

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Sebepoškozování a jeho příčiny dětí v dětském domově

Bakalářská práce

Autor práce:	Vladimíra Jarkovská
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Neubauerová



Zadání bakalářské práce

Autor: Vladimíra Jarkovská

Studium: P13521

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Název bakalářské práce: **Sebeпоškození a jeho příčiny u dětí v dětském domově**

Název bakalářské práce Self-harm and its causes among children in the orphanages
AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na problematiku sebeпоškození jedinců v prostředí dětského domova. V teoretické části vymezuji základní pojmy týkající se charakteristiky a možných způsobů sebeпоškození, zabývám se příčinami tohoto chování, psychologickými problémy a citovou deprivací adolescentů. V praktické části se zaměřuji na kazuistiky konkrétních jedinců s tímto problémem. Cílem mé práce je zmapovat sebeпоškození adolescentů v dětském domově a zjišťovat možnosti vychovatelů jejich chování ovlivnit.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Velký psychologický slovník. Vyd. 4., V Portálu 1. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5. KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. Sociální patologie. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, 325 s. ISBN 978-807-4350-801. KRIEGELOVÁ, Marie. Záměrné sebeпоškození v dětství a adolescenci. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 174 s. Psyché. ISBN 978-802-4723-334. PLATZNEROVÁ, Andrea. Sebeпоškození: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha, 2009, 159 s. ISBN 978-807-2626-069. PLATZNEROVÁ, Andrea. Autoagresivní chování. Praha, 2008, Časopis Prevence, ročník 7, číslo 6 ULBRECHTOVÁ, Zuzana. Sebeпоškození u dětí a dospívajících. Praha, 2010, Časopis Prevence, ročník 5, číslo 5 <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/problemy-se-sebeпоskozovanim.shtml>

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová

Oponent: PhDr. Jana Dlouhá, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2015

Zadání bakalářské práce

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na problematiku sebepoškozování jedinců v prostředí dětského domova. V teoretické části vymezuji základní pojmy týkající se charakteristiky a možných způsobů sebepoškozování, zabývám se příčinami tohoto chování, psychickými problémy a citovou deprivací adolescentů. V praktické části se zaměřuji na kasuistiky konkrétních jedinců s tímto problémem.

Cílem mé práce je popsat jev sebepoškozování, zmapovat sebepoškozování adolescentů v dětském domově, pomocí tří případových studií popsat tři případy sebepoškozování a rozhovory s klientkami zjistit možnosti vychovatelů jejich chování ovlivnit.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne.....

.....

Jméno a příjmení

Poděkování

Děkuji všem, kteří mi byli nápomocni při zpracovávání této práce. Zvláště bych pak chtěla poděkovat PhDr. Lence Neubauerové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracovávání práce.

ANOTACE

JARKOVSKÁ, Vladimíra. *Sebepoškozování a jeho příčiny u dětí v dětském domově*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 53 s. Bakalářská práce.

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na problematiku sebepoškozování jedinců v prostředí dětského domova. V teoretické části vymezuji základní pojmy týkající se charakteristiky a možných způsobů sebepoškozování, zabývám se příčinami tohoto chování, psychickými problémy a citovou deprivací adolescentů. V praktické části se zaměřuji na kasuistiky konkrétních jedinců s tímto problémem. Cílem mé práce je zmapovat sebepoškozování adolescentů v dětském domově a zjišťovat možnosti vychovatelů jejich chování ovlivnit.

Klíčová slova: *Sebepoškozování, Dětský domov*

ANNOTATION

JARKOVSKÁ, Vladimíra. *Self-harm and its causes among children in the orphanages*.
Keywords:

In my thesis I focus on harming individuals in an orphanage. The theoretical part defines basic concepts concerning the characteristics and possible methods of self-harm, deal with the causes of this behavior, mental health problems and emotional deprivation in adolescents. In the practical part focuses on case studies of specific individuals with this problem. The aim of my work is to map the adolescent self-harm in an orphanage and identify possibilities for educators to influence their behavior.

Keywords: *Self-Mutilation, Children's Home*

Obsah:

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Teorie o sebepoškozování a závislosti na něm.....	9
1.1 Sebeпоškozování.....	9
1.2 Výskyt sebepoškozování.....	10
1.3 Příčiny sebepoškozování.....	12
1.4 Diagnostika záměrného sebepoškozování.....	14
1. 5 Možné způsoby sebepoškozujícího chování.....	15
1. 6 Přístup k sebepoškozujícím se.....	16
1.6.1 Vlastnosti vychovatele.....	17
1.7 Léčba.....	23
1.8 Doporučení pro děti/dospívající.....	24
1.9 Možnosti odborné pomoci, kontakty.....	25
1.9.1 Linky důvěry a bezpečí.....	26
1.9.2 Krizová centra, ambulantní zařízení.....	27
2 Dětský domov.....	29
2.1 Dítě v dětském domově.....	30
2.1.1 Problémové dítě v dětském domově.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST	
3 Kazuistiky.....	32
3.1 Klientka č.1, Petra.....	33
3.2 Klientka č.2, Lucie.....	38
3.3 Klientka č.3, Simona.....	46
Závěr.....	49
Seznam použité literatury.....	51

Úvod

Sebepoškozování je fenoménem současných mladých lidí, jejichž psychický stav z jakýchkoli důvodů není schopen zpracovat pocit smutku, bezradnosti či beznaděje. Mnohdy se jedná pouze o jednání, které má upozornit okolí, že se něco děje, a že je třeba změnit přístup k nim, a nebo je něčím zaměstnat, aby se jejich mysl odvrátila od nich samých k jiným skutečnostem. Někdy však tato forma jednání může přerůst ve fatální katastrofu, končící jako neplánovaný pokus o sebevraždu nebo dokonce smrt.

V dětských domovech je umístěno mnoho dětí, které sebepoškozováním upozorňují nejen na svůj momentální psychický stav, ale mnohdy se i pomocí něho snaží dosáhnout jistých výhod před ostatními. Postoj vrstevníků k nim bývá buď lehce nechápavý až odmítavý, nebo, po nějaké době soužití, respektující a neřešící. Tato varianta však může být nebezpečná, protože při dlouhodobém přehlížení příznaků sebepoškozování může být těmito dětmi stupňováno a zvyšováno násilí ke své osobě. Proto je bezpodmínečně nutný neustálý dohled vychovatelů. Všichni vychovatelé musejí být o stavu svých svěřených dětí informováni, musejí být schopni včas rozpoznat hrozící nebezpečí, případně musejí včas adekvátně zasáhnout. Jedním z nejdůležitějších úkolů vychovatelů je tyto děti vhodně začleňovat do kolektivu pomocí společně provozovaných činností, sportovních her, kulturních zážitků.

Bakalářská práce je složena z teoretické a praktické části. V teoretické je vymezen pojem sebepoškozování, příčiny, diagnostika a možnosti intervence, a také je popsán dětský domov jako prostředí, ve kterém se popisované sebepoškozování odehrává. Praktická část je tvořena kvalitativním šetřením a popisuje případy tří klientů z tohoto zařízení, jejich rodinnou anamnézu, výsledky vyšetření, chování v zařízení a možnosti pomoci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Teorie o sebepoškozování a závislosti na něm

1.1 Sebepoškozování

Jak bylo v úvodu uvedeno, sebepoškozování je jev, se kterým se vychovatelé v dětských domovech setkávají poměrně často. Má mnoho podob - od prostého nepřijímání potravy přes zohavování se (například náhlým ostříháním vlasů) až po fyzické ubližování vlastnímu tělu.

Platznerová ve své publikaci Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby uvádí, že *„Jako sebepoškozování (SP) se v psychiatrii označuje celkové autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky, a které lze nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na akutní a chronický stres. Může, ale nemusí bezpodmínečně být spojeno s myšlenkami na smrt, smrt však na rozdíl od sebevražedného pokusu není ve většině případů jeho cílem. Dá se nalézt množství definic sebepoškozování, v souladu s tím, jak se definice SP měnila s vývojem znalostí psychologie SP a s objemem informací a studií na toto téma. Aktuální oficiální britská vodítka pro léčbu sebepoškozování definují SP jednoduše jako každou sebeotravu nebo sebezranění, nezávisle na účelu tohoto činu. Užší je definice WHO, která SP definuje jako akt bez fatálních následků, při němž osoba vyvíjí dobrovolně nehabituační 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.“* (Platznerová, 2009, str. 52)

Většina definic je postavena na popisu fyzického aktu a hodnocení intencionality. Vybrala jsem jednu z posledních definic Armanda R. Fazy (1999), který definuje záměrné sebepoškozování jako přímou a záměrnou destrukci nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru. (Kriegelová, 2008) Tato

definice podle mého názoru vyjadřuje přesněji skutečnost, že suicidální, tedy sebevražedný záměr u sebepoškozování není vědomý, ovšem může v něj přerůst.

Albertová k tomuto tématu píše: „Obecně lze sebepoškozování zařadit do autoagresivního chování. Jedná se o jev, kde je zřejmý významný sociální a kulturní kontext. Určité chování je v rámci dané kultury a společenských konvencí považováno za jakousi normu-např. tetování nebo piercing. Naproti tomu však stojí sebepoškozování v patologickém slova smyslu, které z této obecně přijímané normy vybočuje.“ (Ulbertová, 2008, str. 6)

Zde je si jistě třeba ujasnit, že tetování je považováno v dnešní kultuře spíše za umění, kterému se věnují školení lidé, mnohdy studují, pracují na sobě, aby mohli odvádět co nejlepší výsledky své práce. Každý máme ve svém okolí někoho, kdo se rozhodl pro trvalou ozdobu své kůže touto formou. Stejně je to u piercingu, který si mladí lidé z jakýchkoli důvodů nechávají umisťovat snad do všech částí svého těla, obličeje, břicha či genitálií. Málokdo ve společnosti v tom spatřuje nebezpečí, jaké bychom u jiné formy sebepoškozování bezesporu viděli.

"Sebepoškození - (self-reinforcement) sebmrazení, automutilace, autodestrukce. Od polykání předmětů a úrazy až k sebevražedným pokusům.

Může být

a) účelové, jako vyhnutí se vojenské službě nebo

b) příznakem duševních chorob jako melancholie, schizofrenie aj.“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 524)

1.2 Výskyt sebepoškozování

Hovoříme-li o sebepoškozování dětí v dětském domově, je třeba si uvědomit širší souvislosti. Neděje se totiž pouze tam, ale i v běžných rodinách. Při zachycení problému okolím – vychovatelem či rodičem za pomoci včasné lékařské intervence je možné pomocí medikamentů odstranit primární problém (špatné pocity, nedostatek komunikace, pocit viny či bezmoci, bezradnost apod.), a tím natolik zlepšit psychický stav dítěte, že SP výrazně sníží frekvenci a hloubku poškození, v nejlepších případech úplně vymizí.

