

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

2015

Mgr. Egon Stříhavka

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální pedagogiky

Sebepoškozování dětí a mládeže umístěných v systému náhradní výchovné péče

Bakalářská práce

Autor: Mgr. Egon Stříhavka
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na etopedii
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Kalibová



Zadání bakalářské práce

Autor: Mgr. Egon Stríhávka

Studium: P1258

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na etopedii

Název bakalářské práce: **Sebepoškozování dětí a mládeže umístěných v systému náhradní výchovné péče**

Název bakalářské práce AJ: Self-harming of children and youth placed in a system of substitute care

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce se bude zabývat charakteristikou systému náhradní výchovné péče, jednotlivými zařízeními, ve kterých se bude realizovat samotný výzkum ? diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav a středisko výchovné péče. Dále se práce bude zabývat samotnou problematikou sebepoškozování, bude pojednávat o druzích tohoto sociálně patologického jevu, příčinách, výskytu a také o preventivních aktivitách, které jsou v současnosti využívány. Jako metody bádání byly zvoleny obsahová analýza textu případových studií ? kasuistik dětí a dotazníkové šetření. Dotazníky budou adresovány jak dětem a mládeži, tak i jejich učitelům a vychovatelům. V závěru práce bude vytvořen optimální návrh terapeutického programu.

Anotace:

Práce se bude zabývat charakteristikou systému náhradní výchovné péče, jednotlivými zařízeními, ve kterých se bude realizovat samotný výzkum ? diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav a středisko výchovné péče. Dále se práce bude zabývat samotnou problematikou sebepoškozování, bude pojednávat o druzích tohoto sociálně patologického jevu, příčinách, výskytu a také o preventivních aktivitách, které jsou v současnosti využívány. Jako metody bádání byly zvoleny obsahová analýza textu případových studií ? kasuistik dětí a dotazníkové šetření. Dotazníky budou adresovány jak dětem a mládeži, tak i jejich učitelům a vychovatelům. V závěru práce bude vytvořen optimální návrh terapeutického programu.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Kalibová

Oponent: PhDr. Alena Dědečková

Datum zadání závěrečné práce: 7.1.2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval (pod vedením vedoucího bakalářské práce) samostatně a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 6. 11. 2015

Poděkování:

Děkuji především Mgr. et Mgr. Petře Kalibové, vedoucí práce za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad, připomínek a materiálových podkladů k bakalářské práci. Poděkování patří také pedagogickým a odborným pracovníkům z jednotlivých zařízení za ochotu a spolupráci při sběru dat a při koncipování práce samotné.

Anotace

STŘÍHAVKA, Egon. *Sebepoškozování dětí a mládeže umístěných v systému náhradní výchovné péče*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. 2015. 68 s. Bakalářská práce.

Cílem bakalářské práce je zjištění a interpretace míry výskytu sebepoškozování v systému náhradní výchovné péče. Chci podat výstižnou charakteristiku systému náhradní výchovné péče, popsat zákony a jednotlivá zařízení, které se danou problematikou zabývají a ve kterých bylo realizováno výzkumné šetření. V následující části se budu zabývat sebepoškozováním, jeho terminologií, výskytem, diagnostikou, metodami, nástroji, příčinami, funkcí, léčbou a aktuálním stavem v systému náhradní výchovné péče. V neposlední řadě se chci zabývat mírou výskytu sebepoškozování u dětí a mládeže umístěných ve zmíněných zařízeních. V závěrečné části se chci zabývat návrhem terapeutických postupů u sebepoškozujícího se jedince.

Klíčová slova: systém náhradní výchovné péče, sebepoškozování, terapie

Annotation

STŘÍHAVKA, Egon. *Selbstverletzung den Kindern und Jugendlichen im System Alternativ Erziehungspflege platziert*. Hradec Králové: Pädagogische Fakultät der Universität Hradec Králové, 2015. 68 s. Bachelorarbeit.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist die Erfassung und Interpretation der Inzidenzraten von Selbstverletzung im Bildungssystem der Pflegefamilien. Ich will prägnante Charakterisierung der alternative Erziehungspflege einreichen, Rechtsvorschriften und einzelne Geräten zu beschreiben, welche um mit diesem Problematik umzugehen, und in denen ich meine Forschung realisiert war. Im folgenden Abschnitt werde ich Selbstverletzung, ihre Terminologie, Inzidenz, Diagnose, Methoden, Werkzeuge, Ursachen, Merkmale, die Behandlung und den aktuellen Status in alternative Erziehungspflee zu adressen. Im folgenden Abschnitt möchte ich in dem Auftreten der oben genannten Phänomen der Selbstverletzungen bei Kindern und Jugendlichen in diesen Einrichtungen platziert verfolgen. Ich will den Entwurf des Therapieverfahren in selbstverletzendenum Personen zu diskutieren.

Schlüsselwörter: System Alternativ Erziehungspflege, Selbstverletzung, Therapie

Obsah:

Úvod.....	9
1. Charakteristika systému náhradní výchovné péče.....	11
1.1 Charakteristika diagnostického ústavu.....	12
1.2 Charakteristika dětského domova.....	15
1.3 charakteristika dětského domova se školou.....	15
1.4 Charakteristika výchovného ústavu.....	16
1.5 Charakteristika střediska výchovné péče.....	17
1.6 Příčiny umístění do systému náhradní výchovné péče.....	19
2. Sebepoškození (SP).....	21
2.1 Definice a upřesnění terminologie.....	21
2.2 Třídění	23
2.3 Výskyt	25
2.4 Diagnostika.....	25
2.5 Metody a nástroje.....	29
2.6 Příčiny a funkce.....	30
2.6.1 Příčiny.....	31
2.6.2 Funkce.....	33
2.7 Léčba.....	36
2.8 SP v systému náhradní výchovné péče.....	37
3. Výzkumné šetření.....	39
3.1 Formulace hypotéz.....	39
3.2 Metody šetření.....	40
3.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	41
3.4 Vyhodnocení výzkumného šetření.....	41
3.5 Testování vybraných aspektů.....	54
3.6 Vyhodnocení hypotéz.....	57
3.7 Popis, analýza a diskuze dosažených výsledků.....	59
4. Návrh terapeutických postupů u sebepoškozujícího se jedince.....	61
4.1 Anamnéza.....	61
4.2 Diagnóza.....	62
4.3 Prognóza.....	65
Závěr.....	67

- Seznam použité literatury
- Přílohy

Úvod

Pro téma své bakalářské práce jsem si vybral analýzu sebepoškozování dětí a mládeže, kteří se nacházejí v systému náhradní výchovné péče. Důvodů, proč jsem si vybral dané téma, je více.

Nejstěžejnějším důvodem je holý fakt, že málo autorů se věnuje sebepoškozování a jeho výskytu právě v systému zařízení pro výkon ústavní, ochranné výchovy a preventivně výchovné péče, ač nesměle nabývá na své aktuálnosti. Již na počátku vytváření této práce jsem věděl, že četnost výskytu jevu je vysoká, i tak jsem ale byl výsledky překvapen.

Dalším důvodem, proč se věnuji dané sféře, tedy institucionální výchově je fakt, že mě problematika zajímá, že v jednom takovém zařízení pracuji a stále věřím, že daná výchovně vzdělávací činnost s převahou reedukačních a resocializačních prvků má smysl, že tato zařízení tvoří v péči o dítě nezastupitelné místo, ač je veřejností, často i odbornou, vnímán různými způsoby. Je obecně známé, že v současné době mají zelenou spíše takové formy péče, které se více přibližují rodinnému soužití, jako je profesionální pěstounská péče, kde se předpokládá i vyšší výskyt tradičních rodinných norem a jiných výhod. Často se ovšem zapomíná, že zmiňované „nové“ formy oproti zařízením náhradní výchovné péče postrádají stěžejní mnohaleté zkušenosti včetně praxe, které jsou pro výchovné působení na jedince s výchovnými problémy nezastupitelné zejména ve vztahu k efektivitě takového působení. Samozřejmě vždy je rozhodující, jak více či méně hluboké zmiňované poruchy jsou, pro nápravu těch hlubších je ale třeba erudovaného přístupu. Navíc i výchovné působení v systému náhradní výchovné péče se více přibližuje rodinnému konceptu (snižující se počty dětí ve výchovných skupinách, působení mužské i ženské role ve skupině, apod).

Dalším důvodem výběru dané problematiky je fakt, že stále přetrvává v řadách veřejnosti, mnohdy i odborné, neznalost poslání zařízení náhradní výchovné péče, jejich úkolů a cílů. Domnívám se, že stále převládá předpoklad či názor, že cílem není pomoc, ale trest jedinců. Represivní charakter zařízení je již dávno ta tam, dnes se k reedukačním činnostem využívají zejména

psychoterapeutické přístupy, jejichž skutečným cílem je, pokud je to alespoň trochu možné, návrat dítěte do rodiny.

Bakalářskou práci jsem se snažil pojmout hlavně z hlediska sociálně pedagogického, a proto jsem dané téma o sebepoškozování v systému náhradní péče analyzoval zejména ve vztazích mezi jednotlivými jevy v celospolečenském kontextu, což představovalo jeden z důležitých determinantů.

Bude mi dostatečnou satisfakcí, když tato práce rozšíří poznatky o problematice systému náhradní výchovné péče, rozšíří poznatky o jevu sebepoškozování se a také pomůže lépe chápat a orientovat se ve vzájemných vztazích zmiňovaných aspektů.

1. Charakteristika systému náhradní výchovné péče

System výchovné péče je spjat se zákony, které charakterizují a určují jeho podstatu a tedy i poslání. Jedná se o soubor opatření a zařízení, který má za cíl pomoci sociálně znevýhodněným nebo jinak ohroženým dětem, mládeži a jejich rodinám v optimální integraci do společnosti. Jedná se především o skupinu dětí a mládeže ohroženou faktory vnějšího prostředí, o skupinu, která svými činy v menší či větší míře ohrožuje sebe nebo své okolí. K dané problematice se vyjadřuje Matějček a kolektiv následovně: „*Tam, kde rodina z některých důvodů v péči o dítě naprosto selhává a není možné či vhodné zvolit osvojení či pěstounskou péči, je potřeba zajistit dítěti jiné výchovné prostředí. Zde můžeme volit – zpravidla dočasně – některé kolektivní výchovné zařízení*“.¹

V literatuře je možné se sejít s termínem klinické rodiny, které jsou označovány jako rodiny se zanedbávaným, zneužívaným a týraným dítětem, rodiny, kde se vyskytuje tělesná či duševní nemoc, rodiny s postiženým dítětem, delikventní rodiny, svobodné matky, rodiny s příslušníky závislými na drogách či patologickým hráčem.²

Možným scénářem, proč rodiny selhávají, je skutečnost, že rodina, která je *funkční (všechny své funkce plní přiměřeně)*, se posléze na základě výskytu nějakého problému (např. rozvod, sociálně patologický jev v rodině, apod.) stává rodinou *dysfunkční (kde některé funkce nejsou plněny dostatečně)*, když se situace stane pro rodinu neúnosnou, stává se rodinou *afunkční (tedy nezvládá své základní funkce, je vnitřně rozkládána a zásadně je narušován i socializační vývoj dítěte)*.³

Mezi zákony upravující fungování systému náhradní výchovné péče bych se jen zmínil o zákonu č. 94/1963 Sb., o rodině⁴, dle kterého se v občanskoprávním řízení do konce roku 2013 nařizovala ústavní výchova (ÚV). Ten byl ale počátkem roku 2014 zrušen a nahrazen zákonem č. 89/2012 Sb., rodinné právo, občanský zákoník⁵, kterým se mění podmínky nařizování ÚV. Od té doby smí nařídít ÚV dítěte či mladistvého pouze soud, přičemž do rozhodnutí musí

¹ MATĚJČEK, Z. a kol.. *Náhradní rodinná péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. s. 39.

² KRAUS, B.; POLÁČKOVÁ, V. *Člověk-prostředí-výchova*. Brno: Paido, 2001. s. 83.

³ KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. s. 80.

⁴ § 46, odst. 1, zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, Rodinné právo

⁵ § 971, odst. 1, zákon č. 89/2012 Sb., Rodinné právo, Občanský zákoník[on-line]

napsat konkrétní zařízení, které bude péči vykonávat. Nejčastěji tak rozhoduje na základě návrhu orgánu sociálně právní ochrany dětí dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí⁶. Dalším zákonem je zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže, který ukládá opatření ve věcech jinak trestných, nikoli občanskoprávních. O ochranné opatření se jedná v případě ochranné výchovy, v řízení ve věcech dětí mladších patnácti let se jedná o opatření zařazení do terapeutického, psychologického nebo jiného vhodného programu ve středisku výchovné péče⁷. Nejstěžejnější je ovšem zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních⁸, který pojednává o zařízeních, charakterizuje je a upřesňuje podrobnosti týkající se výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních a preventivně výchovné péče.

Školská zařízení pro výkon ústavní výchovy, ochranné výchovy a preventivně výchovné péče musí zajišťovat právo každého klienta na výchovu a vzdělávání v návaznosti na ústavní principy a mezinárodní smlouvy o lidských právech, vytvářet podmínky podporující sebedůvěru dítěte, rozvíjející citovou stránku jeho osobnosti a umožňující aktivní účast dítěte ve společnosti. S dítětem musí být zacházeno v zájmu harmonického, hodnotného rozvoje jeho osobnosti s ohledem na potřeby odpovídající jeho věku. Účelem školských zařízení je zajišťovat nezletilé osobě (od 3 do 18 let), popřípadě zletilé osobě (do 19 let) náhradní výchovnou péči, tedy na základě rozhodnutí soudu o ústavní výchově nebo ochranné výchově, popřípadě o předběžném opatření.⁹

1.1 Charakteristika diagnostického ústavu

Diagnostický ústav (dále jen DÚ) je takovým typem zařízení, které přijímá děti s uloženým předběžným opatřením, nařízenou ústavní výchovou, uloženou ochrannou výchovou nebo také na základě uzavření smlouvy mezi zákonnými

⁶ § 42, zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, Sociálně-právní ochrana dětí

⁷ § 22 a § 91, zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže. [on-line]

⁸ zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. [on-line]

⁹ §1, odst. 1 až 2, zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. [on-line]

zástupci dítěte a zařízením. Děti s uloženou ochranou výchovou na základě výsledků komplexního šetření, zdravotního stavu a na základě volné kapacity a zaměření spádových zařízení umísťuje do dětských domovů se školou či výchovných ústavů. U dalších dvou opatření, kterými jsou předběžné opatření a ústavní výchova, rozhoduje o dalším začlenění či umístění výlučně soud. Jak jse již okrajově zmiňoval výše, v praxi je tomu ovšem tak, že daný soud přihlíží ke stanoviskům kurátora orgánu sociálně právní ochrany dětí a k vyjádření ze strany příslušného diagnostického ústavu.

