

k sebepoškozujícímu aktu a spolu s ním k uvolnění napětí a k lepšímu emocionálnímu stavu jedince. Toto chování je návykové, tudíž může docházet k jeho opakování.⁴⁰

2.1 Hodnocení sebepoškozujícího jednání v historii

Poprvé byla zaznamenána problematika záměrného sebepoškozování v případové studii L. E. Emersona v roce 1933. Nadále bylo vydáno pár publikací věnovaných tomuto tématu od odborníků jako Grenubaum, Klerman, Graff, či Mallin, avšak nerozlišovali mezi suicidálním jednáním a záměrným sebepoškozováním. I přes tyto knihy a zájem některých odborníků bylo toto téma ve společnosti velmi dlouhou dobu tabuizováno, a to až do roku 1987. V tomto roku se stala průlomovou první publikace Armanda R. Favazzy. Problematika záměrného sebepoškozování byla stále více medializována a v roce 1992 se zapojilo do medializace i mnoho slavných osobností jako Lady Diana Frances Spencer, Johnny Depp, Angelina Jolie a další, kteří promluvili o osobních zkušenostech s tímto sociálně patologickým jevem. Toto veřejné přiznání přimělo mnoho mladistvých trpících sebepoškozujícími tendencemi svěřit se odborníkům a najít odvahu a sílu problém řešit, díky tomu se ukázalo, u jak velkého procenta mladistvých obyvatel se tento problém vyskytuje a dosavadní podceňování záměrného sebepoškozování.⁴¹

V současnosti se tomuto problému věnuje mnoho odborníků a publikací. Většina definic záměrného sebepoškozování se distancuje od suicidálního jednání, které považují za odlišný samostatný sociálně patologický jev, který může vzniknout ze sebepoškozujících tendencí, ale ve většině případů tomu tak není. Dnes je to považováno především za problém dospívajících, který je důležitý nepodceňovat a pracovat jak na léčbě, tak na prevenci záměrného sebepoškozování.⁴²

2.2 Typy sebepoškozujícího jednání

Existuje několik klasifikačních přehledů této sociálně patologické problematiky. Některé tyto přehledy zahrnovaly i sebevražedné tendence do kategorií typů sebepoškozujícího jednání. První definice, která toto chování striktně vyloučila z typů záměrného sebepoškozování, jejíž autorem byl průkopník této problematiky odborník

⁴⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychologie pro pomáhající profese*, s. 463 – 464.

⁴¹ Srov. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*, s. 10.

⁴² Srov. PLATZNEROVÁ, A. *Sebepoškozování*, s. 15 – 17.

Armando R. Favazza, jehož kategorizace typů sebepoškozujících tendencí je používána dodnes.⁴³

Favazza rozděluje sebepoškozující jednání na kulturně akceptované a deviantní, které se dělí na závažné, stereotypní a mírné. Mírné je následně děleno na epizodické, repetitivní a kompulzivní.⁴⁴

2.2.1 Kulturně akceptované

Do této kategorie patří chování takové, které je sociálně přijatelné a zaměřené ke změně vlastního fyzického vzhledu, jako například v dnešní době oblíbené piercingy, tetování, plastické operace, ale také pro nás zcela běžné aktivity jako stříhání vlasů a nehtů.⁴⁵

2.2.2 Deviantní – závažné

Tato forma záměrného sebepoškozování se vyskytuje velmi vzácně a jedná se o nejextremnější formu. Při tomto sebepoškozování dochází k poškození velké části tkáně, řadí se sem například amputace končetiny, oční enukleace či kastrace. Při tomto jednání dochází k trvalým následkům a týká se jedinců, kteří trpí nějakým psychickým narušením nebo jsou pod vlivem velkého množství intoxikačních látek.⁴⁶

2.2.3 Deviantní – stereotypní

Do této kategorie patří činy, které jsou opakující, fixní a rytmické. Nejčastější je bouchání hlavou, dále například stlačování očí nebo kousání do končetin či prstů. Toto chování se týká především mentálně postižených, autistů, lidí s akutními psychózami, ale také například lidí s Lesch – Nyhanovým syndromem a Tourettovým syndromem.⁴⁷

2.2.4 Deviantní – mírné

Jedná se o nejčastější formu sebepoškozujícího chování a o formu, které je věnovaná tato bakalářská práce. Dochází pouze k menším tělesným zraněním, které většinou nemají žádné trvalé fyzické následky. Tato forma je následně dělena na základě kvantity sebepoškozujících aktů na epizodickou, repetitivní a kompulzivní formu. Epizodická reaguje okamžitě, bez promyšlení na nepříjemný pocit a dochází pouze k drobnému poranění. Může dojít k přechodu na formu repetitivní, což je zvyková, promyšlená reakce na nepříjemné situace a podněty. Kompulzivní forma má jiné funkce nežli

⁴³ Srov. PLATZNEROVA, A. *Sebepoškozování*, s. 17 – 18.

⁴⁴ Srov. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*, s. 23.

⁴⁵ Srov. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*, s. 23

⁴⁶ Srov. PLATZNEROVA, A. *Sebepoškozování*, s. 18.

⁴⁷ Srov. PLATZNEROVA, A. *Sebepoškozování*, s. 18 – 19.

předchozí dvě formy, toto sebepoškozující chování je vyvoláváno úzkostlivými stavy a funguje podobně jako obsedantně – kompulzivní porucha.⁴⁸

2.3 Způsoby sebepoškozujícího jednání

Tak jako existuje několik definic sebepoškozujícího jednání, je také rozlišováno několik rozdílných dělení způsobů záměrného sebepoškozování. Stejně jako u některých definic i zde, někteří autoři zahrnují do způsobu provedení i suicidální jednání. Za nejobecnější rozdělení způsobů bez zahrnutí suicidálního jednání je považováno rozdělení podle odbornice Jan Sutton, která dělí záměrné sebepoškozování do tří kategorií, a to na sebetrávení, sebezraňování a sebepoškozování. U sebetrávení může být záměr často nejasný, není zcela jasný, zdali se chtěl jedinec pouze přiotrávit či předávkovat, potom bychom již mluvili o suicidálním jednání. Do kategorie sebezraňování patří řezání, vyřezávání ornamentů do kůže, pálení se, propichování kůže, vytrhávání vlasů, sebekousání a podobně. Poslední kategorií je sebepoškozování, u kterého je ve většině případů jiný záměr nežli se fyzicky poškodit, patří sem například kouření, zneužívání alkoholu a drog, promiskuita, prostituce či jiné rizikové chování. Někteří odborníci tuto problematiku mezi formy sebepoškozujícího jednání neřadí, jelikož nebývá účelem fyzické poškození těla.⁴⁹

Z předchozího dělení vyplývá, že způsobů provedení sebepoškozujícího jednání může být mnoho, ale za nejčastější jsou považovány řezání, škrábání, sebebálení a sebemučení. Na výběr metody má vliv pohlaví jedince, zatímco u žen je nejčastější řezání se a následně propichování a škrábání kůže, u mužů je nejčastější sebemučení a následně také propichování a škrábání kůže. Další způsoby jsou například drásání ran a tím zabraňování jejich přirozenému hojení, trhání vlasů či ochlupení, bouchání hlavou o zeď, vyřezávání ornamentů a symbolů do kůže, propichování kůže, kousání, sebeopařování, sebemučení a další. Mnoho jedinců používá několik metod záměrného sebepoškozování, až později si zvolí jednu, kterou bude nadále používat. Nejčastěji dochází k záměrnému zraňování rukou až v 74 % případů, následně nohou 44 %, břicha 25 %, hlava 23 %, hrudník 18 % a nakonec genitálií 8 %.⁵⁰

⁴⁸ Srov. PLATZNEROVA, A. *Sebeškozování*, s. 19 – 20.

⁴⁹ Srov. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebeškozování v dětství a adolescenci*, s. 27.

⁵⁰ Srov. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebeškozování v dětství a adolescenci*, s. 63.

2.4 Motivace sebepoškozujícího jednání

Motivací tohoto jednání může být mnoho a někteří jedinci si nemusí být vědomi svých motivů k tomuto chování. Motivy jsou shrnuty do několika základních skupin, a to na stimulaci, trest, relaxace, odklonění, společenské motivy či poutání pozornosti a alterace. Stimulací se rozumí situace, kdy se snaží jedinec uniknout před těžkou situací a negativními emocemi záměrným fyzickým procítěním těla. Trest neboli sebetrestání za účelem tímto jednáním odstranit pocit viny a studu, jde o způsob vyjádření hněvu sama na sebe. Motiv relaxace, jehož cílem je uvolnění a pocit uspokojení, které fyzická bolest jedinci přináší. Odklonění, které člověka přivádí do stavu transu a zabránění negativní emoční reakce na problém. Společenské motivy či poutání pozornosti, jehož cílem je potvrzení se vlastní síly či výraz příslušnosti k určité skupině nebo snaha dosáhnout pozornosti a péče o svou osobu. Poslední kategorií je alterace, kdy se snaží jedinec dosáhnout neatraktivnosti sebezohyděním. Jak je již výše zmíněno motivů může být mnoho, jde o individuální problém jedince, proto se nedají zcela všechny motivy obsáhnout a vyjádřit.⁵¹

2.5 Příčiny sebepoškozujícího jednání

Vliv na sebepoškozující chování mají genetické, biologické, psychologické a sociální faktory, které se vzájemně ovlivňují, může dojít tedy ke vlivu více faktorů současně na jedince trpícího sebepoškozujícími tendencemi.⁵²

2.5.1 Genetické faktory

Nedá se říci, že by záměrné sebepoškozování u jedince mohlo být ovlivněno pouze genetickými faktory, vždy dochází v případě vlivu genetických faktorů ke korelaci dvou a více faktorů, nemůže trpícího determinovat pouze faktor genetický. Avšak dle zahraničních výzkumů je prokázáno, že predispozice nízké frustrační tolerance a snížené kontroly impulzů společně s těžkou životní situací, stresem a podobně může vést k tendencím záměrného sebepoškozování.⁵³

2.5.2 Biologické faktory

Odborník Traskman–Bendz se k determinaci záměrného sebepoškozování biologickými faktory vyjadřuje takto: „*Pro biologickou podmíněnost SP svědčí nižší koncentrace kyseliny 5-hydroxyindolactové v cerebrospinálním likvoru a snížená prolaktinová*

⁵¹ Srov. PLATZNEROVÁ, A. *Sebeškozování*, s. 46.

⁵² Srov. PLATZNEROVÁ, A. *Sebeškozování*, s. 35.

⁵³ Srov. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebeškozování v dětství a adolescenci*, s. 79.

*odpověď na fenfluraminový provokační test, indikující redukci funkce serotoninu v centrálním nervovém systému.*⁵⁴ Což znamená, že lidé, u kterých se vyskytuje odchylka v metabolismu serotoninu, trpí zvýšenou impulzivitou a agresivitou, což zvyšuje riziko výskytu záměrného sebepoškození u takového jedince. Také se diskutuje o možnosti vlivu vysoké či nestabilní koncentrace endorfinů, které mohou být zapříčiněny traumatem z dětství spojené s fyzickým či sexuálním násilím. Další odborníci jsou toho názoru, že při záměrném sebepoškození dochází ke stimulaci endogenního opiátového systému, což může vyústit v závislost na endogenních opioidech. Jedinec se může poté stát stejně závislý na sebepoškození jako jiný závislý člověk, například na drogách či alkoholu a sebeubližování mu přináší slast a uvolnění.⁵⁵

2.5.3 Faktor pohlaví

Z pohledu pohlaví je mnohem rizikovější ženská skupina populace, jelikož ženy mají větší sklon k sebeobviňování než muži. Více své problémy prožívají, na rozdíl od mužů, kteří se ve většině případů snaží problémy řešit s větším nadhledem. Z žen trpí problémem sebepoškození především dívky a mladé ženy, často se to týká mladých žen, které se v dětství či v dospívání osobně setkaly s pohlavním zneužíváním.⁵⁶

Veškeré publikace se shodnou na stejném faktu, a to že ženy jsou daleko rizikovější skupinou, avšak v přesném měřítku se některé publikace rozcházejí, některé uvádějí výskyt u žen dvakrát více, jiné třikrát více než u mužů. Tyto údaje mohou být však zkreslovány a to tím, že ženy jsou vůči svým problémům otevřenější a odhodlanější vyhledat pomoc odborníka, na rozdíl od mužů, kteří se často za svůj problém stydí a snaží se řešit svůj problém sami a do rukou odborníků se nesvěří. Některé studie ukazují, že důvodem častějšího výskytu záměrného sebepoškození u žen je také rozdílné zpracování agrese u pohlaví, muži často agresi externalizují, avšak ženy se jí snaží potlačit či ji obrátí proti sobě.⁵⁷

2.5.4 Psychologické faktory

Zvýšit riziko sebepoškozujících tendencí můžou některé osobnosti rysy, mezi které patří například sklony k depresivitě, chronické úzkosti, potlačování a neschopnost ovládat emoce. Lidé trpící touto poruchou mají často zvýšenou impulzivitu a nedomýšlí

⁵⁴ Cit. PLATZNEROVÁ, A. *Sebepoškození*, s. 35.

⁵⁵ Srov. PLATZNEROVÁ, A. *Sebepoškození*, s. 35 – 36.

⁵⁶ Srov. FISCHER, S. ŠKODA, J. *Sociální patologie : analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*, s. 84 – 85.

⁵⁷ Srov. KRIEGELOVA, M. *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*, s. 47 – 48.

důsledky svého chování, nedokážou zvládat agresi, kterou často potlačují, pokud se jim to nedaří, obrací ji proti sobě.⁵⁸

Záměrné sebepoškození bývá často projevem přítomnosti nějaké duševní poruchy, až u 40 % lidí trpící záměrným sebepoškozením bývá diagnostikována depresivní epizoda či hraniční porucha osobnosti, u méně než 10 % kritéria schizofrenie či bipolární afektivní poruchy. Dále se může vyskytovat u asociální poruchy osobnosti, obsedantně kompulzivní poruchy, trichotilománie a podobně.⁵⁹

2.5.5 Sociální faktory

Velký podíl na výskyt sebepoškozujících tendencí mají těžké životní události, problémy v interpersonálních vztazích či trauma z minulosti jako sexuální zneužívání, fyzické násilí, náhlé úmrtí velmi blízké osoby, znásilnění, týrání, domácí násilí, šikana a další traumatické události. Důvodem mohou být problémy rodičů, kteří nezvládají tolerovat emoční odezvy dítěte, které odpovídají jeho věku a neustále mu připomínají, aby bylo silné a emoce potlačovalo. Rodiče, kteří se nacházejí v náročné životní situaci, mohou reagovat odmítavě, což může u dětí způsobovat úzkosti a neschopnost udržovat emocionální stabilitu, což může vést k sebepoškozujícím tendencím. Dalším důvodem může být nápodoba, to se týká především mladistvých, kteří se setkají přímo i nepřímo do kontaktu se záměrným sebepoškozením.⁶⁰

2.6 Sebepoškozující jednání u dětí a mladistvých

K sebepoškozujícímu jednání dochází nejčastěji u mladistvých a mladých dospělých, více u dívek než u chlapců. Tito lidé mají problémy zvládat těžké životní situace a problémy a nedokážou tyto situace řešit. U skupiny adolescentů může být důvodem i nápodoba či vliv módních trendů, jako vyřezávání symbolů v kůži, propichování kůže nebo deformace části tel.⁶¹ I přestože nejrizikovější a nejpočetnější skupinou jsou adolescenti, může záměrné sebepoškození začít v kterémkoli věku. Podle Aldermanové se záměrné sebepoškození začíná projevovat obvykle v adolescentním věku, stupňuje se kolem dvaceti let věku a kolem třiceti let věku mizí. Za období vzniku

⁵⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 464.

