



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Autodestruktivní chování a jednání dítěte

Diplomová práce

Studijní program: N7506 – Speciální pedagogika

Studijní obor: 7506T002 – Speciální pedagogika

Autor práce: **Bc. Jiří Vítovec**

Vedoucí práce: Mgr. Květuše Sluková, Ph.D.



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jiří Vítovec**

Osobní číslo: **P16000533**

Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**

Studijní obor: **Speciální pedagogika**

Název tématu: **Autodestruktivní chování a jednání dítěte**

Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl diplomové práce: Zjistit, v jakém rodinném prostředí děti s autodestruktivním chováním a jednáním vyrůstají.

Požadavky: Formulace zkoumaného problému, jeho teoretické vymezení a následné praktické zkoumání.

Metody: Kvalitativní výzkum, metoda dotazování, expertní polostrukturovaný rozhovor.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.

FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

JEDLIČKA, Richard. Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5447-5.

KOUKOLÍK, František, DRTILOVÁ, Jana. Vzpoura deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana. Nové, přeprac. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-410-5.

LANGMEIER, Josef, MATĚJČEK, Zdeněk. Psychická deprivace v dětství. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.

SOCHŮREK, Jan. Úvod do sociální patologie. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. ISBN 978-80-7372-448-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 5. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VESELÝ, Milan. Vybrané kapitoly ze sociální patologie. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2011. ISBN 978-80-7394-272-4.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Květuše Sluková, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

3. dubna 2017

Termín odevzdání diplomové práce:

30. dubna 2018

prof. RNDr. Jan Píček, CSc.

děkan



Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.

vedoucí katedry

V Liberci dne 3. dubna 2017

Prohlášení

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

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

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

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

Současně čestně prohlašuji, že texty tištěné verze práce a elektronické verze práce vložené do IS STAG se shodují.

6. 4. 2019

Bc. Jiří Vítovec

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Květuši Slukové, PhD. za její odborné doprovázení během tvorby diplomové práce.

Děkuji všem vyučujícím fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické za poskytnutí kvalitního vzdělání.

Děkuji také své ženě Lucii za její podporu nejen během tvorby mé diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá zkoumáním tématu autodestruktivní chování a jednání dítěte. K tomu v první části práce využívá teoretické zkoumání dokumentů, přičemž se zaměřuje na suicidium a sebepoškozování. Pro vymezení problematiky tak definuje základní pojmy, popisuje konkrétní rizikové chování a jednání, zaměřuje se na příčiny jeho vzniku, rizikové faktory a projevy. Pozornost věnuje také statistikám souvisejícím s tématem a reakcím okolí. Poslední kapitoly této části se pak zabývají prevencí, pomocí a léčbou. V druhé části se diplomová práce zaměřuje na zkoumání dvou konkrétních případů autodestruktivního chování a jednání, konkrétně sebepoškozování. K tomu využívá kvalitativní výzkum, metodu zkoumání dokumentů. Snaží se z případových studií zjistit, v jakém rodinném prostředí děti s tímto chováním a jednáním vyrůstají a jaké jsou příčiny u konkrétních případů. V poslední kapitole druhé části nazvané Diskuse, se práce zaměřuje na interpretaci získaných informací a jejich zhodnocení v kontextu teoretického vymezení problematiky a předkládá návrhy na další směřování výzkumu.

Klíčová slova: autodestrukce, automutilace, dítě, sebepoškozování, suicidium

Anotation

The diploma thesis focuses on self-destructive behaviour and actions of a child research. In the first part there is theoretical examination of documents aiming on suicidium and self-harm. It defines basic terminology, describes specific dangerous behaviour and acts focused on causes of origins, risk factors and manifestations. Thesis follows with statistics of people's reactions connected with cases. Last chapters of this part explore prevention and treatment. The second part of the diploma thesis analyses two specific cases of self-destructive behaviour and actions, especially self-harm. It uses qualitative research, a method of examining documents. It's trying to discover family background of these children and its connections with causes. In the last chapter there is an interpretation of gained information and their evaluation in the context of theoretical problem determination. It continues with suggestions of future research development.

Keywords: automutilation, child, self-destruction, self-harm, suicide

Obsah

Obsah	8
Úvod	10
Teoretické vymezení	12
1. Základní vymezení	12
2 Poruchy pudu sebezáchovy	14
2.1 Sebeпоškozování	14
2.1.1 Klasifikace sebeпоškozování	17
2.1.2 První zkušenost se sebeпоškozováním.....	23
2.1.3 Impulzivní sebeпоškozování a sebeпоškozování jako závislost	24
2.2 Suicidium.....	26
2.2.1 Suicidální chování dětí.....	28
2.2.2 Způsoby provedení suicidia	31
2.3 Rizikové skupiny a faktory.....	31
2.4 Příčiny.....	33
2.4.1 Attachment	36
2.4.2 Deprese.....	38
2.4.3 Závislost	40
2.5 Projevy.....	43
2.6 Statistiky	44
2.7 Okolí	45
2.8 Prevence a pomoc.....	46
2.9 Léčba	50
2.9.1 Léčba sebeпоškozování.....	50
2.9.2 Léčba suicidia.....	52
Empírie	56
3. Metodologie výzkumu	57

4	Prezentace a analýza dokumentů	60
5	Diskuse	74
	Závěr	77
	Použitá literatura	80

Úvod

S tématem autodestruktivního chování a jednání koreluje mnoho skutečností, jevů a fenoménů, které mohou dohromady tvořit komplexní popis situace. Dalo by se tvrdit, že tak vytváří kompletní obraz o utrpení lidského života, které zasahuje nejen jednoho konkrétního člověka. Můžeme tak mluvit o vlivu genetických predispozic k nemocem, o vlivu rodinného a vzdělávacího prostředí, návykových látek či o osobní zkušenosti se smrtí. Neméně důležitá je i souvislost se sociálním prostředím, které na toto chování a jednání reaguje a musí se s ním určitým způsobem vyrovnat. Tím spíše, jedná-li se o dítě, jako je tomu v případě této práce.

Takový obraz může sloužit k pochopení celého problému a k následné profesionální péči. Bohužel však není v možnostech diplomové práce zachytit všechny tyto souvislosti v plném rozsahu, protože samy o sobě zasahují do velké části lidského bytí a jsou příliš obsáhlé na zpracování do tohoto konkrétního tématu a práce.

Přesto by nebylo moudré ani profesionální některé z těchto skutečností neuvést alespoň v základních rozměrech, které rozsah této práce dovolí, protože samotný problém bez souvislostí nemůže být kvalitně pochopen a řešen.

Protože se práce snaží autodestruktivní chování a jednání pochopit, byl stanoven cíl zjistit, v jakém rodinném prostředí děti s touto patologií vyrůstají, a to kvůli předpokladu, že právě v rodině mívá toto chování a jednání určitý základ. S tímto cílem se tedy práce nejdříve zaměřuje na teoretické zkoumání problematiky, a to nejen na sebepoškozování, ale také na sebevraždu včetně jejich konkrétních podob. Snaží se o dostatečný vhled do tématu s ohledem na důležitost a spojitost některých informací.

První část práce zaměřená na teoretické vymezení se tak v první kapitole věnuje základnímu vymezení problematiky, tj. rozboru stěžejních pojmů, kterými se práce zabývá. V druhé kapitole pak již práce směřuje k hlubšímu zkoumání tématu. Zaměřuje se na poruchy pudu sebezáchovy jakožto nadřazený pojem, poté na sebepoškozování a suicidium, jež jsou důsledkem těchto poruch a jejich klasifikaci. V dalších podkapitolách se práce zaměřuje na rizikové skupiny a faktory, příčiny autodestruktivního chování a jednání, projevy dětí s tímto chováním a jednáním. Snaží se také poskytnout některé informace o blízkém okolí těchto dětí, jaká je možnost prevence a pomoci, a nakonec se zabývá léčbou.

Druhá část nazvaná Empirie je pak rozdělena na další tři kapitoly, z nichž první se zaměřuje na metodologii výzkumu, tedy jeho vymezení. V této kapitole lze nalézt

informace o cíli a výzkumných otázkách, metodě sběru dat a charakteristiku výzkumného souboru. Následná kapitola se pak zabývá samotným výzkumem – případovými studii. V poslední kapitole empirické části se snaží práce dávat do souvislosti teoretické informace a získané informace z výzkumu, přičemž se snaží o vysvětlení některých souvisejících skutečností a jevů.

Teoretické vymezení

1. Základní vymezení

Destruktivitu chápeme jako záměrné a vědomé poškozování či ničení věcí, systémů. V tomto kontextu pak můžeme o autodestruktivním (případně sebedestruktivním) chování mluvit jako o destrukci zaměřené proti své osobě. Jedná se tedy o vědomé a záměrné chování, které určitým způsobem jedince poškozuje – ať už psychicky nebo fyzicky – a je zaměřené proti němu samému (Koukolík 2001, str. 157-158). Jde tedy o akt, ve kterém je člověk jednajícím subjektem a zároveň i objektem (Vágnerová 2008, str. 489).

Autodestruktivním chováním jsou míněny projevy, mezi které lze zařadit množství aktivit. Kvůli vymezení zahrnuje tento pojem velkou škálu chování, mezi které můžeme řadit i projevy v podstatě neškodné, případně s nízkým rizikem závažného poškození, jako je například zdobení těla pomocí piercingu či tetování. Na druhé straně však může jít až o velmi vážné jednání, jehož důsledkem může být až smrt.

Důsledkem autodestruktivního chování může být sebepoškozování (anglicky self-harm) nebo sebevražda (anglicky suicide).

V odborné literatuře se výraz sebevražda nahrazuje slovem Suicidium, které je možné odvodit od latinských slov *suus*, *sui* čili svůj a *caedo* neboli bít, zabíjet (Baštecká 2003, str. 171).

Od tohoto se pak odvíjí samotné vymezení základních pojmů. Pokud na sebedestruktivní chování pohlížíme tak, jak bylo vymezeno výše a slovo suicidium si můžeme pouhým složením latinských slov přeložit jako sebebití či sebezabití, můžeme mezi pojmy sebepoškozování a sebevraždou vidět významné pojítko. Ovšem od nahlížení na sebepoškozování čili automutilaci, jako na nedokonanou sebevraždu se již upustilo (McAlister 2003, str. 178).

Přestože se automutilace a suicidium vyskytují na stejném spektru, mají odlišný účel a průběh. Sebevražda je hlavně o ukončení života a naproti tomu sebepoškozování je o určitém regulování emocí, vyrovnání se stresem a přežití zátěžových situací. Odlišná je tedy u nich i forma pomoci (McDougall 2010, str. 1).

Suicidium tedy můžeme definovat jako „*sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým, s vědomým úmyslem zemřít*“ (Koutek 2008, str. 405). V definici sebevraždy je kladen značný důraz na vlastní rozhodnutí ukončit život (Vágnerová 2008, str. 489).

Podle Kriegelové (2008, str. 97) je sice sebepoškozování podobné sebevraždě, ale není možné na něj tak nahlížet právě kvůli rozdílnosti v motivu. Přesto ale automutilační chování může mít za následek úmrtí. S tím počítá i MKN-10, kde je toto jednání řazeno do kategorie vnějších příčin úmrtnosti. Příkladem může být pořezání. Prvotní záměr způsobit si zranění, kvůli vyrovnání se se stresem, může velmi snadno skončit smrtí, pokud dojde k příliš hlubokému nebo nešťastnému řezu. V takovém případě však lze mluvit spíše o sebezabití – bude vysvětleno dále.

2 Poruchy pudu sebezáchovy

Autodestruktivní chování bývá ze strany rodiny, přátel, ale také školy často nepochopitelné. Jak může být člověk schopen ublížit sám sobě? Nemusí to být vždy přesné vysvětlení, ale významnou roli v objasnění takového chování mohou sehrát Poruchy pudu sebezáchovy.

Pudy jsou vrozené sklony k určitému jednání, které má zajistit uspokojení základní lidské potřeby. I ty ovšem mohou být změněny nebo narušeny (Vágnerová 2008, str. 69).

Pud sebezáchovy směřuje k zachování jedince a zachování jeho integrity. Toho lze dosáhnout pomocí reakcí pasivně obranných, kterými mohou být útěk, submise či předstírání smrti (thanatosis), nebo reakcí aktivně obranných, při kterých se projevuje agrese v různých podobách (Svoboda 2015, str. 109).

Poruchy tohoto sebezáchovného pudu mohou zahrnovat celé spektrum příznaků, jež se vyznačují sníženou šancí jedince přežít, ale mohou vézt i k poškození jedince. Takovými projevy mohou být již zmíněné suicidium a automutilace, či sebezabití ale i sebeobětování (Horáček, Švestka 2004, str. 326).

2.1 Sebeпоškozování

Sebeпоškozování je velmi často diskutované téma nejen v práci s dětmi, ale i s dospělými, a přesto nelze uvést konkrétní vymezení, na němž by se odborníci shodli. Tato „shoda“ totiž vychází ze vzájemného pohledu na problematiku a v tom, co konkrétní autor vnímá za projevy této poruchy pudu sebezáchovy. Níže jsou uvedeny některé definice podle autora a roku.

Tabulka – Přehled definic záměrného sebeпоškozování (Kriegelová 2008, str. 18)

Přehled definic záměrného sebeпоškozování		
Autor	Použitý termín	Definice
Kreitman, 1977	Parasuicide	Non-fatální akt, ve kterém jedinec záměrně zapříčiní sebezranění nebo nadužití substance.
Walsh, Rosen, 1988	Self-mutilation	Takové chování jedince, kdy si dobrovolně a úmyslně poškodí vlastní tělesné tkáň nebo tělesnou integritu bez ohledu na zdravotní riziko nebo nebezpečí a bez záměru zemřít.

Winchel, Stanley, 1991	Self-injurious behaviour	Akt úmyslného poškození vlastního těla, které zapříčiní narušení tělesných tkání, bez suicidálního záměru.
Winchel, Stanley, 1991	Self-mutilation	Akt s non-fatálním výstupem, ve kterém jedinec záměrně iniciuje chování, které bez intervence další osoby vede k sebepoškození, nebo zneužije větší množství určité substance s cílem změnit svůj fyzický stav vytouženým způsobem.
Herpertz, 1995	Self-mutilation	Opakující se, záměrné a přímé fyzické sebepoškození bez vědomého suicidálního záměru, které ani nevede k evidentnímu ohrožení života.
Suyemoto, 1998	Self-mutilation	Přímé, sociálně neakceptované, repetitivní chování bez suicidálního záměru, které zapříčiňuje mírné až středně těžké fyzické poranění.
Favazza, 1999	Self-mutilation	Přímá a úmyslná destrukce nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru.
Sutton, 2005	Deliberate self-harm	Záměrné poškození vlastních tělesných tkání bez zjevného záměru ukončit život a bez záměru sexuálního nebo dekorativního.

Přesto můžeme říct, že sebepoškozování je úmyslné narušení vlastní integrity, které je prováděno bez účasti jiné osoby (konajícího subjektu) a jehož účelem není sexuální motiv ani sebevražedný záměr (Babáková 2003, str. 165).

Mluvíme tak o autodestruktivním jednání, u kterého se při rozlišování od toho suicidálního přihlíží ke třem faktorům. U automutilace dochází k **opakování**, **letalita** bývá nízká a jedinec nemá **záměr** vzít si život (Kriegelová 2008, str. 98).

Hartl a Hartlová (2009, str. 524) ve svém psychologickém slovníku pak o sebepoškozování mluví následovně:

„Sebeпоškození (self-mutilation) –sebemrzačení, automutilace, autodestrukce; od polykání předmětů a úrazů až k sebevražedným pokusům; může být a) účelové, jako je vyhnutí se vojenské službě n. b) příznakem duševních chorob jako melancholie, schizofrenie aj.; dříve sem řazeno též tetování, kt. je nyní psychol. chápáno jako projev neverbální komunikace.“

Oporu v terminologickém vymezení pojmu můžeme najít u WHO (angl. „World Health Organization“ čili Světová zdravotnická organizace) jejíž definici

sebepoškozování v roce 2009 přeložila Platznerová (Platt et al. in Platznerová 2009, str. 11) „*akt bez fatálních následků, při němž osoba vyvíjí dobrovolně nehabituální činnost, bez zásahu jiných způsobí poranění sama sobě nebo dobrovolně požije látku v dávce vyšší, než je dávka předepsaná nebo obecně považovaná za terapeuticky účinnou, a jehož cílem je dosáhnout pro subjekt žádoucích změn cestou okamžitých nebo předpokládaných tělesných následků.*“

Sebepoškozováním se také zabývá DSM-5 neboli Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (angl. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition: DSM-5). Nejedná se sice o mezinárodní klasifikaci, přesto se díky své komplexnosti využívá coby doplnění Mezinárodní klasifikace nemocí. V páté revizi tohoto dokumentu sice stále není vytvořena diagnóza sebepoškozování, přesto je v ní možné nalézt diagnostická kritéria:

„A. V uplynulém roce se jedinec 5 nebo více dní úmyslně sebepoškozoval a způsobil si takové poškození povrchu vlastního těla, během kterého pravděpodobně došlo ke krvácení, pohmoždění nebo způsobení bolesti (např. pořezání, popálení, bodání, bití, nadměrné tření). To vše s předpokladem pouze malého nebo středního fyzického ublížení si (tj. není zde sebevražedný úmysl). Poznámka: Absence sebevražedného úmyslu byla buď sdělena jedincem, nebo ji lze odvodit z faktu, že si jedinec opakovaně způsobuje sebepoškozování, s vědomím, že není pravděpodobné, že by toto chování skončilo smrtí.

B. Jedinec se sebepoškozuje proto, aby dosáhl jednoho z následujících očekávání:

- 1. získat úlevu od negativních emocí nebo myšlenek,*
- 2. vyřešit interpersonální obtíže,*
- 3. navodit pocit pozitivních emocí.*

Poznámka: Pocit úlevy nebo jiná reakce je prožívána během nebo krátce po aktu sebepoškození, přičemž jedinec může vykazovat vzorce chování, které naznačují závislost na opakování sebepoškozujícího chování.

C. Záměrné sebepoškození se pojí alespoň s jedním z následujících:

- 1. interpersonální problémy nebo negativní emoce či myšlenky jako jsou deprese, úzkost, napětí, vztek, obecný pocit utrpení či sebekritika se objevují v období těsně před aktem sebepoškození,*
- 2. před samotným vykonáním sebepoškozujícího aktu cítí jedinec silné zaujetí pro danou činnost a je pro něj velmi těžké ji odolat,*

3. často se objevují myšlenky na sebepoškození, i když je jedinec následně neuskuteční.

- D. Chování není sociálně akceptovatelné (např. piercing, tetování, část náboženského nebo kulturního rituálu) a nejedná se o strhávání si strupů či okusování nehtů.*
- E. Chování nebo jeho následky způsobují klinicky závažný distress nebo zasahují do interpersonální, školní nebo jiné důležité sféry života.*
- F. Chování se vyskytuje mimo psychotické epizody, deliria, intoxikace nebo odvykací fáze. U jedinců s neuro-vývojovými vadami není chování částí opakovaných stereotypů. Chování nelze lépe vysvětlit jinou duševní poruchou nebo onemocněním (např. psychotické onemocnění, porucha autistického spektra, mentální retardace, Lesch-Nyhanův syndrom, stereotypní motorická porucha se sebepoškozením, trichotillománie [porucha vytrhávání vlasů], dermatilománie [patologické škrábání/strhávání/mačkání kůže]) (DSM –5, 2013, s. 803).*

Je však důležité rozlišovat mezi sebepoškozováním a sebezraňováním. McAllister (2003, str. 178) uvádí, že sebepoškozováním si jedinec způsobuje újmu fyzickou či psychickou, a to buď úmyslně, náhodně, z nevědomosti nebo v důsledku špatného rozhodnutí. Sebezraňování je pak viditelným druhem sebepoškozování s důsledkem poškození tělesné integrity.

Možností, jak podobně rozdělovat sebepoškozování, je několik. Těmto klasifikacím se věnuje následující kapitola Klasifikace sebepoškozování.

2.1.1 Klasifikace sebepoškozování

V kontextu uvedených informací můžeme rozlišovat mezi úmyslným sebepoškozováním, jako je řezání, škrábání či pálení a sebepoškozováním, které jedinec neprovádí z vlastního úmyslu. Takové chování nemusí mít formu přímého sebepoškození, ale může se jednat o takové činnosti, které pro jedince mohou znamenat určitou újmu, jako třeba vyvolávání rvaček, promiskuita, gambling či látková závislost. Kriegelová (2008, str. 20) uvádí následující možnosti sebepoškozujícího chování:

- *„zneužívání alkoholu,*
- *zneužívání léků a drog, nesprávné požívání,*
- *přejídání se,*
- *kousání se, okusování si prstů a nehtů,*
- *lámání si kostí,*
- *tělesné sebe-bití,*
- *pálení kůže, vyřezávání a vyškrabávání do kůže,*
- *enukleace oka,*
- *extrémní rizikové chování (nepozorné řízení vozidla, náhodný sex, nepoužívání bezpečnostních pásů v autě),*
- *vpravování jehel pod kůži nebo do žil,*
- *vpravování ostrých předmětů do tělesných otvorů,*
- *polykání cizích předmětů nebo toxických tekutin,*
- *zabraňování zacelení rány,*
- *opařování se (koupel nebo sprcha s vařící vodou),*
- *skok z budovy nebo mostu,*
- *obsesivní čištění a mytí (až do krvácení),*
- *příliš tělesného cvičení/málo tělesného pohybu,*
- *pokus o utopení,*
- *strhávání si kůže a nehtů, vytrhávání si vlasů a řas,*
- *sebe-zanedbávání,*
- *sebe-otrávení (předávkování),*
- *hladovění,*
- *sebe-škrcení,*
- *odříznutí si částí těla (ucha, prstu, ruky, genitálu),*
- *bouchání hlavou o stěnu,*
- *tělomodifikující techniky (piercing, tetování, branding/vypalování, skarifikace, kosmetická chirurgie),*
- *škrábání (až do kůže),*
- *drhnutí kůže (obsesivní drhnutí rukou až do masa, drhnutí ocelovou drátěnkou,)*
- *probodávání kůže (kružítkem, jehlami, špendlíky),*
- *kouření,*
- *účastnění se vysoce rizikových nebo vysoce kontaktních sportů,*
- *setrvávání v násilném vztahu,*

- *suicidium,*
- *přepracování.*“

Základní klasifikaci poskytl americký psychiatr Armando Favazza, který jako první o sebepoškození vydal v roce 1987 publikaci. V ní toto chování rozdělil do dvou základních skupin a sice na sociokulturně akceptované a deviantní. Deviantní typ dále opět dělí.