„Konkrétním cílem je vytvořit diagnózu problémové chování dítěte (etiologie, rozsah, stupeň, typ poruchy), kdy na základě identifikace nevhodného chování, situační analýzy a v kontextu osobních charakteristik se vytváří hypotéza jeho příčin. Dalším navazujícím krokem je stanovení strategie řešení problému, která zahrnuje širokou škálu doporučených metod a postupů, zaměřených jak na bezprostřední odstranění některých projevů nevhodného sociálního chování v konkrétních situacích, využívajících metod intervence a řízení, tak i postupů orientovaných na prevenci, kdy v celkovém kontextu pravděpodobných příčin se vytváří náhled dítěte na problém, vůle ke změně a posiluje se vlastní schopnost dítěte zvládat a řešit situaci. Správně vytvořená etopedická diagnóza předpokládá ověření úspěšnosti zvolené strategie řešení problémů, potažmo přijaté hypotézy a stanovení další prognózy vývoje, včetně příslušných doporučení.“ (Jánský, 2004, str.119)

Platznerová k tomu uvádí, že výskyt SP u pacientů s duševními poruchami se uvádí v rozmezí od 4,3 do 13%, což je číslo vyšší než v běžné populaci. Podle očekávání je vyšší procento SP ve věkové kategorii adolescentů a mladých dospělých: 1,8% lidí ve věkovém rozmezí 15-35 let a 12% středoškoláků se poškozuje. Muži se poškozuji méně často než ženy, největší je tento rozdíl v adolescenci. (Platznerová, 2009)

Dále je možné se v publikaci Platznerové dočíst, že celosvětové výzkumy ukazují, že se nejčastěji jedná o ženu ve věku mezi 20 a 30 lety, která má již dřívější opakovanou zkušenost se sebepoškozením v období puberty. Většinou pochází ze střední nebo vyšší střední školy, je inteligentní, vzdělaná. Častý je výskyt fyzického týrání nebo sexuálního zneužívání v dětství, popřípadě původní rodina, kde alespoň jeden z rodičů pil alkohol. V českém kontextu se (dle statistik Linky bezpečí) nejčastěji sebepoškozuji 16letá děvčata, která mají okolo sebe kamarády a nejví se na první pohled nijak nápadná-maximálně je možné si povšimnout dlouhých rukávů nohavic i v teplém počasí, vyhýbají se bazénům atd. Podíváme-li se však na osud dívky pozorněji, často objevuje nefungující rodinné vztahy, nedostatek sebedůvěry, konflikty v partnerských vztazích nebo také projevy hraniční poruchy osobnosti. Ve skupině sebepoškozujících se adolescentů můžeme vysledovat několik společných charakteristik. Jedná se zejména o nízkou frustrační toleranci, impulzivitu, poruchy

sebeovládání, podrážděnost a náladovost. Sebepoškozením člověk řeší či ventiluje jakýkoliv stav napětí, úzkosti, strachu nebo jiných nepříjemných pocitů. (Platznerová, 2009)

Z toho jasně vyplývá, že dnešní uspěchaná doba, kdy v rodinách mnohdy nefungují základní sociální vazby, neboť rodiče se zpravidla věnují sami sobě, a síly a mentální či duševní stav vlastních dětí je začne zajímat až když se vyskytne nějaký problém, sebepoškozování dětí přímo nahrává. Jak jinak by mohly upozornit na svá trápení, když je dospělí neposlouchají? V některých případech se začleňují do jiných sociálních skupin, kde jsou uznáváni a kde mají jejich vrstevníci podobné problémy, v těch však může docházet k činnostem hraničícím nebo překračujícím zákony nebo morální či etické normy, v jiných případech na sebe upozorňují právě sebepoškozováním.

„SP může trvat dny, týdny, měsíce nebo roky. V mnoha případech má SP spíše cyklický než lineární průběh, je praktikováno v určitých obdobích, pak se ztratí a po přestávce se opět objevuje. Bylo by však špatné domnívat se, že SP je prchavý fenomén, typický pouze pro adolescenci. Zdá se, že by mohly existovat specifické průběhy SP, závislé na věku, ve kterém se odehrála jeho první epizoda, a na okolnostech jeho vzniku. Sebepoškozování se může týkat jakékoliv části těla, nejčastějším místem však bývají ruce, zápěstí a stehna. Sebepoškození může sahát od povrchových ran až po poranění, vedoucí k trvalé disfiguraci.“ (Platznerová, 2009, str. 68)

1.3 Příčiny sebepoškozování

Podle Platznerové je všeobecně přijímaná teorie příčin a zdrojů v souvislosti s dětskými traumaty, zvláště se sexuální, tělesným a psychickým týráním a zanedbáváním (syndrom CAN). Dále v tom mohou být nefungující či problematické rodinné vztahy či potíže související se školou. *„Příčiny sebepoškozování jsou dány do spojitosti i s negativní dětskou zkušeností se špatným zacházením a péčí blízké osoby, která vytváří v člověku pocit obracet agresivní impulzy vůči vlastnímu tělu. Sebepoškozování se však nedá považovat pouze za jeden ze znaků hraniční poruchy osobnosti, i když se často vyskytuje právě s touto poruchou.“* V mnoha případech se sebepoškozování objevuje i bez osobního patologického základu. (Platznerová, 2009)

Vrátíme-li se do dětského domova, podle mého sledování je možné tuto hypotézu jednoznačně potvrdit. Mnou sledované děti bezesporu patří do skupiny těch, které v raném dětství nezažily projevy rodičovské lásky, nebylo o ně řádně postaráno jak v materiální, tak v sociální rovině.

Důvody sebepoškozování shrneme do tří skupin:

- **Regulace afektu**. Nalezení ztracené rovnováhy u rušivých emocí, znovunalezení kontaktu s vlastním tělem po asociativní epizodě, zklidnění těla v momentu vysoké emoční a vegetativní aktivity, potvrzení vnitřní bolesti jejím zevním vyjádřením a vyhnutí se sebevraždě pro nesnesitelné pocity.
- **Komunikace**. Vyjádření něčeho, co dotyčný nedokáže vyjádřit slovně, nepřímé ovlivnění chování druhých, manipulace. Pokud je komunikace cílem na jiné osoby, může jimi být často vnímána jako manipulativní.
- **Kontrola, trest**. Opakování si traumatu, smlouvání a magické myšlení (snaha předejít obávané události sebepoškozením), ochrana jiných, sebekontrola. Sebekontrola se do jisté míry kryje s kategorií regulace afektu, většina z uvedených důvodů v sobě vlastně zahrnuje prvek kontroly afektu. (Platznerová, 2009)

V jiných publikacích lze najít ještě jiné důvody, kterými jsou

- **Navození fyzické bolesti**, která odvede pozornost od jiných psychických bolestí
- **Touha po endorfinu**, který tělo vyplaví v souvislosti se snahou organismu překonat fyzickou bolest, případně při pohledu na vlastní krev
- **Odvedení pozornosti** od nežádoucích pocitů – rána se musí vyčistit, musí ji vidět lékař, je třeba uklidit místo pokapané krví apod.

V souvislosti se sebepoškozováním můžeme v určitých případech mluvit o tzv. „psychické nákaze“. Většinou se jedná o rozšíření daného chování zejména v léčebnách, internátech, věznicích a různě. Dá se hovořit o výrazně účelovém chování, kdy cílem sebepoškozujícího se aktu je získat určité výhody. Rituály spojené se sebepoškozováním se někdy objevují u partiček či sekt, u různých subkultur, jako je v současné době „emo“ či „gothic“, které zahrnují a zpětně ovlivňují styl oblékání, líčení, hudbu, smýšlení a světonázor. Ve většině případech jde o přechodnou záležitost motivovanou sociálními faktory. Mnoho mladých lidí patřících do těchto subkultur si

však neuvědomují rizikovost a nebezpečnost takového chování, ať už ve smyslu ohrožení života či zdraví, nebo silné tendence k vytvoření závislosti na tomto nezdravém způsobu řešení problémů a ventilování negativních emocí. Často k sebepoškozujícímu jednání přičichnou zcela náhodou v partě, od kamaráda, nebo na internetu. Samozřejmě určitá část těch, kteří praktikují sebepoškozování se, si tento způsob najdou sami. V každém případě je však stejně důležité o sebepoškozování co nejvíce mluvit. Samozřejmě bez obviňujícího tónu, znechucení či „vyhrožování“ psychiatrem či psychologem. (Ulbertová, 2008)

Z psychologického hlediska lidé, kteří sebepoškozují se, lidé často trpí:

- Chronickými úzkostmi
- Jsou citliví na podráždění
- Vnímají se jako neschopni zvládat různou zátěž
- Sami sebe nemají rádi/sami sebe znehodnocují
- Jsou přecitlivělí na odmítnutí
- Mívají často chronický vztek, obvykle na sebe, mají sklon potlačovat zlost
- Mívají intenzivní agresivní pocity, které výrazně odsuzují a často potlačují nebo obracejí dovnitř
- Bývají impulzivnější a mají oslabenou schopnost kontrolovat impulsy
- Mívají sklon jednat v souladu se svou momentální náladou
- Mají sklon neplánovat do budoucna
- Těžko zvládají zátěže
- Bývají depresivní a mívají sebevražedné /sebedestruktivní/ sklony
- Bývají přesvědčeni, že nemají kontrolu nad tím, jak zvládají život
- Mají sklon k vyhýbavosti
- Cítí se bezmocní a slabí

(Platznerová, 2010)

1.4 Diagnostika záměrného sebepoškozování

Tak jako je mnohdy obtížně rozpoznatelná skutečnost, že se dítě sebepoškozuje, je obtížně stanovitelná přesná diagnóza. Pro ni je třeba znát výsledky lékařských, psychologických a psychiatrických vyšetření a její stanovení je záležitostí odborníků.

Záměrné sebepoškozování doposud netvoří samostatnou diagnostickou kategorii v žádném z klasifikačních systémů. Termín sebepoškozování v desáté revizi mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) spadá do kategorie „externí příčiny úmrtnosti“ (V00-Y89), kde je zahrnuto do specifické podkategorie „úmyslné sebepoškození/sebevražda“ (X60-X84), kde X60-X69 představují intoxikace různého druhu a X70-X84 sebepoškození různého druhu. Celkově ovšem nediferencuje mezi záměrným sebepoškozováním a suicidálním chováním. Záměrné sebepoškozování je striktně chápáno jako poškození vlastního těla bez úmyslu zemřít. V tomto smyslu pro něj nenalezneme samostatná diagnostická kritéria a bývá k němu přistupováno buď jako k nespecifickému symptomu, nebo ke specifickému symptomu jinak diagnostikované poruchy.

Nejčastější duševní poruchy, diagnostikované u jedinců, kteří se záměrně poškozuji, jsou hraniční typ emočně nestabilní osobnosti (F60.31), posttraumatická stresová porucha (F43.1) a porucha kontroly impulzů v rámci jiných návykových a impulzivních poruch (F63.8). (Kriegelová, 2008)

1.5 Možné způsoby sebepoškozujícího chování

Jak vyplývá z předchozích kapitol, sebepoškozující chování má mnoho forem a projevů. Kriegelová je ve své publikaci Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci srovnala do přehledné tabulky:

zneužívání alkoholu	pokus o utopení
zneužívání léků a drog, nesprávné požívání léků	strhávání si kůže a nehtů, vytrhání si vlasů a řas
přejídání se	sebe-zanedbávání
kousání se, okusování si prstů a nehtů	sebe-otrávení (předávkování)
lámání si kostí	hladovění
tělesné sebebití	sebe-škrcení

pálení kůže, vyřezávání a vyškrabávání do kůže	odříznutí si části těla (ucha, prstu, ruky, genitálu)
enukleace oka	bouchání hlavou o stěnu
extrémní rizikové chování (nepozorné řízení vozidla, náhodný sex, nepoužívání bezpečnostních pásů v autě)	tělomodifikující techniky (piercing, tetování, branding/vypalování, skarifikace, kosmetická chirurgie)
vpravování jehel pod kůži nebo do žil	škrábání (až do krváčení)
vpravování ostrých předmětů do tělesných otvorů	drhnutí kůže (obsesivní drhnutí rukou až do masa, drhnutí ocelovou drátěnkou)
polykání cizích předmětů nebo toxických tekutin	probodávání kůže (kružítkem, jehlami, špendlíky)
zabraňování zacelení rány	kouření
opařování se (koupel nebo sprcha s vařící vodou)	účastnění se vysoce rizikových nebo vysoce kontaktních sportů
skok z budovy nebo mostu	setrvávání v násilném vztahu
obsesivní čištění a mytí (až do krváčení)	sucidum
příliš tělesného cvičení/málo tělesného pohybu	přepracování

(Kriegelová, 2008)

1. 6 Přístup k sebepoškozujícím se

Ačkoliv se situace v oblasti psychoterapeutické a psychiatrické léčby sebepoškozování v posledních letech jistě zlepšila, stále nejsou přesvědčivé důkazy, které by vymezily nejefektivnější formy léčby. Ještě horší je situace v oblasti preventivních opáření. Důležité je přistupovat k poškozujícím se s pochopením, respektem a diskretností. Šokovaný výraz nebo hodnotící trestající projev mohou přispět ke stresům vyvolávajícím nutkání poškodit se a mohou posílit sebepoškozující chování, a navíc vést k tomu, že při další příležitosti dotyčný svůj problém ještě více utají. „Ochota naslouchat bez zděšení a hodnocení může naopak poškozujícímu se pomoci,

aby použil k sebevyjádření slova namísto vlastní tělo. Je potřeba vyvarovat se i projevů přílišné lítosti. Už v prvním kontaktu je důležité mít jasno v tom, že sebepoškozování ve většině případů není sebevražedným gestem, rozlišení mezi sebevražedným pokusem a sebepoškozením na samém počátku je nutné, protože každý z těchto problémů potřebuje jinou léčbu. Základní podmínkou při rozhovoru s poškozujícími se je vytvoření bezpečného prostředí. To může být složité u lidí, kteří zažili trauma nebo byli zneužiti. Pedagogové jsou v tomto směru ve výhodě proti zdravotníkům, kteří poškozujícího se mladého člověka nebo dítě znají, v ideálním případě mají alespoň do jisté míry jeho důvěru, umějí předvídat jeho reakce, orientují se v rodinné situaci, vědí, o koho se dá opřít a s kým ve věci spolupracovat“ (Platznerová, 2009, str. 71)

1.6.1 Vlastnosti vychovatele

Praxe každého vychovatele v dětském domově je protkána mnohými zkušenostmi se sebepoškozováním svěřených dětí. Každý z vychovatelů také ví, že přístup k nim je přísně individuální, neboť i problémy, jež SP způsobují, jsou osobité a pocity nepřenositelné. Vychovatelství se bezesporu řadí mezi pomáhající profese a jako taková se vyznačuje mnohými rysy, jako jsou například:

Empatie

„Empatie je přenesení citu (pocitu), který vzniká mezi lidmi. Vyznačuje se společným spoluprožíváním.“ (Strieženec, 2001, str. 18) Na základě analogie vlastních zážitků se člověk snaží o spoluprožívání, spolucítění a porozumění zážitkům druhého. Pomáhající může být přímým svědkem, nebo na základě konání či výpovědi se může pokusit vcítit do zážitků a pocitů někoho jiného, a také se snažit myslet a hodnotit výpovědi a počínání z pozice jeho zážitků a myšlení.