⁵⁹ Srov. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*, s. 75 – 79.

⁶⁰ Srov. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*, s. 69 – 70.

⁶¹ Srov. FISCHER, S. ŠKODA J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*, s. 84 – 85.

je považována doba mezi 13. a 14. věkem mladistvého, bohužel podle studií se tato hranice neustále posouvá k nižší věkové hranici.⁶²

2.6.1 Děti

Podle výzkumů a publikací se problematika sebepoškozujícího jednání vyskytuje především u adolescentů, u dětí mnohem méně častěji, avšak i v této skupině jsou jedinci, kteří se s tímto sociálně patologickým jevem potýkají. Podle výzkumu Suttonové se problém záměrného sebepoškozování týkal 6 % respondentů mladších pěti let a 27 % ve věku od pěti do dvanácti let. V tomto období šlo především o lehčí formy sebepoškozování, jako například škrabání a kousání, avšak ve velkém počtu případů vedly později k těžším formám záměrného sebepoškozování.⁶³

2.6.2 Mladiství

V období adolescence dochází u jedinců k mnoha změnám, nejen k fyzickým, ale také k modifikaci sebepojetí, vymezování se ve vztazích a vývoji kritického myšlení, dále také k formování osobnostních rysů, povahových vlastností a různých sociálních rolí. Mladiství si kladou existencionální otázky, na které hledají odpovědi. Často jsou pod vlivem silných a nečekaných emocí a kolísá jim pocit sebedůvěry a sebevědomí. Pod vlivem těchto okolností je tato skupina mnohem rizikovější z pohledu hrozby záměrného sebepoškozování.⁶⁴

Většina mladistvých zvládá období dospívání bez značných obtíží, avšak někteří jedinci se nedokážou srovnat se změnami a problémy, které toto životní období dospívání provází a dochází ke vzniku záměrného sebepoškozování. Odbornice v problematice záměrného sebepoškozování Conteriová, Laderová a Bloomová jsou dokonce přesvědčeny, že tento sociálně patologický jev může sloužit u dospívajících jako extrémní forma rituálu přechodu z období dětství do dospělosti. Podle výzkumu Arnoldové 44 % sebepoškozujících začalo s tímto počínáním právě v období adolescence, 30 % již před dovršením dvanácti let věku, 26 % v dospělosti. Podle jiného výše zmíněného průzkumu, který prováděla odbornice Suttonová, došlo u 6 % respondentů k první epizodě záměrného sebepoškozování již před pátým rokem života, 27 % tázaných již v období od pěti do dvanácti let věku, největší skupinou respondentů bylo 35 % respondentů ve věku od třinácti do osmnácti let a 39 % až ve věku od

⁶² Srov. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*, s. 48 – 49.

⁶³ Srov. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*, s. 49.

⁶⁴ Srov. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*, s. 49.

devatenácti let a výše. Suttonová také uvádí, že sebepoškozující tendence se s postupem věku u jedinců stupňovaly a docházelo k závažnějším formám sebepoškozování.⁶⁵

3 Prevence

Cílem prevence je snížení počtu lidí se sebevražedným a sebepoškozujícím jednáním a oslabení vlivu rizikových faktorů, zesílit podpůrné faktory jedince, jako je rodina a prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Prevence se skládá z primární, sekundární a terciární prevence. Úkolem primární je snížení výskytu poruch v populaci a eliminovat rizikové faktory. Pracuje s jedinci, u kterých ještě nedošlo k přímým projevům suicidálního či sebepoškozujícího jednání. Prevence se především věnuje podpoře duševního zdraví a posílení podpůrných faktorů. Cílem sekundární prevence je včasné zachycení těchto sociálně patologických jevů a jejich okamžitá léčba. Je zaměřena na osoby rizikových skupin, jako jsou narkomani, lidé s diagnostikovanou schizofrenií a podobně. Terciární prevence je zaměřena na zmírnění následků a zabránit opakování.⁶⁶

Při prevenci je důležité uvědomovat si, že u velké části jedinců není hlavním důvodem tohoto jednání přání zemřít či si ublížit, ale přání a potřeba naděje a možnosti řešení tíživé životní situace. Je potřeba brát zcela vážně veškeré varovné signály, které dotyčný vykazuje, nebrat je na lehkou váhu.⁶⁷ Prioritou je s jedincem mluvit o jeho problémech, a vrátit mu pocit naděje. V tomto směru plní velmi dobrou úlohu linky důvěry a centra krizové intervence. Pokud se někdo pokusil spáchat sebevraždu nebo se záměrně sebepoškozoval, je velmi důležité uvědomovat si, že to dotyčný může udělat znovu a je velmi důležité zjistit příčinu, ale i motivy tohoto jednání.⁶⁸

3.1 Preventivní programy

Preventivní programy bývají věkově rozděleny, pomáhají především zvýšit psychickou odolnost a schopnost řešit problémy. V rámci prevence s dětmi je například využíván trénink chování dítěte, který pomáhá dětem v těžkých životních situacích. V tomto programu děti ve skupinkách navrhnou řešení problému, který je jim předložen, poté společně všechny problémy a možnosti řešení proberou a reflektují. Dospělý, například

⁶⁵ Srov. KRIEGELOVÁ, M. *záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*, s. 49.

⁶⁶ Srov. FISCHER, S. ŠKODA, J. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*, s. 75.

⁶⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 461.

⁶⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 508.

učitel celý trénink moderuje a předává potřebné informace. Děti tímto získávají potřebné informace, dovednosti a postoje k řešení problémů. Existují i preventivní programy pro rodiny, jejichž dítě trpí sebevražednými myšlenkami či jednáním nebo sebepoškozujícím jednáním.⁶⁹

4 Léčba

Postup kvalifikovaných odborníků a volba léčby by se měla odvíjet podle individuálního případu a podrobného psychologického vyšetření pacienta. Je důležité uvědomovat si, co je příčinou tohoto chování a snažit se řešit nejen tyto tendence, ale především příčinu tohoto jednání. Vliv na výběr léčby bude mít například, zdali dotyčný jedinec trpí těžkými depresemi a závažnými suicidálními tendencemi nebo zdali jde o suicidální pokus účelový. Důležité je zvážit, zdali je nutná hospitalizace pacienta nebo jestli bude stačit pouze ambulantní léčba. V některých případech je nutná hospitalizace, a to především u pacientů hluboce depresivních, psychicky nemocných, kteří již mají sebevražedný plán nebo se velmi aktivně brání pomoci. Jako kompromis mezi těmito dvěma možnostmi bývá někdy volen pouze krátkodobý pobyt v některých krizových centrech.⁷⁰

U dětských a mladistvých pacientů je důležité posoudit při vybírání následných postupů kognitivní a emocionální vyspělost, charakter emocí a afektů, jak jedinec reaguje na stres, jak je schopný adaptace, jak vnímá interpersonální vztahy, traumatické zkušenosti a zkušenosti se smrtí. Při léčbě dětských a mladistvých pacientů je podstatné znát situace, které předcházely sebevražednému pokusu či předchází záměrným sebepoškozujícím aktům, jejich důvody a motivy, problémy a konflikty, které pacient v současnosti pociťuje, možnost přítomnosti psychické poruchy, rodinnou anamnézu a riziko sebevražedného pokusu v současnosti.⁷¹

4.1 První pomoc

Úkolem první pomoci je zvládnout současný akutní stav a okamžitě zabránit jedinci autodestruktivnímu a autoagresivnímu jednání. První pomoc má povinnost provést každý člověk, který je přítomen sebevražednému jednání, ale i sebepoškozujícímu

⁶⁹ Srov. KOUTEK J., KOCOURKOVÁ J. *Sebevražedné chování*, s. 109 – 110.

⁷⁰ Srov. FISCHER, S. ŠKODA, J. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*, s. 75 – 76.

⁷¹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 82 – 83.

jednání. Z tohoto důvodu je to obvykle blízký příbuzný, přítel, kolega z práce či přivolaný lékař, ale také například pracovník linky důvěry. V první řadě je podstatné pomoci jedinci po fyzické stránce, tedy ho zdravotně ošetřit a až poté se věnovat stránce psychické. V případě sebevražedného jednání formu první pomoci ovlivňuje to, zdali jde o první pomoc při suicidálních myšlenkách či první pomoc při akutně hrozícím suicidálním jednání či první pomoc po suicidálním pokusu. První dvě formy lze také zařadit mezi možnosti prevence suicidálního pokusu.⁷²

V případě první pomoci při sebevražedných myšlenkách je podstatou psychiatrické vyšetření, aby bylo zřejmé, zdali pacient myslí svá slova vážně a je opravdu schopný sebevraždy. Po tomto vyšetření se rozhoduje o volbě následné péče, zdali bude pacient hospitalizován. První pomoc při akutně hrozícímu sebevražednému jednání je velmi důležité rychle zhodnotit situaci a udržet kontakt s postiženým. Cílem je zamezit hrozbě pokusu o sebevraždu a přimět ho k odborné psychiatrické pomoci. První pomoc po sebevražedném pokusu, vždy je na prvním místě pomoc somatického doktora, který musí člověka ošetřit, aby nebyl ohrožen na životě a až poté je přivolána pomoc psychiatra. Odborník provede diagnózu a podle ní je zvážena vážnost konkrétní situace, zdali dotyčný opravdu chce zemřít, jaké jsou jeho příčiny a v případě dětí i jejich vyspělost. Ve většině případů bývá pacient hospitalizován v krizovém centru nebo na psychiatrickém oddělení. Velmi důležité při práci s osobami se suicidálními tendencemi je nikdy nepodceňovat varovné signály, tzn. veškeré suicidální myšlenky, které může jedinec kdykoli realizovat nebo demonstrativní suicidální jednání, i takové může skončit nejhůř, a to smrtí člověka.⁷³

4.1.1 Linky důvěry

Významnou úlohu v této problematice mají linky důvěry, ve kterých pracuje mnoho odborníků, jako jsou psychiatři, psychologové, pedagogové, sociální pracovníci. Často je to první krok k pomoci, který lidé se suicidálními myšlenkami či se sebepoškozujícím jednáním podniknou. Toto pracoviště je možné kontaktovat telefonicky. Bývá obvykle součástí nějakého krizového centra, psychoterapeutického centra či poradny, ale může se i jednat o samostatné pracoviště. Většina těchto linek je v nepřetržitém provozu, ve dne i v noci. Na lince důvěry se může dotyčný svěřit pracovníkovi s jakýmkoliv problémem, zcela bez obav a anonymně, má možnost promluvit si s laikem, ale také

⁷² Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 93 – 95.

⁷³ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 95 – 96.

s mnoha odborníky, jako jsou psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, ale také pedagogové či lékaři.

Pro volajícího je kolikrát přínosem, už jen to, že svůj problém vysloví nahlas a může o něm nahlas přemýšlet, díky tomu může přijít na řešení situace zcela sám, jen díky tomu, že si o tom může s někým naslouchavým popovídat a vyslovit svůj problém. V dalších případech může pracovník dotyčného odkázat na potřebnou pomoc, kde mu mohou s jeho problémem pomoci nebo mu pracovník může poradit různé jiné vhodné kroky a možnosti.⁷⁴

4.2 Krizová intervence

Na rozdíl od první pomoci jde o pomoc, které je orientovaná nejen na akutní současnost, ale také na budoucnost. Poskytuje pomoc preventivního charakteru, tedy klientům, kteří se zatím nepokusili o sebevraždu, tak pomoc léčebného charakteru, tedy klientům, kteří se alespoň jednou pokusili spáchat sebevraždu nebo se záměrně sebepoškozují. Krizová intervence řeší nejen přítomnou hrozbu, ale také se snaží eliminovat možnou hrozbu dalšího pokusu sebevraždy či sebepoškozování do budoucna. Jejím úkolem je tedy především objasnit a řešit konkrétní motivy a příčiny, které vedou daného jedince k těmto tendencím. Pomoc tedy nespočívá pouze v řešení důsledků, ale také příčin. Velmi podstatné je naučit jedince zvládat zátěžové životní situace, aby se později po léčbě opět pod nátlakem životních problémů tyto tendence nevrátily. Podobně jako u první pomoci je podstatné posuzovat každý případ individuálně a pečlivě volit následující kroky pomoci a péče, například zdali je vhodnější léčba ambulantní nebo pobytová. Krizová intervence bývá poskytována centry nebo poradnami krizové intervence.⁷⁵

4.2.1 Krizová centra

Cílem těchto zařízení je pomoc lidem v krizových životních situacích, kdy jejich provoz bývá často nepřetržitý. Dotyčný může toto centrum navštívit, kdykoli bez ohlášení nebo se pouze telefonicky ohlásit. Součástí některých těchto center jsou i linky důvěry. Pracovníci v těchto centrech jsou odborníci, jako psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, zdravotní asistenti. Všichni tito pracovníci musí být i zároveň psychoterapeuti a musí projít potřebným školením. Pracovníci pomáhají klientům

⁷⁴ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ R. *O sebevražďách*, s. 107 – 109.

⁷⁵ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 96 – 97.

pomocí terapií a odkazováním na další pomocné organizace, svépomocné skupiny a tak dále.⁷⁶

4.2.2 Pedagogicko - psychologická poradna

Tyto poradny jsou určeny školákům ve věkové kategorii od 3 do 15 let, kteří mají potíže se školou. Potíže mohou souviset s rychlým tempem probírané látky, s osvojováním učiva, volbou střední školy či učiliště, ale také s přehnanými nároky rodičů ohledně studia dítěte či konflikty se spolužáky. Návštěva poradny si vždy sjednává osobně nebo telefonicky.⁷⁷

4.2.3 Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy

Klientela této poradny je různorodá, může jí navštívit jakákoli věková kategorie, která má nějaké vztahové problémy. Vztahové problémy mohou být mezi dětmi a rodiči, mezi partnery, mezi manželi, mezi více generacemi. Tuto poradnu je možné navštívit samostatně, s jiným členem rodiny či celá rodina. Termín návštěvy je potřeba předem domluvit.⁷⁸

4.3 Systematická léčba

Při systematické léčbě je nutná psychiatrická diagnóza, která potvrdí či vyvrátí podezření na přítomnost některé z duševních onemocnění. Poté bývá zpracováván tak zvaný terapeutický plán a zvažuje se vhodnost léčby ambulantní či pobytové, zdali je v individuálním případě podstatnější zachování současného sociálního života a zájmů nebo možnost důkladnější kontroly pacienta. Při ambulantní léčbě musí být zúčastnění kvalifikovaní odborníci přesvědčeni, že v případě sebevražedných tendencí nehrozí v současnosti a blízké budoucnosti u pacienta hrozba suicidálního pokusu. Bohužel při umístění pacienta do pobytového zařízení je hrozba sebevražedného aktu pouze minimalizována, i v tomto zařízení ji riziko pokusu, sebepoškozování či dokonce až úmrtí pacienta.⁷⁹

4.3.1 Psychoterapeutická centra a psychoterapeutická pracoviště

Tyto centra bývají různě zaměřena na určité věkové kategorie, existují centra zaměřená pouze na děti, centra určená mladistvým či dospělým. Často sem přichází lidé, které

⁷⁶ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ R. *O sebevraždách*, s. 109.