Tabulka 2 – Klasifikační systém sebepoškozujícího chování (Favazza In Kriegelová 2008, str. 23)

Typy sebepoškození "Self-Mutilation"	Popis	
1. Kulturně akceptované	Sociálně přijatelné, na vlastní změnu zaměřené akty (např. ušní piercing, stříhání vlasů)	
2. Deviantní	a) Závažné	Vzácné, potenciálně letální činy, spojované s vážným mentálním narušením (např. oční enukleace)
	b) Stereotypní	Fixní, rytmické, opakující se činy jakoby postrádající symboliku (např. bouchání hlavou). Toto chování se často vyskytuje u mentálně postižených, bývá spojeno s autismem a akutními psychózami. Dále bývá spojeno se třemi geneticky podloženými syndromy: Lesch-Nyhanův syndrom, Tourettův syndrom a vrozená senzorická neuropatie.
	c) Mírné	epizodické Důsledkem takového chování je relativně drobné poranění tkáně. Je chápáno jako maladaptivní forma svépomoci, neboť poskytuje úlevu od řady nepříjemných pocitů, např. drobné pořezání kůže, vyřezávání (in orig.: "carving"), pálení, zasahování do hojící se rány.

		repetitivní	Tento termín je využíván v případě přechodu epizodického chování ve zvykovou reakci na nepříjemné podněty.
		kompulzivní	Opakující se rituální chování, obvykle pomáhající v mnohanásobných epizodách (např. trichotilomanie, onychofagie, škrábání kůže).

Jak je vidět, tato klasifikace počítá i s chováním a jednáním, které určitým způsobem narušuje tělesnou integritu, tedy odpovídá vymezení pojmu, přesto se však jedná o jev společensky přijatelný. Příkladem může být nejen v tabulce zmíněný piercing a stříhání vlasů, ale také tetování, či vytrhávání obočí za účelem zkrášlení se. Důvody pro to jsou nejen socio-kulturní, ale zohledňuje se také závažnost. Například u stříhání vlasů pravděpodobně nikdo nepředpokládá, že dojde ke zdravotním rizikům – pokud ovšem není toto stříhání spojené s požíváním.

Diskutabilní je také kouření a požívání alkoholu coby sebepoškozování. Jedná se sice o záměrné chování, které je zdraví škodlivé, ale chybí při něm záměr způsobit si poškození vlastního těla, i když právě tímto poškozením se dosahuje kýžených výsledků. Osobně si myslím, že o sebepoškozování lze mluvit až ve chvíli, kdy se jedná o závislostní chování.

Další, poněkud odlišná, klasifikace je od Kocourkové (2003, str. 73-74), která sebepoškozování rozděluje do pěti skupin:

- Automutilace – bývá projevem psychotické poruchy, vyšší výskyt bývá u pacientů se schizofrenií, poruchou osobnosti nebo u sexuálních sadomasochistických praktik; příkladem může být sebepoškození zaměřené pouze na jednu část těla,
- Sebeпоškození – vědomé, záměrné sebepoškození, které se mnohdy opakuje, chybí úmysl zemřít,

- Syndrom záměrného sebepoškození – širší pojem vydělený ze suicidálního jednání zahrnující sebepoškození jako projev poruch osobnosti, poruch příjmu potravy a jako závislost na návykových látkách
- Syndrom pořezávaného zápěstí – typickým projevem je řezání na zápěstí nebo předloktí, s nímž se jedinec mnohdy snaží neúspěšně bojovat
- Předávkování léky – bezdůvodné, nadměrné nebo nepřiměřené požití léků bez suicidálního záměru, často opakované.

Klasifikaci sebepoškození můžeme nalézt také v MKN-10 a to v kapitole *Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti*, a to konkrétně pod kódovým označením X60-X84. Toto rozdělení počítá s tím, že následující způsoby sebepoškození mohou jedinci sloužit k záměrnému sebepoškození i suicidiu (Ústav statistických informací 2018, str. 782-786):

- X60-X69 – Úmyslné sebeotrávení léky, alkoholem, organickými rozpouštědly, návykovými látkami, narkotiky, plyny apod.,
- X70 – Úmyslné sebepoškození oběšením, uškrcením a zadušením,
- X71 – Úmyslné sebepoškození utopením a potopením,
- X72-X74 – Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, pušky či jiné střelné zbraně,
- X75 – Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou,
- X76 – Úmyslné sebepoškození kouřem, dýmem a ohněm,
- X77 – Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty,
- X78 – Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem,
- X79 – Úmyslné sebepoškození tupým předmětem,
- X80 – Úmyslné sebepoškození skokem z výše,
- X81 – Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět,
- X82 – Úmyslné sebepoškození havárií motorového vozidla,
- X83 – Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky – například žíravinou,
- X84 – Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky.

Dělit sebepoškození lze však i z jiného hlediska. Nock a Prinstein (2004, str. 886) k tomu užívají motivaci (sociální a automatickou) a posílení (pozitivní a negativní). Kombinací pak vznikají čtyři kategorie chování:

- automatické-negativní posílení – k sebepoškození vede touha zbavit se tísně či jiných nepříjemných pocitů,
- automatické-pozitivní posílení – sebepoškození jako prostředek, kterým lze vyvolat emoce, tzv. cítit alespoň něco,
- sociálně-negativní posílení – motivací je snaha vyhnout se nepříjemné situaci či činnosti jako je škola a práce,
- sociálně-pozitivní posílení – sebepoškození slouží k získání pozornosti ostatních, ač může být negativní.

Významné je i nahlížení na problematiku ve smyslu, jakou funkci plní sebepoškození v životě konkrétního jedince. Motiv je pak určujícím činitelem ovlivňující průběh a opakování aktu a je důležitý zejména pro zdárnou komplexní terapii. Tyto motivy zohledňuje tzv. model „Osmi C záměrného sebepoškození“ (Sutton in Kriegelová 2008, str. 105):

1. *„Coping and crisis intervention – copingová strategie a krizová intervence,*
2. *Calming and comforting – uklidnění a utěšení,*
3. *Control – kontrola,*
4. *Cleaning – očištění,*
5. *Confirmation of existence – potvrzení existence,*
6. *Creating comfortable numbness – navození utěšujících pocitů otupělosti,*
7. *Chastines – sebetrestání,*
8. *Communication – komunikace.“*

Vedle těchto lze také uvést sebepoškození jako výraz příslušnosti ke skupině, jako volání o pomoc, prostředek k navození euforie či manipulaci (Sutton in Kriegelová, 2008, str. 109-110).

2.1.2 První zkušenost se sebepoškozováním

Sebepoškozování bývá pro mnohé jedince dlouhodobou záležitostí, přesto v životě sebepoškozujících se lidí musí existovat bod, v němž se rozhodli tento fenomén zkusit poprvé. Tímto tématem se zabývala Sarah Hodgsonová (2004, str. 162-179), která se zaměřila na pořezávání.

Jejího výzkumu, který uskutečnila formou internetového interview, se účastnilo 22 respondentů, přičemž většina z nich byly ženy z USA. Jejich věk se pohyboval mezi 18 a 35 lety. S pořezáváním většina začala v rozmezí 14-15 roku. Důvodem, proč se poškozovali, bylo hlavně vypořádání se se stresem a frustrací.

Výsledky výzkumu, který směřovala ke zjištění, jak je napadla myšlenka se sebepoškozovat, rozdělila na dvě části. Část respondentů uváděla, že se potřebovala nějak vyrovnat se světem a řezání jim k tomu pomohlo, přičemž na tuto copingovou strategii přišli náhodou a sami. Většinou se tak stalo při náhodném zranění, které jim ve výsledku pomohlo s uvolněním se. Tito jedinci považovali pořezávání se za vlastní „vynález“.

Druhá skupina sdružovala ty, kteří se sebepoškozování naučili od někoho jiného nebo z literatury, filmu či internetu. Přejímali buď samotnou formu sebepoškozování nebo i způsoby zakrývání a vypořádání se s reakcemi okolí neboli jak odpovídat na dotěrné otázky.

Obě skupiny však odpovídali shodně, že jim sebepoškozování, v tomto případě pořezávání se, přináší úlevu a myslí na něj ve chvílích, kdy jsou emočně vypjatí, tj. ve stresu, cítí smutek, mají deprese apod.

O první epizodě pořezávání se hovoří i uživatelka stránky sebeublizovani.cz (Lanny 2005). Ta nejdřív uvádí, že se poprvé s někým, kdo se pořezává, setkala až na gymnáziu, a připadalo jí to jako absurdní. Po dvou letech však skončil její roční vztah a následně zjistila, že chlapec, který se s ní rozešel, si našel jinou dívku, zatímco jí neustále psal, že ji stále miluje. Svou první osobní zkušenost popisuje takto:

„Jednu noc jsem se málem psychicky zhroutila, chtěla skočit pod auto.. S očima plných slz jsem se odebrala směr kuchyně, vytáhla nůž a s brekem se vrátila do pokoje. S narůstající depresí a vztekem jsem se začla řezat do ruky. Ani jsem nečekala žádný výsledek, ale pomohlo to! Po měsíci utrpení, skrývání strupů a vylouvání z čeho jsou, jsem se dala konečně znovu dokupy. Postupem času jsem potkala dalšího kluka. Myslela jsem, že tamta záležitost je zcela za mnou.. nepříjemnost, krize,.. Ale objevily se další problémy, nejen v lásce, hlavně s rodiči, a já se začala řezat do noh (většinou je mám

zakryté nebo se na ně lidi nedívají, tak nemusím nic vysvětlovat). Nyní jsem zase krůček od rozchodu s přítelem, zase jdou na mě ty samé deprese, zase jsem se řízla..“

Dále doplňuje, že neví, kde hledat pomoc, protože přátelé ji kvůli tomu odsuzují. Bojí se svěřit rodičům a má strach, že při dalším zklamání se opět začne pořezávat, aniž by dokázala ovlivnit intenzitu, množství nebo hloubku řezu.

2.1.3 Impulzivní sebepoškozování a sebepoškozování jako závislost

Sebepoškozování má ve většině případů funkci seberegulačního mechanismu při nesnesitelné emoční zátěži (Ryšánková 2008, str. 383), kdy mluvíme o tzv. copingové strategii (Černá 2010) nebo se vyskytuje u hraniční poruchy osobnosti (Žukov 2012, str. 332).

Coping je výraz znamenající vypořádání se (vyrovnání) se zátěžovou situací pomocí známých a dostupných možností na základě zkušeností. V případě, že je tato zátěž nad rámec možností jedince nebo s ní nemá ještě zkušenosti, musí si potřebné dovednosti nejprve vytvořit a osvojit (Špatenková 2004, str. 143).

Jak bylo zmíněno dříve, děti mají kvůli svým nedostatečným zkušenostem osvojeno jen malé množství těchto strategií a jsou proto ohroženy výskytem autodestruktivního chování coby copingové strategie.

Sebepoškozování v těchto případech znamená možnost vyrovnat se, či bojovat se zátěží jinou zátěží. Jedná se tak o „přehlušení“ bolesti duševní (např. při nevhodné poznámce o vzhledu) prostřednictvím bolesti fyzické (např. pořezáním se). Tato bolest nejenže dovoluje zapomenout na problémy, ale organismus na ni reaguje vyplavením endogenních opiátů, které pomáhají bolest překonat (Černá 2010).

Dítě, které si tuto strategii osvojí, ji pak může používat i v jiných zátěžových situacích. Ryšánková (2008, str. 383) uvádí, že se její pomocí snaží dosáhnout kontroly nad svým životem, kterou podle nich nemají. Tento stav můžeme označit jako impulzivní sebepoškozování, jež je charakteristické právě přítomností spouštěče ve formě psychického napětí.

Tím mohou být traumata zasahující do minulosti dítěte, aktuální konflikty či kumulované negativní prožitky (více viz kapitola 2.4 Příčiny). Společným znakem ve

většině případů bývá přesvědčení, že jim dospělí nerozumí. Dítě se tak ocitá v pasti, z níž není úniku a sebepoškození vnímá nejen jako možnost, jak se s takovou situací vypořádat, ale jako způsob vyjádření svých pocitů (Ryšánková 2008, str. 383).

Mnohé z běžných způsobů sebepoškození nebývá příčinou těžšího poranění, jak je již uvedeno, toto jednání a chování není motivované touhou zemřít, ale touhou nebezpečí se vyhnout. Proto impulzivní sebepoškození většinou nekončí letálně. Přesto je nutné zdůraznit jeho častou komorbiditu se závažnějšími psychickými poruchami, které mohou být stejně tak příčinou suicidia. Mezi ně patří například deprese, úzkostná porucha či posttraumatická stresová porucha (Ryšánková 2008, str. 384).

Impulzivní sebepoškození mívá začátek v adolescenci, případně preadolescenci, což může být způsobeno tlakem na osamostatnění se jedince. Okolí, ale i jedinec sám, zdůrazňuje potřebu individuace a otevřeného vymezení a vyjádření sebe sama vůči společnosti, což klade značné nároky (Ryšánková 2008, str. 383).

Typickým rysem, který se vyskytuje u osob s tendencí k sebepoškození, jsou náhlé změny nálad s následným rychlým přechodem k podrážděnosti nebo depresi a zpět k normoforii. Přítomny bývají i impulzivita, zhoršené ovládání impulzů, disociace, či emoční alexythymie – neschopnost vnímat a pojmenovávat vlastní pocity (Ryšánková 2008, str. 385). Z uvedeného vidíme, že mnohé z těchto projevů odpovídají chování dětí v pubescentním – preadolescentním – věku, případně v období adolescence. Můžeme tedy spatřovat určitou náchylnost k autodestruktivním tendencím, jak již ostatně bylo zmíněno.

Tato copingová strategie může však v životě jedince začít zaujímat stále větší prostor. Kvůli vyplavení endogenních opiátů do těla si organizmus začíná spojovat bolest s příjemnými pocity a původní bolest, jež měla sloužit jako prostředek ke zvládnutí psychického napětí, se tak může stát předmětem chtění a jedinec tak o ní může uvažovat i ve chvílích, kdy není vystaven žádné zátěži. V takové situaci pak někteří autoři hovoří o závislosti na sebepoškození (Kocourková 2007, str. 74).

Nejvíce je v této souvislosti zmiňován takzvaný syndrom pořežávaného zápěstí, při němž dítě prožívá napětí a dysforii. Sebepořežání pak vede k úlevě, ale také k opakování tohoto jednání. Jedinec má sice snahu proti tomuto jednání bojovat, ale při této snaze prožívá úzkost, další napětí, dysforii a vztek, což nakonec vede k opakování jednání (Kocourková 2007, str. 76).

Následně uvádí průběh aktu sebepoškození:

- „*přítomnost precipitující události,*
- *zesílení pocitů dysforie, napětí a úzkosti,*
- *myšlenky na sebepoškození,*
- *pokusy sebepoškozující jednání odvrátit,*
- *následuje sebepoškození,*
- *výsledkem je uvolnění napětí.“*

Z uvedeného můžeme vidět, že se akt sebepoškození v mnohém podobá syndromu závislosti. Tak o něm ostatně mluví i lidé, kteří se sebepoškozováním mají osobní zkušenosti, jak vyplývá z předchozí podkapitoly (viz 2.1.2 První zkušenost).

I přes tyto zkušenosti a skutečnosti, není sebepoškozování zahrnuto do Mezinárodní klasifikace nemocí tak, jako je tomu u závislosti na psychoaktivních látkách. Z nelátkových závislostí jsou v tomto dokumentu uvedeny například gambling (patologické hráčství), kleptomanie či pyromanie (patologické zakládání ohňů) (Ústav zdravotnických informací 2018, str. 239-240).

V MKN-10 se z forem sebepoškozování vyskytuje jen trichotillomanie, která je specifická vytrháváním vlasů, chlupů, řas ale i pubického ochlupení a toto vytrhávání vede k uvolnění napětí, které mu předcházelo (Ústav zdravotnických informací 2018, str. 240 a Fischer 2009, str. 133).

Sebepoškozování obecně však je významným jevem, který se vyskytuje globálně a má značný vliv na fyzické i psychické zdraví jedince, a tudíž ho mnoho autorů právem řadí mezi nejzávažnější sociálně patologické jevy.

Sebepoškozování ovšem může být zapříčiněno také poruchou osobnosti, a to konkrétně nejčastěji disociální nebo hraniční poruchou, pro které je přímo diagnostickým kritériem. Výskyt sebepoškozování, jakož i suicidií, je v těchto případech spíše pravidlem než něčím výjimečným (Ryšánková 2008, str. 384).

2.2 Suicidium

Suicidium je násilné chování s nízkou frekvencí, které bývá těžké předvídat (Balon 2004, str. 644). Může být pro člověka extrémní variantou, jak uniknout z tíživé krize. Bývá projevem hlubokého zoufalství člověka, který nechce, neumí nebo nedokáže hledat jinou možnost, jak danou situaci řešit (Špatenková 2004, str. 137).

Vedle sebevraždy, pomocí které jedinec hledá únik ze své situace formou ukončením života, je třeba rozlišovat další základní chování a jednání, které s tímto aktem souvisí.

Před samotným dokonaným suicidiem se u člověka vyskytují **suicidální myšlenky**, které jsou charakteristické verbálními či neverbálními projevy signalizujícími fakt, že o tomto řešení jedinec uvažuje (Koutek 2008, str. 405). Myšlenky se dále rozvíjejí a zpřesňují se až k představám kdy, kde a jak čin vykonat (Baštecká 2003, str. 172). Následně se může objevit **suicidální pokus**, který se stejně jako dokonaný akt vyznačuje životu ohrožujícím jednáním prováděným s úmyslem zemřít, nekončí však letálně (Koutek 2008, str. 405). Tento termín však nemusí zahrnovat pouze ty pokusy s úmyslem zemřít.

Autor (Koutek 2008, str. 405) také uvádí termín **parasuicidium**, kterým rozumí suicidální pokus, při kterém chybí úmysl zemřít a je proto možné na něj nahlížet jako na sebepoškození. Pro snadnější pochopení je důležité uvést, že tento pojem bývá vnímán jako **demonstrativní** suicidální pokus. Ten může být motivován dosažením řešení situace, v níž se člověk, zvláště pak dítě či adolescent, nachází. V takových případech je důležité na tento akt pohlížet jako na volání o pomoc.

Tento sebevražedný pokus – tentamen *suicidii* (Svoboda 2015, str. 110) může však také skončit letálně i přesto, že tento záměr nebyl přítomen. Jak vysvětluje Balon (2004, str. 644), může se jednat o možnost, jak k bezvýchodnosti situace upoutat pozornost blízkých či terapeuta a k nešťastnému vývoji událostí může dojít například ve chvíli, kdy partner přijde domů příliš pozdě, aby zasáhl.

Sebevražedné jednání můžeme rozdělit na dvě základní skupiny a sice dokonanou a nedokonanou sebevraždu, kterou Baštecká (2003, str. 172) vysvětluje jako suicidální pokus. Z výše uvedeného je ale možné říct, že nedokonané suicidium může být to samé, co suicidální pokus. Nelze však mluvit o tom, že tento pokus musí být nutně nedokonaná sebevražda.

Jednání, které má za následek smrt konajícího člověka, můžeme také rozdělit podle motivů, které k tomuto činu vedly. Sebevraždě velmi podobný termín je **sebezabití**, při kterém jedinec usmrtí sám sebe bez touhy zemřít. Příkladem může být jak letální následek parasuicidia, tak případy útěku před halucinacemi končící autonehodou (Veselý 2011, str. 83), které bývají projevem patologicky změněné psychiky (Vágnerová 2008, str. 489).

Pro **bilanční** sebevraždu je typické zhodnocení (bilancování) vlastního života, při kterém negativa převáží nad pozitivy a jedinec dojde k rozhodnutí, že bude lepší pro něj i jeho okolí, když nebude žít. K takovým případům může dojít například u lidí s nevléčitelnou nemocí (Veselý 2011, str. 83).

Velmi podobný motiv mívá **biická** sebevražda, která je prováděna v běžném psychickém stavu na základě reálných událostí. Mezi takové sebevraždy lze řadit harakiri po nečestném chování (Veselý 2011, str. 83).