Empatie je pravděpodobně nejdůležitějším faktorem ve vztahu mezi pomáhajícím a pomáhaným. Umí vyvolat v lidech ten nejsilnější pocit sounáležitosti s druhým. Bezesporu tedy znamená jak schopnost jedince vcítit se do druhého, tak i upřímný a správně projevený zájem o jeho dobro, založený na pochopení jeho úhlu pohledu. Skutečná empatie vyžaduje velkou snahu. Lidi kolem nás pochopíme lépe, když se můžeme opřít o své vlastní prožitky, když máme v paměti svoje pocity emoce, kterými

jsme oplývali v jisté situaci. Cestu k bližnímu nalezneme snadněji, když se můžeme opřít o některé podobnosti mezi ním a námi. Je pravdou, že nikdo z nás nemá zcela stejnou zkušenost jako ten druhý, neboť každá ze situací je v ledasčems jiná, a prožívání a vnímání každého z nás je odlišné, ale přesto se lze do myšlení a pocitů druhého vcítit. Prekopová (2004) ve své knize uvádí, že vcítění je složitý vnitřní proces, který se skládá z postupných kroků, které člověk musí učinit. Těmito kroky jsou:

1. Jsem připravena vžít se do situace mého protějšku a uvědomit si jeho pocity, a to především na základě vlastních zkušeností.
 2. Srovnávám jeho a svoje pocity, jsem schopna respektovat jeho právo na subjektivní prožívání.
 3. Vytyčím jasnou hranici mezi mnou a jím, abych byla schopna situaci vidět pod jeho zorným úhlem, a ne pod mým vlastním. Teprve když se chvíli nezabývám sama sebou, mohu svůj protějšek pochopit z jeho pohledu a jeho citového rozpoložení, citově se s ním sladit a dojít s ním emočního souzvuku.
 4. Teprve potom mu mohu jednáním vyjít vstříc nebo se mu nabídnout.
- (Prekopová, 2004)

Učinění těchto kroků je vyžadováno kombinací schopností a vlastností, které pomáhající člověk musí mít:

- Spolehlivé vnímání sebe sama, sebereflexe včetně vědomí vlastní identity.
- Úcta k druhému
- Sociální připravenost vzdát se sám sebe ve prospěch ostatních, vzdát se i sebelásky a namísto toho vzít ohledy na ostatní.
- Schopnost představit si situaci druhého i schopnost mentální kombinace potřebné k nabídnutí vhodné pomoci, zde je nejpřesnějším výrazem emoční inteligence.

Samozřejmě nestačí, aby vychovatel tyto vlastnosti a schopnosti „pouze“ měl. Pro neustálý rozvoj osobnosti a schopnosti i nadále vykonávat pomáhající – výchovatskou - profesi je třeba je neustále rozvíjet a pracovat s nimi, pracovat na sobě.

Další důležitou veličinou je **citová účast** při práci s dětmi. Vychovatel by měl mít správnou a trvalou motivaci, která vychází z něj, jeho nitra, postojů, názorů

a žebříčku hodnot, a neměl by se pouštět do ničeho, na co není připravený. Hovoříme-li o citové účasti jako o „veličině“, je třeba se také zamyslet nad tím, jestli se tato veličina v některých případech nestává spíše „proměnnou“, což může vést člověka až k úplnému vyhoření z důvodu přílišné citové zainteresovanosti a prožívání životních příběhů pomáháných. Je tedy patrné, že příliš silná citová účast může mít na osobnost pomáhajícího destruktivní účinky.

S empatií souvisí velkou měrou také **láska**, a to jak k sobě samému, tak i ke svěřeným dětem. Lásku lze také poněkud přizemně nazvat činností, která se projevuje skutky, nejde tedy jen o vnitřní pocit. Láska je považována za nejvyšší hodnotu, která se projevuje bezvýhradnou láskou, takovou, která neočekává žádné protislužby, neuděluje žádné podmínky a neudává ani žádná ultimata. Je třeba si ale také ujasnit, že pomáhající nesmí mít rád jen ty druhé, ale především sebe samého, se svými kladnými i zápornými vlastnostmi, se svými přáteli i nepřáteli, se svými radostmi i nočními můrami. Říká se přece, že kdo nemiluje sebe, nemůže milovat druhé, a právě to by si každý pomáhající jedinec měl uvědomit a přijmout se, takový jaký je, a nadále svou osobnost rozvíjet.

„Vcítění se je nejzákladnější podstatou lásky. Dochází k němu pouze při emocionální konfrontaci mezi dvěma osobami, Já a Ty. Vcítění se je jádro lásky, nejněritnější podstata společenství“ (Prekopová, 2004, str.45).

Opravidovost

Opravidovostí je v pomáhání míněn soulad mezi tím, co v dané chvíli pomáhající prožívá, a tím, co vyjadřuje navenek vůči pomáhanému. (Hájek, 2006)) Vyjádřením navenek není rozuměno pouhé slovní sdělení, ale i veškeré neverbální signály, které vysílá – vědomě nebo bez uvědomění – směrem k člověku, kterému pomáhá. Ten bývá často naladěn na rovinu komunikace pomáhajícího a citlivě vnímá rozpor mezi verbálním a neverbálním. Z toho vyplývá, že by pomáhající neměl vstupovat do role, která je protkána a řízena nějakými ideálními představami o jeho profesionální osobě. Hájek (2006) uvádí, že „taková „profesionální“ maska bývá nasazována většinou tehdy, když si pomáhající o sobě myslí, že by on přece nemohl být takový, a nepřipouští si pravé motivy, nechává se zatlačit do obrany svých nerealistických názorů a zásad, snaží obhájit svou profesionální erudici a bezchybnost“. Když si pomáhající uvědomuje své myšlenky, představy i vlastní tělesné pocity při práci s druhým člověkem, může si je

srozumitelně „přeložit“, a tím předejít okamžikům stylizace vlastní osoby. Tím, že si pomáhající před sebou nic nenalhává, vyznačuje svou opravdovost při jednání s druhými lidmi.

Naslouchání

Tato schopnost je další kvalitou, která násobí účinky pomoci druhému. Neznamená jen pohodlné a pasivní mlčení, naopak, je to velmi aktivní proces. Ne každý člověk však má tuto schopnost, pro někoho může být velmi obtížné, jiný člověk umí naslouchat od svého narození. Důležité je, že se mu dá naučit. Naslouchajících jedinců - takových, kteří soustředěně poslouchají a snaží se přesně vnímat, co jim druhý sděluje, je v životě každého z nás málo. S nasloucháním souvisí i vnitřní svět, o kterém hovoří Karel Kopřiva (2000). Každý pomáhající by si jej měl uvědomovat, neboť vyjadřuje obraz světa, který si kreslí, představuje, každý člověk sám. Z toho vyplývá, že každý vnímáme realitu podle svého vlastního schématu. Když pomáhající naslouchá, může si upravit výroky druhého do „vlastní řeči“, tak, jak on sám nazírá na realitu ze svého úhlu pohledu. Tím ale nemusí být stoprocentně zaručeno, že pochopí, co mu vlastně jedinec, kterému pomáhá, chtěl sdělit. A tak se snadno může stát, že mu pomáhaný stejnou zkušenost vypráví znovu, několikrát. Proto je dobré, když se pomáhající zajímá o vnitřní svět jedinců, kterým pomáhá, neboť tím se navodí bezkonfliktní atmosféra vhodná ke spolupráci. Nikdy pomáhající nemůže předem vědět, co mu chce druhý říct, sdělit. *„Až z odpovědi druhého pozná, jaký skutečný obsah jeho sdělení byl, jak druhý jeho sdělení přijal ... Naslouchání znamená pozorně sledovat, co druhá osoba říká, a nevnášet do toho pokud možno žádné vlastní názory, rady, komentáře nebo třeba povzbuzující poznámky. Je to proces velmi aktivní – vyžaduje stálou přítomnost u druhého.“* (Kopřiva, 2000, str. 94)

Kopřiva se zmiňuje o některých zásadách, které jsou důležité pro aktivní naslouchání.

- Naslouchat a dát druhému vědět, když něčemu nerozumím nebo jsem na chvíli ztratila pozornost. Z mého pohledu jedna z nejdůležitějších zásad komunikace vůbec, neboť jak jsem již výše zmiňovala, naslouchání není pouhé „poslouchání“, ale interaktivní proces vyžadující účast obou stran.
- Nevnášet témata, která druhý neřekl, ani jiné vlastní myšlenky. Je důležité si uvědomit, že mám-li člověku pomoci zpracovat myšlenky, pocity, prožitky, je směr pomoci směřován k němu. Vnášení vlastních zážitků, názorů

a interpretace pocitů může jeho tok myšlenek narušit, úplně přerušit, nebo dokonce obrátit, a takový člověk přestane mít důvěru a nemusí ctít pokračovat v rozhovoru.

- Dát srozumitelně najevo, že jsem rozuměla. Mnohem silnější kontakt vznikne, když po několika větách zopakuji v jedné nebo dvou vlastních větách, jak jsem sdělení rozuměla, čímž manifestuji svůj zájem o druhého. V případě, že jsem si řeč člověka proti mně špatně přeložila, je dobré se k tématu opatrně vrátit a znovu o něm hovořit.

- Pokud jsem nerozuměla nebo mi něco uniklo, hodí se požádat o další zopakování, eventuálně se snažit změnit úhel pohledu.

- Že postupuji dobře poznám podle toho, že se druhý postupně stále hlouběji noří do svého problému a snaží se ho přesněji uchopit, případně pochopit. To se stává většinou ženám, že až při verbálním zpracování a přenosu se s daným problémem vyrovnávají. Jindy zase úspěch poznám podle toho, že člověk proti mně sedí tiše a spokojeně, nedává najevo žádné nepříjemné pocity. Že se proces nedaří, poznám podle toho, že druhý stále opakuje totéž, což zjevně znamená, že cítí, že jsem jeho sdělení ještě nepřijala, nebo v něm roste napětí a zmatek, což dává po právu najevo.

Naučit se aktivnímu naslouchání jen ze slovního popisu není jednoduché. Důležité jsou také zkušenosti, které člověk může získat v obou pozicích – jako pomáhající i jako pomáhaný. K učení je třeba velké trpělivosti a cílevědomosti.

Morální citění

Výkon pomáhající činnosti je ve velké míře spojen s morálkou. Pomáhající se musí chovat k druhému tak, aby jej nějak nepoškodil a neublížil mu. Morální citění je jistě dané výchovou a prostředím, ve kterém člověk vyrůstal a které formovalo jeho osobnost, žebříček hodnot a utvářelo mechanismy jeho jednání s okolím. Kromě kodexů, které bývají sepsány pro různé oblasti vyžadující práci s lidmi, existuje ještě určitá morální inteligence člověka, který podle ní jedná, a ta v sobě zahrnuje schopnost morálně se chovat i morálně uvažovat. Každý si můžeme v představě vytvořit jedince, který je morálně vyspělý a určit mu vlastnosti, které by měl mít. Pro všechny představy o tomto jedinci vymezuje Hass (1999) všeobecně platná kritéria, kterými jsou: spravedlnost, smysl pro povinnost nebo odpovědnost vůči ostatním, důstojnost a sebeovládání. Jedinec tak může jednat ze dvou pohnutek – morální jednání často

uspokojuje potřebu sebeúcty a zároveň tak dává najevo, že mu záleží na ostatních. To souvisí s tvrzením Jankovského (2003), že „*člověk jedná mravně ne proto, že mu to někdo přikazuje, ale z úcty před sebou samým*“. Morálně inteligentní jedinec většinou pocítuje odpovědnost za druhé jako osobní závazek, který na sebe bere dobrovolně, chápe, že musí věnovat pozornost i druhým, že nemůže myslet jen sám na sebe. Něco uvnitř mu říká, aby vyšel vstříc druhými lidem.