⁷⁷ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ R. *O sebevraždách*, s. 109 – 110.

⁷⁸ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ R. *O sebevraždách*, s. 110.

⁷⁹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 97.

sem odkážou linky důvěry, ale je možné přijít i na základě vlastní iniciativy. Dotyční sem přichází s úzkostmi, depresemi, sebepoškozujícími tendencemi, sebevražděnými myšlenkami, pocitem viny, ztráty smyslu života a dalšími, které bývají způsobeny těžkou životní situací, jako například rodinné či osobní problémy. Při první návštěvě zmapuje psycholog či psychiatr životní situaci klienta, aby podrobně poznal jeho životní situaci, problémy, prostředí, možnosti a další. Poté se domluví na dalších návštěvách, kde je problém rozebírán.⁸⁰

4.3.2 Psychoterapie

Tato terapie závisí a odvíjí se podle odborné diagnózy pacienta. Používají se například individuální psychoterapie suportivní, psychodynamicky orientované, kognitivně behaviorální, skupinové psychoterapie či rodinné terapie. U dětí, a především dětí nižšího věku či nižšího psychického vývoje bývá často zapojována také psychoterapie neverbální, například arteterapie, muzikoterapie, canisterapie, herní terapie a podobně.⁸¹

4.3.3 Farmakoterapie

Při sebevražděných tendencích a sebepoškozujících tendencích bývá psychoterapeutická léčba někdy kombinovaná s farmakoterapeutickou léčbou. Při této léčbě musí být odborníci velmi opatrní při výběru léčiv, jelikož některé léčiva nebo jejich kombinace mohou zvyšovat deprese a s nimi tedy i sebevražděné riziko. Příkladem může být tragický příběh dvanáctileté Caitlin, která se oběsila na tkaničkách na dívčích toaletách. Caitlin měla problémy se spánkem a začínaly se objevovat problémy se školou, proto jí byla předepsaná antidepresiva Zoloft, která jí, ale způsobovala halucinace a sebevražděné myšlenky. I přes snahu rodičů pomoci a hospitalizaci v nemocnici skončil její život tragicky.⁸²

Medikace napomáhá snižovat úzkosti, strach, neklid a tendence k sebevražděnému a sebepoškozujícímu jednání pacienta. Vliv na výběr má například, zdali budou antidepresiva užívána dlouhodobě či jen krátkodobě, přítomnost duševní poruchy, vážnost a akutnost suicidálního a sebevražděného jednání.⁸³

⁸⁰ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ R. *O sebevraždách*, s. 111 – 112.

⁸¹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražděné chování*, s. 97.

⁸² Srov. BAKAN, J. *Dětství pod palbou*, s. 89.

⁸³ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražděné chování*, s. 99 – 101.

5 Praktická část

5.1 Úvod praktické části

Praktická část této práce obsahuje výzkum, který byl prováděn pomocí dotazníků, které byly odeslány pomocí elektronických odkazů pracovníkům ústavních zařízení. Tento typ výzkumu jsem zvolila z důvodu nižší časové náročnosti ze strany respondentů, což jsem považovala za výhodu v případě velké pracovní vytíženosti pracovníků v ústavních zařízeních a tím předpokládala větší ochotu k jejich spolupráci a přispění do této bakalářské práce.

5.2 Cíl a předmět výzkumu

Hlavním cílem tohoto výzkumu je zjistit, jak postupují odborní pracovníci v ústavních zařízeních při práci s dětmi a mladistvými trpícími sebevražednými nebo sebepoškozujícími tendencemi. Zdali jsou připraveni na tyto dva sociálně patologické jevy a mají vhodné podmínky a kvalifikované pracovníky, kteří umožní dítěti nadále zůstat v zařízení nebo zdali musí dítě přemístit do jiného zařízení, které je více vhodné pro takového jedince.

Dalším cílem výzkumu je zjistit četnost výskytu suicidálního a sebepoškozujícího jednání u dětí a mladistvých v ústavních zařízeních, a zdali nějaká věková skupina či pohlaví bývá výrazně více ohroženo touto problematikou.

5.2.1 Hypotézy

Na základě vlastních zkušeností, které jsem získala v rámci povinných školních praxí nebo na základě prostudované literatury v rámci teoretické části bakalářské práce, jsem si zvolila několik hypotéz:

H1 Většina pracovníků ústavních zařízení se při své práci setkala s problematikou sebevražedných či sebepoškozujících tendencí, jelikož do těchto organizací přichází jedinci z méně příznivých, mnohdy velmi nepříznivých životních podmínek, které mají vliv na výskyt sebevražedných a sebepoškozujících tendencí.

H2 Pracovníci těchto zařízení se častěji setkávají se sebepoškozujícími tendencemi než se sebevražednými tendencemi, jelikož z vlastních zkušeností a nastudované literatury vím, že se problematika záměrného sebepoškozování vyskytuje v populaci dětí a mladistvých častěji než suicidální tendence.

H3 Nejmenší výskyt jedinců trpících touto problematikou se nachází v dětských domovech, jelikož v této ústavní výchově mají děti a mladiství mnohem méně výchovných problémů než v ostatních typech ústavních zařízení.

5.3 Metodika

Výzkum je realizován pomocí dvou dotazníků, první je věnovaný sebevražedným tendencím a druhý sebepoškozujícím tendencím. Tyto dotazníky jsou určeny pracovníkům ústavních zařízení, především vychovatelům a sociálním pracovníkům. Rozeslány byly do 32 ústavních zařízení, 8 dětských domovů, 8 dětských domovů se školou, 8 výchovných ústavů a 8 diagnostických ústavů. Tyto organizace byly vybrány z Databáze ústavní výchovy, kterou spravuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a byly vybrány na základě vyšších počtů umístěných dětí a mladistvých.

5.3.1 Distribuce a sběr dotazníků

Dotazníky byly vypracovány pomocí webové stránky www.vyplnto.cz a byly přístupné pouze mnou osloveným respondentům, které jsem oslovila a poprosila o vyplnění emailem pomoci zasláných odkazů, které je přesměrovaly přímo na konkrétní dotazník. Dále jsem oslovené pracovníky poprosila o výpomoc, zdali by byli ochotni dále odkazy rozeslat dalším kolegům. Dotazníky měli možnost respondenti vyplnit v době od 28. 2. 2017 do 17. 3. 2017, kdy byla možnost vyplnění dotazníků automaticky ukončena webovou stránkou, tato stránka sama rovnou získané dotazníky vyhodnotila do přehledných grafů. Všichni oslovení respondenti byli informováni o možnosti, kdykoli se na mě obrátit s možnými dotazy či o možnosti, pokud by měli zájem, zaslání vyhodnocených výsledků obou dotazníků, kterou někteří oslovení pracovníci využili.

5.3.2 Způsob a zpracování dotazníků

Bylo osloveno 32 organizací a v každé organizaci, alespoň dva pracovníci a získala jsem u prvního dotazníku 29 respondentů a u druhého dotazníku 38 respondentů. Jsem velice vděčná za ochotu respondentů, kteří si udělali čas a přispěli k mému výzkumu. Jak je výše zmíněno dotazníky byly automaticky ukončeny a vyhodnoceny do přehledných grafů webovou stránkou www.vyplnto.cz. Nejdříve bude vyhodnocován zvlášť dotazník určený sebevražedným tendencím a následně sebepoškozujícím tendencím, budou porovnávány výsledky mezi jednotlivými typy ústavních zařízení a poté budou porovnávány rozdíly v četnosti výskytu, rozdíly v důvodech výskytu těchto

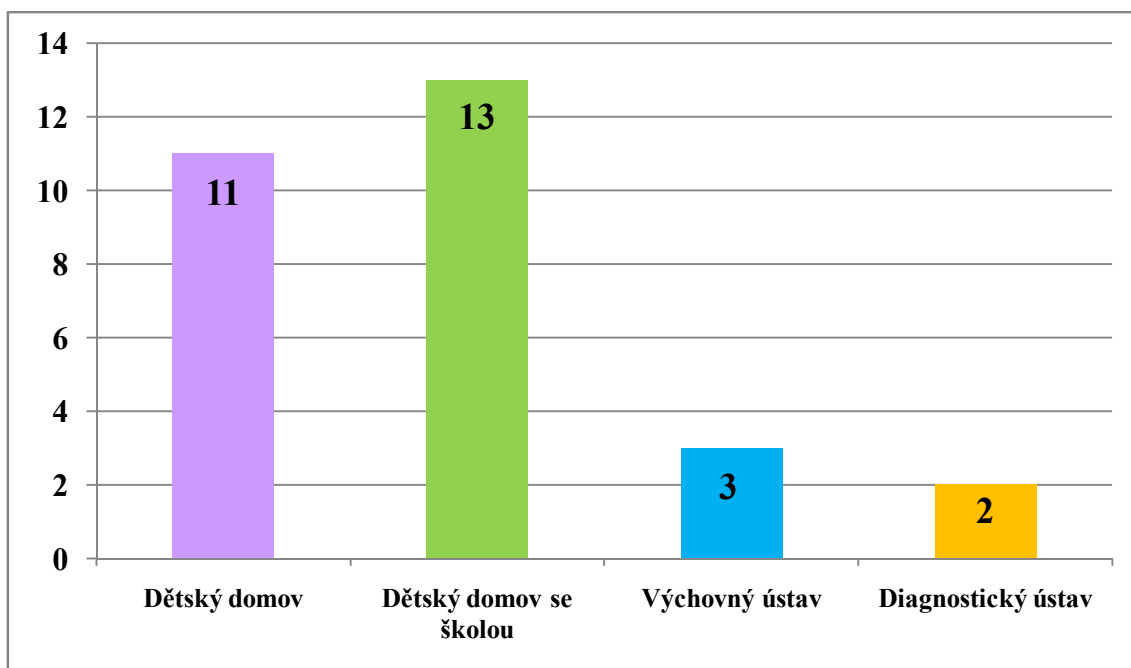
tendencí a rozdílnost v přístupech pracovníků při sebevražedném jednání a sebepoškozujícím jednání.

5.4 Výsledková část

První část bude věnována sebevražedným tendencím u dětí a mladistvých v ústavní výchově, druhá část sebepoškozujícím tendencím u dětí a mladistvých v ústavní výchově. Přesněji jak často se tato problematika v oslovených zařízeních vyskytuje, která věková kategorie a pohlaví je nejvíce tímto problémem zasažena, jaké jsou nejčastější důvody těchto tendencí, jak pracovníci k těmto dětem a mladistvým přistupují, porovnání četnosti výskytu těchto sociálně patologických jevů v současnosti a před pěti lety.

5.4.1 Sebevražedné tendence u dětí a mladistvých v ústavní výchově

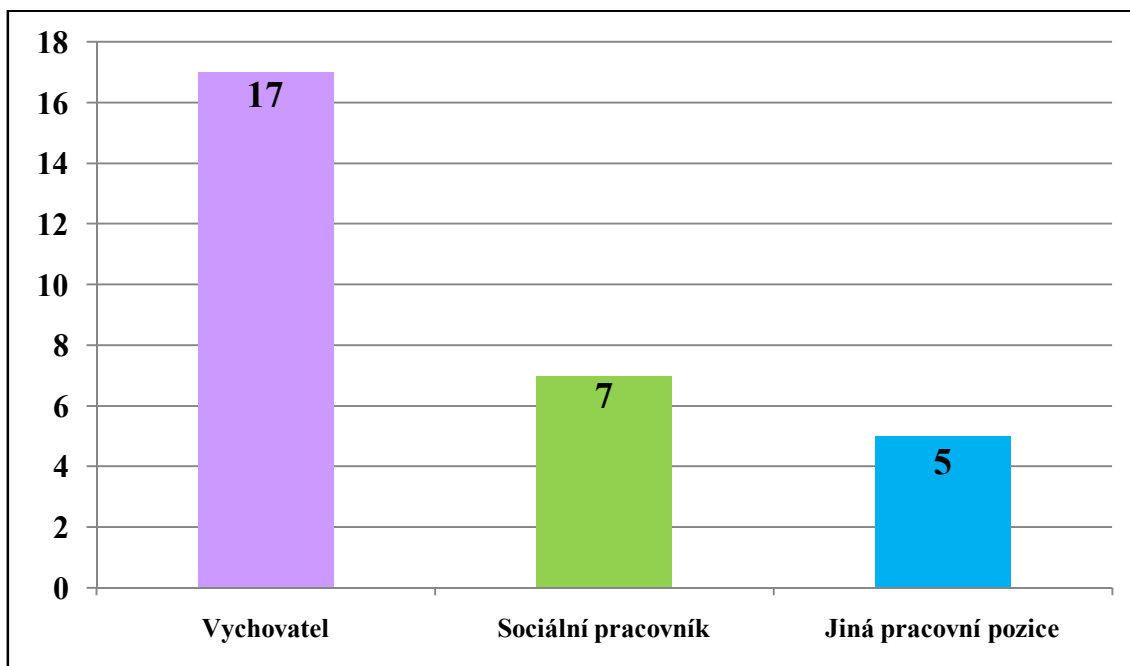
První otázka je identifikační otázkou, která zjišťuje, v jakém zařízení ústavní výchovy respondent pracuje: „*Ve kterém zařízení pracujete?*“.



Graf č. 1

Nejvíce respondentů bylo z dětských domovů a dětských domovů se školou, pouze 3 z výchovného ústavu a o jednoho méně z diagnostického ústavu.

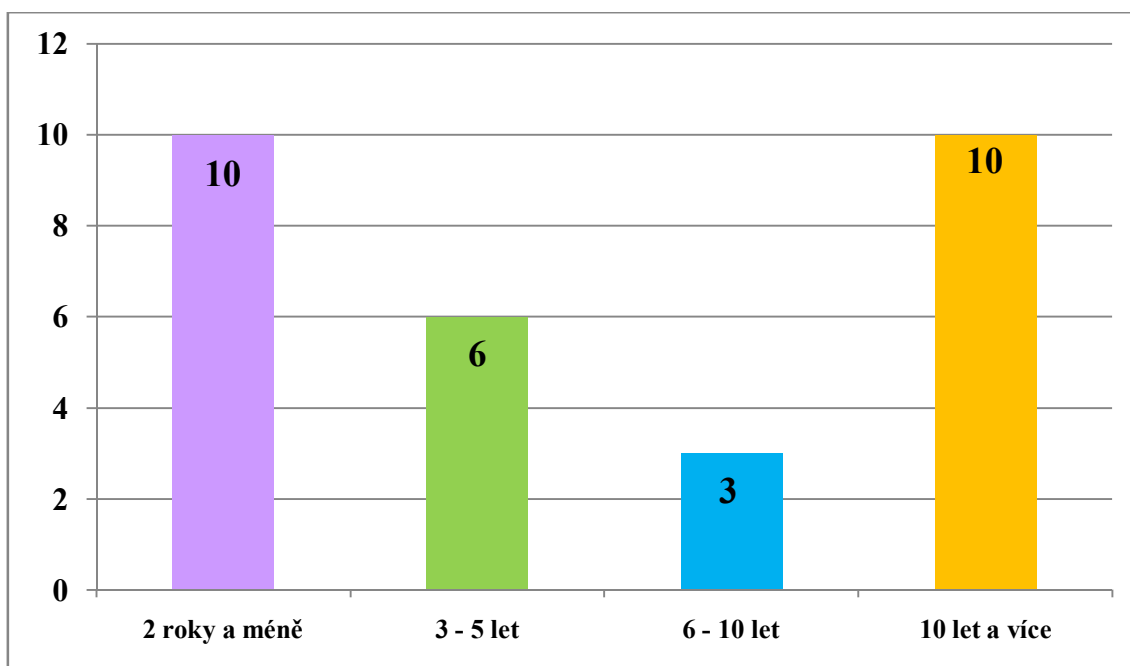
Druhá otázka dotazníku je také identifikační, jejíž úkolem bylo zjištění pracovní pozice respondenta: „*Na jaké pozici v zařízení pracujete?*“.