Pokud dojde k patologii psychiky, kdy člověk ukončí svůj život z motivu silného žárliveckého bludu, jedná se o příklad **patické** sebevraždy (Veselý 2011, str. 83). Významnou podobnost zde můžeme najít se sebezabitím. I zde totiž může dojít k úmrtí následkem patologie psychiky, konkrétně halucinací. K tomu se může jedinec například uchýlit, mívá-li halucinace nabádající ho ke spáchání suicidia. Oproti sebezabití při výskytu halucinací je zde ovšem přítomen úmysl zemřít. Při sebezabití se při této patologii snaží nemocný uniknout před někým/něčím, kdežto při patické sebevraždě je někým/něčím motivován tak činit – vzít si život. Ovšem tento rozdíl není mnohdy – zvláště u dokonaných sebevražd – prokazatelný (viz 2.4 Příčiny).

Sebevražda však nemusí být pouze řešením jedince. Jestliže se dva lidé domluví, že společně ukončí svůj život, jedná se o **suicidální dohodu**. Pokud člověk (často trpící psychickou nemocí) usmrtí blízkou osobu, aby ji například chránil před zlem, a následně zabije sám sebe, mluvíme o **rozšířeném suicidiu** (Koutek 2008, str. 405).

Velmi specifické je pak **sebeobětování**, při němž chybí úmysl zemřít, ale prospěch, jaký takový čin má pro okolí mít, převažuje důležitost života. Veselý (2011, str. 83) jej proto za sebevraždu nepovažuje.

2.2.1 Suicidální chování dětí

Mnohé chování a jednání dětí a mladistvých je od toho dospělého odlišné. Prožívání traumatických, jakož i pozitivních situací se může v těchto věkových kategoriích lišit. Podobně tomu může být i u sebepoškozování či sebevraždy.

Rozdílné také může být nahlížení na toto chování a jednání v kontextu věku dítěte. V období do pěti let věku dítě většinou smrt vnímá jako dlouhé odloučení, po kterém může následovat návrat. Do devíti let pak je smrt personifikována. Dochází k jejímu

vnímání prostřednictvím úmrtí blízké osoby, často prarodičů, a je vnímána hlavně jako dlouhý spánek (Kříž 2004, str. 98).

Na suicidální chování a jednání je tedy v tomto věkovém období možné nahlížet spíše jako na sebezabití, protože dítě nedokáže vnímat dostatečnou hloubku tohoto činu (Špatenková 2004, str. 144).

Smrt jako zánik života, při níž dochází k rozkladu živé hmoty začíná být vnímána většinou až od devátého roku života. Kvalita této představy a věkové období, v němž se objeví, je závislá nejen na věku, ale také na zkušenostech, sociokulturním prostředí a na inteligenční a citové úrovni (Špatenková 2004, str. 144). Nelze tedy tvrdit, že vnímání smrti se zpřesňuje přesně v devíti letech. Někdy k tomu může dojít dříve díky prožitým zkušenostem, jindy naopak nemusí k tomuto zpřesnění dojít nikdy kvůli nedostatečnému intelektu.

Dospívající pak bývají vůči autodestruktivnímu chování a jednání velmi zranitelní. Jejich zvýšená senzitivita, citová labilita, snížená odolnost vůči zátěži a nedostatečný repertoár strategií řešení náročných životních situací může mít za následek, že se rozhodnou pro automutilační či suicidální jednání i přesto, že již vnímají poškození tělesné integrity a smrt v plném rozsahu (Špatenková 2004, str. 143).

Formy sebevražedného chování dětí a mladistvých pak bývají podobné, jako u dospělých, přesto v některých ohledech odlišné.

Velmi časté jsou **suicidální myšlenky**. Vyskytují se v přechodné formě u většiny dětí a mají charakter denního snění. Vyplývají většinou z pocitu křivdy či nespravedlnosti a zabývají se představami o tom, jak by na případnou smrt reagovalo okolí. Mohou se objevit také **suicidální výhrůžky**, které jsou převážně účelové. Objevují se kvůli snaze o zmírnění nátlaku či trestu, mají dosáhnout nějaké výhody či postrašit blízké nebo je vydírat. Avšak jen část dětí a mladistvých, kteří se snaží takto manipulovat, přistoupí k faktickému provedení sebevraždy (Kříž 2004, str. 81).

K těmto výhrůžkám má velmi blízko i **demonstrativní suicidální pokus**. Ten je, stejně jako tyto pokusy u dospělých, prováděn za účelem zlepšení momentální situace nebo dosažení určité výhody. Chybí při nich úmysl zemřít, ale k letálnímu vyústění však dojít může (viz 2.2.2 Způsoby provedení suicidia). Určitou podobnost můžeme vidět u sebevraždy jako **pomsty**. Tu může dítě vnímat jako jedinou možnost, jak potrestat rodiče, ale také třeba jako následek demonstrativního pokusu, který neměl kýžený výsledek. Dochází k němu ale také i po narození sourozence, kdy se dítě cítí osamělé a opuštěné. Rozdíl však můžeme spatřovat v tom, že u suicidia jako pomsty vnímají děti

pomoc jako záchranu a k recidivám nedochází. Naproti tomu demonstrativní pokusy bývají opakované, pokud se v dítěti či mladistvém upevní dojem, že tímto činem lze dosáhnout určité změny k lepšímu (Kříž 2004, str. 81-82).

Velmi citlivé děti, které se domnívají, že pouze blízkým přidělávají starosti, mohou sebevraždu vidět jako sebeopotrestání. Považují se za důvod problémů lidí ve svém okolí. Takové smýšlení bývá způsobeno zvýšenou vztahovačností a může být ovlivněno například depresí nebo afektem. Ten zapříčiňuje také **zkratovou reakci**, která je náhlou a bezprostřední reakcí na nějaký traumatizující podnět. Tím může být nějaká výtka k oblečení, chování, práci ale i k úpravě vlasů. Po ní může následovat reakce, která bývá pro jedince nebezpečná kvůli její nedostatečné promyšlenosti a způsobu provedení. Tato forma se více vyskytuje u dívek a v některých případech dochází k recidivám (Kříž 2004, str. 82).

Děti mohou k suicidálnímu ale i automutilačnímu chování přistoupit na základě **nápodoby**, a to ať už hrdiny z filmu nebo literatury anebo blízké osoby. Může jít také o napodobení jednání, kterému bylo dítě přítomno nebo o něm opakovaně slyšelo (Kříž 2004, str. 82).

Neobvyklé nebývá ani toto chování v důsledku **deprese**, která probíhá odlišně, než jak tomu je u dospělých. Může ji vyvolat šikana, konflikty s vrstevníky, důsledek syndromu CAN, nešťastná láska aj. Deprese však nemusí být zřejmá, a tak je možné, že vyústí až v autodestruktivní čin, který bývá neokázalý a je prováděný v ústraní. Při této formě suicidia bývá přítomný pevný úmysl zemřít (Kříž 2004, str. 82). Více o depresi v kapitole 2.4.2 Deprese.

Autoagresi také mohou vyžadovat některé party či subkultury, v nichž slouží jako **rituál** ať už vstupní nebo pravidelný. V některých případech byl pro přijetí do skupiny podmínkou sebevražedný pokus, po kterém následovala psychiatrická hospitalizace. V kolektivu se také může objevit autodestruktivní chování iniciované nějakou vůdčí osobou. Oproti rituálu však tato forma bývá prováděna jako protest, a to většinou v nějakém výchovném zařízení pro děti a mladistvé. V takových případech mluvíme o **hromadných sebevražďách** nebo automutilacích (Kříž 2004, str. 82-83).

Vzácně se pak vyskytuje i sebevražda jako **důsledek obsesí nebo halucinací** nebo také **sebeobětování** (Kříž 2004, str. 82-83).

2.2.2 Způsoby provedení suicidia

Než dojde k samotnému suicidiu, bývá toto rozhodnutí dopředu plánované. Pokud se nejedná o impulzivní akt, obsahem sebevražedných myšlenek bývá rozhodování o způsobu odchodu ze světa, které je ovlivněno představami a fantaziemi o účincích metod, ale i jejich nákladností, dostupností a stejně tak nebezpečností (Koutek, et al. 2007, str. 33).

Sebevraždu je možné provést mnoha způsoby, mezi nimiž člověk, který se pro tento čin rozhodl, volí. Tyto metody se rozdělují na takzvané měkké a tvrdé a liší se hlavně šancí na přežití sebevražedného pokusu. U měkkých metod bývá šance na přežití vyšší, zatímco tvrdé metody znamenají ve většině případů okamžitou smrt a záchrana je tak téměř nemožná (Koutek, et al. 2007, str. 34).

Mezi měkké metody patří například intoxikace medikamenty, povrchní pořezání nebo skok z malé výšky. K tvrdým metodám pak řadíme třeba strangulaci, zastřelení či skok z výšky (Koutek, et al. 2007, str. 34).

Autor (Koutek, et al. 2007, str. 34) však upozorňuje, že hodnocení nebezpečnosti užitých metod nemusí odpovídat realitě. Zvláště pak děti mohou mít zkreslené představy nebo informace, které je vedou k nepřesným úvahám. Může tak užít například nebezpečnou dávku léku, i když sebevraždu spáchat dítě nechtělo. Zvláště důležité je hodnocení této situace právě v kontextu úmyslu zemřít.

Dítě chce spáchat sebevraždu, ale vezme si několik tablet ibuprofenu, který ovšem smrt nezpůsobí. Naopak může nastat situace, kdy dítě nechce zemřít – udělá tak ať už kvůli překonání bolesti nebo jako demonstraci – a vezme si několik tablet paracetamolu, který může způsobit poškození jater již při malém předávkování. Obojí vyžaduje značnou pomoc, i když z rozdílných příčin. Proto je nutné případy pokusů o suicidium u dětí nezlehčovat a nepřehlížet (Koutek, et al. 2007, str. 34).

U měkkých metod, zvláště v období adolescence, je pak typické rozhodnutí, kdy pro suicidanta jsou přijatelné obě možnosti – jak přežití, tak smrt. Takové jednání Koutek (Koutek, et al. 2007, str. 34) označuje jako „dát život v sázku.“

2.3 Rizikové skupiny a faktory

I přesto, že se suicidium nedá s jistotou předpovědět, existují určité faktory nebo skupiny, které člověka mohou významně ovlivňovat a podle toho, jestli se tyto souvislosti

v životě jedince vyskytují, je možné tvrdit, zda je tento člověk více ohrožen výskytem autodestruktivního chování.

Mezi ty, kteří jsou sebevraždou ohroženi, patří děti a dospívající, a to hlavně proto, že nemají dostatek znalostí, dovedností a zkušeností potřebných ke zvládnutí náročných životních situací. Ohroženi jsou i lidé, kteří jsou vytrženi ze svého obvyklého řádu. K tomu může dojít při vážném úrazu nebo i při stěhování (Špatenková 2004, str. 137).

K faktorům, které zvyšují riziko autoagrese, patří onemocnění ať už somatické nebo psychické (například deprese, schizofrenie, epilepsie), závislost na alkoholu a drogách, zkušenost se smrtí v raném dětství a sebevražda v anamnéze (Špatenková 2004, str. 137). Veselý (2011, str. 84) k rizikovým faktorům přidává také mužské pohlaví, velkou hustotu obyvatelstva, osamocení či nešťastné dětství.

U dětí tak spouštěcím momentem může být týrání, sexuální zneužívání nebo zanedbávání, nezvládnutí nároků perfekcionista rodičů, strach ze zkoušek, odmítnutí nebo ztráta milované osoby, nechtěné těhotenství, změna prostředí ať už přestěhováním nebo změnou školy, abúzus alkoholu nebo drog a prožitek ztráty (Špatenková 2004, str. 138).

Ke klinickým skutečnostem, které naznačují zvýšenou pravděpodobnost k náchylnosti k autoagresi patří: **předchozí sebevražedný pokus** a to hlavně proto, že každý další pokus bývá snazší, **pocit ztráty a naděje, vodítka v chování** jako je zbavování se oblíbených věcí, informování se ohledně pohřbu či životní pojistky aj., **dostupnost prostředků**, kterými lze čin provést (zbraň, léky se snadným předávkováním apod.), **promyšlenost provedení**, která může poukázat, nakolik se myšlenky začínají zpřesňovat a přítomnost či hrozba **extrémně bolestivé emocionální situace** (Balon 2004, str. 646).

Náchylnost k autodestruktivnímu chování neovlivňují určité faktory pouze negativně. Můžeme mluvit také o faktorech, které pravděpodobnost spáchání suicidia snižují. Mezi ně patří ženské pohlaví, práce v zemědělství, malá hustota obyvatel, víra, dobré rodinné vztahy či příslušnost k nižší sociální vrstvě (Veselý 2011, str. 84).

I přesto, nakolik mohou některé skutečnosti napovídat, že se jedinec nachází v situaci, která by mohla vyústit v autodestruktivní chování, je význam těchto faktorů nevyjasněný a nejistý. Je proto potřeba nedocházet k předčasným závěrům a každému vyšetření věnovat obzvláštní opatrnost a pečlivost. Na první pohled logické závěry nemusí být přesné, protože u lidí, a zvláště pak u dětí může docházet k různým paradoxním úvahám i jednáním. Logické vysvětlení tak může vést k chybě a omylu a je

proto třeba pracovat i s blízkými lidmi tohoto jedince, aby pomohli vysvětlit celou situaci (Balon 2004, str. 645).

2.4 Příčiny

Suicidální chování je syndrom, který bývá podmíněn několika faktory (Koutek 2008, str. 407), jeho příčina je tedy multifaktoriální (Vágnerová 2008, str. 491). Důležité k pochopení autodestruktivního chování bývají rodinné faktory, které můžeme chápat buď jako genetické dispozice k některým psychiatrickým onemocněním nebo jako výchovné prostředí (Koutek 2008, str. 407). Dědičná predispozice vedoucí k suicidálnímu chování však nebyla potvrzena a je tedy chápána pouze jako dědičná náchylnost k onemocnění, které k takovému stavu vézt může (Vágnerová 2008, str. 491).

Můžeme tedy mluvit například o psychóze, která je chápána jako těžká duševní choroba typická zhroucením vztahů k blízkým lidem, k sobě samému, ale také k realitě. Běžným příznakem psychózy pak bývá deprese, která může být kromě toho zapříčiněna i alkoholem a drogami (Jedlička 2004, str. 241). Velmi významnou roli může hrát také vážná tělesná choroba (Veselý 2011, str. 79), která zatěžuje a z pohledu nemocného znehodnocuje jeho život. Onemocnění může provázet chronická bolest, tělesná bezmocnost a nepříznivá prognóza, které zvyšují riziko suicidia. Většinou tak jde o pečlivě zváženou bilanční sebevraždu (Vágnerová 2008, str. 492).

Významnými faktory jsou i schizofrenie, u níž se jedná spíše o sebezabití, a porucha osobnosti, která zvyšuje tendence k různému nestandardnímu či abnormálnímu chování (Vágnerová 2008, str. 491).

Z rodinných faktorů týkajících se hlavně vztahů v rodině, bývá významným činitelem syndrom CAN. V průběhu času, a není tomu jinak ani dnes, se pozice dítěte odvíjí od vztahu mezi ním a rodičem. Tento vztah je však značně nerovný a to proto, že při zneužití moci dospělým, je pro dítě obtížné se účinně bránit (Pöthe 1999, str. 21).

Děti a dospívající mají sice možnost se s problémy svěřit, ale toto rozhodnutí bývá provázeno mnoha vnějšími i vnitřními překážkami, které jim v tom brání. Často to bývá vidina krutého trestu, kterým je jim vyhrožováno nebo obava ze ztráty rodiče, která bývá neméně významná, a to hlavně proto, že přes všechno, co dítě zažívá, je pro něj rodič jediným člověkem, který dokáže naplnit jeho potřeby a pocit bezpečí (Pöthe 1999, str. 49).

Váhání, jestli se někomu svěřit tak může vést k vnitřnímu konfliktu, který nemusí být dítě schopno zvládnout (Pöthe 1999, str. 49). Dítě se tak ocitá v pro něj bezvýhodné situaci, cítí beznaděj a bezmoc a toto ve výsledku může vést k autodestrktivnímu činu, který dítě vnímá jako jedinou variantu řešení situace (Veselý 2011, str. 79).

Autodestrktivní chování ovšem nemusí být spojeno pouze s rodinným životem. Zvláště pro dospívající je specifické, že hodnotu sebe sama vnímají skrze společenské vztahy. Respekt, obdiv či opovržení ze strany vrstevníků pro ně bývá mnohdy hodnotnější, než jiné vztahy a může být pro ně nejdůležitějším měřítkem vlastní důležitosti, prospěšnosti (Výrost, et al. 2001, str. 68).

Richardsonová (2006, str. 9) se při svém výzkumu zaměřila právě na věkovou skupinu adolescentů a jejich důvody pro sebepoškozování. Ve své práci pak z těchto příčin jmenuje například tyto:

- šikana,
- stres a starosti týkající se školy,
- spory s rodiči nebo jinými členy rodiny,
- rozvod rodičů,
- smrt rodičů nebo ztráta blízké osoby,
- nechtěné těhotenství,
- týrání či zneužívání,
- sebepoškozování nebo sebevražda blízké osoby,
- problémy týkající se sexuality,
- problémy týkající se rasy, kultury nebo náboženství,
- pocity nepřijetí jak v rodině, tak ve společnosti.

Schopnost vyrovnat se s takovými zátěžovými situacemi je u každého člověka odlišná, a zvláště u dětí je ovlivněná již zmíněným malým rozsahem zkušeností a strategií. V situaci, která se jeví jako ohrožující, může člověk, resp. dítě, zvolit jednu z fylogeneticky nejstarších strategií řešení a sice útok nebo únik (Vágnerová 2008, str. 56).

Zatímco útok je aktivní variantou vyjadřující rozhodnutí s náročnou situací bojovat, únik je o snaze se životním nesnázím vyhnout. Oba tyto mechanismy mohou vést k rozvinutí poruchy pudu sebezáchovy a vzájemně se nevylučují. Často se objevují společně (Vágnerová 2008, str. 56).

Jedinec pak může k radikálnímu kroku přistoupit ze čtyř motivů. Prvními dvěma jsou **agrese** a **autoagrese**. Autoagrese může být motivem sama o sobě (například při pocitech viny) nebo může jít o potlačenou agresivitu (Striebel in Špatenková 2004, str. 138). Agrese vůči okolí, tedy heteroagrese, bývá často namířena vůči rodičům a dalším lidem, kteří jsou dítěti blízcí. Tyto agrese se v autodestruktivním aktu objevují velmi často společně (Koutek 2008, str. 407).

Dalším motivem je **apel**, který je chápán jako volání o pomoc, pokus obrátit pozornost okolí k situaci jedince. V případě suicidia k tomu ovšem často dochází až po provedení aktu, který může mít letální následek (Striebel in Špatenková 2004, str. 138).

Motivem může být také **únik/útěk**, protože sebevražda má nemálo společného s útekem ze života, z jinak na první pohled neřešitelné situace (Striebel in Špatenková 2004, str. 138).

Ke zjištění přesných příčin suicidálního aktu může pomoci tzv. psychologická pitva. Během ní se vyhodnocují veškeré dostupné informace, které o jedinci může poskytnout okolí a zvláště rodina (Balon 2004, str. 644).

Platznerová (2015, str. 2) k pochopení osobnosti dítěte, které se poškozuje, uvádí, že z psychologického hlediska mají k tomuto chování tendenci ti, kteří:

- *„trpí chronickou úzkostí,*
- *mají sklon k podrážděnosti,*
- *sami sebe nemají rádi/sami sebe znehodnocují,*
- *jsou přecitlivělí na odmítnutí,*
- *mívají chronický vztek, obyčejně na sebe,*
- *mají sklon potlačovat zlost,*
- *mívají intenzivní agresivní pocity, které výrazně odsuzují a často potlačují nebo obracejí proti sobě,*
- *bývají impulzivnější a mívají oslabenou schopnost kontrolovat impulzy,*
- *mívají sklon jednat v souladu se svou momentální náladou,*
- *mají sklon neplánovat do budoucna,*
- *bývají depresivní a mívají sebevražedné/sebedestruktivní sklony,*
- *nemají flexibilní repertoár dovedností pro zvládnání zátěže,*
- *mají sklon k vyhýbavosti,*
- *cítí se slabí, bezmocní.“*

2.4.1 Attachment

Rodina, resp. vztahy s blízkými lidmi a prostředí, v němž dítě vyrůstá, má na vývoj značný vliv. Ovlivňuje nejen jeho bezpečný vývoj, ale také to, jaký vztah bude mít samo k sobě a k okolí. Základním stavebním kamenem pozitivního vývoje je bezpečná vazba mezi dítětem a pečující osobou, která se označuje jako Attachment.

V češtině používané „citové pouto“ nebo „citové připoutání se“ má značný dopad na schopnost vytvářet a udržet citové vazby po celý život. Jestliže dítě nemá možnost vytvořit si bezpečné pouto během prvních let svého života s dospělou osobou, která o něj pečuje, může nastat jev označovaný jako porucha attachmentu (Černá, 2010).

Pečující osoba, která nemusí být nutně matka (Černá 2010), má na dítě značný vliv, a to konkrétně na jeho emoční stav, nabuzení či stres díky svým reakcím na biologické a emoční potřeby dítěte. Pečovatel zároveň vytváří prostředí a podmínky, které dítě mohou zklidnit a tím ho učí, jak tohoto uvolnění dosáhnout neboli jak v budoucnu zvládnout náročné situace sám. Předvídatelnost jeho reakcí pak učí dítě spoléhat se na své vlastní pocity a myšlenky a využít je k orientaci ve svých emocích. V případě, že situace přesahuje jeho možnosti, má dítě stále možnost vyhledat pomoc u této pečující osoby (Ryšánková 2008, str. 385).