Pobyt dítěte v diagnostickém ústavu trvá zpravidla 8 týdnů¹⁰. Ovšem od počátku roku 2014, kdy byla provedena novela zákona o rodině v rámci občanského zákoníku a pravomoc přemísťování byla dána do rukou již tak vytížené soudní moci, se doba pobytu dětí v zařízení prodlužuje. Diagnostické ústavy dělíme na dětské diagnostické ústavy a diagnostické ústavy pro mládež, přičemž mezníkem je ukončení povinné školní docházky. Zřizovatelem zařízení je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Diagnostické ústavy a jejich působnost upravuje vyhláška č. 438/2006 Sb. ze dne 30. 8. 2006, kterou jsou upraveny podrobnosti výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních. Jednak se jí upravuje působnost, zároveň vede evidenci volných kapacit jednotlivých zařízení ve své působnosti. V praxi se ale také stávalo, že povaha daného případu si žádá, aby byl klient přeřazen do takového zařízení, které nespadá pod územní obvod příslušného diagnostického ústavu. Tento problém již ale vyřešila zmíněná novela zákona.

Diagnostický ústav plní tyto úkoly:

- *diagnostické* – spočívají ve vyšetření úrovně dítěte formou pedagogických a psychologických činností
- *vzdělávací* – v jejichž rámci se zjišťuje úroveň dosažených znalostí a dovedností, stanovují se a realizují specifické vzdělávací potřeby v zájmu rozvoje osobnosti dítěte přiměřeně jeho věku, individuálním předpokladům a možnostem
- *terapeutické* – ty směřují prostřednictvím pedagogických a psychologických činností k nápravě poruch v sociálních vztazích a

¹⁰ §5, odst. 6, zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. [on-line]

v chování dítěte

- *výchovné a sociální* – vztahující se k osobnosti dítěte, k jeho rodinné situaci a nezbytné sociálně – právní ochraně dětí a dle potřeby zprostředkovává zdravotní vyšetření dítěte
- *organizační* – souvisí s umístováním dětí do zařízení v územním obvodu vymezeném ministerstvem a popřípadě i mimo obvod
- *koordinační* – směřuje k prohloubení a sjednocení odborných postupů ostatních zařízení v rámci územního obvodu DÚ, k ověřování jejich účelnosti a ke sjednocení součinnosti s orgány státní správy.

Pověření pracovníci DÚ na základě výsledků vyplývajících z výše uvedených úkolů, které jsou součástí komplexního šetření, zpracovávají komplexní diagnostickou zprávu s konkrétním návrhem specifických výchovných a vzdělávacích potřeb stanovených v zájmu rozvoje klienta, jedná se o tzv. PROD (Program rozvoje osobnosti dítěte).

Po ukončení diagnostického pobytu jde s klientem již zmíněná komplexní diagnostická zpráva, další potřebná dokumentace (pravomocné rozhodnutí soudu, školní dokumentace včetně posledního vysvědčení a návrhu klasifikace za dobu pobytu v DÚ, zdravotní dokumentaci, agendu týkající se správního řízení, aj.) a osobní věci klienta. Při umístování klienta do dalšího zařízení se dbá na umístění co nejbližší bydlišti osob odpovědných za výchovu nebo zákonných zástupců, pokud by tím nebyl ohrožen mravní vývoj dítěte.

DÚ poskytuje i péči po dobu nezbytně nutnou dětem s ústavní výchovou nebo ochrannou výchovou zadrženým na útěku z jiných zařízení nebo dětem zadrženým na útěku od osob odpovědných za výchovu.¹¹

Matoušek spolu s kolektivem vidí a interpretuje diagnostický ústav takto: *„Zde může být dospívající přijat na tzv. diagnostický pobyt v délce dvou měsíců, a to buď na základě předběžného opatření, nebo i na vlastní žádost rodičů. Po uplynutí této lhůty se může mladiství vrátit do rodiny, případně být v ambulantní*

¹¹ §5 - 8, zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. [on-line]

*péči některého z dostupných zařízení. Jestliže si to povaha případu vyžaduje, je podán návrh na soudní nařízení ústavní výchovy“.*¹²

1.2 Charakteristika dětského domova

Podle Matouška je dětský domov „zařízení pro děti, které nemají možnost vyrůst v rodině, a to proto, že rodinu nemají, nebo proto, že rodina není schopna či ochotna se o ně starat“.¹³

Dětský domov je zařízením, jehož zřizovatelem je krajský úřad. Posláním je péče o děti dle jejich individuálních potřeb a ve vztahu k nim plní především úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

Účelem dětského domova je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Děti jsou vzdělávány ve školách, které nejsou součástí dětského domova.

Do dětského domova mohou být umisťovány děti od 3 do 18 let, mohou tam být umisťovány také nezletilé matky společně s jejich dětmi.¹⁴

V posledních letech se ale úroveň dětí v dětských domovech zhoršila, častěji se objevuje sklon k násilnému jednání. Do DD se více dostávají děti ze sociálních důvodů, jejich rodiče nemají práci a dostatek peněz nutných ke zvládnutí výchovy na patřičné úrovni.¹⁵

1.3 Charakteristika dětského domova se školou

Účelem dětského domova se školou (DDŠ) je poskytování péče dětem s nařízenou ústavní výchovou či dětem s uloženou ochranou výchovou, které mají závažnou poruchu chování nebo které pro svou přechodnou nebo trvalou poruchu vyžadují výchovně léčebnou péči. Dětský domov může také přijmout nezletilé

¹² MATOUŠEK, O. a kol. *Práce s rizikovou mládeží: Projekt Lata a další alternativy*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. s. 47.

¹³ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 50.

¹⁴ §12, zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.
[on-line]

¹⁵ VOCILKA, M. *Dětské domovy v České republice*. 1. vyd. Praha: Aula, 1999. s. 259.

matky společně s jejich dětmi v případě, že je není vhodné vzdělávat v běžné škole.

Děti do tohoto zařízení mohou být umístovány od 6 let do ukončení povinné školní docházky. V případě, že během povinné školní docházky pomínou důvody, pro které žák nemohl navštěvovat školu mimo DDŠ, může být na základě žádosti ředitele zařízení zařazeno do takové školy, která není součástí dětského domova se školou.

Nemůže-li se dítě po ukončení povinné školní docházky pro pokračující závažné poruchy chování vzdělávat ve střední škole mimo zařízení nebo neuzavře pracovněprávní vztah, je přeřazeno do výchovného ústavu.¹⁶

1.4 Charakteristika výchovného ústavu

Posláním daného zařízení je péče o děti starší 15 let, které mají závažné poruchy chování, které mají nařízenou ústavní výchovu či uloženou výchovu ochrannou. Dle Matouška *„Výchovné ústavy jsou určeny pro několikaleté pobyty končící osmnáctým, ve výjimečných případech devatenáctým rokem věku svěřence“*.¹⁷

Zařízení se zřizují odděleně pro děti s ústavní výchovou, s ochrannou výchovou, pro děti, které jsou nezletilými matkami a pro jejich děti, jsou ale také zřizovány pro děti, které potřebují výchovně léčebnou péči nebo se pro ně v zařízení zřizují oddělené výchovné skupiny. Zřizovatelem zařízení je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Výchovný ústav (VÚ) plní ve vztahu k dětem především úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Dle Sekery je ústřední funkcí výchovných ústavů reedukace a resocializace svěřenců.¹⁸

Do VÚ může být také umístěno dítě starší 12 let, má-li uloženou ochrannou výchovu a v jeho chování se projevují tak závažné poruchy, že nemůže být

¹⁶ §13, zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.
[on-line]

¹⁷ MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. s. 72.

¹⁸ SEKERA, Julius. *Mikrořízení a interpersonální vztahy v organizacích ústavní výchovy*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská Univerzita, Pedagogická fakulta, 2001. s. 6.

umístěno v DDŠ. Výjimečně, v případech zvláště závažných poruch chování, lze do VÚ umístit i dítě s nařízenou ústavní výchovou starší 12 let.¹⁹

1.5 Charakteristika střediska výchovné péče

Středisko výchovné péče (SVP) patří do systému zařízení, které pracuje s klienty vykazujícími poruchy chování. Jeho odlišnost spočívá v charakteru preventivní péče, která má předcházet represivním formám, tedy nařízením ústavní výchovy či uložení ochranné výchovy.

Poskytuje služby klientům, kterými mohou být děti s rizikem poruch chování nebo s již rozvinutými projevy poruch chování a negativními jevy v sociálním vývoji, ale i děti, u nichž rozhodl o zařazení do střediska soud. Služba je ale i pro zletilé osoby, přičemž mezníkem je ukončení přípravy na budoucí povolání, nejdéle může však trvat do věku 26 let. Dále je určena osobám odpovědným za výchovu a také pedagogickým pracovníkům.

Ve skriptech Matouška a Kroftové je uvedeno, že středisko poskytuje „*péči dětem, u nichž vzniká závislost na alkoholu či jiných drogách, případně patologickém hráčství, dětem v krizových situacích, jež souvisí s rodinnou situací či se školou (např. dětem utíkajícím z rodin, dětem ze selhávajících rodin), a dětem, které se vracejí do běžného života po ústavním pobytu*“.²⁰

Středisko výchovné péče poskytuje tyto služby:

- *poradenské* – spočívající v konzultacích a poskytování odborných informací a pomoci klientům, orgánům sociálně-právní ochrany dětí, jiným orgánům a organizacím podílejícím se na práci s dítětem a rodinou, zejména školám a školským zařízením
- *terapeutické* – za účelem urychlení integrace do původní rodiny

¹⁹ §14, zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

[on-line]

²⁰ MATOUŠEK, O.; KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 201.

- *diagnostické* – spočívající ve vyšetření úrovně klienta formou pedagogických a psychologických činností, na základě nichž vydává doporučení školám a školským zařízením
- *vzdělávací* – v jejichž rámci se zjišťuje úroveň dosažených znalostí a dovedností, posuzují se specifické vzdělávací potřeby v zájmu rozvoje osobnosti klienta přiměřeně jeho věku, individuálním předpokladům a možnostem
- *speciálně pedagogické a psychologické* – směřující k nápravě poruch v sociálních vztazích a v chování a směřující k integraci osobnosti klienta a rodiny
- *výchovné a sociální* – vztahující se k osobnosti klienta, k jeho rodinné situaci a nezbytné sociálně právní ochraně dětí
- *informační* - spočívající ve zprostředkování kontaktů klientovi s jinými orgány a subjekty, které se podílejí na realizaci opatření sociálně právní ochrany dítěte, nebo za účelem zajištění dalších poradenských nebo terapeutických služeb v zájmu klienta

SVP poskytuje služby formou:

- *ambulantní*
- *celodenní*
- *internátní* – nejdéle po dobu 8 týdnů
- *terénní* – zejména v rodinném nebo školním prostředí klienta

Středisko spolupracuje s pedagogicko-psychologickými poradnami, v případě klientů se zdravotním postižením i se speciálně pedagogickými centry, a v případě klientů s již rozvinutými poruchami chování s orgány sociálně právní ochrany dětí a orgány, které se podílejí na prevenci sociálně patologických jevů a drogových závislostí.²¹

O službu SVP může požádat v případě ambulantní péče dítě starší 15 let, dítě, které bylo zařazeno do programu SVP soudem, osoby odpovědné za

²¹ §16, zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. [on-line]

výchovu či příslušná škola nebo školské zařízení. O celodenní nebo internátní službu může požádat zákonný zástupce dítěte nebo zletilý klient, který ještě nemá ukončenou přípravu na budoucí povolání a jeho věk nepřesahuje 26 let. V případě terénních služeb může požádat osoba odpovědná za výchovu, klient starší 15 let, ale také příslušná škola či školské zařízení, ovšem pokud nebude zasaženo do práv osob sdílejících s klientem prostředí.²²

1.6 Příčiny umístění do systému náhradní výchovné péče

Příčin může být široká škála, uvedu zde stručný přehled těch nejpodstatnějších důvodů. V roce 2010 jsem obhajoval diplomovou práci, kde jsem se podrobně zabýval důvody umístování do zařízení náhradní výchovné péče, proto bych si dovolil zde určité pasáže uvést.

Důvody umístování bývají samozřejmě různé, ale v zásadě se dá říci, že se tyto jevy opakují. I když v zásadě platí, že dítě nemůže za situaci, lze rozdělit problematiku důvodů umístování z hlediska dvou zásadních aspektů – oblast sociální a oblast výchovná. I tak se ale dá hovořit o rizikové mládeži, u které je následkem spolupůsobení více faktorů zvýšená pravděpodobnost selhání v sociální nebo psychické oblasti.²³

Důvody sociální vystupují do popředí tehdy, kdy dochází k sociální destabilizaci rodiny, ta již není schopna řešit, popřípadě zaopatřovat alespoň své základní funkce²⁴ a klient pak nemá téměř žádný podíl na příčinách umístění. Do této oblasti zařazují také výskyt sociálně patologických jevů u dospělých (rodičů), kdy vysoká míra výskytu těchto jevů determinuje velmi významně příčiny a důvody k umístění. Nejčastějším problémem je výskyt kriminality rodičů, jejich drogová nebo jiná závislost, prostituce, syndrom CAN, apod.

Dalšími jsou důvody výchovné. Jsou spojeny většinou s dětmi nebo mládeží s tím, že je zde zřejmá míra vlastního podílu na důvodech umístění. Mezi výchovné důvody patří například poruchy chování neboli odchylky od normálního,

²² §17, zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. [on-line]

²³ LABÁTH, V. a kol. *Riziková mládež*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. s. 11.

²⁴ KRAUS, B. *Prostředí rodiny. Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. s. 81 – 83.

průměrného chování²⁵, kterými mohou být lži, záškoláctví, útoky z domova, závislostní chování, sebepoškozování a sebevražedné jednání, delikvence a kriminalita. Domnívám se, že mezi delikventní chování patří i agresivní projevy dětí a mládeže, které jsou charakteristické porušováním sociálních norem, spojeným s omezováním základních práv ostatních a má násilnou formu.²⁶ Je nutné rozlišovat přirozenou agresi, např. ve sportu od agresivního jednání jako běžného způsobu jednání při dosahování cílů. Agresivní děti myslí a chovají se zcela odlišně od neagresivních dětí.²⁷ V podstatě by se v této souvislosti dalo hovořit i o šikaně a jejích ošklivých následcích. Často se objevujícím jevem u problémových dětí je syndrom ADHD. Pokorná uvádí, že pro dítě s hyperkinetickou poruchou, což je v podstatě velké procento zde umístěných klientů, je výhodné vézt jej v rámci strukturovaného řádu, který vymezuje pravidla a mantinely chování a jednání a je důsledně dodržován.²⁸

²⁵ NIKL, J. *Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže se zaměřením na jejich prevenci*. Praha: Policejní akademie České republiky, 2000. s. 51.

²⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum, 1997. s. 80

²⁷ BLOOMQUIST, M. *Skills Training for Children with Behavior Disorders*. New York: Guildford Press, 1996. s. 11.