Graf č. 2

Nejvíce respondentů bylo pracovníků na pozici vychovatel, následně 7 respondentů na pracovní pozici sociální pracovník, skupina respondentů v nejmenším počtu zastoupení uvedla jinou pracovní pozici, a to přesně 3 etopedi, 1 speciální pedagog a 1 ředitel zařízení.

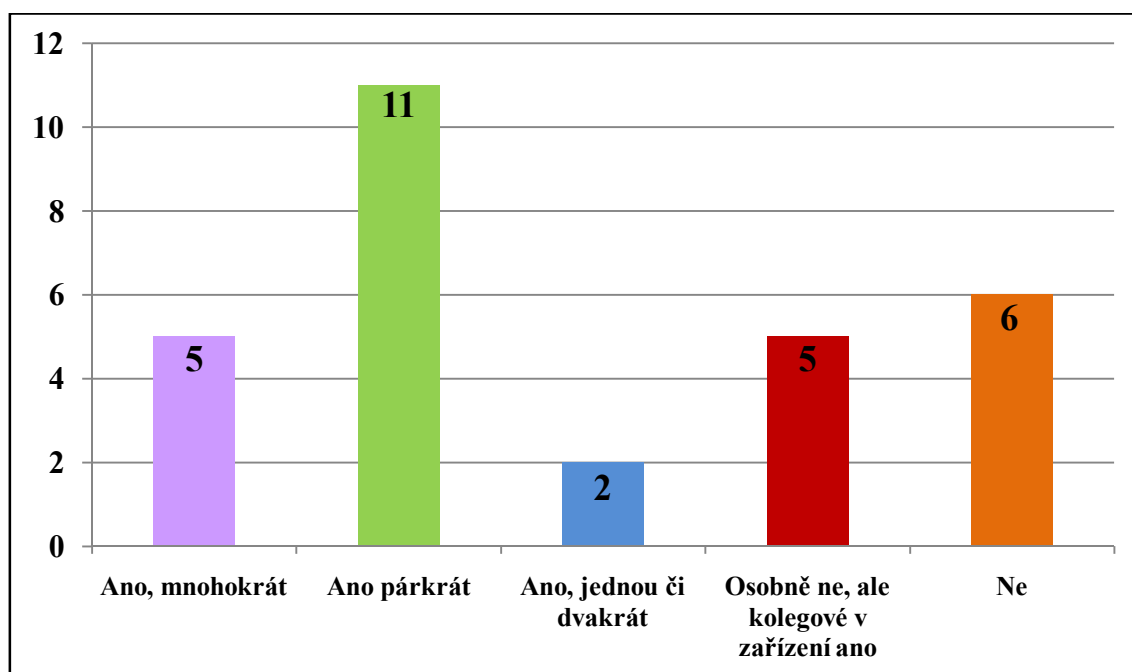
Následující otázka se tázala respondentů na délku praxe v daném oboru: „*Jak dlouho pracujete v tomto oboru?*“.



Graf č. 3

Každá kategorie je zde zastoupena, v největším zastoupení jsou dvě skupiny respondentů, a to ti kteří pracují v oboru 2 roky a méně a ti, co pracují v oboru 10 let a více. Považuji zastoupení všech kategorií za velký příspěvek, předpokládám, že pracovníci, kteří pracují v oboru více let, mají více zkušeností s touto problematikou.

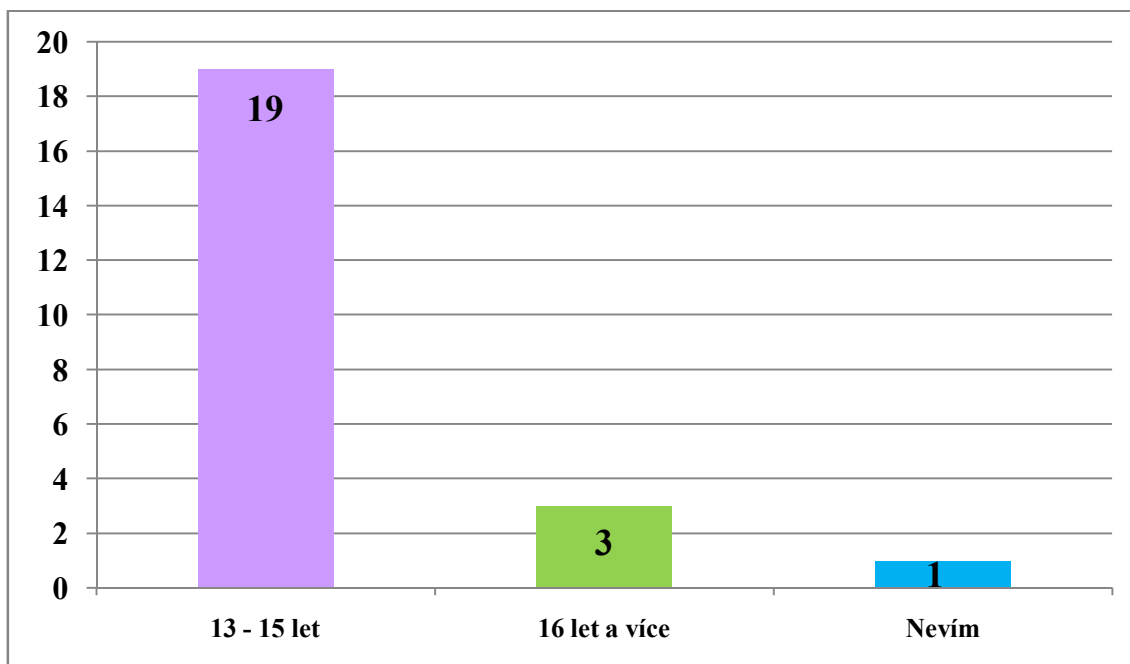
Čtvrtá otázka, která byla otázkou třídící, zjišťovala, zdali se respondenti někdy v zařízení setkali s problematikou sebevražedných tendencí. Pokud se nikdy s těmito tendencemi přímo či alespoň nepřímo nesetkali, dále na další otázky neodpovídali: „Setkali jste se někdy během své práce v tomto zařízení s problematikou sebevražedných myšlenek či jednání?“.



Graf č. 4

S touto problematikou se vůbec nesetkalo pouze 6 respondentů, kteří ani neznají nikoho z kolegů, kdo se s touto problematikou setkal, z nichž byly 3 z dětského domova se školou a 3 z dětského domova. Z 11 respondentů z dětských domovů se 6 respondentů přímo nesetkalo s touto problematikou, 3 z nich pouze nepřímo od kolegů ze zařízení. Zatímco všichni respondenti z diagnostických ústavů a výchovných ústavů se s touto problematikou setkali osobně, nebo znají kolegu, který se s ní setkal.

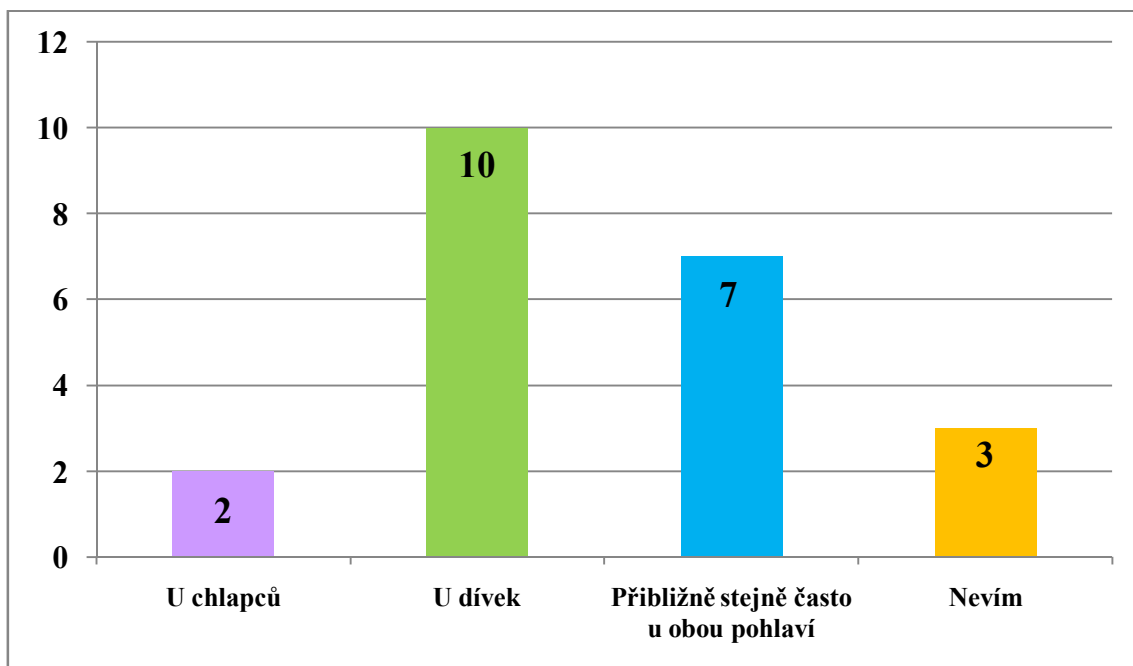
Další otázka se již týkala pouze respondentů, kteří se setkali se sebevražednými tendencemi ve svém zařízení. Tato otázka se zabývala věkovými kategoriemi, které jsou nejčastěji zasaženy touto problematikou: „U jaké věkové skupiny v zařízení, kde pracujete, se tato problematika vyskytuje nejčastěji?“.



Graf č. 5

Odpověď 12 let a méně nezvolil žádný respondent. Pouze 3 respondenti uvedli jako nejčastější věkovou kategorii 16 let a více, u které se problematika sebevražedných tendencí vyskytuje. Tuto odpověď zvolili všichni 3 respondenti z výchovného ústavu. Zatímco všichni respondenti z dětských domovů, dětských domovů se školou a diagnostických ústavů, kteří se v zařízení přímo či nepřímo setkali s touto problematikou, uvedli za nejčastěji ohrožovanou věkovou skupinu 13 – 15 let. Tyto výsledky mohou být částečně zkresleny, jelikož každý typ ústavního zařízení je věkově omezen, například výchovný ústav je především určen dětem od 15 do 18 let nebo od 12 let, a to pouze v případech pokud se u něj vyskytuje opravdu závažně problémové chování. Stejně tak je věkově omezený dětský domov se školou, kam se děti umisťují od 6 let do ukončení povinné školní docházky.

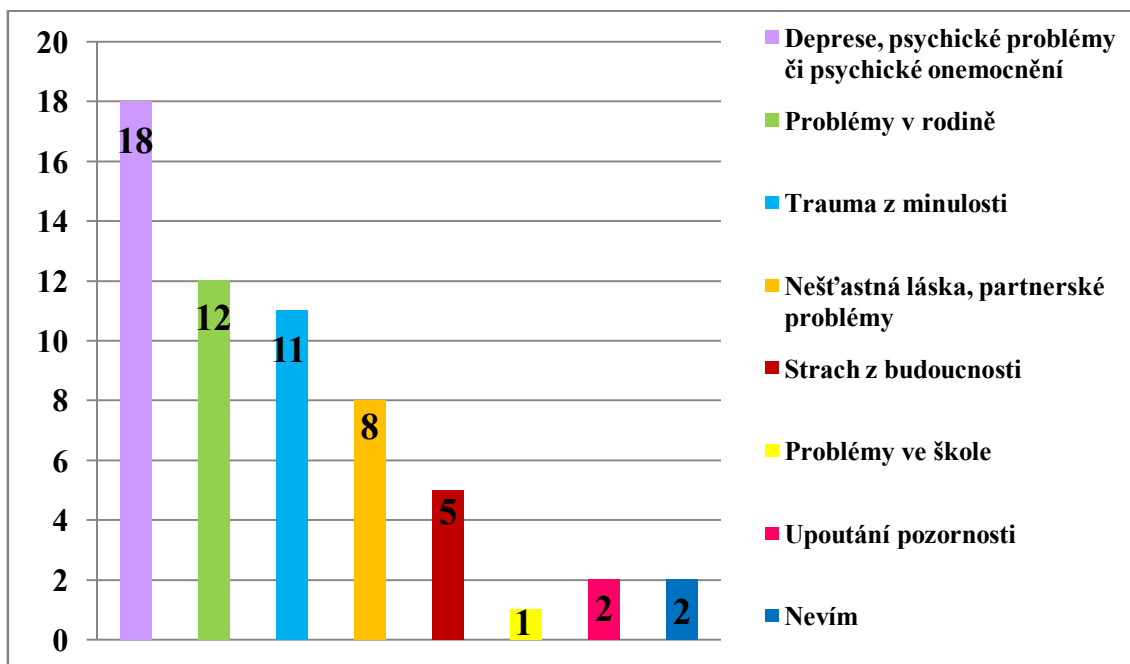
Cílem následující otázky bylo zjištění, u jakého pohlaví se tento sociálně patologický jev vyskytuje nejčastěji: „*Vyskytuje se tato problematika v zařízení, kde pracujete častěji u chlapců nebo u dívek?*“.



Graf č. 6

U této otázky respondenti uváděli, že nejčastěji se tato problematika vyskytuje u dívek. Volba odpovědi zde byla nejspíše ovlivňována individuální zkušeností respondenta či situací v konkrétním zařízení, ve kterém pracuje, jelikož odpovědi byly velmi podobné ve všech typech zařízení. Tudíž se nedá říci, že by v některých typech zařízení byl častější výskyt sebevražděných tendencí u dívek a jinde u chlapců, ve všech typech zařízení byly odpovědi různorodé.