Vztah, který dítěti takto pomáhá být jistý ve světě, do kterého se narodilo, se označuje jako bezpečná vazba. Ovšem existují další druhy vztahů, vazeb, které nejsou pro vývoj dítěte nijak optimální. Brisch (2011, str. 49-50) uvádí tyto další:

- nejistá vazba vyhýbavá,
- nejistá vazba ambivalentní,
- nejistá vazba dezorganizovaná.

Na internetové stránce attachment.cz lze najít specifika každé z nich. Zatímco v **bezpečné vazbě** sebe dítě vnímá jako hodnotné a schopné, cítí se v bezpečí, vnímá svět jako zvládnutelný a předvídatelný a touží po jeho zkoumání, v dalších typech vazby už je stav jiný (Jones 2018).

Vyhýbavá vazba je specifická tím, že dítě vnímá, že je hodné lásky jen v případě, pokud nežádá příliš, vyhýbá se pocitům a spoléhá se samo na sebe. Ostatní lidi vnímá

jako spolehlivé a užitečné, pokud se k nim příliš nepřipoutá. Svět pak jako bezpečné a zajímavé místo, které chce poznávat (Jones 2018).

V **ambivalentní vazbě** si dítě není jisté, jestli si zaslouží lásku a neví si rady se svými emocemi. Lidé jsou pro ně nespolehliví, nekonsistentní a jeho potřeby uspokojí jen, když se bude dítě snažit. Více než o poznávání světa touží po lásce blízké osoby a o naplnění svých potřeb (Jones 2018).

Při **dezorganizované vazbě** se dítě cítí nehodnotné, nehodné lásky a bez možnosti najít ve světě své místo. Lidé jsou pro něj nebezpeční, děsiví, nedůvěryhodní a nespolehliví. Stejně tak svět vnímá jako děsivé a nebezpečné místo, v němž mu nikdo nepomůže. Snaží se proto buď uzavřít do sebe nebo s ním bojovat (Jones 2018).

Z výše uvedeného je zřejmé, že nejideálnější pro vývoj dítěte je vazba bezpečná, zatímco na opačném pólu vhodnosti je vazba dezorganizovaná. Výskyt jednotlivých druhů attachmentu však mluví o tom, že bezpečná vazba je nejčastější. V populaci je zastoupena v 50 až 60 případech ze sta. Odtaziťá vazba se pak vyskytuje v 15-20 %, ambivalentní také v 15-20 % a dezorganizovaná se vyskytuje v 5-10 % (Jones 2018).

Tyto druhy attachmentu vznikají mimo jiné proto, že rodič, popř. pečovatel, podléhá i ve vztahu k dítěti vlastním potřebám, pohnutkám či například emocím. V některých případech tak sám může reagovat jako „dítě“ například bezmocí, úzkostí, pocitem ohrožení nebo jiným chováním, které je pro vztah rodič-dítě nevhodné či ohrožující. Dítě si tak svůj diskomfort či stres spojuje s nejistotou, pocitem ohrožení či opuštěním a vztah k této pečující osobě je pro něj narušen. Je pro něj kvůli tomu těžší, ne-li nemožné, vyhledávat nějakou osobu za účelem zklidnění či pomoci a je tak odkázán sám na sebe (Ryšánková 2008, str. 385).

Podobně negativně působí nevhodné reakce dospělých na pocity, prožitky či fantazie, které bagatelizují, ignorují nebo trivializují. Toto pak u dítěte vede k závěru, že jeho vlastní pocity a prožitky jsou nesprávné (Ryšánková 2008, str. 385).

Vazebné chování však nemusí být cílené pouze na jedinou osobu. Osob, ke kterým si dítě v průběhu života vytváří vazby může být několik, a kromě matky se tak může jednat o otce, prarodiče, strýce, tety nebo i sourozence. Je tedy možné, že jednu porušenou vazbu, si může dítě vynahradit jinou. Přesto tyto vazby s ostatními lidmi nejsou pro dítě stejně důležité, stejně intenzivní (Bowlby 2010, str. 263).

Bowlby (2010, str. 264) hovoří o tom, že některé osoby, s nimiž si dítě vytvořilo vazbu, může vyhledávat pouze za konkrétním účelem, např. sourozence kvůli hře. Nelze

tedy s určitostí předpokládat, že v případě poruchy attachmentu například s matkou, lze tuto vazbu plně kompenzovat jinou, méně důležitou.

Dopady poruchy vazby pak mohou mít za následek některé významné projevy. Solařová (2015, str. 26) včetně dalších zmiňuje následující:

- úzkost,
- deprese,
- zneužívání návykových látek,
- problémy s příjmem potravy,
- sebedestruktivní chování,
- disociální a asociální chování,
- nevhodné sexuální chování,
- ztráta sebeúcty.

Mnohé tyto projevy buďto přímo vedou k poruchám pudu sebezáchovy, konkrétně sebedestruktivní chování, nebo mohou být jejich příčinou, například deprese, zneužívání návykových látek nebo nevhodné sexuální chování. Můžeme tedy vidět, že poruchy attachmentu mohou být v mnohých případech autodestruktivního chování a jednání dětí prapůvodní (základní) příčinou.

2.4.2 Deprese

Možnost výskytu deprese u dětí byla dlouho silně podceňována nebo úplně popírána. Dělo se tak kvůli pohledu na období dětství jako na bezstarostné a šťastné a také kvůli psychoanalýze, která předpokládá, že neúplně zralá osobnost dítěte neumožňuje vývoj depresivní poruchy (Krejčířová 1995, str. 165).

Děti ovšem depresí trpí nejméně stejně často jako dospělí a vyskytují se u nich i podobné projevy. Přesto u dětí bývají častější somatické obtíže a regresivní projevy (Krejčířová 1995, str. 165).

K depresi tak může dojít již ve školním věku, kdy je nutné počítat s tím, že již v tomto věkovém období je nebezpečí suicidia reálné (Krejčířová 1995, str. 166).

Vysoký výskyt deprese je pak během adolescence, kdy je tendence k dysforickým rozladám a kolísání nálad zcela běžné. Je ovšem důležité rozlišit běžné dysforické nálady

a patologickou depresi, která má v tomto věku již téměř stejné projevy, jako u dospělých. Jak již bylo zmíněno, dospívající oproti dospělým ovšem nedisponují dostatečnou škálou strategií řešení zátěžových situací a riziko suicidia, stejně jako automutilace, je při depresích extrémně vysoké (Krejčířová 1995, str. 166).

Stejně jako u dospělých dochází ke zřetelné poruše nálady, únavě, snížení energie a k tendenci izolovat se od okolí. Dochází také ke slabému sebehodnocení. Tento stav může vézt k pocitům beznaděje a bezmoci, který dospívající může vézt k nadužívání alkoholu, drog, či k jiným závislostem, případně k promiskuitnímu sexuálnímu chování, které objevuje spíše u dívek (Krejčířová 1995, str. 166).

Deprese se projevuje **smutnou náladou**, která se vyznačuje ztrátou zájmu a radosti z běžných činností, beznadějí, podrážděností a pocitu smutku. K projevům patří také **poruchy jídla**, typicky nechutenství, ale výjimkou není ani přejídání se, **poruchy spánku**, které může být v podobě nespavosti či méně časté hypersomnie. Dále se deprese projevuje **pohybovým útlumem**, případně agitovaností, **apatii** (ztrátou zájmu), **únavou** či **zhoršenou soustředěností**. Důležitými projevy vzhledem k autodestruktivnímu chování jsou ale také **ztráta vlastní hodnoty**, **nepřiměřené pocity viny** a **úvahy o smrti**, či suicidální myšlenky (Krejčířová 1995, str. 165).

Průměrná délka, které může dosáhnout neléčená deprese, je zhruba 20 týdnů a každá taková prodělaná epizoda zvyšuje riziko vzniku dalších epizod. I přesto, že je možné spontánní (tzv. bez pomoci) uzdravení, je nutné depresi léčit, protože při první epizodě deprese je riziko vzniku další epizody 50 %, po čtvrté je to již 80-90 %. Každá depresivní epizoda pak znamená značný ekonomický dopad, který je srovnatelný se somatickými chorobami, sníženou kvalitou života a vysoké riziko chronicity a suicidia (Češková 2015, str. 205).

K depresi jsou podle výzkumu náchylnější ženy, u nichž se objevuje v rozmezí 10-25 %. U mužů je pak výskyt v rozmezí 5-12 % (Češková 2015, str. 205).

Riziko depresí tkví také v tom, že jejich projevy nemusí být na první pohled zřejmé. Lidé postižení touto nemocí většinou o svých pocitech nemluví a pro okolí se jeví jen jako by se stáhli do sebe. Pokud u takových jedinců dojde k sebevraždě, jedná se většinou o nedemonstrativní pokusy, tudíž bývají velmi často dokonané (Veselý 2011, str. 80).

2.4.3 Závislost

Závislostní chování je jednou z příčin autodestruktivního chování jak ve stavu akutní intoxikace, tak při odvykacím stavu (Fischer 2009 str. 92) a ovlivňuje všechny stránky života člověka, a tudíž lze o tomto chování mluvit jako o syndromu (Ústav zdravotnických informací 2018, str. 200).

„Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (emočních, kognitivních i behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky.“ (Vágnerová, str. 548)

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí nacházíme, že závislost zahrnuje typické chování, mezi něž patří:

- silné nutkání užít drogu neboli bažení (craving), které zhoršuje odvykání (Nešpor 2007, str. 32),
- neschopnost sebekontroly ve vztahu k užívání drogy (Vágnerová 2008, str. 549),
- užívání i přes zjevné škodlivé následky (Pokorný 2002, str. 15), které si jedinec mnohdy uvědomuje, ale s užíváním nedokáže přestat, i přesto, že by chtěl (Vágnerová 2008, str. 549),
- upřednostňování užívání před ostatními aktivitami, zálibami a závazky nejen ve smyslu samotného užití, ale také získání látky (Pokorný 2002, str. 15),
- prokazatelná zvyšující se tolerance, vyžadující vyšší dávky drogy potřebné pro navození účinků, kterých bylo dříve možné dosáhnout menším množstvím (Pokorný 2002, str. 15),
- přítomný může být i somatický odvykací stav, dříve nesprávně označovaný jako Abstinenční syndrom (Pavlovský 2009, str. 51).

Z uvedeného můžeme vidět, že bažení neboli craving, souvisí s dalšími znaky závislosti jako užívání přes zjevné škodlivé následky, upřednostňování drogy či neschopnost kontroly (Nešpor 2007, str. 32), kterou vnímáme nejen ve smyslu začátku a konce užití (tedy kdy ji jedinec užije) ale i množství (Pokorný 2002, str. 17).

V souvislosti se závislostí na psychoaktivních látkách je potřeba uvést, že za psychoaktivní látku se považuje taková látka, která po vstřebání do organismu ovlivňuje duševní procesy. Za synonymum se někdy užívá i termín „psychotropní,“ i když ten

naznačuje, že jde o látku návykovou, což u psychoaktivní nemusí být pravidlem (Pavlovský 2009, str. 50).

V takových případech se jedná o fyzickou závislost, která vzniká v důsledku zabudování látky do metabolismu organismu. V případě, kdy tělo nemá k dispozici tuto látku, nemůže fungovat tak, jak je pro něj běžné a dostavuje se odvykací stav (slangově Abst'ák), který může mít různý charakter v závislosti na užívané látce a může být různě intenzivní (Pokorný 2002, str. 22).

Psychická závislost se pak projevuje již zmíněným různým stupněm přání drogu užívat, která má při nedostatku drogy za následek úzkost, a to i v případě, kdy ji jedinec vědomě nechce (Pokorný 2002, str. 23). Oproti fyzické závislosti, která může trvat i jen několik dní, trvá psychická závislost mnohem déle, a právě ta má za vinu recidivy po mnohaleté abstinenci (Minařík 2018).

Samotný okamžik, kdy je jedinec pod vlivem drogy, se nazývá akutní intoxikace, během které dochází k poruchám vědomí, vnímání, poznávání, emotivity, chování nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Tyto poruchy jsou důsledkem působení látky a časem vymizí. Organismus se může vrátit do běžných hodnot fungování, pokud nedojde ke komplikacím, které bývají rozdílné podle látky, která intoxikaci způsobila a podle osobních specifik. Může tak dojít ke křečím, zvracení, vdechnutí zvratků, úrazu, deliriu, kómatu nebo jiným zdravotním obtížím (Ústav zdravotnických informací 2018, str. 199).

Důsledkem této intoxikace může být zmatenost, ale i agresivita, která bývá typická pro alkoholovou intoxikaci, či suicidální jednání. V tomto stavu může dojít ke smrti jednak z vlastního přání – i když ovlivněného – hovoříme o sebevraždě, tak v důsledku intoxikace ve smyslu předávkování (Fischer 2009, str. 92) nebo již zmíněného sebezabití v případě smrtelného úrazu.

Takový stav mohou způsobit psychoaktivní látky, které můžeme dělit podle několika kritérií. Nejznámějším dělením je na měkké a tvrdé drogy, které se odvíjí od toho, jak rychle a jakou silou látky způsobují změnu v intoxikovaném organismu. Zatímco měkké drogy mají jen mírný povzbuzující a zároveň utěšující účinek, tvrdé působí prudce a rychle, tzv. explozivně (Pokorný 2002, str. 21). Mezi měkké můžeme zařadit marihuanu, hašiš, ale třeba i kávu a čaj. Do kategorie tvrdých drog pak kromě heroinu, pervitinu, kokainu a dalších spadá i alkohol mnohými vnímán jako nepřilíš nebezpečná droga, navíc legální (Běliková 20018).

Dalším dělením rozdělujeme drogy na **tlumivé** látky (opium, heroin, alkohol atd.), **stimulační** (pervitin, kokain, amfetamin) nebo **halucinogenní** (lysohlávky, marihuana, LSD) (Bělíková 2018).

V případě, že se závislému organismu nedostává látky, může nastat odvykací stav. Jedná se o soubor příznaků různého seskupení a stupně závažnosti a je odlišný v závislosti na látce, kterou jedinec užíval (Ústav zdravotnických informací 2018, str. 200). Toto může nastat i ve chvíli, kdy organismus danou látku má k dispozici, ale pouze v omezeném, nedostatečném množství (Pavlovský 2009, str. 51).

Komplikací však může být odvykací stav s deliriem. Delirium je stav, při kterém je dočasně pozměněné vědomí, způsobené globální dysfunkcí mozku. Zahrnuje řadu příznaků, jako je akutní zmatenost, poruchy vnímání, pozornosti, vědomí, myšlení, chování, paměti, emotivity a poruchou cyklu spánek-bdění (Lukáš 2014, str. 159). U alkoholové závislosti, může nastat delirium tremens, které v některých případech přechází v psychózu a končí i smrtí (Fischer 2009, str. 130).

Závislost ovšem nemusí být pouze látková. Pokorný (2002, str. 14) pro vymezení pojmu uvádí, že jde o vztah organismu s objektem, fenoménem a jevem, ale i předmětem závislosti, který vzniká opakovaným kontaktem. Tento kontakt se s každou další zkušeností stává častější, komplexnější, intenzivnější a prodlužuje se i délka jeho trvání, čímž lze chápat nejen délku samotného přímého kontaktu, ale také přemýšlení a uvažování o něm. Takový vztah se vyvíjí na úkor vztahů s jinými jevy.

Jedinec se tak může stát závislým na všem, co mu umožňuje zbavit se nepříjemných pocitů nebo je potlačit, či před nimi uniknout. Na všem, co je nějak užitečné, nebo co je zdrojem příjemných pocitů (Pokorný 2002, str. 14).

Patologickou závislostí je pak každá závislost, jež mohla být původně i užitečná, která má za důsledek utrpení – ať už fyzické, či duševní – jedince a jeho okolí. Kvůli tomuto vztahu dochází ke snížení a ochuzení kvality života nejen jedince se závislostí a jeho sociálního okolí, ale zprostředkovaně také celého společenství (Pokorný 2002, str. 14).

Toto vymezení nabízí další možnosti v nahlížení na problematiku závislostního jednání v souvislosti s tématem této práce. Můžeme tak vnímat závislost jako jednu z příčin autodestruktivních tendencí či jako jednu z forem. Konkrétně se může jednat o sebepoškozování jako závislost, jež má s látkovou závislostí společné mnohé znaky.

2.5 Projevy

Člověk a neméně pak mladý člověk či dítě se může dostat do obtížné situace, které se snaží vyhybat nebo není schopný ji řešit adaptivním způsobem. Tyto těžkosti se mohou stupňovat až do takové míry, kdy se jedinec nachází v rozpoložení charakterizované jako deprese (viz 2.4.2 Deprese) (Jedlička 2015, str. 209).

Dítě a dospívající se mohou cítit smutní, unavení nebo nemocní. Často se objevují psychosomatické obtíže jako poruchy spánku, změna jídelního chování či vegetativní projevy (Koutek 2008, str. 406). Dochází ke ztrátě zájmu o záliby, koníčky a činnosti, ale také k apatičnosti vůči okolí (Jedlička 2004, str. 249).

Okolí, velmi často pedagogové, mohou být upozorněni sebeobviňováním, psychickou vyčerpaností, zpomaleným myšlením, nespavostí, která se ve škole může projevat poleháváním po lavicích (Jedlička 2004, str. 249).

Varováním by mohla být i tzv. sebevražedná triáda adolescenta, která zahrnuje negativní pohled na sebe samého, na události kolem a negativní výhled do budoucna (Špatenková 2004, str. 144).

Někdy se může takto postižený člověk zmínit, že by mohlo být lepší, pokud by vůbec nežil, nebo že by mu smrt pomohla od trápení. Takové zmínky nemusí být běžné, a ne vždy znamenají opravdu touhu zemřít. Mohou být výrazem touhy zaujmout či vystrašit blízké demonstrativním pokusem. Přesto je dobré těmto výroků věnovat pozornost a nezesměšňovat je, protože by mohly i jen shodou náhod vyústit v tragédii (Jedlička 2004, str. 249).

V některých případech je však možné, že po určité době zjevného napětí a depresivních nálad se objeví celkové uvolnění, které však může znamenat, že se dotyčný rozhodl ukončit život (Koutek 2008, str. 406).

Varovným signálem však může být i opačný obraz, než truchlivá apatie a lhostejnost. Deprese se může projevit i ve formě nespokojeného neklidu, která se jeví jako pohotovost ke sporům a hádkám, zvýšená podrážděnost a urážlivá vztahovačnost (Jedlička 2004, str. 249).

2.6 Statistiky

Nahlížení na autodestrukci z pohledu kvantifikace může být různé podle toho, co se rozhodneme sledovat. Mohou nás zajímat buď celková čísla dokonaných sebevražd nebo i pokusů. Můžeme se zaměřit na jejich počet v závislosti na ročním období nebo s důrazem na častost užití metody.

Pokud se zaměříme na celkový počet suicidií, pak zjistíme, že od roku 1945 do roku 2009 spáchalo v České republice (nehledě na proměnu jména země) 136 778 lidí, z nichž to bylo 97 700 mužů a 39 078 žen (Veselý 2011, str. 74). V tomto rozsahu bylo sebevražd nejvíce v letech 1965-1969, kdy za jeden rok spáchalo sebevraždu průměrně 2 666 lidí (Český statistický úřad 2019).

V období let 2010-2014 spáchalo průměrně sebevraždu 1 560 lidí (z toho zhruba 82 % mužů). Zatím nejnižší počet sebevražd od doby začátku měření v roce 1876, byl v roce 2016 celkový počet 1 316 osob (z toho zhruba 80 % muži) (Český statistický úřad 2019).

V rozmezí roku je možné sledovat rozdíl mezi ročními obdobími. Nejčastější výskyt suicidií je v březnu a dubnu, což bývá spojováno s jarními depresemi. V rámci týdne je pak nejvíce sebevražd v pondělí a úterý, kdy se jedinec musí vracet do školy, ústavu, nemocnice, věznice, a v pátek. Nejméně rizikovým dnem je pak sobota (Veselý 2011, str. 75).

Rozdíl také můžeme vidět v preferovaných metodách. Muži používají spíše agresivnější metody (tvrdé metody), zatímco ženy spíše ty méně drastické (měkké metody). U dětí jsou rozdíly také patrné. Chlapci volí převážně strangulaci a dívky skok z výšky, výjimečně pak volí pořezání a zastřelení (Koutek, et al. 2007, str. 35).

Tyto statistiky nejsou důležité jen pro ucelení povědomí o této problematice, ale hlavně kvůli uvědomění si, které skupiny osob a za jakých okolností jsou tímto chováním nejvíce ohroženy.

Konkrétní statistický přehled týkající se sebepoškozování je bohužel obtížné získat, protože mnoho z tohoto chování bývá skryto a nikdy nepozorováno. Čísla, která je možné nalézt tak bývají většinou zaměřena na děti, jež byly kvůli sebepoškozování hospitalizovány. Tyto údaje však nejsou úplným přehledem o konkrétním výskytu jevu v populaci. Nicméně i statistiky zaměřující se na hospitalizované děti jsou důležité.