²⁸ POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál, 2001. s. 140.

2. Sebepoškozování

V této kapitole chci blíže specifikovat pojem sebepoškozování (SP), přičemž veškerá tvrzení budu opírat o literární zdroje věnující se této problematice.

Cílem je definovat jev, popsat druhy nebo spíše metody sebepoškozování, zabývat se příčinami, četností výskytu a také pojednávat o prevenci, která zamezuje vzniku či snižuje riziko výskytu tohoto společensky nežádoucího jevu.

2.1 Definice a upřesnění terminologie

Pokud chci co nejdříve definovat zmíněný jev, je mou povinností nejprve vymezit pojmy, které napomohou k lepší orientaci v problematice.

Můžeme se setkat s mnoha termíny, budu zde ale pojednávat o těch nejméně frekventovaných, kterými jsou sebepoškozující chování, záměrné sebepoškozování, rizikové chování a automutilace a mnohdy se v této souvislosti hovoří i o suicidálním chování. V případě suicidálního chování nebudu dále tento termín více specifikovat, neboť zde je, na rozdíl od výše zmíněných termínů, jasný záměr zemřít.²⁹

O sebepoškozujícím chování se dá hovořit také jako o obecně pojatém termínu. V pravé podstatě jde o různorodou skupinu, která v sobě zahrnuje různé techniky poškození vlastního těla od kouření, požívání alkoholu až po dokonalé suicidium.³⁰

V případě automutilace se dle Kocourkové³¹ jedná o sebepoškození vycházející nejčastěji z psychotické poruchy vyskytující se u pacientů se schizofrenním typem poruchy, u sexuálních sadomasochistických praktik a u osob s poruchou osobnosti.

²⁹ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2008. s. 30

³⁰ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 19

³¹ KOCOURKOVÁ, J. in KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 28

Záměrné sebepoškozování se dá chápat jako specifický typ sebepoškozujícího chování a je nutno jej odlišit od rizikového chování, suicidálního chování a automutilace.³²

V odborných publikacích se lze setkat s celou řadou definic. Některé se navzájem potvrzují, jiné se ovšem liší. Proto zde uvádím stručný přehled, který by nám mohl poskytnout co možná neobjektivnější pohled na tak složitou problematiku.

Dle literatury se „*sebepoškozováním v psychiatrii označuje komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky, jehož cílem není smrt, a které lze naopak nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na jinak nezvládnutelný akutní a chronický stres*“.³³

R. Favazza³⁴ definuje záměrné sebepoškozování jako přímou a záměrnou destrukci nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru.

V knize zabývající se dětskou a adolescentní psychiatrií jsem našel definici sebepoškozování, které je popisováno jako vědomé a cílené konání, které není vázáno na psychózu nebo mentální retardaci, má charakter lokalizované automutilace, může mít rituální charakter, jeho spouštěčem bývá stresor působící z okolí.³⁵

Další definici uvádí Janský, dle kterého se dá sebepoškozování definovat jako vědomé, záměrné a často opakované chování, v němž dochází k narušení tělesné integrity, většinou však bez sebevražedné motivace. Ten se k problematice vyjadřuje v souvislosti se speciálně pedagogickými školskými zařízeními.³⁶

³² KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2008. s. 17

³³ PLATZNEROVÁ, A. *SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 7.

³⁴ FAVAZZA, R. in KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 17

³⁵ HORT, VL.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 340

³⁶ JANSKÝ, P. *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. s. 247

2.2 Třídění

Podrobnější klasifikaci uvádí Platznerová dle Favazzy³⁷, který člení sebepoškození na tři kategorie, kterými jsou závažná automutilace, stereotypní automutilace a povrchová nebo mírná automutilace. Poslední zmiňovaná kategorie se stává předmětem našeho zájmu, proto bude dále rozvedena. Jedná se o sebepoškození, které je nejčastěji se vyskytující formou, jehož výsledkem nebývá závažnější poškození tkání, málokdy je poškození fatální. Dělí se dále na dvě podskupiny, na *kompulzivní a impulzivní sebepoškození*, přičemž pod impulzivní sebepoškození spadají dvě formy – epizodická a repetitivní. *Kompulzivní* sebepoškození má blíže k obsedantně – kompulzivní poruše a má jiné funkce a kořeny než impulzivní forma. *Impulzivní epizodické sebepoškození* definuje jako sebepoškození bez předchozího promyšlení, objevující se jako okamžitá reakce na emoční spouštěč. Poškozující se osoby na sebe obvykle nepohlížejí jako na autoagresory. Uvádí také, že epizodická forma může pod vlivem jiných stresorů vyústit v repetitivní nebo habituální sebepoškození. Hlavním příznakem *Impulzivního repetitivního sebepoškození* jsou ruminace, ztotožnění se s rolí autoagresora, přičemž k danému jevu nemusí vůbec dojít. Tato forma se fixuje jako impulzivní reakce na pozitivní a negativní stresory.³⁸

Další formu třídění od Suttonové uvádí Kriegelová, která dělí záměrné sebepoškození na:

- I. *Sebetrávení, předávkování* se předepsanými nebo nepředepsanými léky, kde je záměr nejasný a poškození nezmírnitelné
- II. *Sebezraňování* mající podobu řezání, pálení, propichování kůže, vytrhávání vlasů, sebití a sebekousání, kde je záměr jasný a poškození okamžité
- III. *Sebepoškození* se kouřením, zneužíváním alkoholu, zneužíváním drog, promiskuitou, rizikovým chováním a prostitutí, kde je záměr nejasný a poškození dlouhodobé.³⁹

³⁷ FAVAZZA, R. in PLATZNEROVÁ, A. *SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 18 - 19

³⁸ FAVAZZA, R. in PLATZNEROVÁ, A. *SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 19 - 20

³⁹ SUTTON, J. in KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 27

Janský navíc dělí sebepoškozování na dva typy, sebepoškozování v důsledku prožívané krize a bez prožívané krize.

I. Sebepoškozování v důsledku prožívané krize

- a) *Příznaky reakce typu beta* – otupělost, snížení nebo ztráta tělesné percepce, zraňováním chce jedinec dosáhnout citlivosti, normálního stavu.
- b) *Silná duševní bolest* – sebezraňování slouží ke snížení duševní bolesti, její vytěsnění z vědomí, je ventilem pro uvolnění napětí, snížení úzkosti.
- c) *Negativní prožívání vlastního těla* – sebezraňování je projevem vzteku a agrese proti vlastnímu tělu, které bývá prožíváno jako odporné a v případě, že se mu ublíží, je pocíťována úleva. Tento pocit bývá ve stavech po sexuálním zneužívání s pocity pošpinění, stigmatizace, snížení sebeúcty.
- d) *Pocity prázdnoty* – sebezraňování může poskytovat potřebný stimul vzrušení, někdy i se sexuálním podtextem.
- e) *Demonstrativní akt* – u dětí týraných, šikanovaných, které takto volají o pomoc.

II. Sebepoškozování bez prožívané krize

- a) *Rituální charakter* – má podobnou funkci jako někdy bývá u tetování, např. ranami na těle se označují důležité zážitky, může jít o projev rolového chování, vyjádření mužného postoje pohrdání bolestí, maskulinní projev bolesti, výraz odporu vůči autoritám, negování formálních pravidel.
- b) *Snaha o neodborné tetování módních vzorů a ornamentů.*
- c) *Účelově směřované chování* - sloužící k manipulaci s okolím a zaměřené na dosažení zvoleného cíle.⁴⁰

⁴⁰ JANSKÝ, P. *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. s. 247 – 248.

Jak jsme mohli výše vidět, samotného třídění je široké spektrum, proto jsem uvedl to, které považuji za nejvýstižnější. V případě sebepoškozujícího člověka je ovšem vždy něco, co to způsobuje, co je jaksí v pozadí a co je potřeba více specifikovat nebo identifikovat. S tím souvisí další kapitola zabývající se diagnostikou záměrného sebepoškozování.

2.3 Výskyt

Výskyt nebo riziko sebepoškozování převažuje u žen nad muži, dokonce se někde uvádí poměr 3:1.⁴¹ Jedna z teorií tvrdí, že je rozdíl způsoben odlišným ventilováním agrese – muži ji převážně externalizují a ženy ji potlačují a obracejí proti sobě.⁴² Až 50 krát vyšší výskyt je u psychiatrických pacientů než v běžné populaci nebo u drogově závislých po přijetí na psychiatrii.⁴³ Podle některých studií je vyšší procento SP u adolescentů a mladých dospělých. Může začít kolem 7. roku života, ale i mnohem dříve. Typičtější věk začátku je však mezi 12. a 15. rokem, může trvat měsíce i léta.⁴⁴ Jiné výzkumy uvádí, že 44% jedinců začalo v období adolescence, 30% již před 12. rokem života, přičemž nejnižší věková hranice první zkušenosti s SP je 6 let; další výzkum ukázal na první pokus před dovršením 5. roku života v 6% případů, od 5 do 12 let v 27%, v rozmezí 13 – 18 let 35% a nad 19 let ve 32% případů.⁴⁵

2.4 Diagnostika

Samotné diagnostikování sebepoškozování v praxi není jednoduché a hlavně ani jednoznačné, proto je důležité vždy najít pravý důvod jevu, který bývá součástí nějakého jiného onemocnění, jiné poruchy, se kterou se paralelně vyskytuje a kde je třeba hledat východiska. Kriegelová dokonce tvrdí, že pro

⁴¹ PLATZNEROVÁ, A. *SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 25 a 29.

⁴² KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 47.

⁴³ KOUTEK, J.; KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 74 – 75.

⁴⁴ PLATZNEROVÁ, A. *SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 25 a 29.

⁴⁵ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 49.

záměrné sebepoškození nenalezneme samostatná diagnostická kritéria. Tomuto jevu je přisuzován nespecifický symptom nebo specifický symptom jinak diagnostikovatelné poruchy.⁴⁶

V prvním případě považuji za nejdůležitější hledat oporu v Mezinárodní klasifikaci nemocí – 10. revizi, která uvádí několik termínů majících souvislost se sebepoškozujícím chováním společně s označením. Jsou jimi *Sebeotrávení* (následné pozorování po údajném pokusu - Z03.6; v osobní anamnéze Z91.5; v rodinné anamnéze Z81.8), *Sebeškození* (následné pozorování po údajném pokusu - Z03.6; v osobní anamnéze Z91.5; v rodinné anamnéze Z81.8), *Sebeškozující chování jako životní styl* (Z72.8) a *Sebezohavení* (v anamnéze Z91.5).⁴⁷

Jak jsem výše zmínil, u sebepoškozujících pacientů je třeba se zaměřit na pravou podstatu, kterou bývá jiné onemocnění či porucha, což se často charakterizuje jako psychiatrická komorbidita. V případě diagnostiky je zapotřebí spolupráce zejména s psychiatry, pedopsychiatry, dle diagnózy lze určit prognostická východiska v podobě vhodné léčby nebo terapie.

Dle Platznerové⁴⁸ se u lidí s opakující se formou sebepoškození v anamnéze objevuje diagnóza deprese, bipolární poruchy, anorexie, bulimie, obsedantně – kompulzivní poruchy, posttraumatické stresové poruchy a různé disociativní poruchy – depersonalizační porucha, disociativní porucha blíže nespecifikovaná, mnohočetná porucha osobnosti, úzkostná a panická porucha a impulzivní porucha blíže nespecifikovaná.

Proto se v následném textu budu snažit uvést poruchy, u kterých je nejčastěji indikováno záměrné sebepoškození, což podložím odbornými zdroji o problematice pojednávajícími.

Emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ (F60.3) je vedle emoční nestálosti provázen defektním sebepojetím a směřováním vnitřních preferencí, intenzivními ale i nestálými vztahy, náchylností k sebepoškozujícímu

⁴⁶ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 34.

⁴⁷ MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ – 10. REVIZE. *Sebeotrávení, Sebeškození, Sebeškozující chování, Sebezohavení*. s. 469. [on-line].

⁴⁸ PLATZNEROVÁ, A. *SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 53.

jednání.⁴⁹ Sebepoškozující chování u hraniční osobnosti představuje záměrné sebepoškozování, suicidální chování, setrvání v násilném vztahu a rizikové chování, kde je záměrné sebepoškozování chápáno buďto jako způsob upozorňování na sebe sama a snaha o manipulaci s druhými, nebo jako vysoce sebeprotektivní metoda udržení ostatních v dostatečné vzdálenosti.⁵⁰ Osoby s touto poruchou se často nevyznají samy v sobě, nesou si pocity prázdnoty a deprese, okolí vnímají jako nepřátelské. Motivem sebepoškozování může být úleva v napětí a stavech úzkosti, nebo naopak navození pocitu vzrušení.⁵¹ V knize Röhra jsem našel vzpomínání na děti ulice v Sao Paulu, které si vzájemně způsobují bolest a zranění jako výraz narušeného citění, neboť se cítí prázdné a mají dojem, jako by jim jejich části těla nepatřily, čímž se vlastně pokouší pocítit sebe sama.⁵²

Poruchy příjmu potravy nebo také jídla (F50.9) zde uvádím, protože dle literatury existuje výrazná komorbidita mezi záměrným sebepoškozováním a poruchami příjmu potravy. Jedna studie popisuje prevalenci týkající se poruch příjmu potravy bez vnitřní diferenciací pohybující se mezi 25% a 45%⁵³, druhá studie, již diferencující PPP na mentální anorexii a bulimii uvádí prevalenci jevu u mentální anorexie mezi 5% a 23%, u mentální bulimie je to mezi 21,6% a 40%.⁵⁴ Záměrné poškozování je v tomto případě spojováno s pocity nespokojenosti s vlastním tělem a s pocity vlastní neschopnosti, častým faktorem je snaha o kontrolu nad vlastním tělem a situací, přičemž jako techniky sebepoškozování může být bráno zneužívání laxativ nebo diuretik. Chování může být chápáno jako uvolnění psychické tenze, což může být pro jedince s poruchou příjmu potravy motivací se poškozovat, jelikož bývá často zaplaven pocity studu a frustrace a což

⁴⁹ HORT, VL.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 333.

⁵⁰ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 35 – 36.

⁵¹ JANSKÝ, P. *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. s. 247.

⁵² RÖHR, H. *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 24 – 25.

⁵³ PLATZNEROVÁ, A. *SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 60.