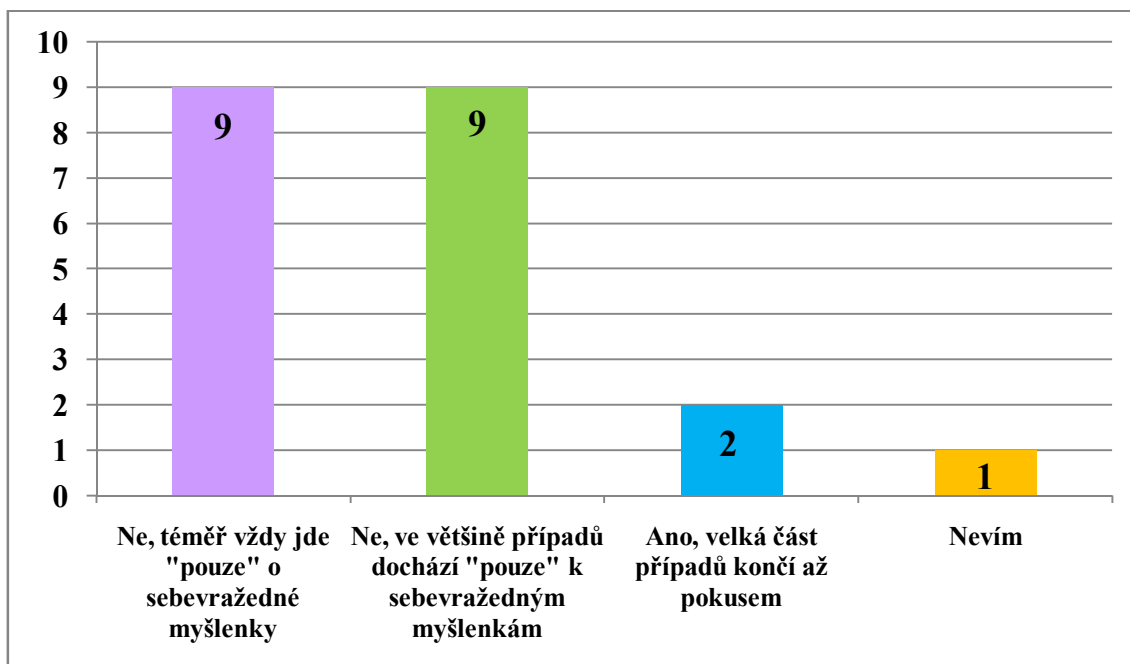
Následující otázka zjišťovala, jaké jsou nejčastější důvody těchto tendencí, ať už jde o příčiny či motivy. Byla zde široká nabídka odpovědí a možnost otevřené odpovědi, pokud by respondentům tato nabídka nedostačovala, respondenti mohli zvolit více odpovědí: „*Jaké jsou nejčastější důvody tohoto jednání klientů ve Vašem zařízení?*“.



Graf č. 7

Na uvádění nejčastějších důvodů tohoto jednání neměl téměř žádný vliv typ ústavního zařízení, ze kterého respondent byl. Pouze snad to, že důvod „*snaha upoutání pozornosti na svou osobu*“, uvedli pouze pracovníci dětských domovů, tento důvod se v jiných typech zařízení neobjevil, avšak jelikož se jedná o vlastní odpověď respondentů, je možné, že tato odpověď ostatní respondenty pouze v danou chvíli nenapadla. Ve všech typech ústavního zařízení je hlavním důvodem na prvním místě deprese, psychické problémy či psychické onemocnění a na druhém místě problémy v rodině, následné pořadí je ve všech zařízeních velmi podobné. Důvody tohoto jednání dle výzkumu nejsou nějak zásadně ovlivněné pohlavím či věkem dítěte či mladistvého trpící sebevražednými tendencemi.

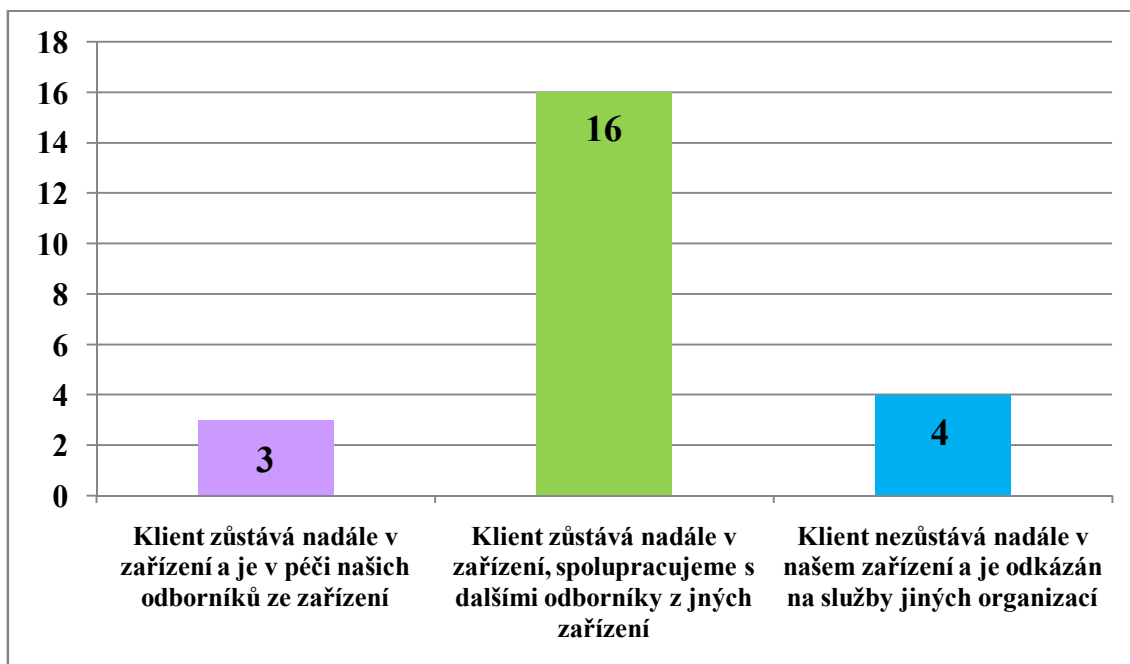
Úkolem následující otázky bylo zjištění závažnosti těchto tendencí, zdali často dochází tyto tendence až do stádia sebevražedného pokusu či častěji zůstávají „pouze“ ve stádiu sebevražedných myšlenek: „*Dochází často sebevražedné tendence klientů až do fáze sebevražedného pokusu?*“.



Graf č. 8

Z této otázky jasně zjišťuji, že sebevražedné tendence u klientů ústavních zařízení končí jen výjimečně sebevražedným pokusem, tuto možnost uvedli 2 z 9 respondentů z dětského domova se školou, oba tito respondenti uvedli, že v oboru pracují dva roky a méně. Všichni respondenti z dětských domovů a výchovných ústavů uvedli, že téměř vždy jde „pouze“ o sebevražedné myšlenky či, že ve většině případů dochází „pouze“ k sebevražedným myšlenkám. Poslední možnou odpověď „nevím“, uvedl pracovník z diagnostického ústavu.

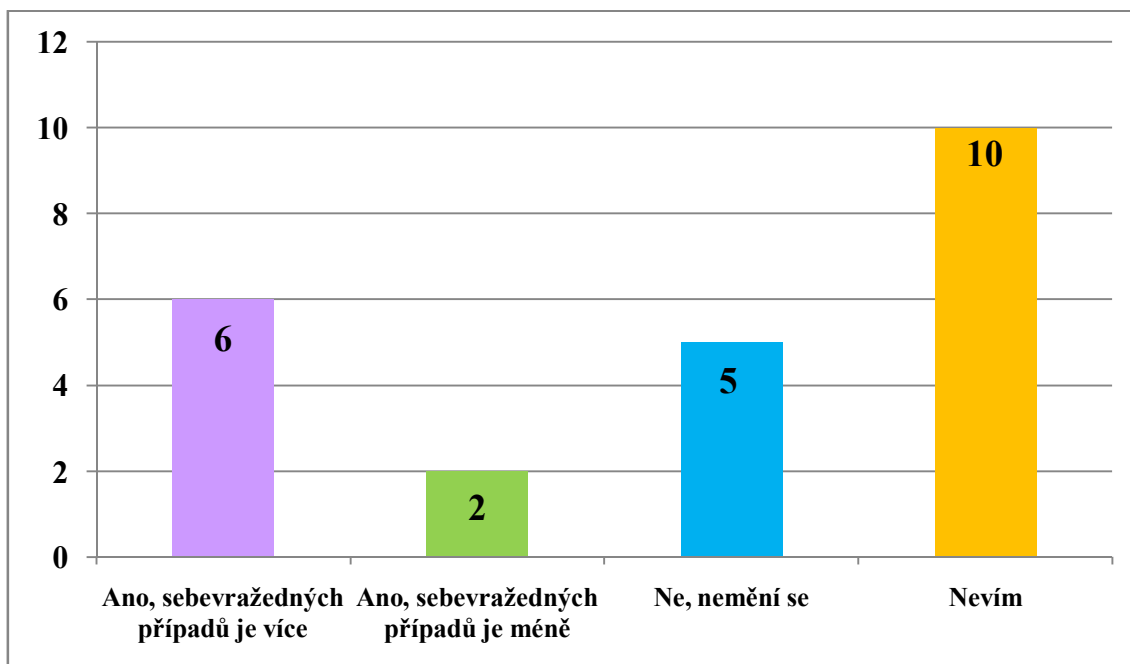
Cílem této otázky bylo zjištění, jak zařízení nadále pracují s dětmi a mladistvými, kteří trpí sebevražednými tendencemi. Úkolem nebylo zjištění konkrétních metod, ale zdali jsou zařízení dostatečně personálně zajištěná, aby této skupině mohla poskytnout dostatečnou odbornou pomoc: „*Jak obvykle pracujete s klienty trpící tímto problémem?*“.



Graf č. 9

Jistě záleží především na konkrétním případě a jeho vážnosti, kdy se dá předpokládat, že pokud se jedná o velmi vážný případ, je nejvhodnějším řešením hospitalizace na psychiatrickém oddělení, avšak z předchozího grafu, již víme, že ve většině případů se nejedná o takto vážné případy. Velká část ústavních zařízení uvedla, že klienty nadále nechávají ve svém zařízení a spolupracují s dalšími odborníky z jiných zařízení, předpokládám, že důvodem je nedostatečné personální zajištění vhodné pro tuto skupinu klientů. Důvodem je, že například v mnoha dětských domovech chybí odborník jako je psycholog či psychiatr, proto mnoho dětí s psychickými problémy pravidelně navštěvuje externí specialisty.

Poslední otázka se věnovala současné problematice sebevražedných tendencí, zdali dochází k jejímu nárůstu či poklesu výskytu u dětí a mladistvých: „*Mění se podle Vás situace z hlediska počtu dětí a mladistvých se sebevražednými tendencemi ve srovnání se situací před 5 lety?*“.

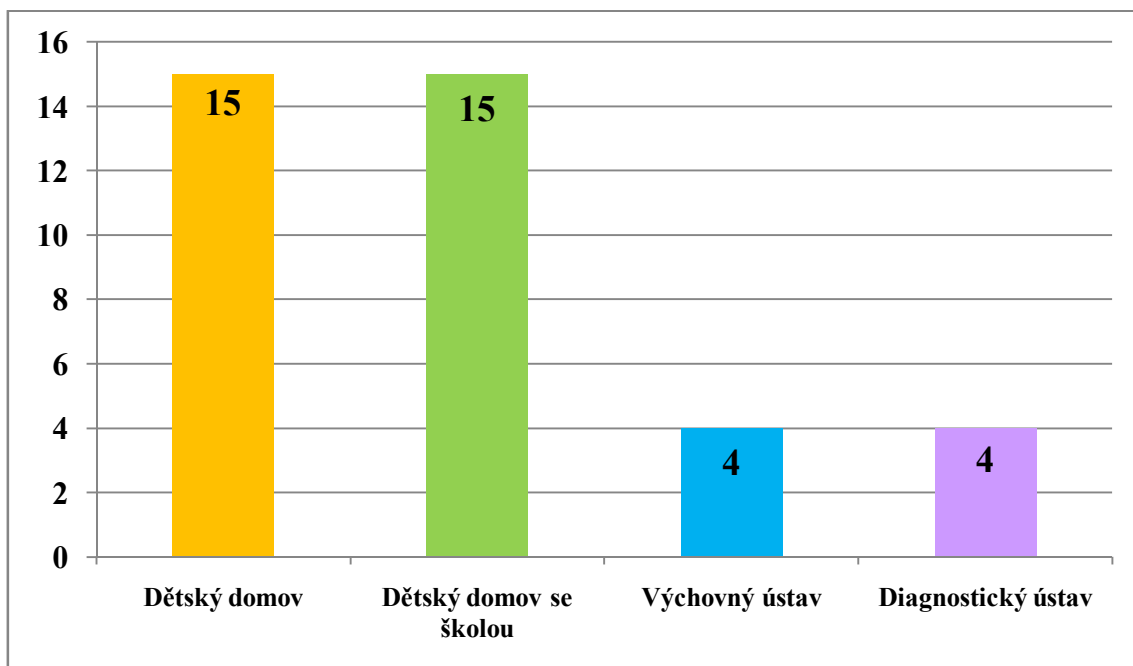


Graf č. 10

Odpověď „nevím“ uvedlo 7 z 10 respondentů, kteří pracují v oboru dva roky a méně, u kterých je samozřejmé, že nemohou situaci teď a před 5 lety porovnávat. Tvrzení, že výskyt sebevražedných tendencí se zvyšuje, zastávají především respondenti, kteří pracují v oboru minimálně 3 roky a více let, jde o pracovníky v dětských domovech a dětských domovech se školou. Možnost „sebevražedných případů je méně“ uvedli 2 pracovníci z dětských domovů, kteří pracují v oboru 6 let a více. Tvrzení, že situace se nemění uvedl 1 respondent z dětského domova, dětského domova se školou, diagnostického ústavu, 2 ze 3 respondentů z výchovného ústavu.

5.4.2 Sebepoškozující tendence u dětí a mladistvých v ústavní výchově

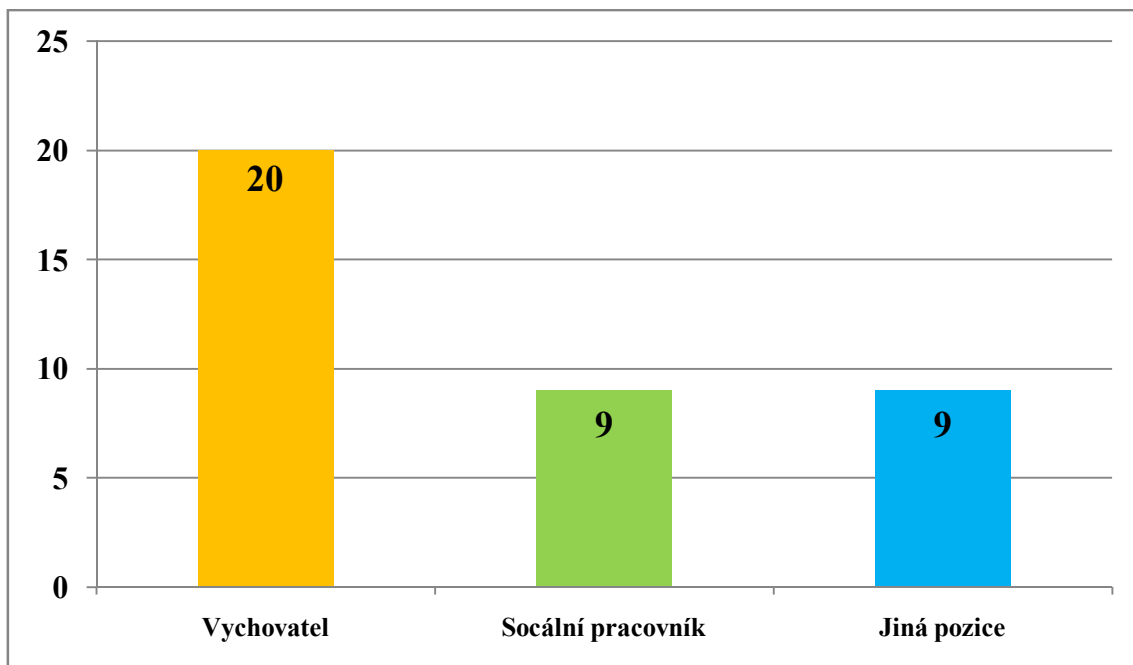
První identifikační otázka zjišťuje, v jakém typu ústavního zařízení respondent pracuje, zdali v dětském domově, dětském domově se školou, výchovném ústavu či diagnostickém ústavu: „Ve kterém zařízení pracujete?“.