Člověka k morálnímu chování podněcuje především skutečná empatie, protože musí chápat pocity, myšlenky a potřeby druhých. Musí vidět svět a svoje okolí jejich očima.

Mnoho jedinců nastupuje do pomáhající profese s nadšením a entuziasmem. Mají před sebou cíle, které se snaží naplnit, ale po čase zjistí, že se jim práce nedaří, tak jak by si představovali. Tím u nich nutně dochází k pocitům zklamání a nejistoty, přicházejí do tzv. „slepých uliček“ a nevědí kudy dál. I když tyto jedinci mají odborné znalosti, vědomosti, neznamena, že budou v pomáhání úspěšní. Aby tedy jejich působení bylo efektivnější a byli schopni být nápomocni druhým lidem, porozumět jim, pomáhat a sloužit, ať už po tělesné, duševní nebo duchovní stránce, měli by nejdříve porozumět sami sobě. To uskuteční skrze poznávání sebe samého. Je třeba, aby zjistili své mechanismy fungování – například v tvorbě svých předsudků, postojů, hodnot a myšlenkových procesů, které pak ovlivňují jejich jednání. Až když pochopí a porozumí sami sobě, můžou pochopit a porozumět druhým lidem, zjistit, jak tyto lidé cítí, jak myslí, po čem touží, co potřebují, proč jednají způsobem, jakým jednají (sebepoznání souvisí s empatií, zmiňovanou v předchozí kapitole).

Cesta k sebepoznání není jednoduchá. Největší překážkou v poznávání sebe sama bývá člověk sám a jeho falešná představa o sobě. Častým problémem je subjektivní problém s přijímáním se takovou, jaká jsem - málokdo je ochoten přijmout své stinné stránky a omezení. Základním momentem v poznání sebe sama je uvědomování si svých reakcí, svého chování, reakce okolí na svou osobu. Pokud si jedinec uvědomí svá silná či slabá místa, svá omezení, atd., je to první předpoklad k tomu, že na sobě může začít pracovat a negativní stránky své osobnosti změnit. Na základě dobrých znalostí o sobě se v životě i v oblasti pomáhání a porozumění druhým může jedinec snáze orientovat, snáze rozhodovat a být více vyrovnaný sám se sebou.

Základním předpokladem pro úspěšnější pomoc tedy je, aby se pomáhající pokusil o maximální sebepoznání

Kdo o sobě více ví, chápe lépe ostatní a tím pádem je úspěšnější ve svém konání.

1.7 Léčba

Cílem léčby poškozujícího se pacienta je redukce dalších příhod sebepoškozování, redukce touhy škodit si, prevence sebevraždy a zlepšení sociálního fungování a kvality života. Ač se situace v oblasti výzkumu terapeutických modalit a jejich účinnosti v léčbě sebepoškozování v posledních letech zlepšila, stále nelze zcela přesvědčivě vymezit nejúčinnější léčbu poškozujících se pacientů. Jakýkoliv systematický psychoterapeutický přístup k poškozujícím se jedincům, pokud má být účinný, má zahrnovat vytvoření terapeutického vztahu, funkční analýzu chování, kognitivní restrukturační behaviorální intervence. Z psychoterapeutických směrů nalézají v léčbě sebepoškozování uplatnění zejména kognitivně a behaviorálně orientované směry, ale také analyticky či dynamicky orientované směry, respektive směry, které kombinují prvky kognitivně-behaviorální a dynamické, podpůrné psychoterapie. Žádný preparát nebyl schválen pro použití v léčbě sebepoškozování.

Platznerová říká, že „vývoj nenasvědčuje tomu, že by se výskyt sebepoškozování měl v budoucnu snižovat. Je proto potřeba zvýšit povědomí o důvodech a funkcích sebepoškozujícího chování a efektivních diagnostických a léčebných postupech, respektive zkvalitnit diagnostiku, rozšířit terapeutický arzenál, nalézt způsoby předcházení sebepoškozujícímu chování a studii podložit účinnost jednotlivých strategií.“ (Platznerová, 2009, str. 111)

Hlavním cílem je dále podle Platznerové intervence pedagogického pracovníka je posoudit aktuální rizika plynoucí ze sebepoškozování, zejména riziko sebevraždy, docílit zájmu a pomoci rodiny a motivovat k návštěvě psychologa nebo psychiatra,

například v rámci některého z krizových center psychiatrických zařízení, a to co nejdříve- z těch, kdo se následujícím roce po sebepoškozování poškodí znova, tak čtvrtina učiní v prvních 3 týdnech. *„Důležitou roli hraje pedagog i později, v době, kdy jeho svěřenec v ideálním případě dochází k psychologovi či psychiatrovi - je spolu s rodiči opět prvním, kdo pozoruje změny v duševním stavu i přímé následky sebepoškozování a kdo může dále motivovat k práci na sobě a k pokračování v léčbě. Při chybění motivace k odborné psychologické nebo lékařské péči zůstává řešení situace na rodině a pedagozích, oni se stávají „psychoterapeuty“. Štěstím pro poškozujícího se je pedagog s absolvovaným psychoterapeutickým výcvikem“.* (Platznerová, 2008, str.114)

1.8 Doporučení pro děti/dospívající

Dávat sebepoškozujícím se dětem jakákoli doporučení se laické veřejnosti může zdát jako správná cesta, odborníci a všichni kdo si podobnou zkušeností prošli však jistě vědí, že tato cesta nikam nevede. Při hledání správné pomoci je třeba brát v úvahu osobnost dítěte a hlavně problém, který jej trápí. V mnoha případech však dítě o svých potížích odmítá mluvit. Je potom třeba vyhledat odbornou pomoc spojenou s hospitalizací na příslušné oddělení, kde jsou veškeré pohnutky a jejich následky patřičně brány v úvahu. Tam lze také najít obecná doporučení, která se vztahují k této problematice:

- Nepříjemné pocity, které prožíváš, se mohou stupňovat, takzvaně zesilovat a mohou vést k myšlence na sebepoškození. Buď dojde k pokusu to udělat, nebo dané touze odoláš. Lze to zvládnout, neboť po určitém čase začnou tyto pocity slábnout, nebudou tak intenzivní pořád!
- Je však potřeba uvolnit a přesunout své emoce jiným směrem – zdravějším a zralejším způsobem, například vykřičet se do polštáře/nahlas, vyvztekat se, zanádat si. Případně se svěřit kamarádovi, jít si zaběhat, tančit, pustit si hudbu. Účinné je vložit svoje pocity „na papír“, kreslit, psát, aktivně odpočívat.

- Sebepoškozování přináší DOČASNOU ÚLEVU (fyzická bolest přehluší dočasně psychickou bolest), ale postupně se může stát závažným problémem.
 - Každá bolest, starost, trápení se dá řešit a s každým problémem jde něco udělat. Důležité je na to nebýt sám!
 - Pokud nemohou pomoci kamarádi ani rodina, je zde možnost odborné pomoci. Sebepoškozování je informací o tom, že si v danou chvíli nedokážeš poradit se svými starostmi. To není v žádném případě ostuda nebo selhání. V životě každého z nás nastávají někdy situace, které neumíme vyřešit. Proto se nabízí takové formy pomoci, kde jsou odborníci připraveni poskytnout podporu, řešit danou situaci a jakýkoliv problém.
 - Stává se, že někdo má z kontaktu s odborníkem obavy, bojí se, co ho čeká, co se bude dít. „Je to další dospělý“, „Nevynadá mi?“, „Nepošle mě do blázince?“.
 - Lze využít telefonického kontaktu na linku důvěry, napsat e-mail prostřednictvím internetové poradny. Výhodou je možná anonymita. Je však také možné a účinné vyhledat krizové centrum a setkat se s odborným pracovníkem osobně. Odborník může pomoci zorientovat se v daných potížích, rozpoznat a řešit základní problém, který k sebepoškozování vede.
- Někdy je těžké stačit na to sám! Stojí za to pokusit se obavy a případnou nedůvěru překonat a vyhledat odbornou pomoc.
- (<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/problemy-se-sebeposkozovanim.shtml>)

Metodická doporučení podle Jánského:

- pravidelný, pevný režim, stabilní činnost- toto jasně vymezuje požadované „mantinely“
- komunitní systém práce s jedním společným setkáním v týdnu
- setkání je jasně strukturované, s důrazem na terapeutické uchopení vybraného hlavního problému. Stabilní prostředí se zažitými rituály
- komunitě by měla předcházet porada, ne které je jasně definován hlavní problém
- každý večer pravidelně zařazovat v jednotlivých skupinách denní hodnocení, které provádí vždy příslušný vychovatel, možno ukončit relaxačními zklidňujícími technikami

- klubová činnost, která klade důraz na aktivní a relativně samostatný přístup dětí při její přípravě a realizaci
 - v rámci denního režimu neopomínat volné činnosti dětí dle jejich vlastního výběru
 - nabízet pravidelně výběrové pestré zájmové činnosti
 - klást důraz na sportovní a pohybové aktivity
- (Jánský, 2004)

1.9 Možnosti odborné pomoci, kontakty

Jak je zřejmé, odbornou pomoc musejí provádět odborníci. Zejména co se týká duševních pochodů, je třeba opravdu erudovaného přístupu, aby bylo dosaženo nějakého pokroku a pomoc byla účinná. Sebepoškozující se si málokdy umí pomoci sám – jen v některých málo případech si může vypracovat svoje podpůrné rituály, které mu mohou pomoci překonat obtížné stavy. Proto jsou zřizovány instituce, které mohou překonání lehkého akutního stavu pomoci.

1.9.1 Linky důvěry a bezpečí

Linky důvěry a bezpečí jsou zpravidla telefonické nebo internetové organizace, starající se o včasnou intervenci a aktuální pomoc v případě akutní potřeby. Mnohdy je jejich číslo pro klienta bezplatné, což zvyšuje jejich možnosti využití potřebnými klienty. Krizové linky jsou zřizovány ve větších městech, v dnešní době, kdy mobilním telefonem oplývají již děti na prvním stupni základních škol, je jejich dostupnost vysoká. Školení odborníci mohou v případě ataku paniky či potřeby pomoci nabídnout řešení situace, poradit jak se s ní vypořádat, případně odkázat na některé ambulantní pracoviště.

Namátkou vybírám tyto instituce:

Bezplatná linka důvěry pro děti a dospívající: 116 111 (nonstop)
 rodičovská linka: 840 111 234; 606 021 021,

e-mail: pomoc@rodicovskalinka.cz
internetová linka: lb@linkabezpeci.cz

Linka důvěry Dětského krizového centra
linka důvěry pro děti i dospělé osoby: 241 484 149 (nonstop)
chat: www.elinka.iporadna.cz
internetové poradenství: problem@дитеkrize.cz

Povídej – Centrum krizové intervence v Kutné Hoře
telefonická linka důvěry: 327 511 111, 602 874 470
internetové poradenství: linkaduvery@kh.cz

SPONDEA Brno
telefonická krizová linka: 541 235 511, 608 118 088 (nonstop)
internetové poradenství: krizovapomoc@spondea.cz
chat: www.chat.spondea.cz

Modrá linka – linka důvěry nejen pro děti a mládež
telefon: 549 241 010, 608 902 410
e-mail: help@modralinka.cz

1.9.2 Krizová centra, ambulantní zařízení

Ambulantní zařízení slouží k poskytování dlouhodobější péče, než je schopna poskytnout krizová telefonní linka. V mnohých případech bezesporu pomůže vyřešit situaci rozhovorem s odborníkem, zprostředkováním vyšetření a případně stanovením diagnózy.