Průchová (2012, str. 151) takto sledovala období v rozmezí 2000-2010 a zjistila, že v těchto letech bylo kvůli sebepoškozování hospitalizováno 7 223 dětí. Na tomto čísle se z 67 % (4 829) podílely dívky a z 33 % (2 394) chlapci. Zatímco dívky byly přijímány

nejčastěji mezi desátým až čtrnáctým rokem života, chlapci byli přijímáni mezi patnáctým až osmnáctým rokem. Nejčastějším způsobem sebepoškození je otrávení léky – téměř 74 % a nejčastějším místem, kde k tomuto sebepoškození dochází, je domov.

2.7 Okolí

Lidé, kteří jsou člověku s autodestruktivními tendencemi blízcí, a zvláště pak rodiče, mají v mnoha případech tendence pocívat na jedné straně vinu a na druhé pak zlost. Snaží se dalšímu negativnímu vývoji předejít hlídáním dítěte či jeho omezováním. Takové rozhodnutí ovšem vede jen k dalším konfliktům, které mohou v důsledku zvýšit pravděpodobnost opakování tohoto chování (Koutek 2008, str. 409).

Smrt, je-li náhlá a nečekaná, je neštěstím nejen kvůli ztrátě lidského života, ale zvláště zasáhne pak ty, kteří byli člověku nejbližší. Smrt dítěte se pak považuje za velmi bolestivou a tato bolest zasahuje do mnoha struktur lidského života, resp. života rodičů. O úmrtí dítěte s rodiči často téměř nikdo nemluví. Jejich okolí se otázkám týkajících se této události vyhýbá, což může vést až k vyhýbání se kontaktu s takto poznamenanou rodinou ve snaze vyhnout se trapnostem (Jakoby 2004, str. 52).

Vysvětlení takového chování okolí může být, že jsme navyklí své emoce neprojevat, potlačovat pocity, ignorovat ztráty a tvářit se, jako by se nic nestalo. S čímž souvisí i způsob truchlení. Zatímco ženy pro vyrovnání se se ztrátou potřebují blízkost, účast a pozornost, muži mají tendence volit strategii stažení se do sebe a velmi často se stále více vzdalovat od rodiny a trávit stále méně času v domě, aby neprojevili emoce. Přesto mnozí z nich potřebují s někým o svém prožitku a o svých bolestech mluvit (Jakoby 2004, str. 58).

Pomoc potřebují hlavně děti. S pojmem smrti nemají často dostatečné zkušenosti a nemohou ji tak plně chápat. Rozmluvu na toto téma je pak možné vnímat nejen jako pomoc po rodinné tragédii ale zvláště také jako prevenci. Dítě, které je schopné pochopit podstatu úmrtí, nebude smrt vyhledávat a je tak možné předejít i případům sebezabití (Jakoby 2004, str.58).

2.8 Prevence a pomoc

Přestože je autodestruktivní chování nepředvídatelné, konkrétně u suicidia může pomoci fakt, že až 80 % jedinců, kteří se k tomuto činu rozhodnou, o tom dopředu někomu řeknou. Bohužel, až 50 % těchto sdělení je opomíjeno a banalizováno a nesetká se tak s odpovídající pomocí (Striebel in Špatenková 2004, str. 139).

Základní pomoc přitom nemusí být nijak složitá. Významné může pro takto ohroženého člověka být „jen“ nabídka účasti a zájmu, kdy je zřejmá ochota vyslechnout ho a nenechat ho samotného v situaci, kterou podle všeho nedokáže sám vyřešit (Veselý 2011, str. 86).

Při použití základního dělení prevence dostaneme tři základní modely (Koutek, et al. 2007, str. 106):

- **Primární prevence** – základem je eliminace rizik, čímž můžeme chápat horší dostupnost střelných zbraní nebo medikamentů,
- **Sekundární prevence** – včasné zachycení a léčba projevů, provádí se také u jedinců se zvýšeným rizikem výskytu, součástí je i krizová intervence,
- **Terciární prevence** – zaměřuje se na zmírnění dopadů a na zabránění dalšímu opakování.

Konkrétní prevencí autodestruktivního jednání u dětí a adolescentů pak zahrnuje následující aspekty (Koutek, et al. 2007, str. 109):

- Informovanost osob, které o děti pečují, o výskytu autodestruktivního chování, jeho rizicích, rizikových faktorech a podpoře rodin,
- Dostupnost odborné péče – psychiatrické a psychologické,
- Profesionální informovanost a edukace odborníků ve schopnosti rozpoznat suicidální riziko a vhodně na něj reagovat,
- Psychoterapeutický výcvik odborníků, kteří pracují s populací ohroženou autodestruktivním chováním,
- Omezení dostupnosti prostředků sloužících k tomuto chování.

Pomocí může být i Linka bezpečí, což je celostátní telefonní linka pro děti a mládež, které se nacházejí v krizových situacích. Tato linka nabízí anonymní a bezplatnou pomoc dětem a dospívajícím nacházejícím se v jakékoliv psychické

a sociální krizi (Pöthe 1999, str. 9). Existují ovšem pochybnosti, zda tato forma pomoci opravdu slouží jako prevence suicidálního jednání, protože nabízí pomoc jen těm, kteří o ni prostřednictvím linky „zažádají“ (Balon 2004, str. 647).

Alexandr Kasal z Národního centra duševního zdraví v rozhovoru pro Zdravotnický deník (Koubová 2017) uvádí, že Linka bezpečí, která se orientuje hlavně na děti a mládež zaznamená ročně kolem 600 telefonátů týkajících se suicidia. Nejedná se pouze o telefonáty dětí, u nichž se vyskytují „jen“ myšlenky na sebevraždu, ale také těch, které ji plánují nebo jsou v určité fázi jejího provedení. Můžeme tedy vidět, že Linka bezpečí preventivní složku své práce plní.

Dodává však, že v České republice chybí komplexní péče. Neexistuje žádná zastřešující organizace či dokument, např. dlouhodobý plán, zabývající se touto problematikou. Významným nedostatkem je podle něj i neplynulost, nenávaznost, zdravotní péče. Pacient, který se již ocitl v odborné péči a byl následně propuštěn z lůžkové péče totiž často ztrácí kontakt s další pomocí, resp. ošetřující lékař ztrácí přehled o dalším směřování člověka. Zmiňuje, že by v tomto ohledu pomohla lepší komunikace s praktickým lékařem a dalšími pomáhajícími organizacemi (Koubová 2017).

Jako konkrétní prevenci suicidia uvádí například instalování zátaras na mosty. Bohužel však u takto upraveného Nuselského mostu chybí data, kolik sebevražd zde bylo spácháno před a po instalaci zábrany a nelze tak zcela vyhodnotit účinnost. Podobně by mohla pomoci i opatření znemožňující přístup na vytipované úseky železnic (Koubová 2017).

Důležité je také neglorifikovat suicidium jako formu vzdoru proti systému nebo nesdělovat detailní informace o sebevraždě známých osobností. Takové jednání, které je až typické pro bulvární média, může vézt k jevu zvanému Wertherův efekt (podle knihy Utrpení mladého Werthera), jenž se projevuje zvýšeným výskytem sebevražd se stejným provedením, jako ta slavné osoby (Koubová 2017).

Společně s Tomášem Holcnerem z krizového centra RIAPS (Veselá 2018) se shodují na tom, že při pomoci je důležité nemoralizovat a neodsuzovat, nejen kvůli ochotě člověka spolupracovat, ale také proto, že v podobné situaci se může ocitnout každý a nemůžeme předpovědět, jak bychom se sami zachovali. V tomto směru ovšem významnou negativní roli sehrává stigmatizace, kterou má nejen autodestruktivní chování, ale také psychické onemocnění, které ho provází (Koubová 2017).

K prevenci autodestruktivního chování a jednání přispívají i některé společnosti, které s tématem zdánlivě nemají nic společného. Například internetová stránka Pinterest

na svém webu nejen že blokuje příspěvky s touto tematikou, ale přímo spolupracuje s příslušnými orgány, nabízí pomoc svým uživatelům a odkazuje na pomocné organizace, ač jsou všechny zahraniční (Pinterest 2019).

Asociace Záchranný kruh (2019) doplňuje, že k nejlepší prevenci patří kvalitní výchova a vyjmenovává základní myšlenky výchovy:

- *„dítě, které je příliš kritizováno, se naučí odsuzovat,*
- *dítě, které je vystavené posměchu, se začne stydět,*
- *dítě, které je ponižované, ztrácí sebedůvěru,*
- *dítě, které se setkává s tolerancí, se snáze naučí trpělivosti,*
- *dítě, které je chváleno, získá sebedůvěru,*
- *dítě, které je obklopeno přátelstvím, bude vstřícnější a přátelské,*
- *dítě, s nímž se hraje rovná hra, se naučí spravedlnosti,*
- *dítě, které pozná bezpečí, se naučí důvěřovat,*
- *dítě, které je milováno, je schopno lásky. “*

Platznerová (2015, str. 6) se zabývá také prevencí sebepoškozování. Zaměřuje se na prevenci, která závisí hlavně na pedagogických pracovnících. Rozlišuje v tomto směru několik druhů prevence:

Nespecifická prevence, kterou charakterizuje jako:

- posilování schopností dětí zvládat zátěžové situace, protože tato schopnost obecně v populaci klesá; doporučuje ji jako součást univerzálních i cílených preventivních přístupů, např. poznat a vyzkoušet různé metody zvládání stresu a negativních emocí v rámci školních aktivit,
- posilování schopnosti dětí rozpoznat své silné stránky a rozvíjet je,
- naučit děti obracet se na druhé a navazovat s nimi vztahy a účastnit se aktivit, při nichž mohou pociťovat sounáležitost.

Specifická primární prevence, kterou charakterizuje jako vnímavost k projevům sebepoškozování:

- popáleniny, které nedokáže dítě vysvětlit, řezné rány, jizvy nebo jiné shluky stop na kůži; i když se tyto stopy mohou vyskytnout prakticky na kterékoliv části těla, nejčastěji se vyskytují na paži, zápěstí a předloktí nedominantní horní končetiny,

- oblečení, jež je nepřiměřené ročnímu období, jako dlouhé rukávy a kalhoty v létě, mnoho náramků, potítka, obvazy a náplasti nebo vyhýbání se činností vyžadující odhalení těla, jako plavání a tělocvik,
- nestandardní osobní věci, např. žiletky, zapalovače,
- nárůst známek deprese nebo úzkosti,
- nepravděpodobné nebo neúplné historiky, které dítě podává jako odpověď na cílené otázky.

Primární prevence indikovaná, jež charakterizuje jako:

- pomoc při odhalování spouštěčů sebepoškození,
- pomoc se zlepšením schopnosti uvědomit si stresory udržující sebepoškození,
- zlepšování schopnosti rozeznat, prožívat a zvládat pozitivními způsoby emoce a emoční stavy, naučení vhodnějších strategií zvládnutí stresu a zátěžových situací,
- motivování a asistence při zvládnutí přidružených problémů (užívání návykových látek).

Následně dodává, že otázky ohledně sebepoškození musí být emočně neutrální a neútočné. Zároveň doporučuje, aby se preventivní školní programy – jednorázové vzdělávací akce – nezaměřovaly na informování o konkrétních formách a praktikách sebepoškození. Místo toho by jejich náplní měly být příčiny, jež toto chování způsobuje a měly by být určeny spíše rodičům a pedagogům.

Jako pomoc, respektive jak postupovat při zjištění pedagogem, uvádí následující body (Platznerová 2015, str. 7):

- *„Posoudit aktuální riziko závažného sebepoškození a v případě jeho přítomnosti odeslat dítě, event. i proti vůli rodičů, do spádového psychiatrického zařízení.*
- *Kontaktovat rodinu, systematická dlouhodobá spolupráce s rodinou.*
- *Předat dítě školnímu psychologovi. Pokud škola nedisponuje školním psychologem, lze samozřejmě využít služeb psychologa pedagogicko-psychologické poradny.*
- *Motivovat dítě a rodinu k návštěvě specialisty – krizové centrum, psychologická/psychiatrická ambulance.*
- *Stanovit jasně hranice a pravidla na půdě školy.*

- *Ideální přístup je takový, ve kterém je SP tolerováno, ale vede ke konkrétním důsledkům – například lze zavést pravidlo, že žák může za učitelem přijít kdykoliv, když pociťuje nutkání poškodit se, ale učitel se mu nebude věnovat, pokud se poškodí (za podmínky, že jiný dospělý, učitel či rodič zvládne akutní situaci s eventuálním ošetřením či zabráněním dalším následkům).*

Nevhodný postup:

- *snaha okamžitě odstranit sebepoškozující chování,*
- *sankce a ignorace.“*

2.9 Léčba

2.9.1 Léčba sebepoškozování

„Žádné ultimátum nefunguje a neexistují ani žádná rychlá řešení. Skoncování se záměrným sebepoškozováním je dlouhodobý proces a rozhodnutí musí vyjít od jedince samotného“ (Suttonová, in Kriegelová 2008, s. 133). Pro sebepoškozující se jedince je mnohdy nemyslitelné, děsivé nebo nemožné přestat se sebepoškozováním. Je to způsobeno tím, že pro většinu takto jednajících se jedná o jediný způsob, jak se vypořádat se světem, který v nich vzbuzuje strach, v němž se cítí nepochopeni, zaplaveni studem, osamoceni a odtrženi od reality (Kriegelová 2008, str. 133).

Terapeutická práce s těmito jedinci je specifická právě z toho důvodu, že sebepoškozování je komplexní onemocnění a pro kvalitní pomoc je třeba pochopit nejen jeho historické souvislosti pro konkrétního jedince, ale i jeho význam, spouštěče a kontext životní situace. Tato terapie musí být pro sebepoškozující se osobu pochopitelná, smysluplná, a zvláště pečlivě naplánovaná, protože každý z těch, jež tuto pomoc potřebují, ji posuzují podle vlastních představ a očekávání o odborné pomoci (Kriegelová 2008, str. 133).

Odborná intervence, jak tuto pomoc označuje Kriegelová (2008, str. 133), by měla pomoci k odhalení vzorce sebepoškozujícího chování, precipitujících faktorů a příčinné souvislosti. Jejím úkolem je pomoci nalézt alternativní copingové strategie a způsoby regulace emocí, zlepšení komunikačních a interpersonálních dovedností, což ve výsledku má pomoci k obnovení běžného fungování a fyzické a psychické pohody.

Psychologická intervence se skládá ze široké škály psychologické pomoci. Jejím základem je poradenství, jež slouží ke zmapování celého problému, primární diagnostiku, coachingu a naplánování dalšího postupu léčby. Využívá se krátkodobá i dlouhodobá terapie, terapie individuální i skupinová nebo jejich kombinace a také rodinná terapie (Kriegelová 2008, str. 134).

Farmakologická intervence; pro častou komorbiditu s duševními poruchami se využívají psychofarmaka, z nichž se nejvíce osvědčila antipsychotika pomáhající se zklidněním nebo také antidepressiva (Kriegelová 2008, str. 134).

Sociální intervence se zaměřuje na upevnění sociální podpory, zajištění bezpečného prostředí pro jedince a jeho kontaktu s odborníky. Při podezření na vyskytující se patologické jevy v rodině, lze využít také pomoc sociálního kurátora (Kriegelová 2008, str. 134).

Hospitalizace, ač může vézt k rychlejšímu naučení se copingovým strategiím, bývá využívána až v případech, kdy se objevují suicidální myšlenky nebo jednání. Děje se tak proto, že při hospitalizaci se vytváří umělé bezpečné prostředí, které nedisponuje všemi stránkami běžného života a osvojené strategie tak nemusí fungovat (Kriegelová 2008, str. 134).

Následně popisuje (Kriegelová 2008, str. 139-148) používané psychodynamické přístupy, které se užívají k terapii:

- Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a na trauma zaměřená kognitivně-behaviorální terapie (TF – CBT) – zaměřuje se na traumatické události v minulosti, cílem je identifikovat pocity, pomoci získat dovednosti zvládat stres, řešit problémy a udržet se v bezpečí,
- dialektická behaviorální terapie (DBT) – kombinace individuální a skupinové terapie, zaměřuje se hlavně na komunikační schopnosti, prožívání a interpersonální vztahy,
- integrativní kognitivní terapie (ICT) – spojuje techniky kognitivně-behaviorální terapie s terapiemi zaměřenými na emoce, zároveň se více věnuje interpersonálním vztahům,
- multimodální kognitivně-behaviorální přístup – terapie zaměřená také na rodinu a nejbližší okolí,

- eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) – využívá pohybů očí k adaptivnímu zpracování negativních informací a k aktivaci samoléčivého procesu CNS,
- narativní přístup Dusty Millerové – základem je vyprávění příběhu, pomocí něhož má klient dojít k uzdravení svého „já“.

Využívají se ale i další terapie. Ty popisuje Platznerová (2009, str. 69-103):

- farmakoterapie,
- hypnóza,
- terapie syndromu opakování traumatu,
- racionálně-emoční terapie,
- duchovní terapie,
- psychoterapeutickou intervencí zaměřenou na rodinu a blízké sebepoškozujících se osob,
- svépomocné metody,
- skupinová terapie.

2.9.2 Léčba suicidia

Léčba suicidia je oproti léčbě sebepoškození v určitých faktorech odlišná. Je to dáno nejen tím, že sebevražedné jednání, plánování suicidia i myšlenky jsou mnohdy více životu nebezpečné než sebepoškození, ale také tím, že sebepoškození je mnohem častěji využíváno jako prostředek pro vypořádání se se zátěžovou situací, zatímco sebevražda značí, že už jedinec svůj boj vzdal.

Terapie suicidia se odvíjí od aktuálního psychického stavu suicidanta a od doby, v níž je poskytována. Je možné ji rozdělit na tři základní pilíře, a sice **první pomoc**, **krizovou intervencí** a **systematickou léčbu**. Samotná léčba může být psychoterapeutická, farmakoterapeutická nebo může vyžadovat i odbornou práci se sociálním prostředím. Tato komplexní léčba se musí zaměřovat nejen na odstranění akutních suicidálních pokusů, ale také na jejich psychopatologické pozadí, jímž může být deprese, závislost či porucha chování (Koutek, et al. 2007, str. 93).

Zatímco první pomoc je při suicidálním jednání povinen poskytnout každý, kdo je mu přítomen, krizovou intervencí by již měl provádět odborník, např. psychiatr,

psycholog nebo proškolený sociální pracovník. Následnou systematickou léčbu pak ovlivňuje posouzení psychiatra, který může zvolit ambulantní nebo lůžkovou formu terapie, případně pouze pobyt v krizovém centru (Koutek, et al. 2007, str. 93).

Významným hlediskem ovlivňujícím formu poskytované pomoci, je samotná podoba suicidálního jednání. Jiný přístup vyžaduje dítě se sebevražednými myšlenkami, sebevražednými tendencemi nebo s již prováděným suicidiem. Výrazná odlišnost pak bude u někoho, kdo již suicidium uskutečnil, ale přežil.

První pomoc

Přestože ji musí poskytnout každý člověk, který je svědkem suicidálního jednání, zaměřuje se tato kapitola převážně na první pomoc poskytovanou odborníky.

Zvláště u dětí je třeba věnovat pozornost veškerým sdělením upozorňujícím na vyskytující se suicidální myšlenky. Podceňovat verbální výroky typu „Bylo by lepší, kdybych tu nebyl,“ může být fatální chybou, protože představa, že kdo o sebevraždě mluví, nevykoná ji, je mylná. Už v těchto případech je třeba poskytnout odbornou pomoc. Při ní si lékař musí položit následující otázky:

- *„Je úvaha o sebevraždě míněna vážně?“*
- *Jaký je motiv těchto myšlenek?*
- *Je přítomna psychiatrická porucha?*
- *Je možné zvládnout stav bez hospitalizace?“* (Koutek, et al. 2007, str. 94)

Pro kvalitní posouzení těchto otázek je potřeba psychiatrického vyšetření, které může vyústit v hospitalizaci, je-li riziko vysoké, nebo v případě nepříliš vysokého ohrožení je možné využít služeb krizových center. V případě, že je přítomné psychiatrické onemocnění, je nutné zvolit hospitalizaci. Pokud pacient, který je ohrožení života, odmítá pomoc, lze ho hospitalizovat i proti jeho vůli (Koutek, et al. 2007, str. 94). V takovém případě pak o legitimitě této péče rozhoduje soud do sedmi dnů (Psychiatrická nemocnice Bohnice). U dětí je však nutné spolupracovat s rodiči (Koutek, et al. 2007, str. 94).

Pomoc při akutně hrozícím suicidálním jednání spočívá v zamezení tohoto aktu a odvedení jedince do bezpečí. K tomu může pomoci navenek klidné vystupování, empatie či direktivnost při podpoře adaptivních dovedností. Po úspěšném zásahu by však

opět měla následovat odborná pomoc formou psychiatrického vyšetření a rozhodnutí, zda je lepší péče ambulantní nebo hospitalizace (Koutek, et al. 2007, str. 95).

Po sebevražedném pokusu je prioritou nejdříve somatická lékařská pomoc s cílem zachránit jedincům život. Teprve až pomine ohrožení života, je do odborné pomoci přizván psychiatr a psycholog, kteří provádějí psychiatrické vyšetření. To se zabývá několika aspekty, a sice vážnost úmyslu zemřít, motivace suicidálního pokusu, přítomnost psychiatrické poruchy, nebezpečí opakování a terapeutický postup. V případě dětí je nezbytné získat další informace od rodičů, sourozenců, kamarádů a dalších blízkých osob (Koutek, et al. 2007, str. 95).