Graf č. 11

I v tomto dotazníku se mi podařilo získat více respondentů z dětského domova a dětského domova se školou, než respondentů z výchovného a diagnostického ústavu.

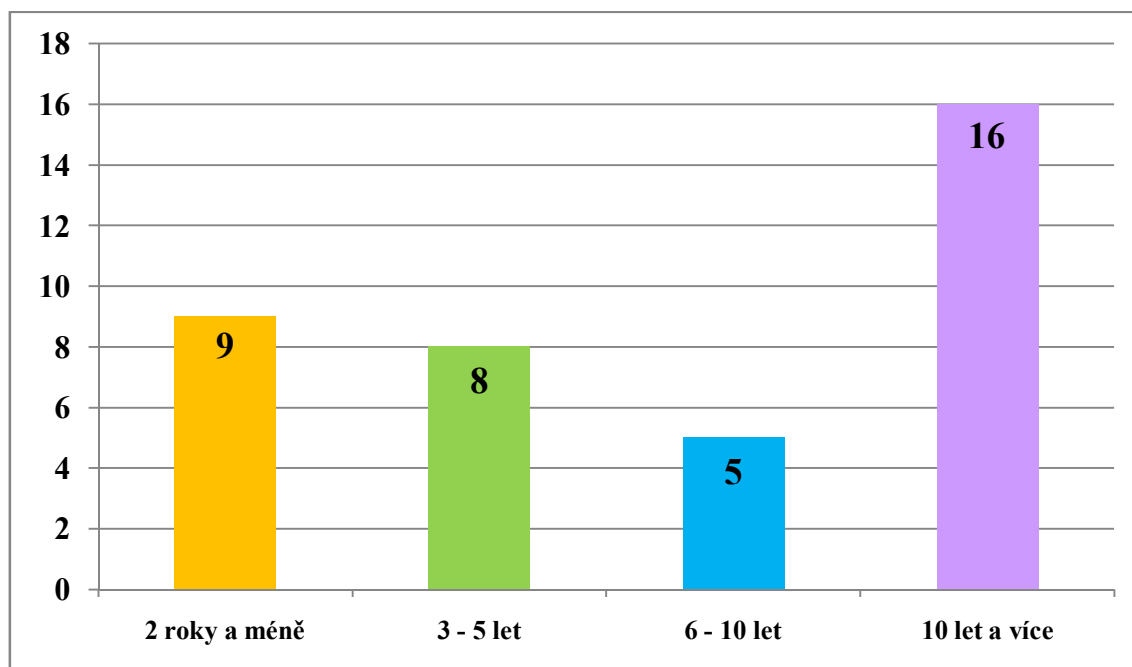
Druhá identifikační otázka dělí respondenty do skupin podle profese, kterou v zařízení vykonávají: „*Na jaké pozici v zařízení pracujete?*“.



Graf č. 12

Nejvíce respondentů pracuje na pozici vychovatele, kterých je v každém zařízení nejvíce. Odpověď „*jiná pozice*“ uvedli 4 etopedi, 2 ředitelé, zástupce ředitele, psycholog pracující v diagnostickém ústavu a vedoucí pracovník.

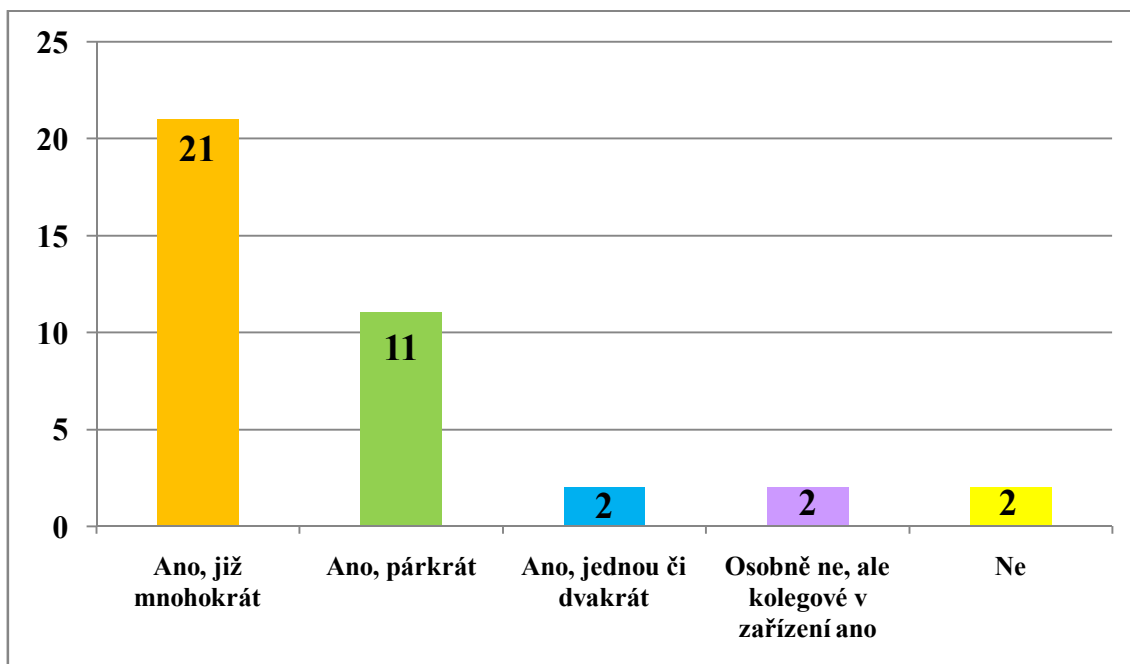
Poslední identifikační otázka zjišťuje délku respondentovi praxe v oboru: „*Jak dlouho pracujete v tomto oboru?*“.



Graf č. 13

Největší skupinu v tomto grafu zaujímají respondenti s dlouhodobou praxí, 10 let a více. Tato skupina respondentů je složena z pracovníků různých pracovních pozic z různých ústavních zařízení.

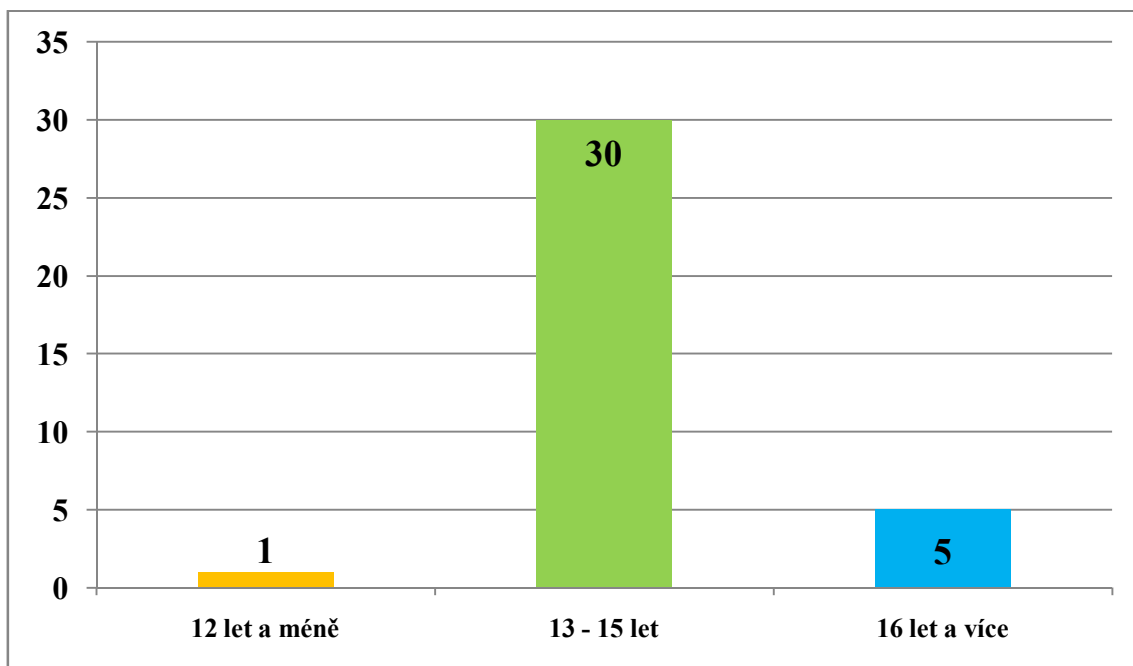
Následující otázka byla otázkou třídící, cílem bylo zjištění, zdali se respondent přímo či nepřímo setkal s problematikou sebepoškozujících tendencí v zařízení, kde pracuje. Pokud respondent zvolil odpověď „*ne*“, nepokračoval dále ve vyplňování dotazníku: „*Setkali jste se někdy během své práce v tomto zařízení s problematikou sebepoškozování dětí a mladistvých?*“.



Graf č. 14

Drtivá většina respondentů se s problematikou sebepoškozování přímo, či alespoň nepřímo v zařízení setkala. Pouze 2 respondenti se s tímto sociálně patologickým jevem nesečkali, jednalo se o vychovatele z dětského domova, kteří uvedli délku praxe v oboru 2 roky a méně. Stejně tak u odpovědi „osobně ne, ale kolegové v zařízení ano“ se jednalo o pracovníky dětského domova, na pracovní pozici vychovatele a sociálního pracovníka, avšak již s delší praxí v oboru, a to 3 roky a více.

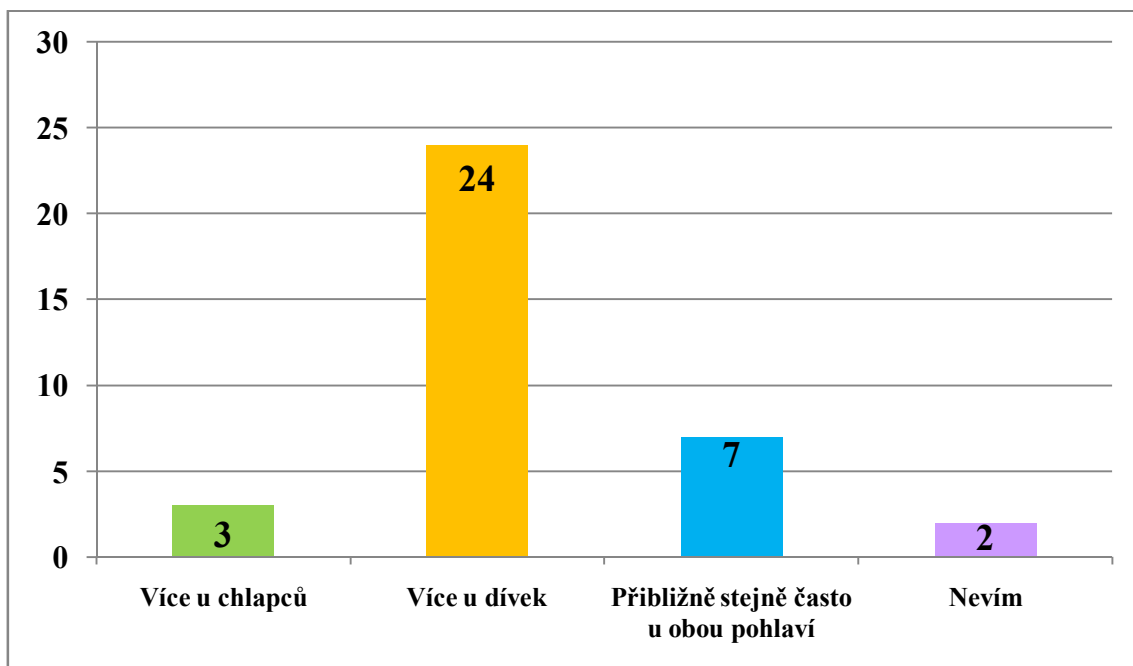
Čtvrtá otázka, která se již týkala pouze respondentů, kteří se s problematikou sebepoškozujících tendencí setkali. Tato otázka zjišťovala, u které věkové kategorie klientů se záměrné sebepoškozování vyskytuje nejvíce: „U jaké věkové skupiny v zařízení, kde pracujete, se tato problematika vyskytuje nejčastěji?“.



Graf č. 15

Dle grafu je jednoznačně nejčastěji postihovaná věková skupina mladistvých od 13 do 15 let. Věkovou skupinu „16 let a více“ uvedl 1 respondent z diagnostického ústavu a všichni 4 respondenti s výchovného ústavu, což může být zásadně ovlivněno tím, že toto zařízení je určené především této věkové skupině. Tvzení, že se tato problematika vyskytuje nejčastěji u dětí ve věku „12 let a méně“, uvedl vychovatel z dětského domova z praxí v oboru 2 roky a méně.

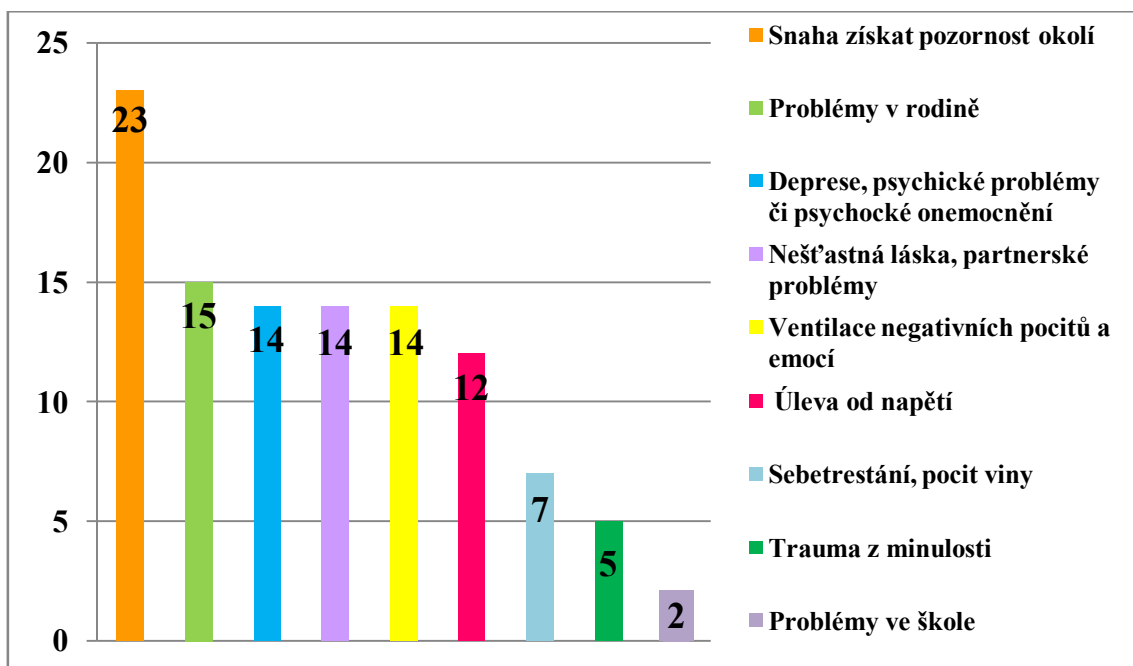
Následující otázka také zjišťovala četnost výskytu, ale tentokrát podle faktoru pohlaví: „Vyskytuje se tato problematika v zařízení, kde pracujete více u chlapců nebo u dívek?“.