Dětské krizové centrum Praha – ambulantní pracoviště krizové pomoci
adresa: V Zápolí 1250, Praha 4
telefon pro objednání: 241 480 511
e-mail pro objednání: ambulance@дитеkrize.cz

Centrum krizové intervence Praha
adresa: Ústavní 91, Praha 8
telefon pro objednání: 284 016 110

Centrum SOS Archa Plzeň
adresa: Prokopova 17, Plzeň 301 00
tel: 377 223 221, 733 414 421
e-mail: archa.plzen@diakonie.cz
Povídej – Centrum krizové intervence v Kutné Hoře
adresa poradny pro lidi v tísní: Česká 235, Kutná Hora
telefon: 327 511 111

SPONDEA Brno
adresa krizového centra: Sýpka 25, Brno
telefon: 739 078 078

Rodinná poradna Centra sociálních služeb Ostrava, o.p.s.
adresa: Jahnova 867/12, 709 00 Ostrava – Mariánské Hory
tel: 596 123 555, mobil: 739 424 175
e-mail: kc@css-ostrava.cz

„Sebezhodnocující chování se objevuje ve chvíli, kdy se náš život snaží naučit něco nového a my tuto příležitost promarníme. Naše primitivní impulzy zvítězí nad rozumem, bezprostřední vděčnost nad trvalým uspokojením, úleva nad vyšetřením. Sebezhodnocující chování naprosto jednoznačně začíná snahou ulevit si, cítit se lépe. Tomu říkáme obranný mechanismus. Když jsme postaveni před krizi, nebezpečí nebo potencionálně nepříjemnou situaci, snažíme se chránit. Chopíme se každé příležitosti, která může uvolnit nepříjemné napětí nebo nás ochránit před zraněním a bolestí. V konkrétní chvíli působí toto jednání logicky a účelně a jeho výsledkem může být i dočasná úleva. Ale takové chování se nám bez výjimky vrátí a vytrestá nás. Potom si vyčítáme svoji hloupost, pošetilost a slabost, zatímco jsme ve skutečnosti pouze ztratili přehled nebo směr uprostřed hrozivě vyhlížející nebo zmatené situace.“

(Goulston, Goldberg, 2002, str. 9-10)

2 Dětský domov

Dětský domov patří mezi školská zařízení. Jedná se o instituci, která je zřizována za účelem péče o nezletilé, případně zletilé studující děti, kterým je ze sociálních, materiálních či jiných důvodů soudně nařízena ústavní výchova. Kontakt s rodinou ale nemusí být přerušeny, děti i rodiče mohou být v kontaktu, po přezkoumání OSPODem mohou děti rodinu i navštěvovat, případně u ní na přechodnou dobu pobývat. Rozsudek o nařízení ústavní výchovy je v současné době udělován na dobu 1-2 roky, poté dochází k přezkoumání rodinné situace a v případě změny (a souhlasu dítěte) může být zrušen i před dosažením 18ti let dítěte. Z praxe mnohých vychovatelů vychází skutečnost, že děti bývají svým pobytem doma tak ovlivněny, že po čase stráveném v dětském domově se do rodin mnohdy vrátit nechtějí. Mnohdy je stresuje už samotné pomyšlení na návrat, čekání na soud, ale mnohdy se vazby mezi nimi a rodiči přetrhají díky změnám v chování a návycích, které vznikly během pobytu v dětském domově.

Do dětských domovů jsou přijímány děti od 3 do 18 let (v případě prodloužení ústavní nebo ochranné výchovy do 19 let). Pokud se i po této době zletilý klient dětského domova nadále připravuje na budoucí povolání, má možnost za určitých podmínek setrvat v dětském domově až do ukončení vzdělání, pokud se připravuje na budoucí povolání, (maximálně však do 26 let).

Dětský domov poskytuje péči dětem, které nemají závažné poruchy chování. Tyto děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova.

Posláním dětských domovů je vytvořit dětem takové prostředí, které by co nejvíce přispívalo k harmonickému vývoji osobnosti mladistvého jedince, poskytovalo mu dostatek intimity, jistoty, pocitu pevného zázemí a současně dostatek podnětů a možností k tomu, aby se mohl rozvíjet a uspokojovat citové potřeby.

Mnohé dětské domovy si nastavují svůj režim jako výchovné skupiny - „rodinné buňky“, ve kterých působí jak vychovatelky – ženy, tak vychovatelé – muži. Každá ze skupin v danou chvíli funguje samostatně, v každé se řeší a dějí jiné věci. V mnoha zařízeních si ve skupinách o víkendech sami vaří, učí se starat o své osobní věci – sami si perou prádlo, žehlí apod.

§ 12

Dětský domov

(1) Dětský domov pečuje o děti podle jejich individuálních potřeb. Ve vztahu k dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

(2) Účelem dětského domova je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Tyto děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova.

(3) Do dětského domova mohou být umísťovány děti ve věku zpravidla od 3 do nejvýše 18 let. Do dětského domova se rovněž umísťují nezletilé matky spolu s jejich dětmi.

(Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů)

2.1 Dítě v dětském domově

„Člověk je na této planetě jistě nejúspěšnějším živočišným druhem. Příroda ho stvořila nedokonalým, ale několikrát ho pojistila. Když selže vlastní rodičovství, nenechá (společnost, stát-pozn. SNRP) lidské potomstvo na holičkách, nýbrž pojistí je rodičovstvím novým, stejně biopsychickým jako to vlastní, stejně přírodním a přirozeným, stejně pravým-ba pravějším, neboť pomáhajícím a vpravdě záchranným.“
(Koluchová, Matějček, 2002, str. 101)

Dítě přichází na svět, bezbranné a ve všech ohledech odkázané a na osobu, která o něj bude pečovat. Mělo by dostat péči bezpečí a lásky a samozřejmě by mu měly být uspokojovány všechny základní potřeby.

Pokud se dítě narodí do rodiny, která není schopna mu dát alespoň základní potřeby a lásku, bohužel se dostává do ústavní péče.

Žádné dítě se do dětského domova nedostává svou vinou. Vždy za tím stojí jiný, většinou dospělý jedinec, který není schopen se o dítě postarat. Pokud se dostane do dětského domova z důvodu problémového chování, opět je na vině rodič, který nezvládl jeho výchovu.

2.1.1 Problémové dítě v dětském domově

S trochou nadsázky bychom se nyní mohli zeptat, jsou-li v dětských domovech i jiné děti než problémové. Široká veřejnost je mnohdy pod mediálním tlakem zpravována o tom, že do takových zařízení patří děti, které jsou obtížně integrovatelné, vzdělavatelné, se špatnými návyky a mnohdy s kriminální minulostí. Opak je ale pravdou a ti zasvěcení vědí, že do dětských domovů se dostávají především děti, kterým byla v dětství odepřena láska, porozumění, jistota.

S počátečními problémy při adaptaci na ústavní prostředí se bezesporu potýká každé dítě umístěné do dětského domova. Každý si potřeboval najít svůj vztah k ostatním dětem, k vychovatelům, mnohdy ke vzdělání; vyjasnit si svůj postoj k rodině, která zůstala „tam venku“.

Jánský (2004) navrhl tyto oblasti pro sledování a popis chování dítěte ve výchovném zařízení:

1. Adaptace na zařízení, režim, kolektiv
2. Způsob a míra akceptace požadavků, pravidel, norem
3. Sebeobslužné činnosti - stravování, hygiena
4. Sociabilita - vztahy k ostatním, agresivní tendence, tolerance
5. Emocionalita-zralost emočních projevů
6. Chování při zátěži
7. Reakce na pochvalu, ocenění, projev důvěry
8. Projevy ve volné činnosti-aktivita, kreativita, spolupráce
9. Vztah k autoritě
10. Vztah k dětem-postavení a role v kolektivu
11. Hodnotová orientace, stupeň morálního a charakterového vývoje- na základě popisu konkrétního jednání dítěte v kontextu situace
12. Zájmy a profesní orientace-okruh zájmů
13. Vývoj chování, pozorované změny

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Kazuistiky

Jak již bylo v úvodu uvedeno, praktickou část tvoří kvalitativní šetření a popisuje případy tří klientů z Dětského Domova, jejich rodinnou anamnézu, výsledky vyšetření, chování v zařízení a možnosti pomoci. Popisuje tedy průběh života sledovaných klientů od narození do září 2015 se všemi životními mezníky i okolnostmi, které je nutné při objektivním posuzování případu mít na zřeteli.

„Kazuistika je popis a výklad konkrétních případů, zpravidla místo teoretické analýzy pojmových znaků (například raná římská právní kazuistika). Ve vztahu k moderním vědám užíván jako synonymum pro případovou studii.

Termín je odvozen z latinského slova casus, které má širokou škálu významů: pád, klesnutí, úpadek, zkáza, škoda, pohroma, v některých frázích i v pozitivním významu případ, příležitost, událost; ablativ casu v latině ustrnul v příslovce s významem náhodně. Občas se v češtině vyskytuje chybná podoba slova kauzistika (přesmyk samohlásky u) ovlivněná kontaminací slovem causa, které v latině má významy příčina, důvod nebo podnět a v právu se používá k označení jednotlivých soudně řešených případů.“ (<https://cs.wikipedia.org/wiki/Kazuistika>; cit. 14.3.2016)

Kazuistika se používá především v:

- medicíně jako tzv. případová studie
- klinické psychologii, psychiatrii, sociální práci atd.
- právu, kde označuje výklad práva ve vztahu ke konkrétnímu případu
- etice, kde označuje stanovení zásad pro konkrétní typy případů nebo situací

Vytvoření kazuistiky je součástí druhé etapy sociální práce, a to etapy diagnostické. Diagnostická etapa je zaměřena na zjištění a hledání příčin, které vedly k určitému sociálnímu problému. K diagnóze sociální pracovník dospěje na základě záměrných rozhovorů s jedincem a šetřením v domácnosti. Na základě zjištěných poznatků sociální pracovník vytvoří kazuistiku.

3.1 Klientka č.1, Petra

Rodinná anamnéza

Klientka č.1 se narodila v roce 1994, o rok později se jí narodil bratr. Rodiče sourozenců nejsou manželi, bydleli v bytě 1+1, domácnost byla velmi jednoduše zařízená. O děti od narození pečovala prababička a babička (matka matky). Materiální a sociální zázemí rodiny bylo velmi slabé. Otec ve velké míře požíval alkohol, matka vyhledávala nahodilé vztahy, vždy se někam odstěhovala a opět se vracela zpět. Nad rodinou byl v roce 2003 stanoven soudní dohled, protože děti chodily do školy neupravené, špinavé, zavšivené, nebyly materiálně ani finančně zajištěné, rodiče je ponechávali bez dozoru, nejevili o jejich výchovu zájem. V roce 2004 byl z těchto důvodů podán návrh na nařízení PO a děti byly umístěny do DDÚ a bylo zahájeno soudní jednání o nařízení ÚV. Matka s tímto rozhodnutím nesouhlasila, otec uvedl, že by děti měl raději doma, ale záleží na matce, jak se o ně bude starat. ÚV byla nařízena. Děti byly umístěny do DD. Matku se snažily pravidelně kontaktovat psaním dopisů či telefonováním, matka nikdy neodpověděla, nebyla k zastizení, děti nijak nekontaktovala ani nenavštěvovala. Děti zůstaly odkázány pouze na babičku, která si je pravidelně vyzvedává na prázdniny, narozeniny či jiné příležitosti dosud. Po dvou letech byly děti přemístěny do DDÚ na základě dohody s DD o dlouhodobém výchovně-terapeutickém pobytu. Následně byli oba umístěni do jiného Dětského Domova.

otec – nar. 1955

matka – nar. 1974

bratr – nar. 1995

babička (matka matky) – v kontaktu

Psychologické vyšetření

Z psychologického vyšetření vyplývá, že Petra je dívka hraničních intelektových schopností, IQ nerovnoměrný v rozsahu 72-83, ovlivněno nesoustředivostí, avšak snaha o co nejlepší výsledek. Osobnost adolescentní dívky je jednodušeji strukturovaná, k věku nevyzrálá, s přiměřenou sociální adaptací, snadněji ovlivnitelná a pohotovostí

k nápodobě aktivit, které jsou „zajímavé“, jiné nežli běžné, čímž též potřeba sebe prezentace vzbuzením pozornosti a zájmu okolí (náhražkovité uspokojení citové subdeprivace a přijetí); v rámci toho sebepoškozování s kamarádkou. Též zde zřejmě působí kumulované vnitřní napětí, neklid, které nejsou uvolněny a kompenzovány jiným vhodným způsobem (zájmové činnosti – pohybové či kreativní aktivity atp.). Pod zavedenou kontrolou ze strany vychovatelů a změnou výchovné skupiny dosud sebepoškozování bez recidivy. Parciální náhled na své nevhodné a škodlivé chování má, v rámci toho je i poučitelná, přesto je nutná občasná namátková kontrola ve smyslu pomoci klientce.