Krizová intervence

Jejím cílem by nemělo být pouze odstranění akutního nebezpečí, ale hlavně zamezení sebedestruktivního chování do budoucna. Stěžejními úkoly krizové intervence jsou: zabránit hrozícímu suicidiu, vysvětlit konflikty a problémy, jež jsou motivací, diagnostikovat případnou přítomnou duševní poruchu a zajištění odborné – psychiatrické a psychologické – péče. Zároveň se zaměřuje na vyloučení rizika opakování maladaptivního chování (Koutek, et al. 2007, str. 96).

Při krizové intervenci je třeba dodržovat určité zásady, které shrnuje Koutek (Koutek, et al. 2007, str. 96):

- *„Je nutné navázat s postiženým kontakt a ten dále rozvíjet.*
- *Je potřeba udržet komunikaci.*
- *Musíme dát pacientovi najevo svou empatii, neznamená to ovšem souhlas s jeho jednáním.*
- *Je nutné porozumět suicidálnímu jednání jako volání o pomoc.*
- *Je třeba společného hledání alternativního řešení problémů.*
- *Je třeba hledat alternativy i pro budoucnost, pro řešení budoucích krizí.*
- *V případě duševní poruchy při hrozícím opakování sebevražedného jednání je nutné zajištění následné péče.“*

I zde je poněkud odlišný přístup podle konkrétního jedince. Jinak je potřeba jednat s dítětem, které má deprese a jinak s tím, které je například obětí šikany. Důležitou součástí krizové intervence je tedy opět rozhodnutí o vhodné formě terapie.

Systematická léčba

Léčba suicidálního jednání dětí je závislá na diagnóze a na posouzení aktuálního rizika. Je tedy důležité nejprve provést psychiatrické a psychologické vyšetření, jež může odhalit případnou psychiatrickou poruchu nebo problémy v osobním fungování. Na základě toho se stanovuje vhodný terapeutický plán. Ten je opět závislý na posouzení vhodnosti konkrétní podoby péče. Zatímco ambulantní péče nechává dítěti možnost zůstat s rodinou, přáteli a věnovat se svým zájmům, hospitalizace umožňuje intenzivnější terapii. Ambulantní péče se však doporučuje tam, kde je již riziko dalšího pokusu minimální a kde jsou rodinné podmínky optimální. Naproti tomu při zvýšeném riziku výskytu dalšího pokusu nebo pokud jsou v rodině konflikty, je vhodnější zvolit hospitalizaci (Koutek, et al. 2007, str. 97).

Během této léčby se využívají některé formy terapie (Koutek, et al. 2007, str. 97-99):

Psychoterapie, jež může být individuální, skupinová, psychodynamicky orientovaná nebo kognitivně behaviorální. Zvláště u dětí je pak důležitá také rodinná terapie nebo některá z forem neverbálních terapeutických přístupů jako je arteterapie, muzikoterapie a relaxační techniky.

V **individuální psychoterapii** se nejvíce uplatňují čtyři směry. U suportivní terapie lze nalézt důraz v podpoře dítěte, jejímž účelem je posílení „já“ dítěte a podpora jeho adaptivních strategií. Psychoanalyticky orientovaná terapie se zaměřuje na odkrývání psychických konfliktů a jejich vyřešení. Lze využít psychoanalyticky orientovanou herní terapii. Psychodynamická psychoterapie se také zabývá vznikem psychických obtíží, pracuje však i s rodinou a současnými vztahy. Kognitivně-behaviorální přístup pak naproti tomu nehledá příčiny vzniku suicidálního jednání, ale pracuje s myšlenkou, že se jedná pouze o osvojené chování, které lze vhodnou terapií nahradit vhodnou alternativou.

Empírie

První část této práce se zabývá vymezením zkoumané problematiky autodestruktivního chování a jednání dětí. Tato druhá část si pak klade za cíl odborně zkoumat některé aspekty tohoto tématu. S tímto záměrem nejdříve uvádí metodické vymezení výzkumu, poté zhodnocení zkoumání dokumentů a následně analýzu a interpretaci získaných dat.

Problematika sebepoškozování a suicidia dětí, včetně všech jejich forem (viz kapitoly 2.1.1 Klasifikace sebepoškozování a 2.2.1 Suicidální chování dětí), je stále pro některé lidi z řad laické i odborné veřejnosti jen těžko uchopitelné téma, což je do značné míry způsobeno faktem, že se dětství značně dlouhou dobu považovalo za bezstarostné období lidského života. Přesto platí, že se jedná o jednu z nejzásadnějších problematik týkajících se dětského, resp. lidského života.

Motivací pro vypracování této práce byly osobní zkušenosti s dětmi, které prožily určitá životní traumata, s nimiž se neuměly dostatečně kvalitně vypořádat běžnými adaptivními strategiemi. Problematika autodestruktivního chování a jednání je tedy pro mě již dlouhou dobu zajímavá v tom smyslu, že mě zajímají historické souvislosti konkrétního případu, díky čemuž se snažím více pochopit tento složitý fenomén.

3. Metodologie výzkumu

Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Primárně se výzkum diplomové práce zaměřuje na zjištění, v jakém rodinném prostředí děti s autodestruktivním chováním a jednáním vyrůstají. Tento cíl byl na základě získaných konkrétních případů rozšířen o zjištění příčin vzniku autodestruktivního chování a jednání dětí, mezi které můžeme řadit například nepříznivé rodinné prostředí, šikanu, deprese či traumatický zážitek. Protože by pouhé zjištění důvodů vzniku nepomohlo k ucelenějšímu pochopení konkrétních příkladů, zaměřuje se práce také na konkrétní podobu/formu autodestruktivního chování, tedy zda se jedná o sebepoškozování či sebevraždu a jakou jejich formu, například sebepoškozování formou (metodou) pořezávání se.

Hlavní výzkumná otázka zní: **V jakém rodinném prostředí děti s autodestruktivním chováním a jednáním vyrůstají?**

Druhá výzkumná otázka zní: **Jaké jsou příčiny vzniku autodestruktivního chování a jednání u konkrétních dětí?**

Metodologie výzkumného šetření

Druhá část diplomové práce zaměřená na empirii byla realizována formou kvalitativního výzkumu, jehož cílem je „hlubší porozumění zkoumané skutečnosti – vytváření nových hypotéz, nového porozumění, nové teorie“ (Juráková 2010).

Další vymezení nabízí Creswel (in Hendl 2005 str. 50):

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“

Kvalitativní výzkum se podle Strausse a Corbina (1999, s. 10–11) „týká především života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo

vzájemných vztahů. Obvykle se pro kvalitativní výzkum využívá metody rozhovoru, pozorování, ale také analýzy dokumentů, knih a ostatních médií.“

Hendl (2005, str. 50) dále uvádí, že specifikem kvalitativního výzkumu je jeho pružnost, protože v jeho průběhu se může objevit nová skutečnost, jež ho může změnit.

Metoda sběru dat

V zadání diplomové práce je jako metoda sběru dat určena metoda dotazování, forma expertní polostrukturovaný rozhovor. Ten by ovšem k hlubšímu porozumění daným případům nestačil. Odborníky také nebylo doporučeno osobní setkání za účelem dotazování, a to s ohledem na jejich současnou emoční zatíženost.

V práci byla tedy zvolena metoda případové studie, jelikož ale nebylo odborníky doporučeno osobní setkání s dětmi, jež jsou předmětem zkoumání, byla zvolena metoda zkoumání dokumentů.

Případovou studii Hendl (2005, str. 103) popisuje takto:

„Výzkum pomocí případové studie se zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. Základní výzkumnou otázkou je, jaké jsou charakteristiky daného případu nebo skupiny porovnávaných případů.“ a *„V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti“* (Hendl 2005, str. 104).

Případovou studii poté rozděluje na pět typů:

- Osobní případová studie,
- Studie komunity,
- Studium sociálních skupin,
- Studium organizací a institucí,
- Zkoumání událostí, rolí a vztahů.

Z těchto pro potřeby této práce nejvíce vyhovuje **osobní případová studie**, kterou charakterizuje jako *„podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby. Pozornost se věnuje např. minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určité události (užívání drog, rozvod). Zkoumají se možné příčiny, determinanty, faktory,*

procesy a zkušenosti, jež k ní měly vztah. Může jít také o zachycení celého života. Pak mluvíme o historiích života“ (Hendl 2005, str. 104-105).

Ke zkoumání dokumentů pak autor uvádí, že mohou tvořit jediný datový podklad studie nebo mohou sloužit jako doplňující data jinak získaná pozorováním a rozhovory. Výhodou dokumentů je, že data nepodléhají zdrojům chyb a zkreslení, která vznikají při přítomnosti výzkumníka během pozorování, či během dotazování (Hendl 2005, str. 132).

Charakteristika a popis výzkumného souboru

Tato diplomová práce je již svým názvem zaměřena na děti. Vymezení pojmu **dítě** můžeme nalézt několik. Pro potřeby výzkumu, a tudíž celé práce však bylo zvoleno vymezení podle trestního zákoníku, v němž §126 uvádí, že „*Dítětem se rozumí osoba mladší osmnácti let*“ (Zákon č. 40/2009 Sb., §126).

Původním záměrem bylo pro uskutečnění výzkumu oslovit specializované odborné pracoviště. Za tímto účelem bylo osloveno například psychiatrické oddělení nemocnice v Českých Budějovicích, kde funguje ambulantní dětská psychiatrie, a Dětská psychiatrická nemocnice Opařany. Obě odborná pracoviště však odpověděla, že nemohou poskytnout přístup k osobním dokumentům.

Následně byla odborníkem pracujícím s mládeží doporučena pěstounská rodina, která je ochotná účastnit se výzkumů. Respondenty, resp. respondentkami (kterými se pro účely této práce nerozumí účastníce dotazníku, nýbrž osoby, jež jsou předmětem zkoumání) tedy jsou dvě dívky, biologické sestry, z nichž jedna stále žije v pěstounské péči a u druhé již pěstounská péče skončila z důvodu věku. V době, kdy však docházelo k autodestruktivnímu chování, a tedy v době, kterou výzkum sleduje, byly obě dívky v pěstounské péči a mladší osmnácti let.

Mladší ze sester je nyní sedmnáct let a studuje přírodovědné lyceum druhým rokem. V případové studii je označována jako Hana. Starší ze sester je nyní dvacet let, střední školu nedostudovala. Ve výzkumu je označována jako Lenka.

Jakékoliv identifikační údaje kromě roku narození nebyly z důvodu ochrany soukromí a na žádost pěstounů použity.

4 Prezentace a analýza dokumentů

V této kapitole jsou uvedeny zjištěné informace ze zkoumání poskytnutých dokumentů. Jsou zde uvedené popisy respondentek, rodinné vztahy, odborné anamnézy a diagnostiky. Identifikační údaje byly s ohledem na důvěrnost a citlivost získaných informací pozměněny. Z tohoto důvodu nejsou součástí diplomové práce ani přílohy s kopiemi odborných zpráv, které si zákonní zástupci nepřáli zveřejnit.

1. Případová studie

Jméno: Hana

Rok narození: 2002

Osobní anamnéza:

Hana je sedmnáctiletá dívka, která se svou starší sestrou do pěti měsíců vyrůstala v biologické rodině. Poté byla sourozenecká dvojice „odebrána“ a umístěna do kojeneckého ústavu, kde sestry strávily další rok a půl. Následně putovaly do pěstounské péče, v níž je Hana dodnes.

Jedná se o dívku s intelektem v horní hranici průměru (podle psychologického vyšetření), která o své inteligenci ví, což mnohdy dává ostatním najevo. Nemá žádné trvalé pravidelné koníčky, např. kroužky, ráda však vyrábí, ovšem používá pouze takové techniky, které takzvaně nejsou pod její úroveň. Vyrábí tedy například vánoční ozdoby z korálků. Má ráda hudbu, aktivně však nehraje na žádný nástroj. Nově zkouší zapojit se do studentského divadla.

Nedělá jí obtíže starat se o mladší děti. V budoucnu by chtěla být učitelkou nebo sociální pracovnící.

Rodinná anamnéza:

Hana a její starší sestra Lenka, jejíž případová studie je také součástí výzkumu, vyrůstaly do půl roku věku Hany v biologické rodině, poté byly umístěny do kojeneckého ústavu. Kromě Lenky má ještě další dva sourozence – sestru a bratra. Sestra vyrůstá v jiné pěstounské péči a nikdy se neviděly. Bratr vyrůstá u prarodičů, se kterým se dvakrát ročně vídají.

Matka je závislá na alkoholu, pila i v těhotenství, a silná kuřačka. Pravděpodobně má zkušenosti s užíváním nelegálních drog. Střední školu nedokončila. Živí se

krátkodobými pracemi. Intelekt na spodní hranici průměru (spíše mírně podprůměrný). V nynější době žije u rodičů. S dívkami se stýká maximálně dvakrát ročně. Většinu roku o dívky neprojevuje zájem. Její rodičovská odpovědnost je soudně omezena. Má tedy, mimo jiné, vyživovací povinnost a podílí se na všech důležitých rozhodnutích týkajících se Hany (dříve také Lenky).

Otec je také závislý na alkoholu. Byl dvakrát ve výkonu trestu. Od umístění sester do pěstounské péče je viděl pouze jednou. Od té doby o něm nejsou žádné další přesné informace. Pěstouni však doplňují, že se k nim dostaly neurčité informace, že pravděpodobně má další děti. Byl zbaven rodičovské odpovědnosti.

Hana nyní stále žije s pěstouny, kde má další nebiologické sourozence – tři bratry, z nichž je jeden biologickým synem pěstounů. V rodině jsou tedy čtyři děti v pěstounské péči. Nejmladší z chlapců má smyslové postižení, konkrétně sluchové, a dětskou mozkovou obrnu. Oba náhradní rodiče jsou profesionálními pěstouny, nechodí tedy do zaměstnání a prakticky veškerý čas tráví výchovou dětí. V domácnosti žije také babička.

Rodina bydlí na venkově v hospodářském stavení a chová drobná hospodářská zvířata. S odborníky svědomitě spolupracují, mají aktivní zájem na zlepšení chování obou dívek.

Stav před omezením rodičovské odpovědnosti:

Impulzem pro „odebrání“ dívek z rodiny bylo úmrtí dívky, která byla věkově mezi Hanou a Lenkou. Toto úmrtí bylo kvůli podvýživě, již trpěly všechny sestry. Šetření následně vedlo ke zjištění, že rodiče většinu peněz utratily za alkohol, a proto nezbyvaly prostředky na základní potřeby dětí.

Rodina žila v neudržovaném bytě s minimem zařízení a ve značném nepořádku. Hana při odebrání nevykazovala téměř žádné vědomé pohyby. Uváděný výraz vystihující její tehdejší stav je „hadrová panenka.“ Širší rodina neplnila žádnou kontrolní roli.

Stav po omezení rodičovské odpovědnosti:

Do dvou let věku

Sestry byly umístěny do kojeneckého ústavu, kde se začaly zdravotně zotavovat. Hana začala vykazovat svalovou aktivitu během prvních měsíců ústavní péče. Do jednoho

roku pobytu začala chodit s oporou. Do doby, kdy v jejích dvou letech byly umístěny do pěstounské péče, chodila bez opory.

Slovní zásoba pasivní i aktivní byla velmi omezená. Byl přítomný strach z mužů, který se během pobytu částečně zmírnil. Hana měla předkus, který se u ní vyvinul kvůli dlouhodobému cucání palce.

Stav po umístění do pěstounské péče:

Hana prvního půl roku byla takzvaně neustále „nedojedená.“ Veškeré jídlo, které bylo na jídelním stole, snědla, aniž by se nasýtla. Mnoho potravin vůbec neznala – ty zprvu odmítala jíst.

Pohybové vlastnosti se dál zlepšovaly. V některých ohledech byly nadprůměrné – neunavitelnost, neustálá potřeba být v pohybu, něco zkoušet, celkový neklid apod.

Některé kognitivní schopnosti byly na lepší úrovni než u Lenky. Strach z mužů postupně dál ustupoval, emočně však byla Hana stále oploštělá. S Lenkou začala soupeřit o přízeň pěstounské matky – například v nepřítomnosti pěstounky se vzájemně fyzicky napadaly.

Začaly se projevovat první příznaky sebepoškození. Haně dělalo značné obtíže usnout. Uspávala se tak, že si při usínání cucala palec a takzvaně se kolébala – otáčela hlavou na jednu a na druhou stranu v rychlém sledu, jako by napodobovala pohyb kolébky. Při tomto kolébání po chvíli začala hlavou narážet do stěny.

Nedokázala si hrát s vrstevníky, resp. ostatní děti si nechtěly hrát s ní, protože jim brala hračky, ubližovala jim, ničila výtvary. Učitelky v mateřské škole nedokázaly s ní vhodně pracovat. Ve výsledku tak byla dívka často samotná.

Do první třídy nastoupila v šesti letech, kde již od začátku vykazovala značnou nerovnováhu v kognitivních schopnostech – zatímco byla oproti jiným dětem inteligentnější, nedokázala se dostatečně soustředit.

Ze zprávy z psychologického vyšetření v první třídě

„Dívka je od dvou let v pěstounské péči. Anamnéza před tím, než se dostala do nynější rodiny, byla velmi komplikovaná, děvčátko bylo od raného vývoje traumatizováno, důsledky této traumatizace nese dodnes.“

Dívka dobře navazuje kontakt, je snaživá, vstřícná. Sociálně je méně vyzrálá – má obtíže odhadnout, jaké chování odpovídá dané situaci, co si kde může dovolit, má tendenci rozvolňovat hranice v kontaktu apod. Ze začátku aktivity se na činnost velmi dobře soustředí, pracuje klidně. S postupem činnosti, a tudíž s rostoucí únavou, roste její psychomotorický neklid, schopnost cílené koncentrace se zkracuje, více podléhá rušivým vlivům okolí.

Psychomotorické tempo je rychlé; u některých činnostech má tendenci ulpívat (je to spíš záležitost momentální neschopnosti odklonit pozornost). Někdy pracuje příliš zbrkle, s chybami, což ne vždy umí zpracovat a zlobí se sama na sebe. Při práci se projevuje její tvrdohlavost, tendence nedbat na zadání, dělat si věci po svém. Případné vzniklé chyby z tohoto chování dává za vinu sobě i okolí.

Zjevná je také zvýšená míra impulzivity. Je hovorná, vyjadřovací schopnosti jsou přiměřené. Vážně však pochopení významu některých méně častých slov. Úkoly verbálního charakteru jsou pro ni náročnější.

Vývoj rozumových předpokladů je zatím nerovnoměrný, celkově však odpovídá pásmu horního průměru. Dívka podává poměrně kvalitní výkony v úkolech zaměřených na logické myšlení, horší výsledky jsou v činnostech opírajících se o kvalitní percepci – zvláště zrakové vnímání není dosud vyzrálé

Písmo je místy lehce neobratné, upravené písmo jí stojí značné úsilí a námahu. Čtenářské dovednosti jsou rozvinuty přiměřeně věku – zatím čte dvojité, chyb se téměř nedopouští. Matematické dovednosti jsou rozvinuty nadprůměrně.

Velmi dobře zvládá rozklad a sklad slova, dobře rozvinutá je sluchová paměť. Lehce oslaben je fonemický sluch.

Závěr zprávy

Dívka velmi nerovnoměrně vyzrívající, s mírně nadprůměrnými rozumovými předpoklady, pravděpodobně s poruchou pozornosti spojenou s hyperaktivitou (ADHD). Některé projevy v chování mohou též souviset s ranou traumatizací, jejíž psychické důsledky jsou patrně nedozírné. Dílčí nedostatky v oblasti percepcie a grafomotoriky.

Ze závěrečné zprávy z SVP ve čtrnácti letech

„Děvče přijato na internátní pobyt do SVP na žádost rodičů po dlouhodobé ambulanci péči. Důvodem jsou převážně školní problémy, nerespektuje autority, vyrušuje. Objevily se drobné krádeže a autodestruktivní chování. Doma celkem bez problémů, má nastolený pevný režim.“

Vstupní diagnostika

Hana je od prvního dne velmi komunikativní, hlučná až ukřičená, bez zábran, otevřená, přístupná k povinnostem, ale se slovy negace. V hovoru s ostatními dětmi je velmi vulgární. K dospělým chvílemi drzá, hádává, odmlouvačná se snahou mít poslední slovo. Bylo potřeba od prvního dne jasně nastavit pravidla.

Adaptovala se v novém prostředí velmi rychle. Bez problémů a aktivně se zapojovala do všech nabízených aktivit, i když vždy vše musela okomentovat, a to jak pozitivním, tak negativním komentářem.

Zásady osobní hygieny zná a dodržuje je. Zásady slušného chování zná, a pokud chce, tak je i respektuje, ale nastávaly situace, kdy schválně druhému nepodržela dveře nebo odmítla poprosit, poděkovat apod.

Výstupní diagnostika

Jedná se o dívku s mírně silnější postavou, která může působit starším dojmem. Nemá problém navazovat kontakty – je velmi bezprostřední.

Do řízených činností se aktivně zapojovala. Nejraději měla ruční práce – výroba náramků z gumiček a bavlnek, práce s korálky. Jednoduchými činnostmi opovrhovala a neměla o ně zájem – např. skládání květin z čajových sáčků. Ráda měla hry na postřeh, deskové hry a hlavolamy.