⁵⁴ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 92.

také psychickou tenzi zvyšuje. Sebepoškozování pak představuje rychlý způsob uvolnění nepříjemných pocitů.⁵⁵

Obsedantně kompulzivní nebo obsedantně nutkavá porucha osobnosti (F42.0) patří mezi poruchy, které jsou charakterizovány subjektivně prožívanou tenzí, nepohodou, úzkostí, pocitem strachu, obavami a přítomností obsesí a kompulzí.⁵⁶ Převažuje názor, že sebepoškozování u této poruchy je součástí nutkavých rituálů, jejichž motivem je snaha odvrátit obávanou negativní událost.⁵⁷ Metodami sebepoškozování při výskytu této poruchy jsou nejčastěji vytrhávání vlasů, řas a obočí, kompulzivní propichování, škrábání a odstraňování kůže. Dle dalších zjištění nebo studií zaměřených na sebepoškozující jedince s obsedantně kompulzivní poruchou vyplývá, že 70% jedinců mělo v anamnéze sexuální zneužívání v dětství a současně i poruchy příjmu potravy.⁵⁸

Posttraumatická stresová porucha (F43.1) je následek těžkého traumatu vedoucí k pocitům hrůzy, strachu o život a pocitu bezmoci.⁵⁹ Traumatickou událostí může být i fyzické nebo sexuální zneužívání v dětství, závažné zanedbávání péče a znásilnění. Sebepoškozující se jedinci s touto diagnózou většinou zažili jak trauma v dětství, tak prožívají momentální trauma z vlastního sebepoškozování. Sebepoškozování je zde chápáno jako dovednost přežití u nezvladatelných afektivních stavů.⁶⁰

Disociativní (disociační) poruchy (F44) jsou způsobeny rozštěpením psychické jednoty, poruchou integrace intrapsychických funkcí, dislokací pocitu já a jeho složek, respektive jejich odcizení.⁶¹ Disociace je chápána jako rozvrat funkcí vědomí, paměti, identity, vnímání vlastního těla a prostředí. V rámci jedné studie

⁵⁵ FAVAZZA, R. in KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 94 – 95.

⁵⁶ HORT, VL.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 228.

⁵⁷ PLATZNEROVÁ, A. *SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 61.

⁵⁸ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 95.

⁵⁹ HORT, VL.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 252.

⁶⁰ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 36 – 37.

⁶¹ HORT, VL.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 235.

bylo zjištěno, že 86% jedinců s diagnostikovanou disociační poruchou se ve svém životě opakovaně záměrně sebepoškozovalo. Častými projevy disociace u sebepoškozujících jedinců jsou stavy depersonalizace a derealizace. Objevují se zejména u jedinců majících v osobní anamnéze zneužívání v dětství. Nejčastějšími disociačními poruchami diagnostikovanými u záměrného sebepoškozování jsou depersonalizační a derealizační syndrom (F48.1), mnohočetná porucha osobnosti (F44.81) a disociační porucha blíže nespecifikovaná (F44.9).⁶²

V souvislosti sebepoškozování a *Afektivních poruch* se vyskytuje zejména u jedinců, kterým byla diagnostikována depresivní epizoda (F32) a bipolární afektivní porucha (F31). Důvody nejsou zřejmé, jedná se ale nejspíš o deficit serotoninu. Příznaky přetrvávají, i když deprese odezní – jedinci se naučili požívat sebepoškozování jako způsob uvolňování psychické tenze.⁶³

2.5 Metody a nástroje

Spektrum metod je široké, v literatuře M. Kriegelové jsem našel výstižné vyjádření, že „...*akt záměrného sebepoškození je omezen pouze fantazií daného jedince*“.⁶⁴

Nejčastějšími metodami záměrného sebepoškozování jsou Sebeřezání se a vyřezávání nápisů a symbolů; Pálení si kůže žhavými předměty nebo chemickými žíravými roztoky; Sebeopařování; Škrábání se; Škrábání/dření a řezání kůže, odstraňování si vrchní vrstvy kůže za účelem vytvoření hlubší rány; Sebekousání; Kousání do vnitřních tkání úst, vytváření ran a jejich znovu drásání; Propichování kůže; Drásání si ran, narušování jejich léčebného procesu; Vytrhávání si vlasů, řas a obočí; Silné sebetlučení za účelem vytvořit si modřiny, podlitiny a zlomeniny; Svazování si krku, rukou a nohou za účelem zabránění průtoku krve; Požití malého množství toxické látky nebo předmětů za účelem diskomfortu a poškození,

⁶² KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 91 – 92.

⁶³ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 96.

⁶⁴ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 60.

ale bez záměru zemřít; Umisťování ostrých předmětů pod kůži nebo tělesných otvorů.⁶⁵

Běžným místem sebepoškození bývají paže, zápěstí a předloktí nedominantní horní končetiny, ale stopy po sebepoškozování se mohou vyskytnout na kterékoliv části těla.⁶⁶ Dle Janského má sebepoškozování „podobu řezných poranění kůže na zápěstí, předloktí, hřbetu rukou či nohách, ale může mít formu popálení“.⁶⁷ Suttonová uvádí, že nejčastěji se jedinci sebepoškozují na rukou od zápěstí po loket. Nejpostiženější části těla jsou paže a nohy (hlavně stehna), hrud' (u žen převážně ňadra), v oblasti břicha a dlaní, na hlavě (převážně v obličeji), na zápěstí, genitáliích, chodidlech a kotnících.⁶⁸

Nejčastějším nástrojem k sebeřezání jsou žiletky, při sebepálení pak cigarety a zapalovače. Dle výpovědi jedinců jsou v okamžiku krize schopni požit v podstatě cokoli jako nástroj záměrného sebepoškozování. Nejčastěji využívanými substancemi při sebetrávení nebo předávkování jsou různé druhy léků, jen malé procento jich použije tekuté chemikálie, velké množství alkoholu nebo návykových látek. Využívají se analgetika, antiflogistika, trankvilizery, hypnotika/sedativa a antidepresiva.⁶⁹

2.6 Příčiny a funkce

Pojednání o příčinách nebo, jak praví literatura, etiologie sebepoškozování se dá charakterizovat jako samotný základ celé problematiky, jako důležitý segment pro následné hledání prostředků terapie z hlediska její efektivity. Pro pochopení důvodu je důležité mít i povědomí o funkcích nebo motivech vedoucích jedince k sebepoškozování.

⁶⁵ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 61.

⁶⁶ PLATZNEROVÁ, A. *SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 57.

⁶⁷ JANSKÝ, P. *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. s. 247.

⁶⁸ SUTTON, J. in KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 65.

⁶⁹ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 64.

2.6.1 Příčiny

V etiologii může být určující patologická osobnost, ale v určitých případech může hrát nejdůležitější úlohu situační stres a to bez ohledu na typ osobnosti. Další příčina by mohla být odvozena od návykového typu poruchy, kdy mechanismy provázející návykové chování mají vliv na průběh a udržování poruchy. Zmíněné mechanismy mají psychosociální, biologický charakter.⁷⁰ Jiná literatura uvádí pravděpodobnost vztahu sebepoškozujícího chování k rodinným, biologickým a psychosociálním etiopatogenetickým faktorům.⁷¹

V obecném pojetí by se dali faktory způsobující sebepoškozování dělit na dvě skupiny, ač je to velice nadsazené svou obecností, na faktory vnější a faktory vnitřní. Vnějšími faktory mohou být špatné socioekonomické podmínky, rozvod, osamělost, nedostatek sociální podpory, ale také i rozkol mezi vlastními a rodinnými normami, rodinné klima, chronicky invalidizující prostředí, traumatická událost nebo expozice záměrného sebepoškozování. Vnitřními faktory mohou být psychologická charakteristika, impulzivita, přítomnost duševní poruchy a genetické predispozice.⁷²

Příčiny sebepoškozujícího chování bývají často dávány do souvislosti s dětskými traumaty, zvláště pak se sexuálním zneužíváním. Dokonce se předpokládá, že při nedostatečné dětské zkušenosti s péčí blízké osoby se vytváří pohotovost obracet agresivní impulzy proti vlastnímu tělu projevující se hlavně v období adolescence.⁷³

Genetickou podmíněnost sebepoškozování dokazuje vyšší výskyt suicidií v rodinách sebepoškozující se jedinců. Biologickou podmíněnost dokládá redukce funkce serotoninu v centrálním nervovém systému, odchylky v metabolismu serotoninu vedou ke zvýšené impulzivitě a pohotovosti k agresivitě. Uvažuje se i o souvislosti mezi sebepoškozujícím chováním a uvolněním endorfinů. Jiné teorie uvádějí jako možnou příčinu sebepoškozování závislost na endogenních opioidech. Za patogenetický může být považován také dopaminový systém, jako příklad uvádějí poškozující se lidi s Leschovým – Nyhanovým syndromem či

⁷⁰ KOUTEK, J.; KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 76.

⁷¹ PLATZNEROVÁ, A. *SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 35.

⁷² KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 69 – 79.

⁷³ KOUTEK, J.; KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 75.

s Tourettovým syndromem, kteří vykazují dysregulaci dopaminové aktivity a hypersenzitivity dopaminových receptorů. Vyjádřením genetické predispozice může zčásti být osobnostní struktura. Sebepoškozující se osoby v psychologických testech vykazují rysy impulzivity a agrese, nepružný a impulzivní kognitivní styl se sníženou schopností rozhodování se a řešení problémů.⁷⁴

Příčin způsobujících sebepoškozování je velice mnoho, pro představu ale vnímám jako důležité uvést konkrétní příklady, seznam faktorů pocházejících z praxe Suttonové a které jsou pouze výčtem z možného. Uvádí dlouhodobé zneužívání v dětství; znovu obnovené vzpomínky na zneužívání; znásilnění; popření zneužívání matkou nebo jinou významnou osobou; zneužívání udržované v tajnosti; odloučení od primárně pečující osoby; ztrátu významné osoby; alkoholismus u pečující osoby; týrání; zanedbávání jedince v dětství a opuštění; nedostatek fyzického kontaktu dítěte s primárně pečující osobou; rozvod rodičů; zneužívání dítěte jako prostředníka při řešení manželských problémů rodičů; přítomnost depresivní poruchy u pečující osoby; nutnost prosazovat se a bránit v podmínkách náhradní nebo ústavní péče; prožitek devalvace identity jedince okolím a popírání vlastní identity; problémy s pohlavní identitou; pocity nedostatku vlastní kontroly, nebo že je jedinec zcela kontrolován svým okolím; jedince necítícího se být nevyslyšen svým okolím; opakovaná zranění významnou osobou; narušené sebevnímání; zadržování silných emocí (vzteku, strachu); jedince uvězněného ve smutku a který často pláče; sebenenávist; nízká sebeúcta, sebehodnocení a sebevědomí; pocity nejistoty a vlastní neschopnosti; pocity vnitřní prázdnoty a osamělosti.⁷⁵

Jiné etiologické třídění, tzv. hodnocení faktorů vulnerability ve vztahu k záměrnému sebepoškozování uvádí Kriegelová a dělí je na faktory:

- *Dlohodobé* – sem patří časná ztráta nebo separace od pečující osoby, její odmítavý nebo hyperprotektivní přístup, ale také sexuální, fyzické a psychické zneužívání v dětství, osobnostní charakteristiky a duševní nemoci

⁷⁴ PLATZNEROVÁ, A. *SEBEOŠKOZOVÁNÍ – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 35 – 39.

⁷⁵ SUTTON, J. in KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 68.

- *Krátkodobé* – momentální problémy v blízkých interpersonálních vztazích, deficit v sociální podpoře, problémy spojené s prací či studiem, zdravotní problémy, zneužívání návykových látek anebo zhoršení stavu v souvislosti s výskytem duševní poruchy
- *Precipitující* – stresující faktory vyskytující se těsně před sebepoškozením, problémy ve vztahu k blízké osobě, finanční potíže, úmrtí nebo jiná ztráta někoho blízkého, ale také i dny volna.⁷⁶

2.6.2 Funkce

V dnešní době považují odborníci sebepoškození za akt sebezáchovy, ne autoagrese, které je voláním nebo zprávou, jejímž cílem není smrt, ale vyhnutí se jí, což dokládá i většina studií. Podle nich se ve většině případů sebepoškození jedná o akt sebezáchovy, proto je důležité ho oddělit od jednání s jasným suicidálním a sebedestruktivním záměrem, že existují rozdíly mezi lidmi se sebevražednými sklony a lidmi, kteří to činí s cílem zvládnout nadměrné negativní emoce. I tak lze ale sebepoškození chápat jako příznak distresu, který pokud není zmírněn, může vést k sebevražednému jednání. Zajímavě podané vysvětlení funkcí uvádí Platznerová:

- *Stimulace* - únik z disociativních prožitků záměrným procítěním těla, kdy je sebepoškození jako kotvící technika.
- *Trest* – sebetrestání s cílem odstranit pocity viny, studu, způsob vyjádření hněvu na sebe (za vlastní slabost, za nedostatek disciplíny, atp.).
- *Relaxace* – cílem je pocit uspokojení z prožitku tělesné bolesti nebo tepla krve, redukování tenze a uvolnění endorfinů.
- *Odklonění* – dosažení disociativního stavu s cílem zabránit reakci na emoční spouštěč, problém, subjekt nebo sebevražedné myšlenky.
- *Společné motivy/Poutání pozornosti* – demonstrace vlastní síly nebo dosažení péče a ochrany.

⁷⁶ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 67.

- *Aternace* – cílem je dosažení neatraktivnosti pro sebe i pro své okolí sebezohyděním jizvami.⁷⁷

Jako další, podrobnější členění funkcí sebepoškozování uvádí ve své knize Kriegelová, která je dělí na jedenáct možných funkcí:

- *Copingová strategie* – SP plní funkci strategie zvládnání zátěže s cílem okamžitě uvolnit tenzi.
- *Zvládnání silných emocí a regulace psychické tenze* – SP zde poskytuje rychlou úlevu od vnitřní tenze, stresu, úzkosti, deprese, paniky, mírní psychickou bolest a přináší pocity klidu a pohody, přetransformovává psychickou bolest do bolesti fyzické.
- *Kontrola nad vlastním tělem* – SP může přinášet vědomí kontroly, pocity a síly sám nad sebou, nad vlastními pocity, emocemi, myšlenkami. Jedinec tím možná ovládá i negativní vzpomínky a myšlenky z traumatu, zároveň poskytuje kontrolu nad prožívanou bolestí.
- *Očištění* – sexuálně zneužití a znásilnění jedinci se cítí špinaví, zneuctění, prožívají pocity studu, SP pak slouží jako sebeočistění, zbavení se pocitu viny a hanby.
- *Potvrzení existence* – funkcí může být ukončení disociativního stavu a tím se přesvědčit o vlastní existenci – jedná se vlastně o extrémní způsob uzemnění při derealizaci či depersonalizaci, čímž se zaměřuje na přítomnost.
- *Útěk od silných emocí a navození pocitů otupělosti jako psychické anestézie* – cílem je disociativní stav, jedinec se zmítá v silných emocích, až nezvladatelných, SP se snaží navodit vnitřní pocit prázdnoty, prostor k úniku od emocí, jedná se o únik od reality.
- *Sebetrestání* – sebeobviňování, pocity studu, sebenenávisti, vlastní neschopnosti, chybování a ublížení někomu jinému vedou k nutkavé potřebě ublížit sobě samému.

⁷⁷ PLATZNEROVÁ, A. *SEBEPOŠKOZOVÁNÍ – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. s. 45 – 46.