Psychiatrické vyšetření

Vyšetření poukazuje na nahodilé skenování dění, sklon zkreslovat realitu s minimální vnímavostí k objektům. Myšlení má nepružné s bizarními prvky, celkové zchudnutí obsahu myšlení. Trpí nedostatkem kontaktu s realitou a chudou emotivitou. Schopnost utvářet vztahy s druhými lidmi je narušena, izoluje se od nich a o sociální kontakt nejeví zájem. Objevuje se zde tedy zvýšená sebekontrola a zaměřenost na sebe. Má obtíže při identifikaci s ženskou postavou. Aktuálně trpí psychotickým onemocněním.

Pobyt v psychiatrické léčebně

Dívka přijata do psychiatrické léčebny pro sebepoškozování, sociální stažení, afektivní labilitu, impulzivitu s agresí a autoagresí (fyzicky napadá přítele, v případě močního vypětí se řeže žiletkou či píchá nebo škrábe špendlíkem, pálí se cigaretou, bouchá rukou do zdi – nedokáže vysvětlit proč; připouští hlasy, mužské i ženské, ale blíže je nedokáže specifikovat).

Počáteční vyšetření

Lucidní, orientovaná, k vyšetření ochotná, spolupracuje, podezíravý pohled, odpovídá adekvátně, místy s latencemi, myšlení koherentní, se zárazy, bez spontánní bludné produkce, auditivní halu ana., dle obj. informací s vlivem chování i prožívání. V tenzi, bez známek hlubší deprese či hypomanie. Bez poruch spánku, příjmu potravy. Bez poruch prosexie či bulie; anhedonie. Akt. bez náznaků agresivního či

autoagresivního chování, anam. auto i heteroagrese. Intelekt orient. abnormní. Abusus návykových II. nezjištěn.

Zpráva z psychoterapeutických skupin

Na počátku dívka obtížně udržela sled dění na skupině, zárazy v myšlení, stažená do sebe, bez emočních projevů. Nechtěla, aby ostatní věděli, jak se má. Postupně zlepšování kontaktu, emoční oživení, dokázala sledovat dění ve skupině. Emotivita přiměřená. Během skupin výrazné zlepšení v kontaktu s ostatními, v projevování emocí a udržení pozornosti.

Průběh pobytu

Při přijetí už poměrně vysoká dávka medikamentů, přesto patrné zárazy myšlení, hypomimie, vymizelá gestikulace, dlouhé pohledy, až katatonie. Poruchy vnímání popírala, až po několika týdnech přiznala, že i zde měla sluchové halucinace. Po změně medikace patrně emoční oživení, ale stále stažená, samotářská, na dotazy odpovídala, sama kontakt nevyhledává, poruchy vnímání neguje. Zlepšená spolupráce, aktivně zapojená, soustředěná. Absolvovala 5-denní dovolenku, 1 den ve škole, pak bolesti břicha, psychosomatické potíže v souvislosti s docházkou, situace pro ni velmi stresující, bez náznaků agresivního či autoagresivního chování. Po návratu měla hematomy na nadrech, nedokáže uspokojivě vysvětlit, přiznává erotické aktivity s přítelem. Na oddělení nadále klidná, stažená, ale bez psychotických prožitků.

Diagnóza

Paranoidní schizofrenie F20.0

Lehká mentální retardace F70.0

Thyreopatie, akt. bez léčby, THS v normě

Samostatnost a sebeobsluha

V hygieně je dívka samostatná, vše zvládá sama, ale je nutný dohled. Zvládá si připravit jednoduché jídlo, ovládá stolování. Mytí nádobí, luxování, otírání prachu zvládá, ačkoli práci nikdy nevykonává z vlastní aktivity. Plní pouze povinnosti, které vycházejí z řádu DD, má je vštípené a dokáže vnímat jejich řád a potřebu. K pracovním činnostem nemá dobrý vztah. Většinou vykoná jednu činnost (vysávání) a dále už

pracovat odmítá, často poukazuje na srovnávání svých povinností a povinností ostatních. Zvládá činnosti, které má naučené, např. cestu do školy. Špatně snáší změny; je přesvědčena o to, že by danou činnost nezvládla. Samostatného nákupu není schopná, osobní věci nakupuje vždy jen s vychovatelkou.

Vzdělávání

O učení nemá velký zájem, její prospěch je slabý, dosahuje podprůměrných výsledků. Je velice nesamostatná, potřebuje neustálou kontrolu, rady a pomoc. Chybí jí motivace, v hodinách je zasněná, nepřítomná. V letošním roce by měla ukončit obor kuchařské práce. Další obor si vybrala ve stejné škole - obor rodinka, zahrnující všeobecnější přípravu na samostatný život. Nerada mění své návyky, nerada si zvyká na nové lidi. Na internátě bydlet nechce.

Volnočasové aktivity

Dívka je bez zájmu o kreativní či sportovní činnost. Na vycházky se musí trochu nutit, sama jde málokdy, a když, tak vždy za nějakým účelem (například nákup pochutin v nedaleké restauraci). Nejraději poslouchá hudbu a bezcílně bloumá po DD. Se svým přítelem na DD tráví čas v závislosti na jeho momentální náladě, vztah je nevyrovnaný, plný výkyvů a zvratů.

Sociální vztahy

Schopnost utvářet vztahy s druhými lidmi je narušena, izoluje se od nich a o sociální kontakt nejeví zájem. Jedinou osobu, se kterou udržuje sociální kontakt, je její přítel, na kterém je velmi závislá a nechá se jím ovlivňovat – hovoří za ní, jedná za ní. Přítel je občas agresivní a nemá problém ji bít. Většinou pláče, ale nakonec se za ním vždy vrací zpět. Mnohokrát se rozešli a opět dali dohromady. Agresivita mezi nimi je celkem častá. V nepřítomnosti přítele komunikuje bez problémů. S vychovateli v DD nemá problémy.

Scholarita

Dívka chodila do základní školy praktické. Po ukončení základního vzdělávání začala navštěvovat odborné učiliště, obor kuchařské práce.

Shrnutí

Petra je téměř dospělá dívka s diagnózou paranoidní schizofrenie, lehkou mentální retardací, thyreopatií, která do svých jedenácti let žila se svými rodiči, bratrem, babičkou a prababičkou ve společném bytě 1+1. Po všech vyšetřeních a následných posouzeních jí byla nařízena ústavní výchova. Nyní žije se svým bratrem v dětském domově. Sourozenci mají nadále pěkný vztah, oba se pravidelně stýkají se svou babičkou, která o ně, na rozdíl od jejich rodičů, stále jeví zájem. Dívka se vzdělává dle svých individuálních možností. Má dlouhodobý nevyvážený vztah s chlapcem ze stejného dětského domova.

Je těžké odhadnout, jak v budoucnosti zvládne život venku, jeví se být spíše nesamostatná a v současném světě ztracená. Zatím není schopna popsat žádné další životní cíle, budoucnost vidí pouze v horizontu několika příštích týdnů. V dětském domově může zůstat do svých 26 let, pokud bude studovat. Vytyčila si tedy cíl dostudovat svůj obor a dále pokračovat v dalším vzdělávání v jiném oboru, což jí umožní jednak více možností při potencionálním profesním uplatnění (např. v chráněné dílně), a také jistotu, že prozatím bude moci v zařízení ještě setrvat. Vychovatelé její úsilí podpoří všemi svými silami, neboť si jsou vědomi, že po jejím odchodu z dětského domova bude život „tam venku“ pro ni velmi těžký.

3.2 Klientka č. 2, Lucie

Rodinná anamnéza

Klientka č. 2 se narodila v roce 1997. Má staršího bratra.

Pocházejí z neúplné rodiny, žijící v malém bytě v neuspokojivých hygienických podmínkách, s finančními problémy. Matka dlouhodobě léčena se schizofrenií, aktuálně stabilizovaná, PID z psych. indikace. Absolventka pomocné školy, vyučená švadlena. Žije se starším přítelem po CMP. Se schizofrenií léčena i matka matky.

V roce 2008 byla po dohodě s matkou umístěna v Klokánku, přechodně pak ještě nedlouhý čas setrvala v péči matky, v 10/2008 umístěna se starším bratrem do DDÚ pro záškoláctví, toulání, nerespektování autority matky. Od 12/2010 DD.

Bratr bez větších výchovných potíží. Je v pravidelném kontaktu s matkou. S otcem byla v kontaktu v roce 2013 v létě, vrátila se předčasně.

Matka upřednostňovala syna. Klientku týrala-bila, škrtila, nechávala ji samotnou doma. Neměla o ni zájem, nevadilo jí, že je dcera ve škole šikanována.

otec-nar.1973

matka-nar.1976

bratr-nar.1996

Psychologické vyšetření

Lucie je dívka s disharmonickým vývojem osobnosti, emočně nestabilní, vyrůstající v dětském domově. V posledních letech se objevuje restriktivní postoj k jídlu s tendencí k hladovění a následnému přejídání. Vzhledem k těmto obtížím pravidelně navštěvuje dětského psychiatra. Potřebuje pozornost okolí, je lehce zranitelná. Emoční naladění kolísá. Někdy je dívka dobře naladěná a spolupracující. Jindy se objevuje negativismus, tenze, zlost, provokuje okolí a projevuje tendence manipulovat a prosazovat si svou. Častá je citová frustrace. Karolína hledá bezpodmínečné citové přijetí od okolí. Touží po stabilním prostředí, kde nebude pocíťovat odmítnutí a kde budou respektovány její potřeby. Zároveň však potřebuje důsledné a laskavé vedení vychovatelů, podporu sebereflexe a náhledu na své chování.

Rozumové schopnosti dívky se pohybují v pásmu normy. Aktuálně je studentkou druhého ročníku výběrové střední školy. Učivo zvládá v rámci svých možností. Ve volném čase chodí plavat. Dříve navštěvovala oddíl gymnastiky a později atletický oddíl a dramatický obor v ZUŠ.

Psychiatrické vyšetření

Od roku 2011 popisován vzdor, sebeprosazování, záchvaty zlosti, agresivity, pláče. Útěk z DD. Byla u psycholožky, zklidnila se. V 12/2012 problémy s jídlem, zvracení-vyšetřena v PA-medikaci odmítla, negativistická, v jídelním režimu nespolupracovala.

Lékařská zpráva I

15.01. 2013

Dítě vyšetřeno na doporučení DL pro úbytek hmotnosti, zvracení, amenorheou, progresi stavu ve smyslu deprese, sebepoškozování.

Přivezena v doprovodu vychovatele DD, kde je od počátku problémová pro náladovost, emoční nevyrovnanost, sklony k výbušnosti, konfliktní v komunikaci s okolím, dětmi i vychovateli. Ve škole studijně zvládá dobře. V chování stále horší projevy, od výbuchů zlosti, po nevhodné upozorňování na sebe, agresivita vůči okolí, neochota v plnění dohod, nově se přidaly problémy se životosprávou. Vůči dětem zvýšené agresivní chování, spolubydlící s ní nechtějí bydlet pro nesnášenlivost a její hrubé chování, vulgární bývá i na autority. Restriktivní postoj k jídlu, úbytek hmotnosti. V 12/2012 vyšetřena DL, zde zjištěn úbytek z hmotnosti 5 kg od 10/2012, současně zjištěny na předloktí známky sebepoškozování žiletkou. Problémem je její náladovost, vzpurnost, potřeba pozornosti od okolí, nevydrží soustavně fungovat, potřeba změny.

Závěrečná diagnóza: F.92.0 smíšené poruchy chování a emocí.

Pobyt v psychiatrické léčebně

26.03.2014

Při přijetí: lucidní, orientovaná kompletně správně. Kontakt naváže ochotně, spolupracuje. Řeč srozumitelná, asuicidální, bez tendencí k sebepoškození, sebepoškozování anamn. Emoční labilita. Poruchy vnímání nepřítomny. Myšlení

koherentní, přiměřeného tempa, bez paranoidity a bludů. Pozornost bez narušení. Spánek bez narušení. Restriktivní postoj k jídlu, následné přejídání a zvracení, úbytek váhy, chátření, nedostatek energie. Krádeže jídla, manipulace, lži. Redukce zájmů a sociálních kontaktů. Problémy s respektováním autorit. Kognitivní funkce a intelekt v pásmu průměru. Osobnost nezralá, s emočně nestabilními rysy, disharmonicky se vyvíjející.