Graf č. 16

Nejčastěji uváděli respondenti možnost, že nejčastěji se objevuje tato problematika u dívek, nezávisle na zařízení kde pracují, pracovní pozici či délce praxe v oboru. Stejně tak další možnosti odpovědí, nebyly nijak zásadně ovlivňovány typy zařízení, pracovní pozicí či délkou praxe v oboru.

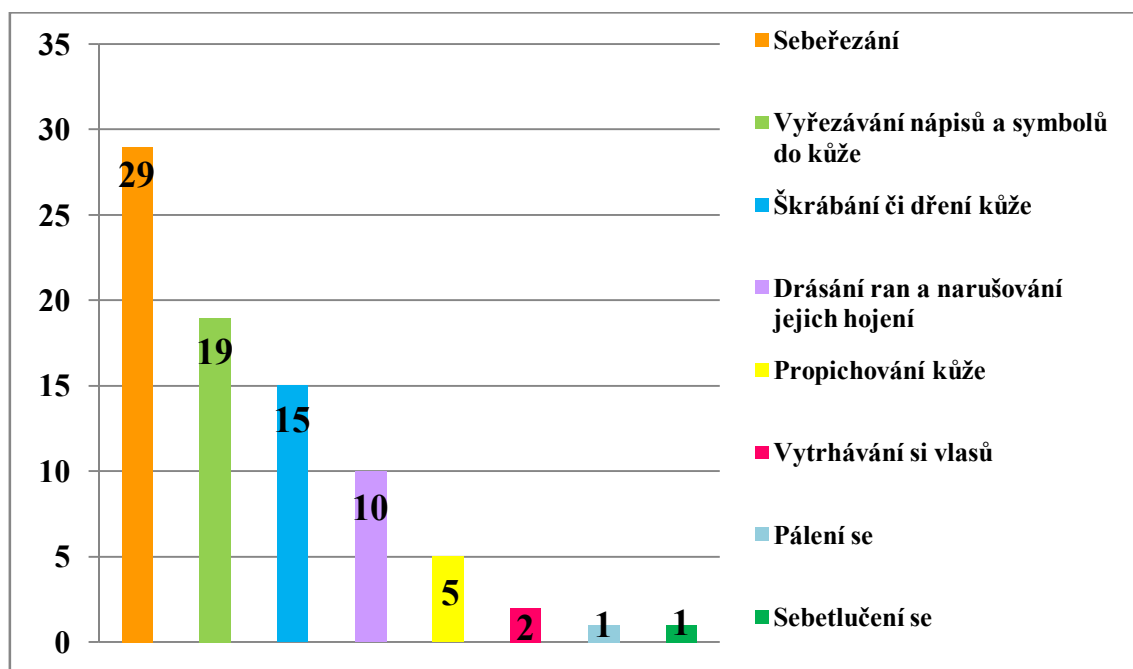
Cílem této otázky bylo zjištění nejčastějších důvodů tohoto jednání u dětí a mladistvých., kdy respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. „*Jaké jsou nejčastější důvody tohoto jednání u klientů ve Vašem zařízení?*“.



Graf č. 17

Za nejčastější důvod byla udávána „*snaha získat pozornost okolí*“, kterou uvedli všichni 4 respondenti z diagnostického ústavu a všichni 4 respondenti z výchovného ústavu. Všichni pracovníci, kteří uvedli tento důvod, jako nejčastější měli větší zkušenosti s touto problematikou, dle otázky č. 4, kterou můžete vidět na grafu č. 14. Jako nejčastější důvod „*deprese, psychické problémy či psychické onemocnění*“ uvedli všichni 4 respondenti z výchovného ústavu. „*Nešťastnou lásku, partnerské problémy*“ uvedlo 11 z 15 respondentů z dětského domova se školou. Ostatní důvody uvedené v grafu č. 17 nejsou nijak zásadně ovlivněny typem ústavního zařízení, pracovní pozicí či délkou praxe v oboru respondenta.

Následující otázka se věnuje nejčastěji používané metodě záměrného sebepoškozování u klientů v ústavních zařízeních. Opět mohli respondenti vybrat více odpovědí: „*Jaké jsou nejčastější způsoby sebepoškozování u klientů ve Vašem zařízení?*“.

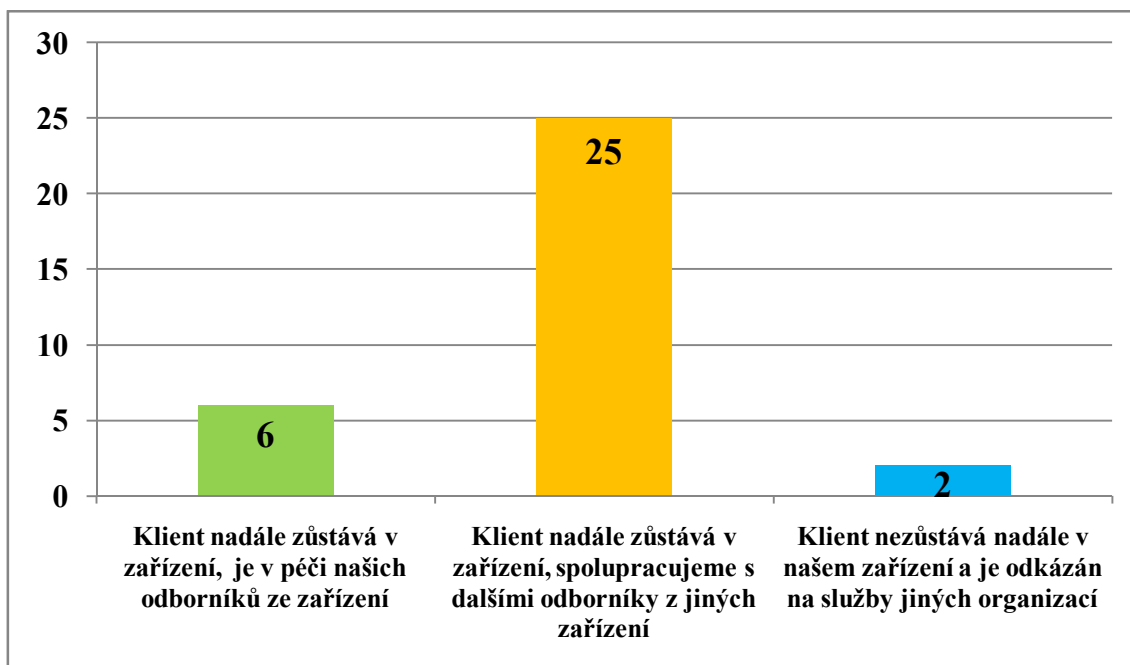


Graf č. 18

Sebeřezání je jednoznačně nejčastěji používaná metoda sebepoškozování, zvolilo ji 14 z 15 pracovníků v dětském domově se školou, všichni 4 pracovníci v diagnostickém ústavu a všichni 4 pracovníci ve výchovném ústavu, z dětského domova ji zvolilo pouze 7 pracovníků, ale i přesto byla mezi nimi nejčastěji uváděna. Vyřezávání nápisů a symbolů do kůže je nejčastěji používané jako způsob sebepoškozování v dětských domovech se školou, 12 z 19 respondentů, kteří tento způsob uvedli, jsou právě pracovníci z dětských domovů se školou. Metodu „*propichování kůže*“ uvedli pouze

pracovníci z dětských domovů a dětských domovů se školou. Způsob sebepoškozování „vytrhávání vlasů“ uvedli pouze 2 pracovníci z dětského domova se školou. „Pálení se“ uvedl sociální pracovník z výchovného ústavu, který pracuje v oboru 10 let a více. „Sebetlučení se“ uvedl psycholog z diagnostického ústavu, s délkou praxe v oboru 3 -5 let. Ostatní způsoby záměrného sebepoškozování nejsou nijak zásadně ovlivňovány typem ústavního zařízení, pracovní pozicí či délkou praxe v oboru respondenta.

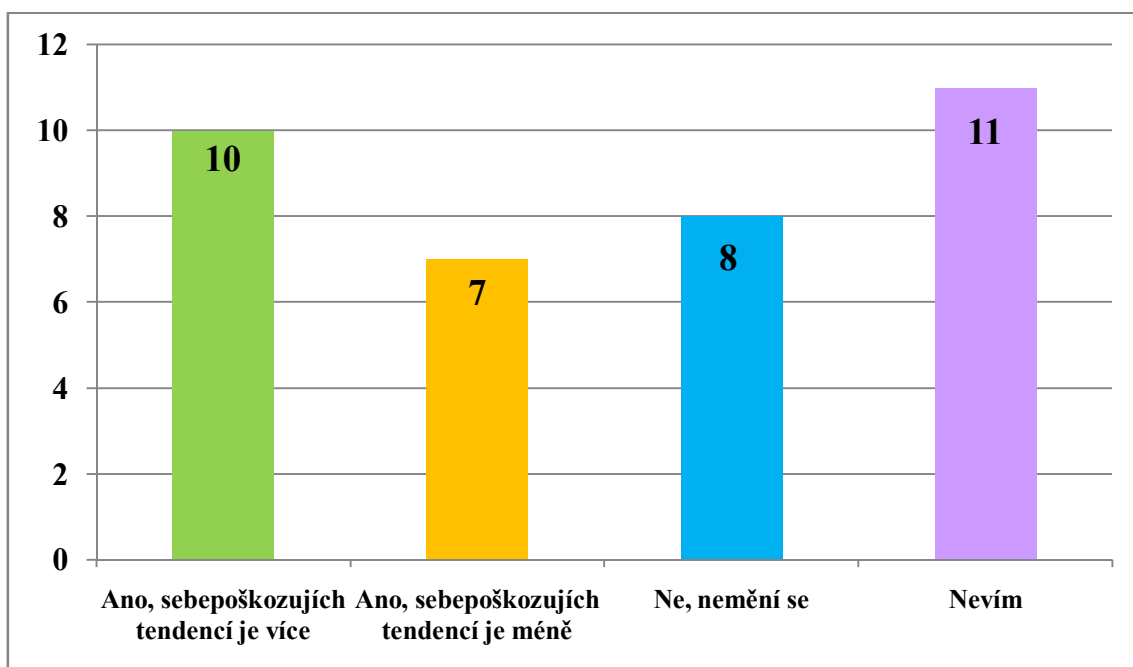
Další otázka se zabývala, jak pracují ústavní zařízení s typem klientů, kteří trpí těmito tendencemi. Nešlo o konkrétní metody práce s těmito klienty, ale především o dostatečné personální zajištění, které je schopno poskytnout vhodnou odbornou pomoc těmto klientům: „*Jak obvykle pracujete s klienty, u kterých se vyskytuje tato problematika?*“.



Graf č. 19

Velká část ústavních zařízení ponechává tyto klienty ve svém zařízení a spolupracují s odborníky z jiných zařízení, avšak i v tomto případě hraje velkou roli závažnost tendencí u konkrétního jedince a podle toho se pracovníci rozhodují, jak budou dále postupovat. Tento přístup tedy nebývá ovlivňován typy zařízení, ale především závažností konkrétního problému.

Poslední otázka zjišťovala situaci problematiky sebepoškozování v současnosti a před 5 lety, zdali došlo k nějaké změně, ať už pozitivní či negativní: „*Mění se podlé Vás situace z hlediska počtu dětí a mladistvých se sebepoškozujícími tendencemi ve srovnání se situací před 5 lety?*“.



Graf č. 20

Odpověď „nevím“ uvedli především pracovníci, kteří pracují kratší dobu v oboru, a to 2 roky a méně či 3 – 5 let. Pohled respondentů je při výběru těchto odpovědí velmi individuální, neovlivněn zařízením či pracovní pozicí respondenta.

5.5 Ověření hypotéz

U hypotézy č.1 jsem předpokládala, že většina pracovníků se setkala s problematikou sebevražedných a sebepoškozujících tendencí, jelikož mnoho dětí a mladistvých přichází do ústavních zařízení z velmi nepříznivých podmínek, které mohou determinovat výskyt těchto tendencí. Z výzkumu vyplývá, že opravdu většinová část respondentů se s problematikou sebepoškozujících tendencí setkala, v případě sebevražedných tendencí je počet respondentů nižší, avšak stále převažuje počet respondentů, kteří se s problematikou setkali. Podle výzkumných výsledků se mi tedy má hypotéza potvrdila.

V druhé hypotéze jsem předpokládala, že se respondenti více setkávají se sebepoškozujícími tendencemi než se sebevražednými tendencemi, tento předpoklad jsem již potvrdila v předchozím odstavci. Výskyt sebevražedných tendencí je opravdu v ústavních zařízeních nižší než sebepoškozujících tendencí.

Třetí hypotézou byl předpoklad nižšího výskytu těchto dvou tendencí v dětských domovech než v ostatních typech ústavních zařízení. Tato hypotéza se mi také potvrdila, v případě sebevražedných tendencí se více jak polovina respondentů

nesetkala přímo s touto problematikou, v případě sebepoškozujících tendencí jde pouze o zlomek respondentů z celkového počtu, avšak jsou jediní ze všech typů ústavních zařízení, kteří se s touto problematikou nesetkali.

5.6 Diskuse

Ze získaných teoretických poznatků problematiky sebevražedných tendencí vyplývá, že sebevražedné pokusy jsou častější u ženského pohlaví, ale dokonaná sebevražda naopak u mužů. Toto tvrzení z výzkumných poznatků nemůžu potvrdit, ale ani vyvrátit, jelikož z výsledků dotazníků jasně vyplývá, že u dětí a mladistvých dochází ve většině případů k sebevražedným myšlenkám, nikoli k sebevražedným pokusům a dokonaným sebevraždám. Dále odborná literatura je toho názoru, že u dětí zhruba do 9 až 11 let se tato problematika vyskytuje velmi ojediněle, což poznatky z výzkumu potvrzují, kdy respondenti tuto skupinu vůbec neuvedli. Zatímco dle teoretických tvrzení dochází v adolescenci k prudkému nárůstu sebevražedných tendencí, což výzkumné výsledky potvrzují. Věková skupina od 15 let a výše je dle odborné literatury považována za nejohroženější z pohledu sebevražedných tendencí, avšak toto tvrzení výsledky dotazníků této práce vyvrací, jelikož za jednoznačně nejohroženější věkovou kategorií respondenti označili adolescenty ve věku od 13 do 15 let. Teoretické údaje považují za nejčastější motiv sebevražedných tendencí u dětí a mladistvých problémy ve škole, problémy v rodině a duševní onemocnění. Tyto údaje se s výzkumnými výsledky shodují jen z části, jako nejčastější motiv byly uváděny deprese, psychické problémy či psychické onemocnění a na druhém místě rodinné problémy, avšak problémy ve škole uvedl pouze jeden respondent. Odborná literatura dále uvádí, že u adolescentů do 14 let dochází k dokonané sebevraždě velmi zřídka, což potvrzuje i výzkumná část, kdy respondenti uvádí, že téměř vždy či ve většině případů dochází u klientů „pouze“ k sebevražedným myšlenkám.