- *Komunikace, způsob vyjádření vnitřních prožitků* – SP se snaží vyjádřit své pocity, myšlenky, potřeby, jedná se v podstatě o neverbální komunikaci ve snaze získat odpověď od ostatních. Může také sloužit jako forma komunikace k získání pozornosti nebo k manipulaci.
- *Testování hranic a manipulace s druhými* – může plnit funkci testování hranic jiného člověka za účelem vynucení reakce, zároveň může sloužit jako snaha manipulovat druhými v případě, že hrozí opuštění významnou osobou či cítí nedostatečnou pozornost od okolí. Může také sloužit jako nepřímá odplata a snaha o vyvolání pocitů viny u jiné osoby.
- *Snaha být zachráněn a volán o pomoc* – SP představuje zoufalý pokus o upoutání pozornosti ostatních. Jedinec si představuje, že bolest je ostatním skryta a musí být zviditelněna, aby si jí ostatní všimli a brali ji vážně.
- *Euforický zážitek a regulace arousalu* – motivem může být snaha o prožitek euforie, při SP aktu se vyplavují endorfiny a pocity s tím spojené jsou podobné euforickým pocitům při běhu, jako např. zostřené vnímání, pocit osvobození, lehkosti, téměř žádná bolest, rozjařenost, radost a pocit splynutí se světem. U jedinců, kteří mají v anamnéze traumatizaci, může SP sloužit ke zvyšování aktivační hladiny.
- *Záměrné sebepoškozování jako výraz příslušnosti ke skupině* – u určitých skupin je SP považováno za oficiální atribut, čímž je prokazována míra konformity.⁷⁸

⁷⁸ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 105 – 110.

2.7 Léčba

Léčba uplatňovaná v případech jedinců se sebepoškozováním není nic jednoduchého, je to proces předpokládající spolupráci s více subjekty a zejména s okolím sebepoškozujícího, neboť to zde hraje neméně závažnou roli. Léčba je pak dlouhodobou záležitostí, kde nejstěžejnějším je rozhodnutí samotného sebepoškozujícího, že s tím chce skončit. Pro léčbu samotnou je důležité znát podrobně anamnestické údaje jedince, tedy původ problému, ale také celkovou situaci člověka, co pro něho samostatný jev vlastně je, co to představuje nebo vyjadřuje, jakou funkci vlastně plní. Cílem pomoci nebo intervence by mělo být komplexní pochopení problému a návrh určité kompenzační strategie včetně autoregulativních technik emocí. Součástí strategie by mělo být také rozvoj komunikativních dovedností, rozvoj dovedností týkajících se mezilidských vztahů se záměrem optimálního znovuzačlenění do běžného života.

Dále bych zde uvedl a následně specifikoval možnou intervenci poskytovanou jedinců s výskytem sebepoškozování. Tou první je psychologická intervence, která v sobě zahrnuje poradenskou činnost, primární diagnostiku, coaching ve smyslu vedení a plánování další léčby. Uplatnění zde nachází zejména psychoterapie, nejčastěji ve formě individuální terapie a v kombinaci individuální se skupinovou. Své místo zde má rodinná terapie a terapie v domácím prostředí, kterými se zabývá řada neziskových organizací s terénními pracovníky. Nejvíce se využívají specifické metody psychoterapie založené na kognitivní, behaviorální nebo kognitivně behaviorální terapii. Další druh může představovat farmakologická intervence, která byla vyzkoušena zejména u pacientů s duševními poruchami, kterým byla podávána psychofarmaka. Jako funkční byla antipsychotika a antidepressiva. Sociální intervence je více zaměřena na posílení kontaktu jedince s odborníky, upevnění sociální podpory a zajištění bezpečného zázemí, nebo na zajištění pomoci jiných orgánů např. při výskytu sociálně patologických jevů v rodině (OSPOD, Policie ČR, soudy, ...). Poslední intervencí může být hospitalizace jedince, která ale není doporučována zejména z toho důvodu, že je člověk „vytržen“ z přirozeného prostředí, což je vlastně v rozporu s cílem člověka znovuintegrovat do společnosti, nejlépe a pokud to jen trochu lze,

do původního rodinného prostředí. Jako přijatelné opatření může být považována až tehdy, kdy člověk ohrožuje zdraví své či ostatních.⁷⁹

2.8 SP v systému náhradní výchovné péče

Babáková ve svém článku o sebepoškozování uvádí, že u dětí s delikventním chováním umístěných v zařízeních výchovného charakteru byla zjištěna vyšší míra sebedestruktivního chování, než u kontrolní skupiny, a to bez rozdílu pohlaví. Sebepoškozování u jedinců s poruchami chování umístěných ve zmíněných zařízeních má také podobu vyřezávání znaků nebo písmen na kůži a pálení cigaretou, přičemž mechanismem daného jednání může být snaha o skupinovou identifikaci. Podle ní postrádá impulzivní charakter a tím se odlišuje od dalších způsobů sebepoškozování.⁸⁰

Jako další se k sebepoškozování dětí v systému náhradní výchovné péče vyjadřuje Janský, dle kterého je problematika pro speciálně školská zařízení velice aktuální, což plyne z osobnostních charakteristik dětí, tak i z náročné situace a životní změny související s umístěním. Nejvyšší četnost výskytu vykazují řezná poranění kůže na zápěstí, předloktí, hřbetu rukou či nohách, může mít i formu pálení. Sebepoškozování je dle něj navíc významným diagnostickým symptomem vypovídajícím o psychickém stavu dítěte, jenž vyžaduje podrobnější analýzu příčin pro odpovídající terapeutický program. Výskyt sebepoškozování je v podmínkách náhradní výchovné péče relativně častý.⁸¹

Ze své praxe vím a mohu jen potvrdit, že sebepoškozování v systému náhradní výchovné péče je častým jevem. Může mít charakter skupinové identifikace, může jít o snahu k získání pozornosti, ale také bývá často jako následek traumatizující události či se vyskytuje v souvislosti s výskytem duševní poruchy. Nejčastěji se vyskytuje u jedinců, kteří mají v anamnéze deprivaci, u kterých nebyla adekvátně navázána vztahová vazba s blízkou, pečující osobou nebo u kterých docházelo k zanedbávání, týrání či sexuálnímu zneužívání. Nejčastější metodu pak představují řezání, propichování, škrábání kůže na pažích,

⁷⁹ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2008. s. 133 – 134.

⁸⁰ BABÁKOVÁ, L. *Sebepoškozování v dětství a adolescenci*. [on-line]

⁸¹ JANSKÝ, P. *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. s. 247.

popřípadě stehnech, mívá ale také podobu trhání vlasů, strkání předmětů pod kůži či do jiných tělesných otvorů. Sebepoškozování je jev, který se nelehce napravuje, jeho terapie je náročným a dlouhodobým procesem. Ovšem k tomu není za potřebí pouze spolupráce dítěte s odborným pracovníkem, jako je pedopsychiatr, psycholog a terapeut, nezastupitelná je ale spolupráce s rodinou, školou, celkově s prostředím, ve kterém se člověk bude dále nacházet.

Ve výzkumném šetření, které bude následovat v další kapitole, si budeme moci díky dotazníkovému šetření poukázat na skutečnost týkající se výskytu sebepoškozování u dětí a mládeže v systému náhradní výchovné péče. Konkrétně se zaměříme na metody sebepoškozování, předměty, četnost, místo konání, důvody k jednání a také zjištění informace o znalosti preventivních či jiných programů týkajících se tohoto jevu a o výskytu programu v zařízení, ve kterém se momentálně nacházejí.

3. Výzkumné šetření

Cílem výzkumného šetření je zjištění výskytu sebepoškozování dětí a mládeže v systému náhradní výchovné péče. Šetřením se zaměřuji na pohlaví, typ rodiny, ze kterého dítě či mladiství pochází, jaké metody sebepoškozování volí, četnost, místo a čas, kde a kdy k jevu dochází, důvody tohoto jednání a také zjistit předměty, kterými je sebepoškozování realizováno. Jako poslední zjišťuji, jestli mají nějaké informace o sebepoškozování jako takovém a také to, jestli v zařízení, ve kterém se nacházejí, existuje nějaký preventivní program zaměřený na danou problematiku.

Dalším, dílčím cílem na konci této práce je vytvoření terapeutického programu, který bude vytvářen pro dítě umístěné v systému náhradní výchovné péče a vykazuje jev záměrného sebepoškozování. Zmíněný program bude vytvářen podle případové studie dítěte, tedy na základě informací z jeho osobního spisu vedeného zařízením.

3.1 Formulace hypotéz

Celkem byly stanoveny či zformulovány 4 hypotézy, které se týkají aktuální podoby zkoumané problematiky, tedy výskytem sebepoškozování dětí umístěných v systému náhradní výchovné péče. Hypotézy se týkají zastoupení počtu sebepoškozujících v systému náhradní výchovné péče, převahou výskytu SP dle pohlaví respondentů, vztahem mezi typem rodiny a sebepoškozováním a také nejčastěji užívaných metod a předmětů k sebepoškozování.

H1: Méně než 50% dětí umístěných v systému náhradní výchovné péče se sebepoškozuje.

H2: U děvčat umístěných v systému náhradní výchovné péče převažuje výskyt sebepoškozování než u tamních chlapců.

- H3: Více sebepoškozujících jedinců umístěných v systému náhradní výchovné péče pochází z úplných rodin.
- H4: Nejčastěji užívanou metodou SP je sebeřezání, nejčastěji využívané předměty k SP jsou řezné nástroje.

3.2 Metody šetření

Při výzkumném šetření bylo využito kvantitativního zpracování, samotný sběr dat byl proveden metodou dotazníkového šetření. Dotazník je pro děti a mládež nacházející se v zařízeních náhradní výchovné péče.

Dotazník (příloha č. 1) obsahuje celkem 12 položek. Otázky nebo položky jsou otevřené, uzavřené a polootevřené. První položka se týká pohlaví, druhá položka věku a třetí zařízení, ve kterém se právě nachází (DD, DDŠ, DGÚ, VÚ, SVP). Čtvrtá položka je zaměřena na typ rodiny, jestli jsou z rodiny úplné nebo neúplné. Pátou položku představuje zjištění, jehož cílem je zjištění přítomnosti sebepoškozování se u respondenta. Šestou položkou jsou metody sebepoškozování, kde respondenti zaškrtnou, jakým způsobem se poškozují. Sedmá položka se zaměřuje na předměty využívané při sebepoškozování, osmá položka se táže na četnost jevu a devátá na místo, kde nejčastěji k jevu dochází. Desátá položka se ptá respondenta na důvody sebepoškozování. Předposlední, jedenáctá položka se táže na to, zda se respondenti někdy setkali s programem pojednávajícím o sebepoškozování nebo jestli o tom s někým hovořili, poslední, dvanáctá položka se týká toho, jestli se s podobným programem či „povídáním“ setkali v zařízení, ve kterém se právě nacházejí.

Dotazníkové šetření bylo anonymní a nebylo časově limitováno. Nejprve byli respondenti seznámeni s cíli dotazníkového šetření, byli požádáni o samostatnost a pečlivost při samotném vyplňování. Instrukce k vyplnění tohoto šetření byly součástí dotazníku v úvodní části a všichni byli seznámeni se způsobem vyplňování dotazníku, případně o postupech při opravách. Úspěšnost sběru dat prostřednictvím záznamových formulářů byla splněna na 100%.

V poslední části této práce se chci věnovat kvantitativní obsahové analýze textu osobního spisu klienta z vybraného zařízení, na jehož základě bude realizován nebo spíše navržen plán nápravy, podán návrh postupů možné léčby.⁸²

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

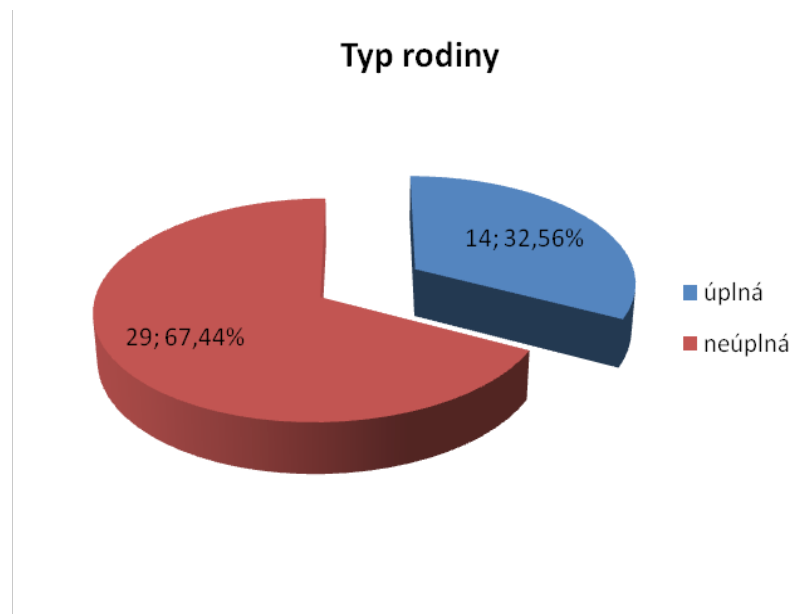
Sběr dat probíhal v období od dubna 2014 do září 2015, realizován byl v pěti zařízeních náhradní výchovné péče v Královéhradeckém kraji. Výzkumný vzorek představují klienti dětského domova, dětského domova se školou, diagnostického ústavu, výchovného ústavu a střediska výchovné péče. Průzkumného šetření se zúčastnilo 102 dětí. Výsledné údaje jsou interpretovány níže formou textu, který je doplněn grafickým znázorněním doplněným četností výskytu či procentuálním znázorněním (viz. kapitola 3.4), a dále je také proveden výpočet shody a nezávislosti včetně interpretace výsledků (viz. kapitola 3.5).

3.4 Vyhodnocení výzkumného šetření

Výzkumu realizovaného dotazníkovým šetřením se zúčastnilo 102 dětí ve věku 11 – 18 let, které se nacházejí v systému náhradní výchovné péče. Z celkového počtu dětí bylo 70 chlapců (68,6%) a 32 dívek (31,4%).

Dalším zjišťovaným jevem je úplnost či neúplnost rodin dotazovaných jedinců. Ze 43 poškozujících se pochází z rodin úplných 14 jedinců (32,56%) a z rodin neúplných 29 jedinců (67,44%).

⁸² GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. s. 99 – 104; 118.