Průběh hospitalizace:

Po přijetí v režimu pro poruchy příjmu potravy, spolupracuje, 24.4. dosáhla cílové váhy. Pro zhoršené usínání podáván dočasně Prothiaden s dobrým efektem. V kolektivu dívek se chovala nadřazeně, byla egocentrická, náladová, často uznávala jen svůj pohled na věc, k autoritám často v opozici, kritiku nepřijímala nebo přijímala jen velmi obtížně, urážela se, chovala se arogantně, povýšeně, měla tendence šikanovat slabší-obzvláště pokud k tomu měla spojence, občas smlouvala o jídle, k sestřičkám byla drzá, nepříjemná. Absolvovala několik léčebných propustek do DD, některé zvládala dobře, některé s opětovnými problémy s jídlem, zvracením a hubnutím (dekompenzovala po návštěvě facebooku). Poslední týdny pobytu si zde již váhu držela, nehubla, nezvracela, při polovičních porcích příloh jedla bez výraznějších problémů. Koncem pobytu byla zařazena do hipoterapie, kde byla povětšinou bez zájmu, uzavřená, spolupráce omezená, náznaky agrese, celkově s negativistickým přístupem, který se zlepšil až při jízdě na koni, kterou si užívala.

Závěrečná zpráva z psychoterapeutických skupin:

Dívky byla zpočátku celkem vstřícná, dokázala si pro sebe zabrat hodně prostoru, ráda o sobě mluvila. To, co si myslí, dávala najevo zejména neverbálně, zároveň však tvrdila, že si nic takového neuvědomuje. Nebyla ochotná vyvíjet příliš aktivity k tomu, aby si pobyt na oddělení něčím zpříjemnila. Většinou nebyla přístupná jinému názoru, svůj pohled na věc nebyla ochotná měnit. Kontaktní masážní techniky jí nebyly příjemné. Její počáteční projev byl většinou nevrlý, postupně, když si situaci lépe prohlédla, dokázala být přístupnější. Působila, jako by se jí dění ve skupině netýkalo, jako by byla na okraji dění.

Závěrečná zpráva z individuálních pohovorů:

Při snaze se k dívce nějak přiblížit byla na oddělení odtazita, nechtěla k sobě nikoho pustit. Když se však dostala do situace, kterou neuměla vyřešit a její pocity již byly neúnosné, požádala si sama o pohovor (po nezvládnuté dovolence). Záleží jí na hodnocení ostatních, nedokáže být jen sama se svými myšlenkami, ve chvílích, kdy pocituje nudu se objevují bulimické úvahy. Chybí jí láska a rodina, snaží se na ostatní působit drsným a nepřístupným dojmem, ale vnitřně ji trápí spousta věcí. Svůj neverbální projev vůči ostatním nevnímá jako negativní, většinou si ale tímto projevem zavírá cestu k druhým lidem, kteří ji mohou vnímat jako povýšenou, nafoukanou.

Lékařská zpráva II

18.07. 2014

Přichází v doprovodu pro bolest břicha. Včera 17.7.2014 kolem poledne spolkla hygienický tampon, protože chtěla zmírnit hlad, bojí se přibrat váhu.

Dnes od rána si stěžuje na bolesti břicha, charakteru křeče a tlak v L. mesogastrii.

Závěrečná diagnóza: F.50.2 mentální bulimie

Lékařská zpráva III

28.10. 2014

17letá dívka byla krátce hospitalizována pro exkoriace na levém předloktí, které si způsobila sama v údajném sebevražedném úmyslu v časných ranních hodinách, po výměně krátkých textových zpráv s přítelem. Exkoriace byly lokálně ošetřeny. Na dívce nebyla shledána interní pediatrická choroba a byla po 12 hodinovém pobytu předána zpět do péče DD.

Závěrečná diagnóza: F99 duševní porucha

Lékařská zpráva IV

14. 4. 2015

Dostavila se akutně v doprovodu psychologky DD pro TS medikaci ve krizové osobní situaci, kdy spolýkala větší množství Ospenu, povrchově se pořezala na levé paži a pravém stehně. Nyní všeho lituje, vysvětluje únavou z onemocnění-angína,

stresem, je jí ze všeho špatně, trápí se, nemůže spát, souhlasí s medikací, mrzí ji, co provedla.

Závěry psychologického vyšetření:

Dívka si rychle zvykla na prostředí ODP, byla zde ihned (na rozdíl od bratra) od počátku pobytu v DDÚ. V dětském kolektivu si vybudovala brzy pozici sociometrické hvězdy, a to především pro svůj pěkný vzhled. Chlapci ve skupině se jí začali dvořit a rivalizovat mezi sebou. Dívka si svého vlivu "žensky užívala", dávala naději všem zúčastněným, přestože se jí líbil především jeden z nich. Užívala si "opečovávání", galantnost chlapců. Tyto zkušenosti napravovaly dívčinu pošramocenou sebedůvěrou, se kterou přišla z míst bydliště. Tam ve škole patřila k outsiderům třídy. Tvrdila, že byla ve třídě odmítána, vše susp. na pozadí její aktuální rodinné situace - byla dítě casus socialis - často měnící školy, chodící neupravená, špinavá, bez pomůcek atd. Podle dívčiny jediné kamarádky byla ovlivněna staršími děvčaty ve vesnici, se kterými se toulala. Doma měla časté konflikty s matkou, které dívka řešila vzdorem a negativismem vůči ní. Před příchodem do DDÚ již matku v podstatě nerespektovala, nepřijetí ve školním kolektivu řešila záškoláctvím. Matka výchovu dcery často delegovala na staršího syna, zatěžovala ho rodičovskými povinnostmi, stavěla ho do pozice svého partnera. Dívka na bratra žárlila, dělala matce i bratrovi naschvály.

Vztahy mezi sourozenci byly na začátku v ODP plny nezdravé ambivalence a postupně se rovnaly. I zde při návštěvě dokázala matka upřednostnit pouze syna, dceři dát najevo nezáměr a odmítání. I ve vztahu k otci, který se v průběhu pobytu dětí u nás o ně zajímal, byl diplomatictější syn úspěšnější než impulzivní dcera. ta velmi rychle "vtrhla do konfliktu" s problematickými rodičovskými autoritami.

Matka i otec jsou osobnosti velmi nezralé, susp. oba s psychiatrickou zátěží, výchovně nekompetentní. Ani jeden není schopen zajistit dětem stabilní prostředí. Dívka i chlapec byli opakovaně zklamáváni jejich nesplněnými sliby, negativní zkušenosti s nimi atd. Nové pro ně u nás bylo především to, že se mohli se svými city podělit s pracovníky ODP. Byla jim dána možnost pojmenovat svoji životní situaci, byla s nimi řešena i jejich budoucnost. Děti se postupně vyrovnávaly s tím, že dětský

domov jim může po určitou dobu jejich dospívání nahradit nefunkční rodinu a že oni by měli držet pospolu jako sourozenci. Jejich sourozenecká vazba se v průběhu měsíců velmi posílila. Bratr byl "odbřemeňen" od pseudootcovských starostí o sestru, sdílel se sestrou stejné radosti i zklamání. Dívka se vztahovala k bratrovi pro ochranu, radu i pomoc.

Kontakt s psychologem ODP byl u dívky zpočátku trochu odtahitý, postupně si chodila pro přijetí, pomazlení, ráda se chlubila svými úspěchy. Ve skupině byla zvolena mluvčím. Svoji pozici prožívala, zlobila se na děti, které chování ve skupině narušovaly a žádala radu psychologa, co má v dané situaci dělat. Byla otevřená, velmi sdílná, důvěřivá. Podléhala však i své náladovosti. Byly i dny, kdy byla v komunikaci velmi úsečná až hubatá, urážela se, nekomunikovala.

Lucie je pubertální osobnost s disharmonickým vývojem na bázi výrazné výchovné insuficience rodinného prostředí, nelze ignorovat i genetické faktory (rodiče s psychiatrickou zátěží-viz rodinná anamnéza). Do DDÚ přišla s výrazně nízkým sebepojetím, které postupně rovnala. Byla plna obraných mechanismů, rychle se uchýlovala do negace, vzdoru na pozadí úzkosti. Tyto projevy se časem mírnily, ale stále je však plna agrese. Ve struktuře osobnosti dominuje pudový potenciál. Dívka je impulzivní, v případě ohrožení svého já útočná, zraňující ostatní. Dokáže i skrytě manipulovat, ubližovat. Je schopna žárlit na děti, kterým by se dostávalo více pozornosti než jí. Nese typické znaky dlouhodobě citově strádajícího dítěte" je citově nedosycená, vztahovačná, struhující pozornost na sebe. V individuálním kontaktu je dívka šťastná, spolupracující, vděčná za pochvalu.

Náladovost dívky není jen odrazem puberty, je spíše výrazným rysem její povahy. V citovém prožívání registrujeme určitou mělkost citů, sebestřednost, jako následek dlouhodobější citové deprivace.

Intelekt dívky je situován celkově do pásma slabého průměru s mírně lepší úrovní složek názorových, ve struktuře intelektu je patrna výchovná zanedbanost. Průměrné je porozumění sociální. Slabá je úroveň všeobecných znalostí, je však třeba brát i v úvahu její pozdější zaškolení. Výrazně slabé jsou počtářské dovednosti. Chybuje v násobilce, počítání je provázáno výrazným psychomotorickým neklidem. Průměrná je úroveň pojmového myšlení. Lehce podprůměrný je slovník děvčete.

Výkony v jednotlivých subtestech neverbální části testu jsou rovněž nerovnoměrné. Průměrný je zrakový postřeh. Podprůměrný je výkon v konstrukčních úlohách. Slabý

výkon dosahuje dívky v řazení obrázků podle dějových souvislostí. Průměrná je naopak plošná a prostorová představivost.

Při vyšetření je nutné dívku motivovat, chválit, při nezdaru ztrácí chuť pracovat, nevěří si. Ke konci vyšetření intelektu je již značně unavená.

Ve škole vzhledem k intelektu bude patřit spíše k slabším žákům ve třídě. V ODP se však učila pracovat vytrvale. Byla i pečlivá, zejména při výtvarných činnostech. Pochvala ji hodně motivuje.

Shrnutí

Lucie v adaptační fázi pomalu přivykala novému kolektivu dětí a režimovým prvkům. Její chování bylo zpočátku opatrné až úzkostné. Byla spíše tichá, málomluvná, působila nejistě. Nesnášela kritiku svého chování. Při slovní výtce k její osobě byla náladová, zamračená, cítila pocit křivdy, obviňovala ostatní, že ji ubližují. V kolektivu dětí se držela stranou, často dávala najevo svou nedůvěru k dospělým i k ostatním dětem. Zkoušela, co si může dovolit a své chování přizpůsobovala dle požadavků výchovných pracovníků.

K organizovaným a řízeným činnostem zpočátku přistupovala s ostychem, bála se kritiky, neuměla být spontánní a dávat najevo své pozitivní emoce, neuměla pochválit druhého. Měla problém spolupracovat s ostatními dětmi. Pracovní návyky měla osvojené pouze povrchově. Často se do práce musela slovně pobízet, zvláště, když jí činnost nebavila. Asi po třech týdnech si zvykla na režimové prvky ústavní výchovy a našla si svoji pozici ve skupině. Zlepšil se její přístup k manuální práci a dnes se již do práce nemusí pobízet a nutit, vždy se zapojí, umí si o ni říci i sama. Většinou je to však účelové, chce na sebe upozornit, být slovně oceněna, mít pozornost dospělého.

Přípravu do školy na začátku svého pobytu zvládala obtížně, jen s individuální pomocí vychovatele, nevěřila si a často žádala o pomoc a nápovědu. Soustředěnost byla u dívky pouze krátkodobá, velmi rychle se unavila. Měla strach požádat někoho o radu pomoc, málo sdělovala své pocity. Když zažívá úspěch a je slovně oceňována, tak pracuje s větším úsilím. Dnes je už při školní přípravě zcela samostatná, vyžaduje pouze

zrakovou kontrolu a vysvětlení školní látky které nerozumí. Zadanou písemnou či slovní přípravu ze školy dokáže dokončit.

Její sociokulturní návyky jsou nyní na požadované úrovni. Stoluje podle zásad etiky. Jen občas má problém s udržováním pořádku na pokoji, zapomíná své svršky oděvů a neví, kam si je zrovna dala nebo nechala. Hygienu vykonává pravidelně a samostatně.