Podle odborné literatury se problematika sebepoškozujících tendencí vyskytuje v populaci častěji než sebevražedné tendence, což výzkumná část potvrzuje, kdy se s problematikou sebevražedného jednání přímo nesetkalo 11 z 29 respondentů, zatímco s problematikou záměrného sebepoškozování pouze 4 z 38 respondentů. Odborná literatura uvádí, že sebepoškozující tendence se vyskytují více u dívek než u chlapců, což jednoznačně výzkumné výsledky potvrzují. Dále teorie uvádí za nejčastěji ohrožovanou věkovou skupinu adolescenty, především kolem 14 roku, což se také shoduje s výsledky výzkumu, kde je za nejčastěji ohrožovanou skupinu považovaná

věková kategorie od 13 do 15 let. Věková skupina 12 let a méně je výrazně méně ohrožována touto problematikou, což potvrzuje teorie i výzkumná část, kdy tuto odpověď zvolil pouze 1 z 36 respondentů. Odborné publikace uvádí za nejčastější důvod tohoto jednání především problémy v rodině, který skončil jako druhý nejčastější důvod ve výzkumné části, jako první nejčastější důvod podle odpovědí respondentů byla uváděna snaha získat pozornost okolí. V teorii je jako nejčastější způsob záměrného sebepoškozování uváděno řezání, škrábání a sebpálení. Ve výzkumné části bylo zjištěno, že nejčastějším způsobem je řezání, škrábání a vyřezávání symbolů a ornamentů, sebpálení uvedl pouze 1 respondent.

Závěr

V této bakalářské práci jsem získala důležité poznatky týkající se problematiky sebevražedných a sebepoškozujících tendencí a naplnila své předem stanovené cíle. Léčba těchto tendencí bývá individuální a posuzováno na základě konkrétního případu a problému jedince, v lehčích případech postačí pouze ambulantní léčba, v těch těžších je nutná hospitalizace jedince. Často dochází ke kombinaci více forem léčby, možnosti léčby jsou například psychoterapie, farmakoterapie, odborné poradenství a krizová centra, velmi často je nutná psychiatrická diagnostika, zdali není u jedince přítomna nějaká duševní porucha. Tyto možnosti léčby jsou samozřejmě využívány i u klientů v ústavních zařízeních, často dochází ke spolupráci s jinými odbornými zařízeními, jelikož sami nemají dostatek vhodných odborníků pro dostačující práci s touto cílovou skupinou klientů.

Sebevražedné i sebepoškozující tendence se vyskytují ve všech typech zařízení, především záměrné sebepoškozování. Sebevražedné tendence se vyskytují více v dětských domovech se školou, výchovných ústavech a diagnostických ústavech, zatímco v dětských domovech je výskyt této problematiky nižší. Všechny typy zařízení postupují obdobně, jelikož většinou nejsou dostatečně personálně zajištěni pro práci s klienty, kteří trpí těmito tendencemi, především pokud se jedná o vážnější případy. Z tohoto důvodu spolupracují s vhodnými institucemi, a to psychiatry a psychology, kteří poskytují pomoc těmto dětem a mladistvým.

Zjistila jsem, že se tyto dva sociálně patologické jevy týkají především dětí ve věku od 13 do 15 let věku, zasaženy jsou více dívky než chlapci. V ústavních zařízeních je častější výskyt sebepoškozujících tendencí než sebevražedných tendencí, a to především v dětských domovech. Nejhlavnější důvody těchto dvou tendencí jsou stejné, a to je především deprese, psychické problémy a psychické onemocnění, dále problémy v rodině a nešťastná láska, v případě sebevražedných tendencí také trauma z minulosti a v případě sebepoškozujících tendencí snaha upoutat pozornost okolí.

Odborná literatura se zmiňuje o nárůstu těchto tendencí, který zmiňují i někteří respondenti a setkala jsem se s tímto názorem i na současné praxi v Dětském domově v Písku. Nejen z důvodu možného nárůstu, ale také ze závažnosti těchto tendencí by neměly být tyto tendence podceňovány a mělo by docházet k větším prevencím a informovanosti, především na základních školách.

Seznam použitých zdrojů

- BAKAN, J. *Dětství pod palbou*. Vyd 1. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-653-1.
- FISCHER, S; ŠKODA, J. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
- FISCHER, S. *Sociální patologie: Propedeutika*. Vyd. první. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006. ISBN 80-7044-812-1.
- FISCHER, S; ŠKODA, J. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. rozšíř. a aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.
- FRANKEL, B; KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: Lidové noviny, 1998. ISBN 80-7106-234-0.
- JEDLIČKA, R. (ed.) *Děti mládež v obtížných životních situacích*. Vyd. 1. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.
- JUKLOVÁ, K; SKORUNKOVÁ, R. *Základy psychopatologie*. Vyd. první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-873-4.
- KNOPPOVÁ, D. (ed.) *Telefoní krizová intervence: Linka důvěry*. Praha: Remedium, 1997.
- KOUTEK, J; KOCOURKOVÁ J. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.
- KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2333-4.
- LÁTALOVÁ, K; KAMARÁDOVÁ, D. (ed.) *Suicidialita u psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978- 80-247-4305-9.
- NIELSEN SOBOTKOVÁ, V. (ed.) *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4042-3.
- ONDREJKOVIČ, P. *Chudoba, prostituce, drogy a samovraždy – příčinné svislosti*. Vyd. 1. Sládkovičove: Vysoká škola Visegrádu, 2009. ISBN 978- 80-89267-28-6.

ONDREJKOVIČ, P; BREZÁK, J. (et.) *Sociálna patológia*. 2. rozšir. vyd. Bratislava: Veda, 2001. ISBN 80-224-0685-6.

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

TURČEK, K. *Psychopatologické a sociálno-patologické prejavy detí a mládeže*. 2. preprac. a dopln. vyd. Bratislava: Iris, 2003. ISBN 80-88778-99-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3. rozšir. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Vyd. 1. Brno: Psychologický ústav AVČR, 1996. ISBN 80-85880-10-5.

Přílohy

Přílohy obsahují dva typy dotazníků, které jsem využila v rámci praktické části k výzkumu. První dotazník byl věnován sebevražedným tendencím u dětí a mladistvých v ústavní výchově a druhý dotazník sebepoškozujícím tendencím u dětí a mladistvých v ústavní výchově.

Příloha I.

Sebevražedné tendence u dětí a mladistvých v ústavní výchově

Jmenuji se Barbora Janotová, studuji 3. rokem bakalářský obor Sociální a charitativní práce na Teologické fakultě na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku k mé bakalářské práci na téma Sebevražedné a sebepoškozující tendence u dětí a mladistvých v ústavní výchově. Vyplněním dotazníku mi velmi pomůžete a přispějete k mé bakalářské práci.

Prosím, aby dotazník vyplňovali pouze pracovníci z organizací, které jsem kontaktovala emailem a poprosila je o vyplnění dotazníku.

1. Ve kterém zařízení pracujete?

- Jde o typ diagnostického ústavu
- Jde o dětský domov
- Jde o dětský domov se školou
- Jde o výchovný ústav

2. Na jaké pozici v zařízení pracujete?

- Sociální pracovník
- Vychovatel (pedagog)
- Jiná pozice:

3. Jak dlouho pracujete v tomto oboru?

- 2 roky a méně
- 3 - 5 let
- 6 - 10 let
- 10 let a více

4. Setkali jste se někdy během své práce v tomto zařízení s problematikou sebevražedných myšlenek či jednání?

- Ano, již mnohokrát
- Ano, párkrát
- Ano, jednou či dvakrát
- Osobně ne, ale kolegové v zařízení ano
- Ne
- Nevím

5. U jaké věkové skupiny v zařízení, kde pracujete, se tato problematika vyskytuje nejčastěji?

- 12 let a méně
- 13 - 15 let
- 16 let a více
- Nevím

6. Vyskytuje se tato problematika v zařízení, kde pracujete více u chlapců nebo u dívek?

- U chlapců
- U dívek
- Přibližně stejně často u obou pohlaví
- Nevím

7. Jaké jsou nejčastější důvody tohoto jednání klientů ve Vašem zařízení?

Zvolte alespoň jednu možnost, maximálně 4 možnosti.

- Problémy v rodině
- Problémy ve škole
- Nešťastná láska, partnerské problémy
- Deprese, psychické problémy či psychické onemocnění
- Ztráta blízkého
- Strach z budoucnosti
- Trauma z minulosti
- Nevím
- Jiné důvody (vypište):

8. Dochází často sebevražedné tendence klientů až do fáze sebevražedného pokusu?

- Ano, velká část případů končí až pokusem
- Ne, ve většině případů dochází "pouze" k sebevražedným myšlenkám
- Ne, téměř vždy jde "pouze" o sebevražedné myšlenky
- Nevím

9. Jak obvykle pracujete s klienty, trpící tímto problémem?

- Klient zůstává nadále v zařízení a je v péči našich odborníků ze zařízení
- Klient zůstává nadále v zařízení, spolupracujeme s dalšími odborníky z jiných zařízení
- Klient nezůstává nadále v našem zařízení a je odkázán na služby jiných organizací
- Nevím
- Volíme jiný postup:

10. Mění se podle Vás situace z hlediska počtu dětí a mladistvých se sebevražednými tendencemi ve srovnání se situací před 5 lety?

- Ano, sebevražedných případů je méně
- Ano, sebevražedných případů je více
- Ne, nemění se
- Nevím

Mnohokrát Vám děkuji za Váš čas a významný příspěvek k mé bakalářské práci.

Příloha II.

Sebeпоškozující tendence u dětí a mladistvých v ústavní výchově

Jmenuji se Barbora Janotová, studuji 3. rokem bakalářský obor Sociální a charitativní práce na Teologické fakultě na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku k mé bakalářské práci na téma Sebevražedné a sebeпоškozující tendence u dětí a mladistvých v ústavní výchově. Vyplněním dotazníku mi velmi pomůžete a přispějete k mé bakalářské práci.

Prosím, aby dotazník vyplňovali pouze pracovníci z organizací, které jsem kontaktovala emailem a poprosila je o vyplnění dotazníku.

1. Ve kterém zařízení pracujete?

- Jde o typ diagnostického ústavu
- Jde o dětský domov
- Jde o dětský domov se školou
- Jde o výchovný ústav

2. Na jaké pozici v zařízení pracujete?

- Sociální pracovník
- Vychovatel (pedagog)
- Jiná pozice:

3. Jak dlouho pracujete v tomto oboru?

- 2 roky a méně
- 3 - 5 let
- 6 - 10 let
- 10 let a více

4. Setkali jste se někdy během své práce v tomto zařízení s problematikou sebepoškozování dětí či mladistvých?

- Ano, již mnohokrát
- Ano, párkrát
- Ano, jednou či dvakrát
- Osobně ne, ale kolegové v zařízení ano
- Ne
- Nevím

5. U jaké věkové skupiny v zařízení, kde pracujete, se tato problematika vyskytuje nejčastěji?

- 12 let a méně
- 13 - 15 let
- 16 let a více
- Nevím

6. Vyskytuje se tato problematika v zařízení, kde pracujete více u chlapců nebo u dívek?

- Více u chlapců
- Více u dívek
- Přibližně stejně často u obou pohlaví
- Nevím

7. Jaké jsou nejčastější důvody tohoto jednání u klientů ve Vašem zařízení?

Zvolte alespoň jednu možnost, maximálně 4 možnosti.

- Deprese, psychické problémy či psychické onemocnění
- Problémy v rodině
- Problémy ve škole
- Nešťastná láska, partnerské problémy
- Sebetrestání, pocit viny
- Snaha získat pozornost okolí
- Úleva od napětí
- Ventilace negativních pocitů a emocí
- Trauma z minulosti
- Nevím
- Jiné důvody (uved'te):

8. Jaké jsou nejčastější způsoby sebepoškozování u klientů ve Vašem zařízení?

Zvolte alespoň jednu možnost, maximálně 4 možnosti.

- Sebeřezání
- Vyřezávání nápisů a symbolů do kůže
- Pálení se
- Sebekousání
- Propichování kůže
- Drásání ran a narušování jejich hojení
- Škrábání či dření kůže
- Vytrhávání si vlasů
- Nevím
- Jiné způsoby (uved'te):

9. Jak obvykle pracujete s klienty, u kterých se vyskytuje tato problematika?

- Klient nadále zůstává v našem zařízení, je v péči našich odborníků ze zařízení
- Klient nadále zůstává v našem zařízení, spolupracujeme s dalšími odborníky z jiných zařízení
- Klient nezůstává nadále v našem zařízení a je odkázán na služby jiných organizací
- Nevím
- Volíme jiný postup:

10. Mění se podle Vás situace z hlediska počtu dětí a mladistvých se sebepoškozujícími tendencemi ve srovnání se situací před 5 lety?

- Ano, sebepoškozujících tendencí je méně
- Ano, sebepoškozujících tendencí je více
- Ne, nemění se
- Nevím

Mnohokrát Vám děkuji za Váš čas a významný příspěvek k mé bakalářské práci.

Abstrakt

JANOTOVÁ, B. Sebevražedné a sebepoškozující tendence u dětí a mladistvých v ústavní výchově. České Budějovice 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce J. Mišovič.

Klíčová slova: sebevražedné tendence, sebevražda, sebepoškozující tendence, záměrné sebepoškozování, ústavní výchova, děti, mladiství

Práce se zabývá sebevražednými a sebepoškozujícími tendencemi u dětí a mladistvých v ústavní výchově. Teoretická část se věnuje charakteristice sebevražedných tendencí a sebepoškozujících tendencí, jejich dělení a determinací. Dále se věnuje sebevražedným a sebepoškozujícím tendencím u dětí a mladistvých, prevenci a pomoci těmto jedincům.

Praktická část se již přímo věnuje problematice sebevražedných a sebepoškozujících tendencí u dětí a mladistvých v ústavní výchově. Pomocí dotazníků zjišťuje současnou situaci této problematiky v různých typech ústavních zařízení a jejich rozdílnosti mezi jednotlivými typy zařízení.

Abstract

Suicidal and self-harm tendencies at children and adolescents in institutional upbringing

Key words: suicidal tendencies, suicide, self-harm tendencies, deliberate self-harm, institutional upbringing, children, adolescents

The diploma deals with suicidal and self-harm tendencies at children and adolescents who were institutionalized. The theoretical part deals with characteristic of suicidal tendencies and self-harm tendencies, their division and determination, Next the diploma focuses on suicidal tendencies and self-harm tendencies with children and adolescents, the presentation and the ways how to help these persons.

The practical part applies directly to the problems of suicidal and self-harm tendencies at children and adolescents who are institutionalized. By means of the questionnaires I found out the current situation of these issues in various types of educational institutions and their differences.