Samoobslužné činnosti si plnila od prvního dne – z domova vedená k pomoci v domácnosti. K přípravě na vyučování se zpočátku stavěla málo aktivně. Snažila se odpoutávat pozornost nevhodnými dotazy (a proč, musím apod.), později ale došlo ke zlepšení. Trvalo delší dobu, než začala pracovat, ale když viděla pracovat ostatní, začala také.

Hana je v projevech velmi bezprostřední. Vše velmi emotivně a intenzivně prožívá, což svému okolí dává najevo jak verbálně, tak neverbálně. Když ji něco nebo někdo

naštval, běhala po chodbě, bouchala dveřmi apod. V situacích výrazného emočního vypětí se uchýlovala k neobvyklým obranným reakcím – silně se škrábala ve vlasech, v noci se v posteli nadměrně převracela, či se s pláčem zamykala. V těchto situacích měla tendence se přejídat.

Má tendence neustále řešit problémy, a to i takové, které jsou již dávno vyřešené nebo se jí vůbec netýkají.

Ve své podstatě je velmi dobrosrdečná, často nabízela pomoc druhým, sama si za ně brávala úklidy. Je však neomalená, drzá a hádavá. Stále musí mít jasně stanovené hranice.

Nemá problém přiznat chybu a omluvit se. Dokáže řešit problémy, do kterých se dostane. Umí se přizpůsobit režimu, i když verbálně jasně dává najevo svou nevoli. Na dění ve skupině měla většinou reálný náhled a poměrně dobře dokázala zhodnotit i sama sebe.

Zpráva etopeda

Pobyt v SVP byl ze strany rodiny několikrát odložen, protože se pěstounští rodiče snažili dát Haně možnost zvládnout obtíže za pomoci ambulantní péče. Situace se však zhoršila, když se do rodiny vrátila její biologická sestra z terapeutického diagnostického pobytu.

Po nástupu se okamžitě začlenila do dětského kolektivu. Její chování bylo velmi nápadné a hlučné. Velmi často se dostávala do konfliktu s dětmi, ale také s dospělými, s nimiž měla tendenci neustále o něčem diskutovat. Od svých témat nešla odklonit, přestože dostala odpověď, měla neustále potřebu se doptávat.

Ve verbálním projevu byla nezadržitelná. Časté byly vulgárnosti a drzé vystupování. Účastnila se vášnivých diskusí, i když se jí netýkaly. V druhé polovině pobytu došlo k utlumení těchto nežádoucích projevů, zcela však nevymizely.

Individuální práce probíhala úspěšně. Velice lpí na své rodině a všechny členy má upřímně ráda. Dovede se zamyslet sama nad sebou, uznat, že chybuje, nebo se chová neadekvátně, ale v konkrétní konfliktní situaci se jen těžko ovládá. Její verbální projev je velmi uvolněný a otevřený, což značná část dospělých může vnímat jako drzé vystupování.

Hana je velmi empatická a všímavá, což však způsobuje její časté emoční výkyvy, které nedokáže zpracovat. Objevují se přehnané verbální i neverbální reakce vůči ostatním a poškozující tendence vůči sobě samé. Výsledky sebepoškozujícího chování umí celkem dobře maskovat – škrábance (mnohdy až krvavé) na hlavě skrývají husté vlasy, případné modřiny na hlavě svádí na zanícené akné nebo neohrabanost (ty však nejsou časté).

Dokáže zhodnotit a odhadnout sociální situaci. Pokud se odehrál nějaký incident, či problém, ve kterém byla účastníkem, pokaždé se snažila přijmout zodpovědnost a hledat adekvátní řešení.

Během pobytu bylo v SVP hodně dívek, což vedlo k hádkám, intrikám a pomluvám. Hana se s nimi dostávala do sporů a nebylo zřejmé, jestli je z jejich kolektivu vyřazená nebo přijímaná. Mezi chlapci měla pozici stabilní, nijak zvlášť o ně zájem neprojevovala.

Spolupráce s pěstounskou rodinou byla vždy na výborné úrovni. Rodiče projevují upřímný zájem o Hančino prospívání. Hana je na rodinu velmi fixovaná. Vzhledem k jejímu věku by byla normální jistá kritičnost vůči rodičovské autoritě, která však nebyla zaznamenána.

V budoucnu by chtěla být sociální pracovnící nebo učitelkou.

Vyhodnocení Případové studie

Hana v raném dětství utrpěla vážné trauma, které ovlivnilo celý její dosavadní život. Výrazně ji ovlivnila i porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Je velmi emocionální a empatická.

Ve výsledku tak cítí velkou potřebu pomáhat a zastávat se všech, kteří to podle jejího názoru potřebují, nehledě na fakt, že ji takové chování může poškodit. Kvůli své výrazné emocionalitě se naučila být útočná (zvláště verbálně) aby, dle zprávy etopedky, působila na ostatní jako „drsňačka“.

Se svou biologickou matkou se téměř nestýká a pokud ano, dává jí jasně najevo svůj negativní vztah k ní. Na pěstounskou rodinu je velmi fixovaná. Mezi ní a biologickou sestrou Lenkou však převládá značná rivalita, což způsobuje časté konflikty v rodině.

Své „životní neúspěchy“, mezi které řadí i drobnosti, a neshody nedokáže adekvátně zpracovat. Objevují se méně závažné nestandardní copingové strategie jako je

uzavírání se před světem (s pláčem) a přejídání se. Silné škrábání ve vlasech také není výrazně nebezpečné. Mohlo by však vyústit v úbytek vlasů a tedy k „zošklivení“ se sobě samé, což by mohlo vést k dalším, tentokrát výraznějším, zásahům do tělesné integrity.

Jako nejzávažnější se jeví „kolébání se,“ které i přes Hančino popírání patrně přetrvalo v určité formě dodnes. Pravděpodobně způsobuje určité otupění podobné při požití alkoholu, což by mohlo mít souvislost s matčinou závislostí na alkoholu v době těhotenství. Toto zhoršení kognitivních schopností následně vede k neschopnosti kontroly, což způsobuje občasné úrazy hlavy. Při velmi silném emočním vypětí by tedy toto „kolébání“ mohlo v konečném důsledku vést až k otřesu mozku.

Žádná z dokumentací se nezmiňuje o závislosti na tabáku či alkoholu, ani o zkušenostech s nelegálními látkami. Nelze však vyloučit, že při snaze o zbavení se neadekvátních copingových strategií, například za účelem dlouhodobého vztahu, nezkusí některou ze společensky méně závažných forem závislosti (kouření, alkohol).

V současné době studuje přírodovědné lyceum, většinu času pobývá na domově mládeže z důvodu vzdálenosti od bydliště. Snaží se zapojovat do mimoškolních aktivit, např. pomáhat v domově pro seniory, nebo studentské divadlo.

Rodina se snaží aktivně podílet na zlepšení stavu Hany. Spolupracují s odborníky, vedou dívku k zodpovědnosti za své chování a snaží se jí vštípit důležité životní dovednosti.

2. Případová studie

Jméno: Lenka

Rok narození: 1999

Osobní anamnéza:

Lenka je nyní již dvacetiletá dívka, která se svou sestrou Hanou do svých tří let vyrůstala v biologické rodině. V dětství opakovaně léčena pro atopický ekzém v oblasti stehen. Léčila se pro posttraumatickou stresovou poruchu, užívala psychiatrickou medikaci. Byla v péči dětského psychiatra a docházela do krizového centra.

Jedná se o dívku s intelektem spíše pod průměrem. Přestože nemá žádné pravidelné zájmy, baví ji ruční práce, například výroba ozdob nebo pečení. Střední vzdělání (obor pekař/cukrář) nedokončila. Částečně kvůli častým výchovným problémům a prospěchu z teoretického vyučování, hlavně však kvůli své touze po nezávislosti.

Rodinná anamnéza:

Lenka po dosažení svých 18. narozenin ukončila střední vzdělávání a odstěhovala se k partnerovi. Pěstounští rodiče následně ukončili pěstounskou péči. Lenka nyní žije s partnerem, který si vydělává krátkodobými pracemi. Mají roční dítě (dívku).

Přestože pěstounští rodiče ukončili pěstounskou péči, snaží se Lence občas pomoci, převážně materiálně – nakoupí oblečení pro holčičku nebo jídlo.

Stav před omezením rodičovské odpovědnosti:

Lenka podle šetření byla v biologické rodině podvyživená, týraná a pravděpodobně docházelo k sexuálnímu zneužívání – v prvních měsících pěstounské péče prý nastávaly situace, kdy náhradnímu otci říkala věty typu: „Tati, budeš mě tady hlídat? Já to mám ráda,“ zatímco si ukazovala na oblast klína.

Šetření také ukázalo, že musela své sestry dlouhé hodiny hlídat před vchodem do restaurace, zatímco rodiče uvnitř pili. Doma musela spát na židli, protože v bytě nebyla žádná další postel.

Stav po umístění do kojeneckého ústavu:

Do pěti let věku

Stejně jako u Hany došlo ke zlepšení tělesného zdraví a slovní zásoby. Oproti sestře však neměla strach z mužů, naopak je před ženami upřednostňovala.

Stav po umístění do pěstounské péče:

Lenka, podobně jako Hana, zprvu měla potřebu sníst veškeré jídlo, které dostala. Později se u ní začalo objevovat nové chování. Některé jídlo měla potřebu si schovávat, nejdříve pod polštář, později začala vymýšlet jiné skrýše. Většinou si takto schraňovala krajíce chleba nebo i jen kůrky, ovoce, či jogurty.

S Hanou již od začátku soupeřila o přízeň pěstounů, zprvu fyzicky, později dokázala Hanu vmanipulovat do situací, které jí (Hanu) poškodily.

Velmi brzy se objevilo autodestruktivní chování – okusování nehtů (často až hluboko do lůžka nehtu) a silné rozškrabávání malých ran (např. bodnutí od hmyzu). Později se objevovalo psaní na kůži, které se snažila odstranit drhnutím, čímž si způsobovala další poranění.

Již od začátku vykazovala značný zájem o muže a snahu se jim zalíbit. Přesto byla mnohdy až příliš stydlivá, např. při vyšetření u doktora, kde vyžadovala doprovod pěstounky.

Do první třídy ZŠ nastoupila v sedmi letech. Již od začátku však měla s učením obtíže.

Ze zprávy z pedagogicko-psychologické poradny ve dvanácti letech

Vyšetření na žádost pěstounů z důvodu narůstajících výukových potíží a výchovných problémů.

Lenka je somaticky vyspělá dívka. Kontakt navazuje po vybídnutí. Při vyšetření spolupracuje, vyhovuje jí individuální vedení. Patrný je motorický neklid, nervozita, okusuje si nehty. Pracovní tempo má pomalejší.

Rozumové schopnosti odpovídají celkově pásmu mírného podprůměru. Slovně-pojmové myšlení je mírně lépe rozvinuto než myšlení názorové. Lenka má slabší prostorovou představivost, potíže jí dělá představit si předmět a sestavit jej z částí. Hůře plánuje a rozumí sekvenci událostí. Slabší je také schopnost provádět jednoduché výpočty a počítat z paměti. Hůře se orientuje v sociálních situacích. Vcelku dobré má naopak verbální znalosti a slovní zásobu, poměrně snadno nalézá vztahy mezi věcmi a pojmy, má vcelku dobrý všeobecný přehled.

Čtenářské dovednosti jsou v porovnání s normou podprůměrné. Kresba postavy je po obsahové stránce velmi dobře zvládnutá, po formální stránce je slabší, což svědčí o nerovnoměrném vývoji.

Závěr zprávy

Lenka v kontaktu působí jako starší a zralejší, schopná dívka, což může vyvolávat vyšší očekávání. Její vývoj je však vzhledem k osobní anamnéze velmi nerovnoměrný. Některé její projevy jsou vyspělejší, jiné naopak odpovídají mladšímu věku.

Rozumové schopnosti jsou celkově mírně podprůměrné – předpoklady pro učení a zvládání školních dovedností má mírně nižší. Potřebuje dopomoc a důslednost, nutné je procvičování a opakování učiva. Zvládání školních nároků dále ztěžuje nezralost volných charakteristik, nesamostatnost, neochota přijmout zodpovědnost.

Ze zprávy z DDÚ v šestnácti letech

Lenka začala mít výchovné problémy doma i ve škole. Nerespektovala dospělé osoby, ve škole ignorovala pokyny vyučujících, porušovala školní řád, přepisovala známky v žákovské knížce, ponižovala mladší děti a dopustila se též krádeže. Ve volném čase se stýkala s nevhodnou partou kamarádů, toulala se do pozdních večerních hodin venku a inklinovala ke lžím.

Ze zprávy psychologa

Slovní projev hovorový, s občasným užitím vulgarismů. Ve stresu lze zaznamenat neurotické projevy – poklepávání nohou, upravování nehtů, vyhýbání se očnímu kontaktu.

Ze strany pěstounů vnímá subjektivně značné množství požadavků a malou míru volnosti, která je dle ní neadekvátní jejímu věku a potřebám. Tyto pravidla nerespektuje, v noci utíká z domu a vrací se ráno. Ve škole odmítá vyvinout volní úsilí. Ráda se věnuje výtvarným a rukodělným činnostem, u kterých je vytrvalá a tvořivá. Má silnou potřebu vrstevnických vazeb.

Sebe samu popisuje jako „divnou“, vysmátou, přátelskou, někdy slušnou a někdy ne. V projekci jsou naznačeny agresivní tendence v interpersonálních vztazích, a to zejména vůči druhému pohlaví. Z osobnostních charakteristik je nejvýraznější vznětlivost, netrpělivost, potřeba se předvádět a prosazovat. Lenka je průbojná, nepoddajná, sebevědomá, rozhoduje se po svém. Prožívání vykazuje znaky nestability, snadno se rozruší, prožívá vnitřní napětí a zmatek, je dráždivá, lehce se dostává do sporů a problémů. Překážky ji rozčilují, má sklon vzdávat se. Psychika je méně odolná. Projevy jsou zvýrazněny pubertálním prožíváním.

Ze zprávy vychovatele

Má pomalejší, rovnoměrné osobní tempo a poměrně nízkou frustrační toleranci – reaguje nepřiměřeně na relativně malý podnět. Navenek působí umírněně, i v oblečení má spíše nenápadné (tlumené zemité barvy), k líčení používá jen řasenku. Vlastní věci si až úzkostlivě hlídá.

Má z domova vytvořeny pracovní návyky, zvládá všechny práce související s chodem domácnosti, práci se nevyhýbá. Jasně deklarovala negativní vztah ke vzdělávání.

Jasně jí imponovali „zlobiví chlapci“ - dominantní, zkušenější, problémoví. Špatně snášela změny v kolektivu. Udržovala si odstup, nebyla sdílná, spontánně nemluvila na žádné téma, o svém soukromí málokdy.

Je introvertní, nesdílná – svou nejistotu, citové zmatky, pochybnosti si nechává pro sebe, příliš se neprojevuje ani před vrstevníky. Zaznamenány neurotické projevy – kousání a odlamování nehtů (často vedoucí ke zraněním), poklepávání nohou, intenzivní škrábání se. Má sklony k povrchnosti, v jednání není zcela věrohodná – jistá nespolehlivost, tendence obejít pravidla.

Veřejné kárání před kolektivem či při hodnocení je kontraproduktivní – objevují se neurotické projevy (zrudnutí, poklepávání nohou), následně propad nálady, negativismus, nespolupráce, pocit nespravedlnosti a sebezraňující chování.

Ze zprávy učitele

Výrazná změna (negativní) v jejím chování nastala ve chvíli, kdy o ní projevil zájem poměrně hodně problémový spolužák. Obratem se o školní práci přestala zajímat,

místo výuky se věnovala kreslení milostných symbolů a až urputně obhajobě chlapcova nevhodného chování. V tuto dobu začala být drzá a odmouvala. Odjezd tohoto chlapce nesla velmi těžko, opět reagovala odmítavě, byla pasivní, smutná, plakala, objevilo se také častější „prokřupávání“ kloubů, poškozování nehtů, psaní na kůži s následnou snahou popisky odstranit. Zklidnila se až po několika dnech.

Po dalším vzniklém vztahu a následně výskytu komplikací v něm se chování opět zhoršilo. Kromě již dřívějších reakcí (vulgárnosti, odmlouvání, sebepoškozování se) začala šířit pomlavy o ostatních dětech a následně se bavila jejich spory. Pokud však takových pomluv byla obětí, stáhla se a nekomunikovala s nikým.

Ze zprávy etopeda

Zpočátku lítostivá a plačtivá. V postojích patrný stud, nejistoty, ambivalentní sebepřijetí, odklon od citlivých témat. Odpovídala až na vyzvání, při reflexi obtíží patrná bagatelizace, uniká do dětských postojů a infantilně předesílala: „Zlobim a nejsem hodná“.

Cit pro vkusnost byl součástí posilování hygienických návyků, u kterých byly zaznamenány občasné menší podvůdky. Obtíže se v zásadě týkaly dvou primárních faktorů – vulgarit a kouření. Výchovné výkyvy byly pod vlivem snadné ovlivnitelnosti a kompenzace nejistot. Patrná je ambivalence v postojích, a to zejména v introvertním nejistém upozadování se s vyčkáváním, v kontrastu předvádění se někdy až v iracionální sebe prezentaci s cílem sociálního přijetí.

Prožívá vnitřní konflikty způsobené rozkolísaným prožíváním v důsledku složité osobní anamnézy. Při šetření přestupků se hůře přiznává, zapírá, uchýlí se ke lži. Ráda dělá ostatním lidem radost. Vzájemné sympatie či nesympatie často ovlivňovaly reaktivnost k okolí, nezáměr ji zraňuje. Lenka je vzhledem k věku lačná po citovém naplnění a tím je více závislá na přízni chlapců, jejichž nezáměr nepříznivě zvyšuje emoční vypětí, které se projeví problémovým chováním.

V postojích viditelná vyšší sebekritika, dětské modely s touhou po dospělejším přijetí. Uhýbající před pocitem zranění, ostražitá, obávající se.

„Z etopedického hlediska se jedná o dívku s problémy v chování, která v tendenční ovlivnitelnosti v kontextu věku a z toho vyplývajících potřeb v příčinných souvislostech složité anamnézy vykazuje rysy poruchy chování ve vztahu ke škole s přesahem do rodinného prostředí.“

Lenka se nevyzná sama v sobě, regresivně se únikově vrací do dětského světa, kde se cítí být více v bezpečí než ve světě dospívající dívky. Pokud je emoční vypětí příliš silné, vypomáhá si sebezraňujícími technikami. Určitá touha po sebepoznávání vlastních schopností, lehkovážný přístup k důsledkům i určitý sociální pesimismus směřovaly k posouvání morálních hranic až na hranu protispolečenských projevů.

Zhodnocení případové studie

Lenka ve svém raném dětství prožila závažné trauma, které nespočívalo pouze v podvýživě tak, jak tomu bylo z velké části u Hany. Kromě citové deprivace se s velkou pravděpodobností objevilo také sexuální zneužívání, které se nepodařilo prokázat, ale mnohé dívčiny projevy tomu naznačují.

Její introvertní založení způsobuje, že mnohé z náročných životních situací prožívá skrytě, tzv. uvnitř sebe. S osobními věcmi se odmítá svěřovat a většinu obtíží se snaží řešit vlastními schopnostmi a dovednostmi, které ovšem na podstatné životní situace nestačí. V kombinaci s její emoční labilitou se tak často dostává do situací, které nedokáže adekvátně řešit a objevují se některé nevhodné copingové strategie.

Lze se tak setkat s regresivním ústupem do předchozího vývojového stupně, což v kontrastu s touhou po dospělosti působí mnohé problémy. V emočně vypjatých situacích se objevuje také sebepoškozující chování, a to zejména škrábání kůže, zvláště na již zraněných místech, odstraňování nehtů mnohdy se zásahem až do lůžka nehtu, či psaní na kůži s následnou snahou popisky odstranit. Nejedná se sice o výrazně závažné sebepoškozování, přesto existuje riziko, že se tyto rány zanítí a nastanou tak další komplikace.

Výrazné projevy Lenčiny osobnosti spočívají v její touze po emočním a sexuálním uspokojení, které mají s velkou pravděpodobností základ v traumatech z raného dětství, které způsobily její předčasný vývoj v některých směrech. Nejedná se sice o autodestruktivní chování, přesto pokud by došlo ke zintenzivnění této potřeby, mohlo by promiskuitní chování vést k rizikovému životnímu stylu.

Pěstouni již ukončili pěstounskou péči, přesto se před tím pokoušeli Lenku dovést k lepšímu vstupu do života dospělé ženy. Nyní, kdy již založila vlastní rodinu, se jí snaží v určitých ohledech přiměřeně pomoci.

5 Diskuse

Autodestruktivní chování a jednání dětí nepatří mezi nejnovější témata. Jeho zpracování se věnují jak odborné publikace, tak vysokoškolské práce, které se většinou zabývají buď sebepoškozováním nebo sebevraždami dětí. Tyto práce nabízejí vhled do určité poruchy pudu sebezáchovy. Oproti nim se tato diplomová práce snaží na téma nahlížet jako na celek, tedy zabývá se suicidálním i automutilačním chováním.

Téma je to, i přes jeho předešlé zpracování, stále aktuální, protože výskyt autodestruktivního chování a jednání dětí je v populaci stále nemálo zastoupen. V problematice také dochází k proměnám, které nejsou dosud dostatečně zpracovány. Proto je potřeba do poznání tohoto tématu přispívat dalšími aktuálními poznatky, o což se snaží i tato diplomová práce.