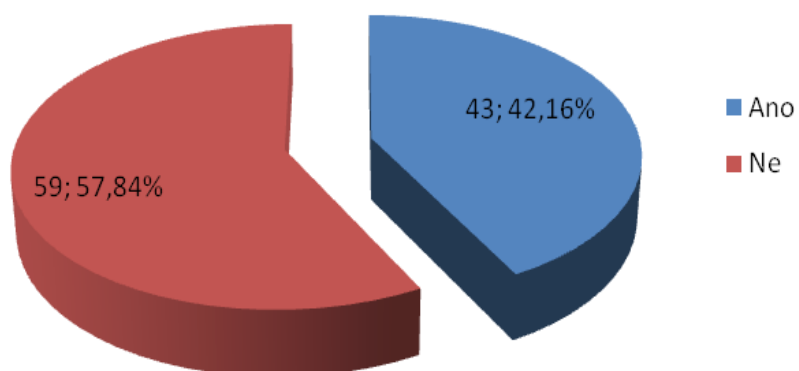


- položka č. 1:

Máš vlastní zkušenost se sebepoškozováním se?

- a) ano
- b) ne

Odpověď	Absolutní	Relativní
ano	43	42,16%
ne	59	57,84%



Tato položka se zaměřila na separaci tázaných, na sebepoškozující a nesebepoškozujících se jedince. Z celkového počtu 102 respondentů kladně odpovědělo 43 z nich, záporně odpovědělo 59 respondentů. Ze 43 sebepoškozujících se jedinců je 27 chlapců (62,79%) a 16 dívek (37,21%) ve věku 11 – 18 let.

V případě jiného úhlu pohledu s vyšší vypovídající hodnotou je samostatné zastoupení v kategorii pohlaví. Sebepoškozující se chlapci z celkového počtu tázaných chlapců představují 38,6 %, přičemž sebepoškozující děvčata představují rovných 50% ze všech tázaných děvčat. Celkově se dá výskyt sebepoškozování u děvčat a chlapců vyjádřit v poměru 1,3 : 1.

Dalších položky dotazníkového šetření se vztahují pouze k jedincům, kteří uvedli, že se již v životě sebepoškozovali.

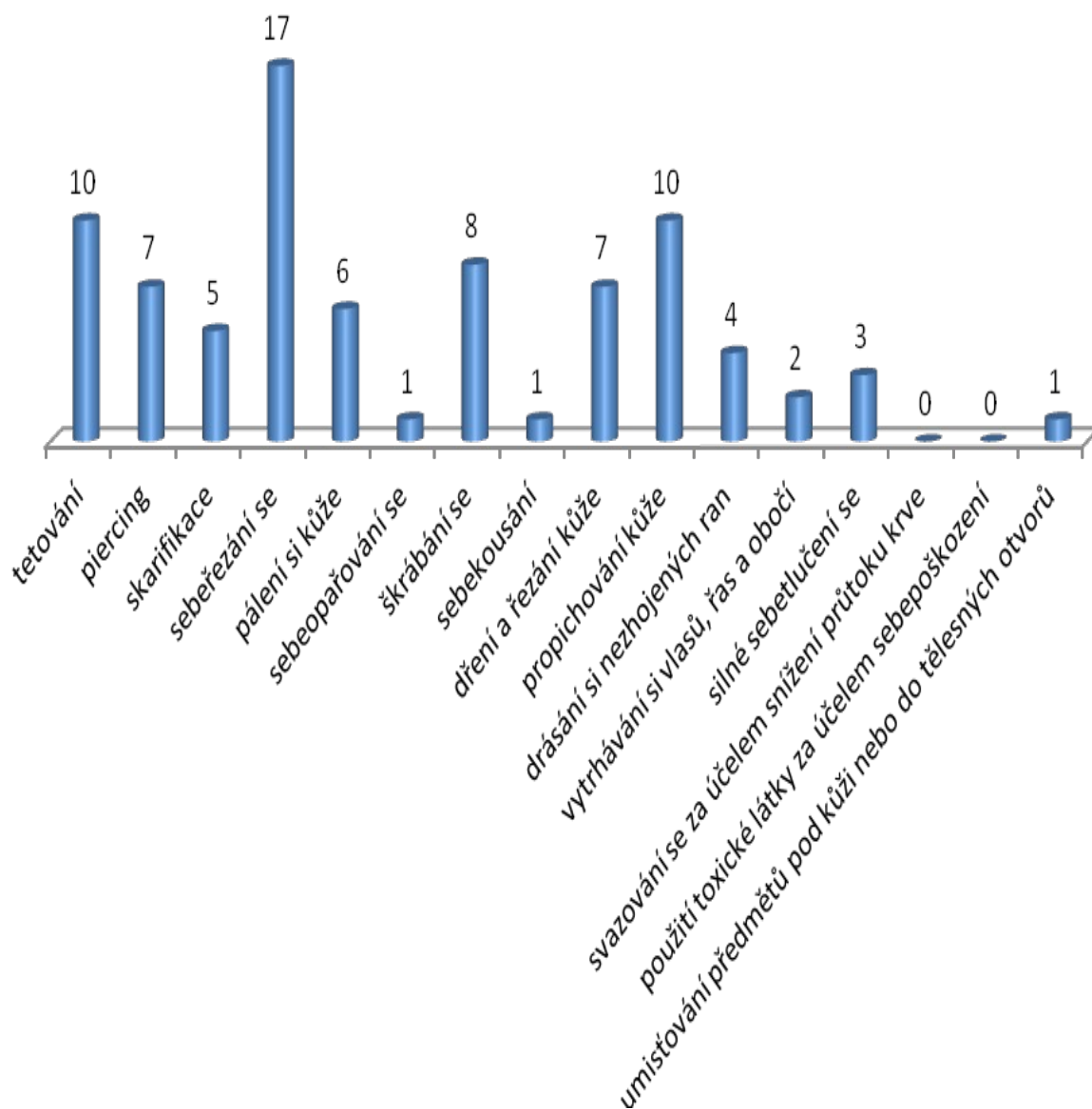
- *položka č. 2*

Vyber z následujících položek, o které sebepoškozování se jednalo, případně napiš jiné.

- tetování
- piercing
- skarifikace (dekorativní vzor na kůži utvářením trvalých jizev)
- sebeřezání se, vyřezávání nápisů a symbolů
- pálení si kůže
- sebeopařování
- škrábání se
- sebekousání
- dřenění a řezání kůže
- propichování kůže
- drásání si nezhojených ran
- vytrhávání si vlasů, řas a obočí
- silné sebetlučení se
- svazování se za účelem zabránění průtoku krve
- požití toxické látky za účelem poškození

p) umístování předmětů pod kůži nebo do tělesných otvorů

Odpověď	Absolutní
a)	10
b)	7
c)	5
d)	17
e)	6
f)	1
g)	8
h)	1
i)	7
j)	10
k)	4
l)	2
m)	3
n)	0
o)	0
p)	1



Položka č. 2 se zaměřila na metody sebepoškozování, které v dotazníku uvedli respondenti. Vyjádření bude pouze v četnosti výskytu, nikoli v procentuálním vyjádření, neboť sebepoškozující jedinci neuváděli pouze jednu používanou metodu, ale více metod sebepoškozování.

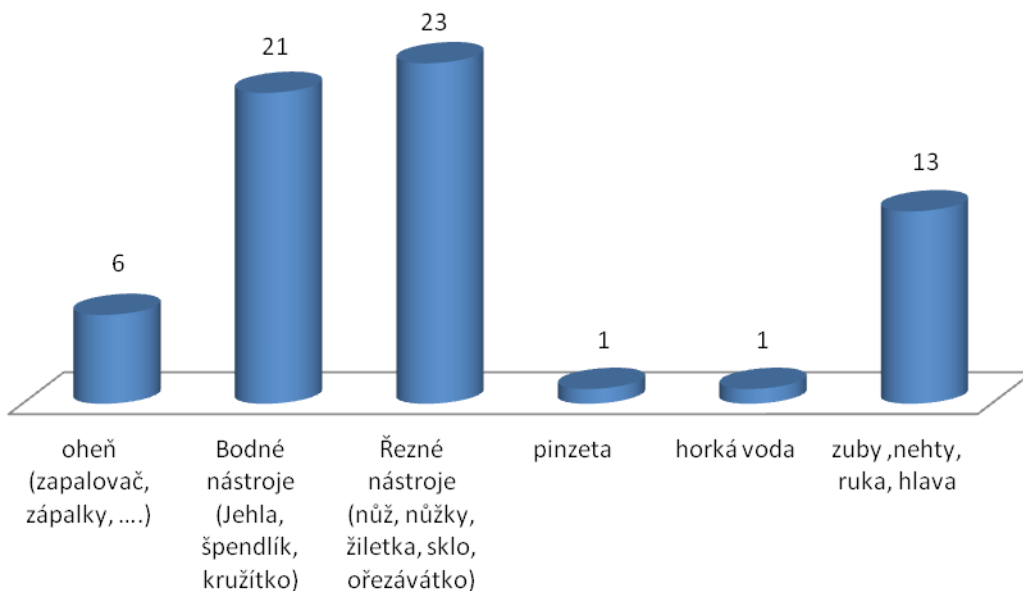
Jako nejvíce zastoupenou nebo nejpoužívanější metodou sebepoškozování respondenti uvádějí sebeřezání (17x), dále pak tetování (10x), propichování kůže (10x), škrábání se (8x), piercing (7x), dření a řezání kůže (7x), pálení kůže (6x), skarifikace (5x), dále pak drásání si nezhojených ran (4x), silné sebetlučení (3x), vytrhávání si vlasů, řas a obočí (2x), sebeopařování (1x) a kousání (1x). Poslední dvě metody, svazování se za účelem snížení průtoku krve a použití toxické látky za účelem sebepoškození nebylo respondenty uvedeno vůbec.

- položka č. 3:

Jakým předmětem vykonáváš nebo jsi vykonával/a sebepoškození?

- oheň (zapalovač, zápalky,)
- bodné nástroje (jehla, špendlík, kružítko)
- řezné nástroje (nůž, nůžky, žiletka, sklo, ořezávátko)
- pinzeta
- horká voda
- zuby, nehty, ruka, hlava

Odpověď	Absolutní
a)	6
b)	21
c)	23
d)	1
e)	1
f)	13



Položka č. 3 se zaměřila na předměty sebepoškození, které v dotazníku uvedli respondenti. Otázka byla otevřená, předměty uvedené respondenty byly poté kategorizovány dle společných charakteristik. Vyjádření bude uvedeno opět

pouze v četnosti výskytu, nikoli v procentuálním vyjádření, neboť sebepoškozující jedinci neuváděli pouze jeden, ale více předmětu sebepoškozování.

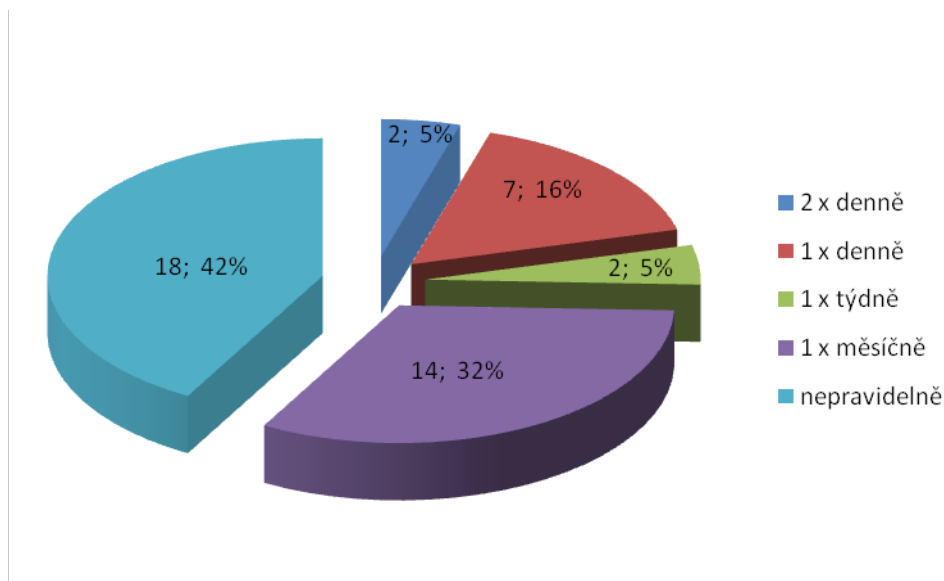
Nejčastěji používaným předmětem jsou řezné nástroje (23x), z nichž nejčastěji jsou uvedeny nůž a žiletka. Dále byly uváděny bodné nástroje (21x), kdy je nejvíce využívána jehla nebo špendlík. Třetí nejčastěji využívanou kategorií je kategorie Zuby, nehty, ruka, hlava (13x), kdy se sebepoškozující jedinci poškozují prostřednictvím vlastního těla. Dále bývá využit jako předmět SP oheň (6x), kdy bývá často používán zejména zapalovač. Jako předmět SP byla zaznamenána také pinzeta (1x) a horká voda (1x).

- položka č. 4:

Jak často u tebe dochází k sebepoškozování?

- a) 2 x denně
- b) 1 x denně
- c) 1 x týdně
- d) 1 x měsíčně
- e) nepravidelně

Odpověď	Absolutní	Relativní
a)	2	5%
b)	7	16%
c)	2	5%
d)	14	32%
e)	18	42%



Položka čtvrtá se věnuje otázce výskytu SP, tedy tomu, jak často se k jednání jedinci uchylují. Otázka byla polootevřená, když respondenti nestačili předložené možnosti, mohl se vyjádřit volně. Vyjádření všech v této volně se vyjadřující položce otázky šlo kategorizovat jako termín, „nepravidelně“. Otázka je opět doplněna o četnost výskytu včetně procentuálního vyjádření nebo zastoupení.

Z dané položky vyplynulo, že se tázání nejvíce poškozuje nepravidelně, což se týká 18 respondentů (42%), nižší zastoupení představuje četnost 1 x měsíčně u 14 respondentů (32%), dále pak 1x týdně u 7 jedinců (16%), 1 x týdně a 2 x denně shodně u 2 respondentů (5%).

- položka č. 5

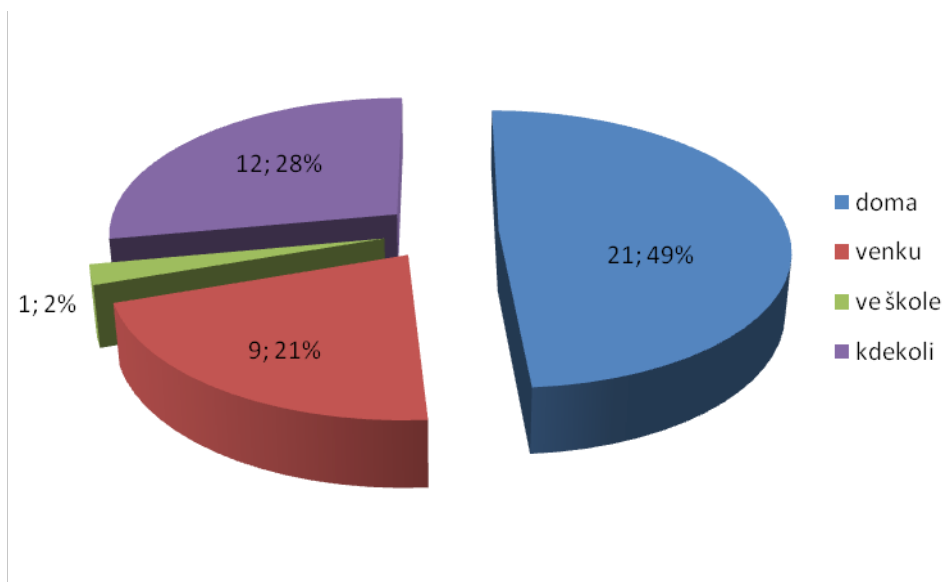
Uved' místo a denní dobu, kdy k sebepoškození dochází.