Zátěžové situace nevyhledává, spíše se jim snaží vyhnout. Pokud se ale zapojí do konfliktu, například hádky, jedná impulzivně, může křičet, ale častěji reaguje tím, že se urazí, uteče, a nebo pláče. Ve struktuře osobní dominuje pudový potenciál a infantilní chování. Velmi špatně zvládá neúspěch v činnostech, a to se velmi negativně projevuje v jejím chování, její obranné mechanismy jí velí odmítat komunikaci, urazit se, odejít a za sebou řádně bouchnout dveřmi, plakat, svádět svou vinu na druhé. Má malou sebedůvěru. Je lehce ovlivnitelná silnějším jedincem, jak pozitivně, tak negativně. Často se v jejím chování objevuje náladovost, někdy i vzdorovitost, podle toho, jak je naladěna.

Ve skupině dětí, do které v současné době patří, je celkem oblíbena, zastává funkci mluvčí. Když jsou v kolektivu starší chlapci, ráda je středem pozornosti. Při řešení složitých situací spoléhá na radu dospělého. Rozumové schopnosti má průměrné.

Osobní volno tráví spíše u pasivních činností. Často svoje aktivity střídá, nedokáže najít nějakou činnost, která by ji zaujala a byla by pro ni trvalejšího charakteru. Ráda kreslí, poslouchá moderní hudbu, sportuje, tančí, čte časopisy pro dívky, hraje na PC hry, ale v žádné činnosti zvlášť nevyniká.

V DDÚ měla i sourozence, staršího bratra. Byli umístěni v jiných výchovných skupinách. Ona sama se zpočátku nesnažila s bratrem setkávat a spolupracovat. Až po delší době se podařilo vytvořit u ní zájem o bratra a dnes se již pravidelně navštěvují a prožívají spolu společné chvíle.

Na počátku svého pobytu byla v telefonickém i osobním kontaktu se svojí matkou a otcem. V současné době má pravidelné návštěvy, prázdninové a víkendové pobyty pouze se svou matkou, otec ztratil zájem.

3.3 Klientka č.3, Simona

Rodinná anamnéza

Klientka č.3 narozena ze 7. gravidity, p.h. 3750/50cm. Byla jen krátce v rodině, pak pobyty v kojeneckých ústavech. Od 16.9.1999 v DD, kde měla tři starší sourozence. V rodině se pravidelně požíval zvýšeně alkohol, zvláště otec byl pod jeho vlivem agresivní. Děti byly vystaveny hrubého zacházení otce, v péči o ně byly shledány velké nedostatky, jejich výchova byla vážně narušena. Po narození byla dívka umístěna do kojeneckého ústavu. Rodiče v této době byli silně motivováni k abstinenci snahou získat dívku do své výchovy, byl vypracován znalecký posudek a probíhalo rozsáhlé dokazování. Bylo shledáno, že nároky na výchovu všech dětí v rodině jsou hraniční, vyčerpávající. Na základě znaleckého posudku a změny chování rodičů byl nad dívkou stanoven dohled. Péče rodičů byla na velmi nízké úrovni, děti neměly zajištěny základní potřeby, rodiče stále požívali alkohol, vyskytovalo se agresivní chování, opakovaně zde zasahovala policie. V r 1998 byla dětem nařízena ústavní výchova a dívky byla umístěna do kojeneckého ústavu, později do DD.

Rodiče dívky žijí v družském poměru, matka měla z předešlých vztahů syna a dceru, s otcem dívky ještě dalších 5 sourozenců. Téměř všechny děti byly z rodiny odebrány a prošly ústavní výchovou.

dívka- nar.1996

otec- nar.1955

matka- nar.1966

uváděno 7 sourozenců

Osobní anamnéza

Dívka od narození (s výjimkou krátkého údolí v jednom roce věku) vyrůstala v ústavní péči, což zásadní měrou- spolu s neurologickým onemocněním- poznamenalo vývoj její osobnosti. V raném dětství neměla možnost vybudovat si přiměřený emoční vztah k jednomu "svému" dospělému, což se projevoval tím, že byla "lepivá" na všechny blízké osoby, přičemž její vztah k nim nebyl nikterak hluboký. Nyní má silně ambivalentní vztah k jediné "tetě" z dětského domova, který se projevuje neustálým vyhledáváním kontaktu s ní, psaní velkého množství SMS textových zpráv na mobilní

telefon, zároveň však nadávkami, negativistickým chováním a žárlivostí na jiné děti. Velmi silná je tendence úniku do nemoci nebo tendence použít nemoci jako prostředek získání pozornosti.

Ostatní vychovatelé a učitelé hodnotí dívku jako ochotnou, pracovitou a snaživou. Velmi ji motivuje pochvala. Sešity nosí upravené a snaží se být naučená, do školy se připravuje samostatně a pravidelně. Dbá o osobní čistotu a pořádek ve svých věcech. Má kladný vztah k práci. Přesto byly v jejím vývoji patrné občasné výkyvy v chování

Psychiatrické vyšetření

Vyšetřovaná je lucidní, orientovaná správně. Spolupracuje, je však třeba klást jednoduché dotazy, aby dobře porozuměla. K vyšetření přistupuje ochotně, v chování společenská, odstup udržuje. Řeč dobře srozumitelná, slovní zásoba dostatečná, používá hovorovou mluvu bez vulgarismů. Během vyšetření se usmívá, občas přestřeluje odpovědi, vymýšlí si, nadsazuje. Trpí poruchou intelektu, který se nachází v pásmu lehké mentální retardace. Trpí disharmonickým vývojem osobnosti od mladšího školního věku, s podílem možného genetického ovlivnění ze strany obou rodičů, mentálního omezení a citové deprivace a zanedbávání základní péče o její potřeby od jejího narození.

Poruchy chování, které se u vyšetřované projevují od mladšího školního věku lze diagnosticky uzavřít jako poruchy chování nesocializované F 91.1 dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Tyto poruchy chování souvisí s disharmonickým vývojem její osobnosti, mentálním deficitem.

Shrnutí

V průběhu vývoje dívky se objevilo anorektické chování, při výrazné školní zátěži krádeže a negativistické chování, s nástupem puberty výkyvy nálady a tendence k sebepoškozování, kdy dominovala snaha na sebe upozornit. Někdy se dostane do konfliktu s mladšími dětmi, pak na ně křičí, pobíhá po domově, hlasitě vulgárně ventiluje emoce, sedá si do okna a vyhrožuje, že skočí. Čas od času taková situace přijde, pak jí to trochu mrzí, chodí za vychovatelkami a omlouvá se.

Simona má tendence úniku do nemoci nebo využívá nemoci k získávání pozornosti od okolí. Ráda využívá služeb zdravotnice v Domově, často se nechává vážit, měřit tlak.

Ve škole při praktických činnostech je snaživá, teorii zvládá s problémy; navštěvuje však školu pro děti s poruchami učení, takže zažívá i pocity úspěchu, se kterými se potom ráda pochlubí.

Přetrvávají problémy v začlenění se do kolektivu vrstevníků ve výchovné skupině. Autoritu respektuje, má ambivalentní vztah k jedné z vychovatelek, kterou více vyhledává a kvůli ní žárlí na ostatní děti. S nástupem puberty se objevují první případy občasného sebepoškozování, tím na sebe přivolává pozornost okolí. Často se pořeže při holení nohou, rány bývají docela hluboké, vyžaduje několikeré ošetření. Pokud má nějakou malou ranku či boláček, dokáže je rozškrábat až do hluboké krvavé rány. Dělá jí dobře, když jí někdo ošetřuje a věnuje pozornost jen jí.

Závěr

Téma sebepoškozování je velmi obsáhlé a možností zkoumání příčin a důsledků mnoho. Je to však také téma velmi odborné, přesahující profesi vychovatele, vyžadující spíše psychologickou či psychiatrickou intervenci.

Se všemi pozorovanými klientkami probíhal v rámci šetření klidný, volný rozhovor. Každá odpovídala, že své sebepoškozování provádí dobrovolně a vědomě, v té chvíli jim to prostě přijde jako dobrý nápad, který přijde po nějakém psychickém vypětí, ocitne-li se v situaci, která se jí v tu chvíli zdá z jakéhokoliv důvodu bezvýchodná, nebo se prostě nudí a potřebuje na sebe více přitáhnout osobnost okolí.

Všechny tři dívky se shodly na skutečnosti, že pro to, aby se dále nesebepoškozovaly, potřebují být stále něčím zaměstnané, aby mohly přemýšlet o jiných věcech než o sobě. Nejdůležitější pro jejich další život tedy je, aby jim bylo stále nabízeno co největší množství aktivit, které budou vyhovovat jejich momentálním náladám a hlavně vycházet z jejich vloh a nadání, aby se mohly rozvíjet a zaměstnávat činnostmi, které je svým způsobem naplňují. Je nutné jim nabídnout velmi širokou škálu činností, aby se mohly „najít“ a objevit v sobě tu činnost, která jim bude v obtížných situacích pomáhat i v době, kdy již nebudou klientkami Dětského Domova. Vychovatelé mají velmi nelehkou pozici, neboť ani jedna z dívek nemá svého koníčka, žádná z nich se pravidelně nevěnuje nějaké činnosti, a ačkoli je jim každodenně nabízeno několik alternativ činností, je pouze na nich jestli se zapojí. Jestliže však ten den nemají dívky tu správnou náladu, zapojit se nemusí, a nastávají rizikové chvíle.

Dále je pro případy sebepoškozujících se dívek velmi důležitý pevný denní režim, ve kterém mohou spatřovat jistotu každého dne a který jim tedy může nabízet opěrné body i v těch chvílích, kdy nejsou v psychické pohodě. Postoj, kdy si mohou dělat, co chtějí, a nemají žádný režim se většinou nevyplatil. Pokud mají různé aktivity a podporu v různých koníčcích, jejich psychika je v klidu, a nemají potřebu utíkat do svých světů. Ve všední den, kdy navštěvují školu, pak se vrací do Domova, plní si své školní povinnosti a zapojují se do každodenních činností je jejich volný čas zaplněn téměř beze zbytku. Víkendy však bývají věnovány odpočinku, duševní hygieně a čerpání psychických i fyzických sil, děti nejsou do činností nuceny a nejsou svazovány tolika Domovním řádem stanovenými povinnostmi. Je tedy jen v rukou

vychovatelů, zda se jim podaří svěřené klienty motivovat a zaměstnat tak, aby jejich potíže ustupovaly, a byly případně schopné si samy vytvořit metodu, jak je překonat bez poškozování vlastního těla.

Sebepoškozování je diagnóza, která se může v různých formách přihodit každému člověku v kterémkoli věku. Překonávání pocitu, že si musím ublížit, aby se můj život změnil, nebo abych se vyrovnala s nastalou situací, je každodenní záležitostí, a jen vlastní pevnou vůlí, pocitem bezpečí a klidu a jiným zaměstnáním mysli lze dojít ke kýženým výsledkům.

Seznam použité literatury:

GOULSTON, Mark, GOLDBERG, Philip. *Nestůj si v cestě: jak si poradit s hněvem, sebelítostí, váhavostí*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2002, 153 s. Periskop (Lidové noviny). ISBN 80-7106-441-6

HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese. Tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Portál, 2006. 119 s. ISBN 80-7367-107-7.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-7178-303-x.

HASS, Aaron. *Morální inteligence: Jak rozvíjet a kultivovat dobro v nás*. Praha: Columbus, 1999. 152 s. ISBN 80-7249-010-9.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

JANSKÝ, Pavel. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004, 169 s. ISBN 80-7041-114-7.

KOLUCHOVÁ, Jarmila a Zdeněk MATĚJČEK (ed.). *Osvojení a pěstounská péče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 155 s. ISBN 80-7178-637-3.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-492-X.

KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 174 s. Psyché. ISBN 978-802-4723-334.

PLATZNEROVÁ, Andrea. Sebeпоškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha, 2009, 159 s. ISBN 978-807-2626-069.

PLATZNEROVÁ, Andrea. Autoagresivní chování. Praha, 2008, Časopis Prevence, ročník 7, číslo 6

PREKOPOVÁ, Jiřina. *Empatie: Vcítění v každodenním životě*. Praha: Grada, 2004. 131 s. ISBN 80-247-0672-5.

STRIEŽENEC, Štefan. *Slovník sociálního pracovníka*. Trnava: AD, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X.

ULBERTOVÁ, Zuzana. Sebeпоškozování u dětí a dospívajících. Praha, 2010, Časopis Prevence, ročník 5, číslo 5

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů)

INTERNETOVÉ ZDROJE:

Problémy se sebeпоškozováním [online]

Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/problemy-se-sebeposkozovanim.shtm>
[cit. 14.12. 2015]

Sebeпоškozování [online]

Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Sebeпоškozování> [cit. 12.1.2016]

Kazuistika. [online]

Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Kazuistika> [cit. 13.3.2016]