Hlavní výzkumnou otázkou bylo: **V jakém rodinném prostředí děti s autodestruktivním chováním a jednáním vyrůstají?** V konkrétních případových studiích můžeme podle dostupných informací vidět, že obě dívky vyrůstaly většinu svého života v bezpečném prostředí náhradní rodiny.

V této rodině vyrůstaly spolu s dalšími dětmi v pěstounské péči na vesnici v rodinném domě, kde se jim náhradní rodiče snažili vštípit základní dovednosti potřebné v samostatném životě. Tito pěstouni se také při vzniklých výchovných obtížích pokoušeli aktivně podílet na nápravě vzniklé situace a snažili se dívky vést k odpovědnosti za jejich chování.

Lze tedy usoudit, že dívky vyrůstaly (Hana je stále v pěstounské péči) v kvalitním rodinném prostředí, které je v řešení zátěžových situací podporovalo a nabízelo jim možnost osvojit si adekvátní strategie řešení.

Přesto se u obou dívek objevily určité formy sebepoškozování. Z výzkumu konkrétních případových studií je tedy zřejmé, že hlavní výzkumná otázka nemůže poskytnout objasnění výskytu tohoto závažného jevu.

Ze získaných informací totiž vyplývá, že velmi záleží na podmínkách, ve kterých dítě vyrůstá během prvních měsíců života, na kvalitě poskytované péče ze strany rodičů, zda v této době zažilo pocit bezpečí a s jakými predispozicemi do této stěžejní etapy života vstoupilo.

Na tuto první otázku tedy navazuje druhá výzkumná otázka, jež zní: **Jaké jsou příčiny vzniku autodestruktivního chování a jednání u konkrétních dětí?**

Detailní popis situace v biologické rodině bohužel není dostupný a nelze tedy sledovat přesné konkrétní příčiny, které vedly ke vzniku maladaptivních copingových strategií. Přesto lze s určitou pravděpodobností správnosti předpokládat, že to byly právě podmínky v biologické rodině, resp. v raném dětství, které položily základ tomuto chování.

Mluvit tak můžeme o závislosti, nikoli respondentek, ale rodičů, resp. matky, která užívala alkohol i v době těhotenství. Přesto, že toto užívání nevedlo ke vzniku FAS (fetální alkoholový syndrom), způsobilo v organismu dětí určité škody. Dalším důvodem vyplývajícím z dostupné dokumentace může být syndrom CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte) společně s poruchou attachmentu. Toto mohlo vést k deprivaci, zvláště k deprivaci biologické a citové, která zapříčinila vznik nejen autodestruktivního chování.

Významnou příčinou autodestruktivního chování u Lenky může být také posttraumatická stresová porucha se kterou se dívka léčila. Důležitou příčinou by v tomto případě mohla být také deprese, která se s posttraumatickou stresovou poruchou často vyskytuje. O ní se však žádná z dokumentací nezmiňuje a nelze tedy určit, zda tomu tak skutečně je.

Výzkum také ukázal, že z autodestruktivního chování a jednání se u respondentek vyskytovala forma sebepoškozování. U obou dívek se jednalo shodně o intenzivní škrábání se. V prvním případě to bylo škrábání se ve vlasech, v druhém pak škrábání po těle cílené na již vzniklé drobné rány. V jednom z případů byla také zaznamenána neobvyklá forma sebepoškozování, a sice tzv. „kolébání se“. To spočívalo v rychlém otáčení hlavou z jedné strany na druhou (při snaze usnout) coby nápodoba houpání kolébky. U respondentky s velkou pravděpodobností způsobuje částečné otupění, jež vede k uvolnění napětí. Při tomto „kolébání se“ ovšem dochází k občasným úrazům hlavy, které mohou znamenat zdravotní riziko. Je možné předpokládat, že toto chování má souvislost s matčíným požíváním alkoholu v těhotenství.

Proč se toto chování objevilo pouze u jedné z respondentek je pravděpodobně způsobeno odlišnou osobností. Zatímco dívka, u které se toto chování vyskytuje (Hana), je spíše extravertní, její sestra (Lenka), u níž nebylo zaznamenáno, je podle dostupných informací introvertní, a tudíž nemá potřebu tohoto akčního chování.

U druhé dívky se pak objevuje odstraňování (kousání, lámání, štípání) nehtů, které často zasahovalo hluboko do lůžka nehtu, tudíž způsobovalo bolest. Vzhledem k tomu, že se vyskytovalo převážně ve chvílích emočního vypětí, lze usuzovat, že sloužilo jako

odvedení pozornosti dívky od traumatizujícího zážitku. Objevovalo se také popisování kůže, jež samo o sobě není výrazně rizikové. Dívka se však pokoušela tyto nápisy a kresby odstraňovat, čímž si mnohdy způsobovala další poranění kůže.

Suicidální chování tak, jak bylo popsáno v první části práce (viz 2.2 Suicidium), nebylo popsáno u žádné z dívek. Může tak být proto, že i přes prožité trauma v dětství se dívky snaží se zátěžovými situacemi vyrovnat (ač sebepoškozováním), nikoli před ním uniknout, či se mu vzdát, což, jak bylo popsáno v části teoretického vymezení, bývá důležitým rozdílem mezi sebepoškozováním a sebevraždou.

Přes všechny hodnotné informace, které tato práce přinesla, není v možnostech diplomové práce zkoumat danou problematiku v širším, komplexnějším úhlu. Může však poskytnout základ pro směřování dalšího výzkumu. Více pozornosti by v další, obsáhlejší práci (nebo dalších konkrétně zaměřených pracích), bylo dobré věnovat například souvislosti autodestruktivního chování a jednání se syndromem CAN. Zároveň by důležitou oblastí tohoto tématu mohla být odborná práce s rodinou a blízkým okolím dítěte s poruchou pudu sebezáchovy. Stejně tak by bylo dobré se zaměřit na závislosti ve smyslu vlivu konkrétní závislosti (závislost na alkoholu, nikotinu, nelátková závislost apod.) na vznik konkrétní patologie a to, jak vyplynulo z případových studií, nejen u samotných dětí, ale také jejich rodičů.

Tato publikace by pak mohla sloužit k lepšímu pochopení této komplikované problematiky, a to nejen pro odbornou, ale také laickou veřejnost.

Závěr

Autodestruktivní chování a jednání patří mezi nejzávažnější projevy lidské osobnosti a tím spíše, vyskytuje-li se u dětí. Toto autodestruktivní, či sebedestruktivní, chování vzniká na základě poruch pudu sebezáchovy a můžeme tak rozlišovat mezi sebepoškozováním a sebevraždou. I přesto, že obě tyto základní formy autoagrese jsou velmi významné, za závažnější z obou se považuje suicidium, a to nejen proto, že mívá letální následky, ale také kvůli úmyslu. Zatímco motivací pro sebepoškozování bývá touha vypořádat se s nějakou nepříjemnou situací, motivem pro suicidium bývá spíše touha uniknout či vzdát se všem těžkostem, kvůli čemuž je i komplikovanější odborná pomoc těmto jedincům.

Cílem práce bylo zjistit, v jakém rodinném prostředí vyrůstají děti s autodestruktivním chováním a jednáním. K tomuto cíli byla následně zvolena další výzkumná otázka zaměřující se na příčiny tohoto chování a jednání, a to se záměrem porozumět mu u konkrétních případů. S ohledem na tento cíl bylo potřeba zkoumanou problematiku nejdříve teoreticky vymezit.

Vymezení pojmu sebepoškozování je sice poněkud složité, protože jej různí autoři definují jinak v závislosti na tom, na jaké aspekty tohoto jevu se zaměřují. Přesto lze tvrdit, že sebepoškozování je chování, často opakované, kdy jedinec úmyslně naruší svou tělesnou integritu, ovšem bez záměru sexuálního nebo sebevražedného. Jeho klasifikaci lze vnímat několika způsoby. Například Favazza jej rozděluje na to, které je kulturně akceptované a na deviantní. Jinou klasifikaci můžeme najít například v MKN-10 (viz 2.1.1 Klasifikace sebepoškozování), která je uzpůsobena spíše pro medicínské účely.

V rámci teoretického zkoumání tématu bylo také zjištěno, že ač sebepoškozování způsobuje bolest, vytvoří si na něj některé osoby závislost. To bývá způsobeno nejen jeho schopností překonat psychickou bolest, ale také faktem, že při zranění vyplavuje organismus do těla hormonální látky, které přinášejí úlevu. Právě na tyto je pak možné si vytvořit látkovou závislost.

Vymezení pojmu suicidium neboli sebevražda ukázalo, že ačkoli se zdá v mnohých aspektech stejná u dospělých i dětí, je potřeba ji vnímat poněkud odlišně. Dítě do devátého roku života většinou nedokáže vnímat smrt jako konec bytí a lze tedy uvažovat, že se jedná spíše o sebezabití. I u starších dětí však nemusí být tento záměr zřejmý, a to zejména pokud se jedná o otravu léky, kdy je potřeba vnímat jejich touhu zemřít v souvislosti s užitými léky.

Autodestruktivním chováním a jednáním jsou děti ohroženy hned z několika důvodů. Tím nejvýznamnějším je jejich nedostatečná zkušenost a nízký počet strategií, jak se vyrovnat se stresem. Konkrétními příčinami pak mohou být poruchy attachmentu, deprese, závislost (ať už dětí nebo rodičů), týrání, šikana nebo také psychické onemocnění.

Na nebezpečné tendence může rodinu, pedagogy a okolí upozornit negativní náhled na svět, na sebe sama a také na budoucnost. Případným varovným signálem mohou být i slovní projevy týkající se touhy zemřít, které by neměly být zvláště u dětí přehlíženy. Až 80 % všech lidí, kteří spáchají suicidium o svém záměru někomu řeknou. V případě včasného zásahu by tedy mohlo dojít k nápravě kritického stavu. K dalším preventivním opatřením patří například zábrany na vytipovaných místech, specializované služby (např. Linka bezpečí), či samotná léčba.

Při léčbě je pak nejdůležitější, vychází-li touha po nápravě od dítěte s autodestruktivním chováním, protože žádné výhrůžky ani ultimáta nefungují. Odborná léčba je tedy dlouhý proces, který však, když je úspěšný, může vézt ke zlepšení života nejen pro samotné dítě, ale i jeho okolí.

Výzkum se pak zaměřil na využití těchto získaných informací při zkoumání dvou případových studií. Původní cíl zjistit, v jakém prostředí děti s autodestruktivním chováním a jednáním vyrůstají, se ukázal jako nedostatečný pro pochopení konkrétních případů. Doplňující výzkumná otázka se tedy zaměřila na zkoumání příčin autodestruktivního chování u respondentek.

Z této studie vzešlo zjištění, že významný vliv na kvalitní vývoj dítěte má fakt, v jakém prostředí děti vyrůstají během prvních roků života, a zvláště v jaké míře jsou uspokojovány jejich potřeby. V konkrétních případech pak na základě prožitých traumat z dětství vznikly některé maladaptivní strategie zvládání stresu, z nichž můžeme jmenovat konkrétně intenzivní škrábání se, které se objevilo u obou dívek, nadměrné odstraňování nehtů, či tzv. „kolébání se“ jež se vyskytovalo (a pravděpodobně se stále vyskytuje) pouze u jedné z respondentek.

Toto chování, jež má u zkoumaných sester jinou podobu, je pravděpodobně způsobeno již zmíněnými zažitými traumaty z raného dětství (např. podvýživa, týrání, sexuální zneužívání), ale také pravděpodobně závislostí matky na alkoholu a osobnostními odlišnostmi.

I přesto, že se tato práce snaží nabídnout ucelený náhled na danou problematiku, není bohužel možné, aby dokázala obsáhnout celé téma. Zvláště některé souvislosti, jež hrají roli v rozvoji autodestruktivního chování a jednání nebylo možné v rozsahu práce

dostatečně zkoumat. Další práce, potažmo výzkumy se tak mohou zaměřovat například na vliv závislostí či vrozených vad, syndromu CAN a dalším příčinám. Větší pozornost by si jistě zasloužila i odborná práce s nejbližším okolím dítěte s tímto chováním a jednáním či souvislost s dalším rizikovým chováním dětí a mládeže. Tato práce tedy může sloužit jako základ pro další, mnohem obsáhlejší, práci, jež by ve výsledku mohla sloužit k lepšímu pochopení problematiky nejen u odborné, ale i laické veřejnosti.

Použitá literatura

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5 vyd. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-0-89042-555-8.

ASOCIACE ZÁCHRANNÝ KRUH. Prevence sebevražd. In: *Záchranný kruh* [online]. 2019 [vid. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://www.zachranny-kruh.cz/prevence-sebevrazd-2.html>

BABÁKOVÁ, Libuše., 2003. Sebeпоškození v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi* [online], roč. 4, č. 4, s. 165-168 [vid. 2019-02-18]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: https://psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200304-0005_Sebeposkozovani_v_detstvi_a_adolescenci.php

BALON, Richard, 2004. Krizové stavy spojené s násilím. In: HÖSCHL, Cyril, et al. *Psychiatrie*. 2., dopl. a opr. vyd. Praha: Tigris, s. 643-650. ISBN 80-900130-7-4.

BAŠTECKÁ, Bohumila, et al., 2003. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-735-3.

BĚLÍKOVÁ, Barbora. Drogy a jiné závislosti In: *NICM* [online]. 2018 [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-charakteristika>

BOWLBY, John, 2010. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-670-4.

BRISCH, Karl Heinz, 2011. *Poruchy vztahové vazby: od teorie k terapii*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-870-8.

ČERNÁ, Alena. Žiletková past. In: *Psychologie.cz* [online]. 2010 [vid. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/ziletkova-past>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2019. Sebevraždy. In: *Český statistický úřad* [online]. aktual. 27. 3. 2019 [vid. 2019-03-28]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj

ČEŠKOVÁ, Eva, 2015. Poruchy nálady (F30 – F39). In: SVOBODA, Mojmir, ČEŠKOVÁ, Eva a KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří, 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-2781-3.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena, 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

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

HODGSON, Sarah. Cutting through the Silence: A Sociological Construction of Self-Injury. In: *ResearchGate*[online]. 2004 [vid. 2019-02-18]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/229516746_Cutting_through_the_Silence_A_Sociological_Construction_of_Self-Injury

HORÁČEK, Jiří, ŠVESTKA, Jaromír, 2004. Psychopatologie (Obecná psychologie). In: HÖSCHL, Cyril, et al. *Psychiatrie*. 2., dopl. a opr. vyd. Praha: Tigris, s. 295-338. ISBN 80-900130-7-4.

JAKOBY, Bernard, 2004. *Žádná duše se neztratí: pomoc a naděje při náhlých úmrtích a sebevraždách*. 1. vyd. Liberec: Dialog. ISBN 80-86761-17-7.

JEDLIČKA, Richard, et al., 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-5447-5.

JEDLIČKA, Richard, et al., 2004. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Themis. ISBN 80-7312-038-0.

JEŽKOVÁ, Zuzana a Ria ČERNÁ. Attachment: o důležitosti citového pouta v životě, o jeho poruchách a léčení. In: *Šance dětem* [online]. 2019 [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/attachment-o-dulezitosti-citoveho-pouta-v-zivote-o-jeho-poruchach-a-leceni-89.html>

JONES, Jarka. Typy Attachmentu In: *Attachment* [online]. 2018 [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <http://www.attachment.cz/typy-attachmentu>

JURÁKOVÁ, Veronika. Typy Výzkumů In: *Vyzkumy.knihovna.cz* [online]. 2010 [vid. 2019-03-20]. Dostupné z: <http://vyzkumy.knihovna.cz/ucebnice/typy-vyzkumu>

KOUBOVÁ, Michaela. Jak zlepšit prevenci sebevražd v Česku? Měli bychom snižovat stigma duševních chorob, říká odborník. In: *Zdravotnický deník* [online]. 1. 2. 2017 [vid. 2019-03-08]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/02/jak-zlepsit-prevenci-sebevrazd-v-cesku-meli-bychom-snizovat-stigma-dusevnych-chorob-rika-odbornik>

KOUKOLÍK, František, DRTILOVÁ, Jana, 2001. *Život s deprivanty. I, Zlo na každý den*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-088-6.

KOCOURKOVÁ, Jana, 2007. Sebeпоškození v adolescenci. In: KOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování*. 2. vyd. Praha: Portál, s. 73-80. ISBN 978-80-7367-349-9.

KOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana, 2007. *Sebevražedné chování*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-349-9.

KOUTEK, Jiří, 2008. Suicidalita v dětství a adolescenci. In: HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, s. 405-409. ISBN 978-80-7367-404-5.

KREJČÍŘOVÁ, Dana, 1995. Emoční poruchy a poruchy chování v dětství a dospívání. In: ŘÍČAN, Pavel a kol. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 157-170. ISBN 80-7169-168-2.

KRIEGELOVÁ, Marie, 2008. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-2333-4.

KŘÍŽ, Josef, 2004. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7040-724-7.

LANNY. Moje první zkušenost. In: *Sebepoškozování* [online]. 29. 7. 2008 [vid. 2019-02-25]. Dostupné z:

<http://ww.sebeublizovani.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=251>

LUKÁŠ, Karel a kol., 2004. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5067-5.

MCALLISTER, Margaret., 2003. Multiple meanings of self harm: A critical review. In: *International Journal of Mental Health Nursing* [online], vol. 12, no. 3, s. 177-185 [vid. 2019-02-20]. ISSN 1447-0349. Dostupné z:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1440-0979.2003.00287.x?sid=nlm%3Apubmed>

MCDOUGALL, Tim, ARMSTRONG, Marie, TRAINOR, Gemma, 2010. *Helping children and young people who self-harm: an introduction to self-harming and suicidal behaviours for health professionals*. Abingdon: Routledge. ISBN 978-0-415-49914-9.

MINAŘÍK, Jakub, ŽEMLIČKOVÁ, Gabriela, ed. Definice závislosti. In: *NICM* [online]. 2018 [vid. 2019-03-15]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/definice-zavislosti>

NEŠPOR, Karel., 2007. Craving (bažení) u návykových nemocí – jeho význam a léčba. In: *Psychiatrie pro praxi* [online]. vol. 8, no. 1, p. 32-34 [vid. 2019-02-05] ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/08.pdf>

NOCK, Mathew, PRINSTEIN, Mitchell. A Functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. In: *ResearchGate* [online]. 2004 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/8234370_A_Functional_Approach_to_the_Assessment_of_Self-Mutilative_Behavior

PAVLOVSKÝ, Pavel, et al., 2009. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3. rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2618-2.

PLATZNEROVÁ, Andrea, 2009. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-606-9.

PLATZNEROVÁ, Andrea, 2015. Příloha 16 Sebepoškozování. In: *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [vid. 2019-02-20]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>

PINTEREST EUROPE LTD. Prevence sebevražd, sebepoškozování a domácího násilí In: *Pinterest* [online]. 2019 [vid. 2019-03-09]. Dostupné z: <https://help.pinterest.com/cs/article/suicide-and-self-harm-prevention>

POKORNÝ, Vratislav, TELCOVÁ, Jana, TOMKO, Anton, 2002. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. ISBN 80-86568-02-4.

PÖTHER, Petr, 1999. *Dítě v ohrožení*. 2. rozš. vyd. Praha: G plus G. ISBN 80-86103-21-8.

PRŮCHOVÁ, Dominika, 2012. Úmyslné sebepoškození dětí v České republice – hospitalizované děti (v datech ÚZIS z období let 2000–10). *Prevence úrazů, otrav a násilí: odborný a vědecký časopis* [online], roč. 8, č. 1, s. 150-159 [vid. 2019-03-20]. Dobrá Voda u Českých Budějovic: Jihočeský Inzert Expres. ISSN 1804-7858.

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE Bohnice. *Přijetí do nemocnice* [online]. [vid. 2019-03-12]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/zakladni-informace/prijeti-do-nemocnice/>

RICHARDSON, Celia. The truth about self harm. In: *Mentalhealth* [online]. 2006 [vid. 2019-02-15]. ISBN 978-1-903645-99-4. Dostupné z: <https://www.mentalhealth.org.uk/file/1111>

RYŠÁNKOVÁ, M, 2008. Proč se dospívající sebepoškozují? In: *Pediatre pro praxi* [online], roč. 9, č. 6, s. 383-387. [vid. 2019-03-10]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/07.pdf>

SOLAŘOVÁ, Hana, 2015. Děti v náhradní rodinné péči a jejich potřeby. In: Kolektiv autorů. *Sborník příspěvků k aktuálním tématům náhradní rodinné péče* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015, s. 13-28. [cit. 2019-03-02]. ISBN 978-80-7421-103-4. Dostupné z: http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/Manual_NRP.pdf

SVOBODA, Mojmír, ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana, 2015. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, et al., 2004. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 80-247-0586-9.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2018. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VESELÁ, Linda. Sebevraždu může spáchat kdokoliv. Důležité je nemoralizovat, říká psycholog. In: *iDnes* [online]. 10. 9. 2018 [vid. 2019-03-08]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/sebevrazda-prevence-svetovy-den-prevence-sebevrazd-dusevni-zdravi-riaps.A180905_191745_domaci_linv

VESELÝ, Milan, 2011. *Vybrané kapitoly ze sociální patologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-272-4.

VÝROST, Jozef, ed., SLAMĚNÍK, Ivan, ed., 2001. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché. ISBN 80-247-0042-5.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2009 [vid. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

ŽUKOV, Ilja, 2012. Poruchy osobnosti. In: RABOCH, Jiří a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.