Tato položka je rozdělena na dvě části, na místo, kde k jevu dochází a na denní dobu, kdy k tomu nejčastěji dochází.

I. *Místo, kde k sebepoškození dochází:*

- doma
- venku
- ve škole
- kdekoli

Odpověď	Absolutní	Relativní
a)	21	49%
b)	9	21%
c)	1	2%
d)	12	28%



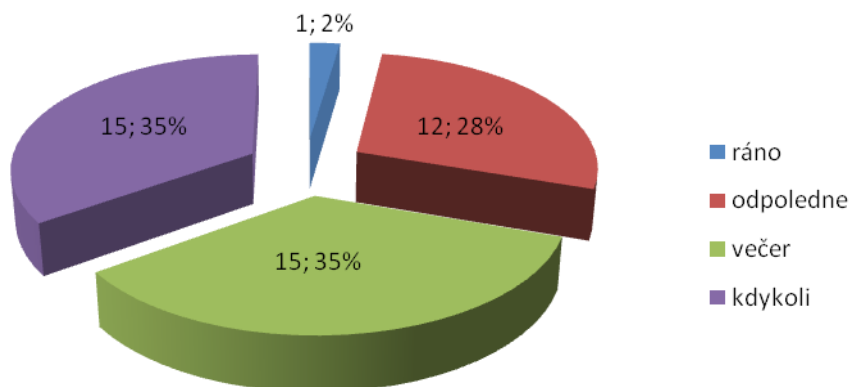
První část této položky se zabývá místem, kde nejčastěji dochází k sebepoškozování. Položka byla otevřená, respondenti se mohli volně vyjádřit. Na základě jejich vyjádření jsem odpovědi, dle společné charakteristiky, rozdělil na čtyři kategorie – doma, venku, ve škole a kdekoli. Položka je opět doplněna o četnost výskytu včetně procentuálního zastoupení.

Z dané položky vyplynulo, že se tázaní nejvíce poškozují doma, což se týká 21 respondentů (49%), nejčastěji uváděli, že k aktu dochází v pokoji a koupelně. Nižší zastoupení představuje odpověď, že se poškozování není vázáno na místo, tedy kategorie kdekoli, celkem to odpovědělo 12 respondentů (28%), ještě nižší zastoupení je uvedení místa venku, což odpovědělo 9 respondentů (21%). Nejnižší zastoupení má sebepoškozování ve škole, což uvedl jeden respondent (2%).

II. Denní doba, kdy k sebepoškozování dochází:

- a) ráno
- b) odpoledne
- c) večer
- d) kdykoli

Odpověď	Absolutní	Relativní
a)	1	2%
b)	12	28%
c)	15	35%
d)	15	35%



Druhá část této položky se zabývá denní dobou, tedy kdy nejčastěji dochází u respondentů šetření k sebepoškozování. Položka byla otevřená, respondenti se mohli volně vyjádřit. Na základě jejich vyjádření jsem odpovědi, dle společné charakteristiky, rozdělil do čtyřech kategorií – ráno, odpoledne, večer a kdykoli. Položka je opět doplněna o četnost výskytu včetně procentuálního zastoupení.

Z dané položky vyplynulo, že se tázaní nejčastěji sebepoškozují shodně večer a kdykoli, kdy takto u každé položky odpovědělo 15 respondentů (35%), méně pak odpoledne – 12 respondentů (28%) a nejméně ráno, což odpověděl jeden respondent (2%).

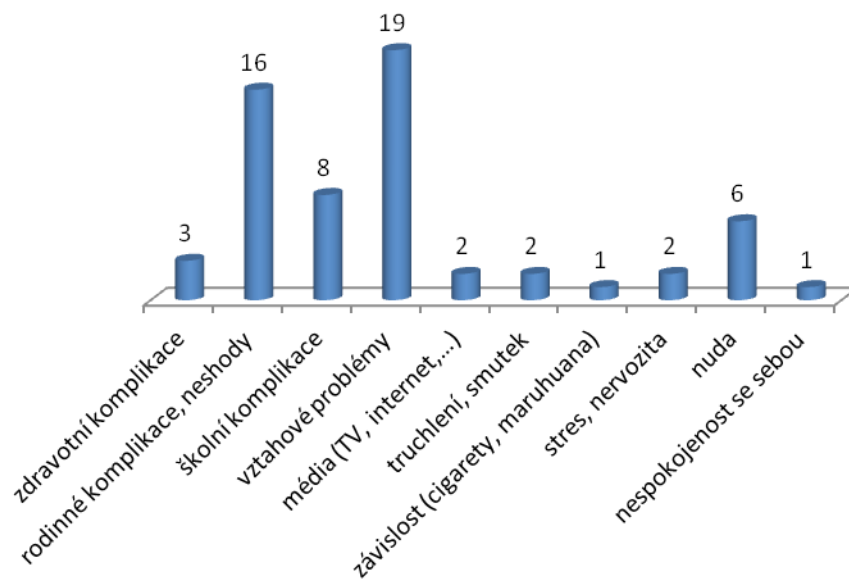
- položka č. 6:

Uved', co patří mezi důvody, kvůli kterým u tebe k sebepoškozování dochází?

- zdravotní komplikace
- rodinné komplikace nebo neshody
- školní komplikace
- vztahové problémy

- e) média (TV, internet, ...)
- f) truchlení, smutek
- g) závislostní chování
- h) stres, nervozita
- i) nuda
- j) nespokojenost se sebou

Odpověď	Absolutní
a)	3
b)	16
c)	8
d)	19
e)	2
f)	2
g)	1
h)	2
i)	6
j)	1



Položka č. 6 se zaměřila na důvody sebepoškozování, které v dotazníku uvedli respondenti. Otázka byla polootevřená, některé důvody byly předdefinovány (a – e), další uvedené důvody (f – j) vycházejí z volné formy odpovědi a jsou kategorizovány dle společných charakteristik. Vyjádření bude uvedeno opět pouze v četnosti výskytu, nikoli v procentuálním vyjádření, neboť sebepoškozující jedinci neuváděli pouze jeden, ale více důvodů sebepoškozování.

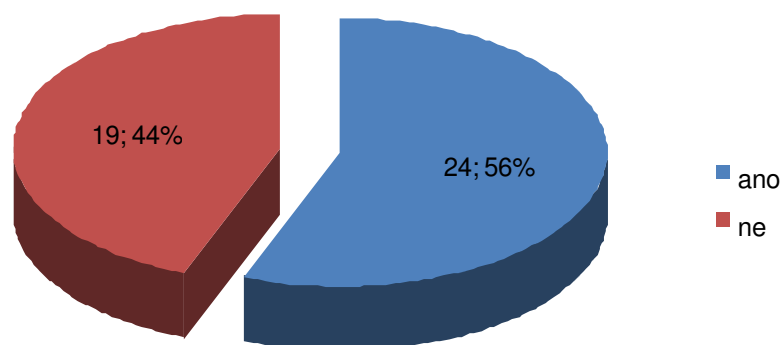
Nejčastěji uváděným důvodem vztahové komplikace, což uvádí 19 respondentů, hned v závěsu jsou ovšem důvody rodinné charakteru, což uvedlo 16 respondentů. Méně jsou zastoupeny školní komplikace (8x), nudu uvedlo jako důvod 6 respondentů, zdravotní komplikace byly zastoupeny 3 x, shodně v počtu 2 jsou uvedena média, truchlení a smutek a stres s nervozitou, nejméně, po jednom jsou zastoupeny kategorie závislostní chování a nespokojenost sama se sebou.

- položka č. 7:

Setkal/a ses někdy s programem či programy, které jsou zaměřené na jev sebepoškozování? Povídali jste si o tom někdy s někým?

- a) ano
- b) ne

Odpověď	Absolutní	Relativní
a)	24	56%
b)	19	44%



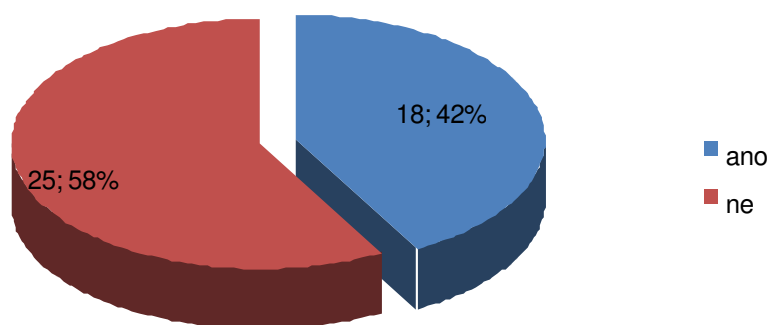
Položka č. 7 měla za úkol zjistit, zda se již sebepoškozující někdy v životě setkali s preventivním programem zaměřeným na danou problematiku, ovšem ještě před tím, než se dostali do zařízení systému náhradní výchovné péče. Otázka byla uzavřená, dichotomická, kde se k položce ano přiklonilo 24 respondentů (56%) a k položce ne 19 respondentů (44%).

- položka č. 8:

Setkal/a ses někdy s programem či programy, které jsou zaměřené na tento jev v zařízení, ve kterém se právě nacházíš? Povídali jste si o tom někdy s někým?

- a) ano
- b) ne

Odpověď	Absolutní	Relativní
a)	18	42%
b)	25	58%



Položka č. 8 měla za úkol zjistit, zda se sebepoškozující setkali s preventivním programem zaměřeným na danou problematiku v zařízení, ve kterém se právě nacházejí. Otázka byla uzavřená, dichotomická, kde se k položce ano přiklonilo 18 respondentů (42%) a k položce ne 25 respondentů (58%).

3.5 Testování vybraných aspektů

Pro významnější výpovědní hodnotu u vybraných jevů spočítáme tzv. test nezávislosti chí kvadrát pro čtyřpolní tabulku a test dobré shody chí-kvadrát. Dané metody testování jsem nastudoval v literatuře Chrásky, dle jehož skript výpočty provádím.⁸³

I. Testování *výskytu sebepoškozování*

Dané testování provedeme jako test nezávislosti chí kvadrát pro čtyřpolní tabulku.

H^0 - Frekvence výskytu sebepoškozování je u chlapců i dívek stejně velká (podíl sebepoškozujících se mezi respondenty je stejný u chlapců i dívek).

H_1 - Frekvence výskytu sebepoškozování je u chlapců a dívek rozdílná (dívky se sebepoškozují častěji než muži).

⁸³ CHRÁSKA, M. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2006. s. 81 – 84; s. 102 – 104 a 190.

	sebepoškozují se	nesebepoškozují se	
	27	43	70
	16	16	32
			102
	43	59	

chlapci
dívky

- Hadina Významnosti 0,01
- Počet stupňů volnosti 1
- Kritická hodnota $\chi^2_{0,01}(1) = 6,635$
- $\chi^2 = 102 \times \frac{(27 \times 16 - 43 \times 16)^2}{70 \times 32 \times 59 \times 43}$
- $\chi^2 = 1,176$.

Dle výpočtu vychází, že lze zamítnout hypotézu H_0 a přijmout hypotézu H_1 , neboť vypočítaná hodnota je nižší než kritická hodnota. Tudíž lze konstatovat, že frekvence výskytu sebepoškozování je u chlapců i dívek stejně velká (podíl sebepoškozujících se mezi respondenty je stejný u chlapců i dívek) a rozdíl není statisticky významný.

II. Testování metod sebepoškozování

Dané testování provedeme jako test dobré shody chí-kvadrát.

H_0 - Četnosti respondentů, kteří volí dané metody sebepoškozování, jsou zhruba stejné.

H_1 - Četnosti respondentů, kteří volí dané metody sebepoškozování, jsou rozdílné.

Metoda sebepoškozování	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
tetování	10	5,857	4,143	17,164	2,930
piercing	7	5,857	1,143	1,306	0,223
skarifikace	5	5,857	-0,857	0,734	0,125
sebeřezání	17	5,857	11,143	124,166	21,199
pálení si kůže	6	5,857	0,143	0,020	0,003
sebeopařování	1	5,857	-4,857	23,590	4,028

škrábání se	8	5,857	2,143	4,592	0,784
sebekousání	1	5,857	-4,857	23,590	4,028
dřenění a řezání kůže	7	5,857	1,143	1,306	0,223
propichování kůže	10	5,857	4,143	17,164	2,930
drásání si ran	4	5,857	-1,857	3,448	0,589
vytrhávání si vlasů, řas a obočí	2	5,857	-3,857	14,876	2,540
silné sebetlučení	3	5,857	-2,857	8,162	1,394
umísťování předmětů pod kůži nebo do tělesných otvorů	1	5,857	-4,857	23,590	4,028
	<input type="checkbox"/> 82	<input type="checkbox"/> 82			45,024

- Vypočítaná hodnota $\chi^2 = 45,024$
- Hadina Významnosti 0,05 (5%)
- Počet stupňů volnosti 14
- Kritická hodnota $\chi^2_{0,05}(14) = 23,685$

Dle výpočtu vychází, že lze zamítnout hypotézu H^0 a přijmout hypotézu H^1 , neboť vypočítaná hodnota je vyšší než kritická hodnota. Tudíž lze konstatovat, že četnosti respondentů volící metodu sebepoškození jsou rozdílné a rozdíly mezi četnostmi výběrů jsou statisticky významné.

III. Testování předmětů sebepoškození

Dané testování provedeme jako test dobré shody chí-kvadrát.

H^0 - Četnosti respondentů, kteří volí dané předměty sebepoškození, jsou zhruba stejné.

H^1 - Četnosti respondentů, kteří volí dané předměty sebepoškození, jsou rozdílné.

Předměty sebeškození	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	(P-O) ²	$\frac{(P-O)^2}{O}$
oheň (zapalovač, zápalky)	6	9,833	-3,833	14,692	1,494
bodné nástroje	21	9,833	11,167	124,702	12,682
řezné nástroje	23	9,833	13,167	173,370	17,631
pinzeta	1	9,833	-8,833	78,022	7,935
horká voda	1	9,833	-8,833	78,022	7,935
zuby, nehty, ruka, hlava	13	9,833	3,167	10,030	1,020

- Vypočítaná hodnota $\chi^2 = 48,697$
- Hadina Významnosti 0,05 (5%)
- Počet stupňů volnosti 6
- Kritická hodnota $\chi^2_{0,05}(6) = 12,592$

Dle výpočtu vychází, že lze zamítnout hypotézu H^0 a přijmout hypotézu H^1 , neboť vypočítaná hodnota je vyšší než kritická hodnota. Tudíž lze konstatovat, že četnosti respondentů volící předmět sebepoškozování jsou rozdílné a rozdíly mezi četnostmi jsou statisticky významné.

3.6 Vyhodnocení hypotéz

H1: Méně než 50% dětí umístěných v systému náhradní výchovné péče se sebepoškozují.

Z vyhodnocení H1 vyplynulo, že z celkového počtu 102 respondentů umístěných v systému náhradní výchovné péče se 59 respondentů (57,84%) nesebepoškozují a 43 (42,16%) se sebepoškozují.

H1 byla potvrzena.

H2: U děvčat umístěných v systému náhradní výchovné péče převažuje výskyt sebepoškozování než u tamních chlapců.

Z vyhodnocení H2 vyplynulo, že frekvence výskytu sebepoškozování je u chlapců i dívek stejně velká (podíl sebepoškozujících se mezi respondenty je stejný u chlapců i dívek), což nám vyšlo při testování nezávislosti chí-kvadrát (viz. kapitola 3.5; I – testování výskytu sebepoškozování).

Na druhou stranu nám ze šetření plyne, že sebepoškozující se chlapci z celkového počtu tázaných chlapců představují 38,6 %, přičemž sebepoškozující děvčata představují rovných 50% ze všech tázaných

děvčat. Celkově se dá výskyt sebepoškozování u děvčat a chlapců vyjádřit v poměru 1,3 : 1.

Přesto se přikláním k výsledkům provedených výpočtů, že frekvence výskytu sebepoškozování je u chlapců i dívek stejně velká.

H2 nebyla potvrzena.

H3: Více sebepoškozujících jedinců umístěných v systému náhradní

výchovné péče pochází z úplných rodin.

Z vyhodnocení H3 vyplynulo, že z celkového počtu sebepoškozujících se respondentů umístěných v systému náhradní výchovné péče pochází 14 z úplných rodin (32,56%) a 29 z rodin neúplných (67,44%), kde je převaha sebepoškozujících z neúplných rodin zřetelná.

H3 nebyla potvrzena.

H4: Nejčastěji užívanou metodou SP je sebeřezání se, nejčastěji využívané předměty k SP jsou řezné nástroje.

Z vyhodnocení H4 vyplynulo, že četnosti respondentů volící metodu a předmět sebepoškozování jsou rozdílné a rozdíly mezi četnostmi jsou statisticky významné, což nám v obou případech vyšlo při testování dobré shody chí-kvadrát (viz. kapitola 3.5 → II – testování metod sebepoškozování; III – testování předmětů sebepoškozování).

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že sebeřezání se je nejčastěji uváděnou metodou sebepoškozování u tázaných (celkem ji uvedlo 17 respondentů) a řezné nástroje jsou nejčastěji používaným předmětem sebepoškozování u tázaných respondentů (celkem uvedlo 23 respondentů).

H4 byla potvrzena.

3.7 Popis, analýza a diskuze dosažených výsledků

Z vyhodnocení celého výzkumného šetření nám vyplývá, že sebepoškozování dětí a mládeže umístěných v systému náhradní výchovné péče je velice aktuální, díky téměř třiačtyřiceti procentní četnosti výskytu se o ní dá hovořit jako o alarmující. Daná čísla by mohla být výzvou nebo až povinností odborníků se jevem zabývat, zabývat se postupy či metodami, které by mohly směřovat ke snížení četnosti výskytu. Samozřejmě se nejedná pouze o nalezení vhodných psychoterapeutických technik pomoci sebepoškozující se osobnosti, ač jsou nesmírně důležité, ale o hledání možností podpory celého systému. Na mysli mám nejen podmínky a možnosti v daném zařízení, ale také nutnost hledat a rozvíjet formy pomoci pro blízké osoby jedince, pro rodinné příslušníky, vrstevníky, osoby jinak blízké, školy, střediska volného času, apod. Z výzkumu bylo zřejmé, že většina (téměř 68%) sebepoškozujících pochází z neúplných rodin, proto se lze domnívat, že všeobecná pomoc a podpora by se měla v první řadě orientovat na tento typ rodin, kde je vyšší procento rizika výskytu některého ze sociálně patologických jevů. Dokonce jedním z nejčastěji uváděných důvodů k sebepoškozování jsou hned za vztahovými problémy (uvedlo 19 respondentů) rodinné neshody (u 16 respondentů), proto lze předpokládat, že zde existuje souvislost a potřeba pracovat zejména s rodinou postiženého jedince.

Výpovědní hodnotu zejména pro pracovníky v systému náhradní výchovné péče mají výsledky týkající se volby metod a předmětů sebepoškozování, to zejména z důvodů ochranně preventivních. K tomu se pojí i nejčastěji uváděné místo, kde k jevu dochází, což je pokoj a koupelna, a čas, kdy k tomu dochází, což je nejčastěji ve večerních hodinách. Tato informace by mohla být nápomocna pro část ze souboru preventivních opatření vedoucích ke snížení SP. Samozřejmě tou nejoptimálnější prevencí je o jevu otevřeně komunikovat, plánovat a realizovat aktivity zaměřené na prevenci, zvyšovat obecné povědomí o sebepoškozování a jeho nebezpečí. Důležité je samozřejmě i klima v zařízení, styl zavedené komunikace, důvěra mezi dětmi a dospělými, podíl dětí na společné organizaci činností zařízení, apod. Jak jsme mohli z výsledků zjistit, 42% respondentů uvedlo, že se v zařízení, ve kterém se nachází, se již setkali s programem zaměřeným na

tento jev, ač se obávám, že je to stále nedostačující. Navýšení dotace preventivních aktivit ovšem může souviset s přijetím teze, že výskyt SP je možný téměř všude a že děti v systému NVP mají vyšší pravděpodobnost výskytu, než děti nacházející se mimo systém náhradní výchovné péče.

4. Návrh terapeutických postupů u sebepoškozujícího se jedince

Jako jev ke zkoumání, analýze jsem si vybral čtrnáctiletou dívku, která vykazuje známky sebepoškozování. Jako metodu jsem zvolil obsahovou analýzu textu jejího osobního spisu vedeného diagnostickým ústavem - kazuistiku (viz. příloha č. 2). Nejprve budeme pojednávat o, co možná nejkompaktněji, pojaté anamnéze dívky, kde lze nalézt důležité životní mezníky. Pro následný vhled a lepší pochopení vztahů se budu snažit nastínit i diagnózu a výstupem by měla být východiska v podobě prognostických údajů. Za pomoci odborné literatury se pokusím známky jevu porovnat, klasifikovat, hledat příčiny a možné postupy, které se posléze pokusím propojit s postupy realizovanými odbornými pracovníky zařízení, a které mají za cíl vést k nápravě či eliminaci tohoto nežádoucího jevu a vytvořit tak předpoklad pro návrat do běžného, pro dívku optimálního života ve společnosti.

4.1 Anamnéza

Dívka vyrůstala v neúplné rodině s matkou a sestrou, otec odešel od rodiny, když byla dívka ještě v předškolním věku. Od té doby zajišťuje výchovu sama matka, která výchovu často zanedbávala, dětem se příliš nevěnovala a navštěvovala různá restaurační zařízení. Posléze přišel do rodiny matčin přítel, který vykazoval obdobné známky životního stylu. Matka dívky má základní vzdělání, je dlouhodobě nezaměstnaná, obživu rodiny zajišťoval přítel matky a z části příspěvky od státu. Dívka díky častému stěhování matky často střídala školy, žádné volnočasové, mimoškolní aktivity neprovozovala, nemá vytvořený žádný pozitivní vztah k jakýmkoli aktivitám, dle jejích slov ji nic nebaví.

Vývoj dívky a růst probíhal téměř bez problémů, prošla si běžnými dětskými nemocemi, jako např. neštovice, které měly tradiční průběh a vyléčily se běžnou cestou. Byla zjištěna krátkozrakost, proto nosí dívka od raného věku brýle, trpí také dyslalickou výslovností. Rodina spolupracovala s pedagogicko -

psychologickou poradnou, v poslední době byla také v péči dětské psychiatrické léčebny, kam pravidelně docházela.

Ve školním prostředí dívka působila jako klidné dítě, které se do ničeho příliš nezapojovalo a mělo tendence být spíše stranou kolektivu, škola ji příliš nebavila, neprojevovala žádné nadstandardní známky zájmu, prospěch byl spíše průměrný.

Výchova byla ze strany matky zanedbávající, dívku vedla nevhodně či vůbec. Nedostačující výchova se začala projevovat v podobě neosvojení si základů osobní hygieny a péče a základních společenských norem. Mezi dívkou a matkou byl spíše konfliktní vztah, dívka matku nerespektovala, hádala se s ní, nechtěla ji poslouchat, kouřila, kradla doma peníze, často vyhrožovala sebevraždou a na protest se pořezala.

Dívka byla přijata do diagnostického ústavu na základě uložení předběžného opatření společně se svou sestrou.. Důvodem bylo podezření na sexuální zneužití matčiným přítelem a také vysoká absence ve své škole.

4.2 Diagnóza

Do kontaktu vstupuje dívka spontánně, je často v napětí, tenze se v průběhu rozhovoru rozpouští. Tenze je však u ní často a pravidelně. Dívka má sklon k obdivu starších mužů, kteří se jí líbí a kterým se nezdráhá různě lichotit.

Sebepoškozování mělo formu řezání se na předloktí, bříše, stehnech, dívka po tomto aktu pociťuje úlevu z napětí a není ochotna přistoupit na variantu zbavovat se tohoto napětí jiným způsobem. Dívka je v kolektivu stále nejistá a uzavřená (v dyádě dochází k opaku – je velice otevřená), je emočně labilní, impulzivní, často nedomýšlí důsledky svého jednání. V prožívání je zvýšeně úzkostná, vážná, smutná, snadno se rozruší. Vzhledem k biologickému věku je infantilní, projevy jsou dětské. Pracovní i volní vlastnosti jsou oslabené, ke školní práci nebyla vedena, má potíže s plněním si svých povinností, motivace je téměř nulová. Dívce byla pedopsychiatrem diagnostikována depresivní porucha - středně těžká depresivní epizoda, tak se u ní projevovaly symptomy

posttraumatické stresové poruchy, jejichž komorbidita bývá v literatuře udávána.⁸⁴ Co se týče sebepoškozování, dle klasifikace se nejspíš jedná o povrchovou nebo mírnou automutilaci jako impulzivní periodické sebepoškozování epizodického charakteru, spouštěč může mít emoční charakter.⁸⁵ Původ lze hledat zejména v rodině, v rodinných vztazích, které byly nevyvážené, neukotvené a často až patologické. Důležitým mezníkem v rodině jistě byl rozvod rodičů a následný odchod otce od rodiny, také ale alkoholismus matky a jejího přítele, nevyvážené, nestabilní rodinné prostředí, které vyvolává pocity nejistoty a napětí. Příčinou sebepoškozování může být impulzivita, napětí z nejistoty a nedostatečné opory v rodině ze strany matky bude nejspíše tou skutečnou příčinou, bezpochyby je příčinou i trauma ze sexuálního zneužití, ke kterému prokazatelně v rodině došlo ze strany matčina přítele a trvalo zhruba půl druhého roku. Dítě, které bylo sexuálně traumatizováno, prožívá pocity bezradnosti, bezmoci, zoufalství, prožívá zmatek ve vztahu k rodiči a může prožívat pocity viny.⁸⁶ Proto může být funkcí sebepoškozujícího aktu i stimulace, tedy odklon od současného stavu formou prožívání těla, ale také jako trest - sebetrestání s cílem odstranit pocity viny, studu, nebo vyjádření hněvu. Nejpravděpodobněji v tomto případě slouží jako relaxace, cílem je zde redukovat tenzi.⁸⁷

Zde bych se ti pokusil vymezit a popsat činnosti, kterými se na dívku působilo s cílem odstranit tento nežádoucí jev.

První a nemalou mírou prospěšný je právě trvalý režim zařízení, který je stabilizační v takovém smyslu, že se děti lépe orientují, orientují se ve struktuře, vědí, co budou dělat, co mohou očekávat a co se od nich očekává a tento přehled sám o sobě snižuje napětí z nejistoty, která se u dívky vyskytovala.

Jako učitel jsem neměl tolik možností, jak s dívkou pracovat (přece jen je to stěžejní činností etopeda a psychologa), ale i tak jsem se snažil podporovat a vytvářet u dívky ten typ dovedností, které u dívky nebyly v minulosti příliš rozvíjeny – zejména jde o komunikaci a spolupráci, o navození důvěry, ale také o zažití úspěchu z vykonávaných činností. Komunikaci, respektive komunikativní

⁸⁴ PRAŠKO, J.; MOŽNÝ, P.; ŠLEPECKÝ, M. a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. s. 269 a 685.

⁸⁵ PLATZNEROVÁ, A. *Sebepoškozování – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009. s. 18 – 20.

⁸⁶ GJURIČOVÁ, Š.; KOCOURKOVÁ, J.; KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. s. 68.

⁸⁷ PLATZNEROVÁ, A. *Sebepoškozování – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009. s. 37.

dovednosti jsme rozvíjeli v rámci tvorby a prezentování prezentací na různá témata, dále pak i v rámci skupinové práce při řešení společných úkolů. Spolupráci jsme se snažili rozvíjet právě v rámci skupinové práce v hodinách při řešení společných úkolů, kde spolupráce byla nutná pro úspěšné dosažení požadovaného, zdárného výsledku.

Dále bych se zde pokusil stručně popsat činnosti etopeda a psychologa, kteří s dívkou po dobu pobytu pracovali. V případě etopedické zakázky se jednalo zejména o odstranění pocitů viny, které dívka měla – nesla si s sebou pocit viny, že může za to, že sem byla sestra umístěna kvůli ní, že se zmínila o zneužití matčiným přítelem. Tento pocit byl napravován racionalizací, objektivním vysvětlováním a objasňováním, že vina a příčina umístění rozhodně není její. Dalším částí zmiňované zakázky bylo opětovné navázání důvěry mezi matkou a dcerou, kdy matka dceři nevěřila sexuální zneužití ze strany přítele matky.

Etoped – terapeut ve zdejším zařízení se zabývá Kognitivně behaviorální terapií, kterou se zaměřoval zejména na sebepojetí, sebekontrolu a celkově na úroveň sebevědomí. Zejména se jednalo o přetváření vlastního náhledu na svou vlastní osobu, tedy o přetváření sebeobrazu. Nejednalo se pouze o racionalizaci a hledání možností vlastního uplatnění, ale také o změnu image (hygiena, způsob oblékání, úprava vlasů,...), která posiluje sebevědomí jako takové. Dalším aspektem terapeutické péče bylo zaměření se na poznání vlastních emocí dívky, kde je hlavním cílem jejich přijetí.

Psycholog se zabýval stejnými principy, faktory, které přispívaly k posílení sebevědomí, změně sebeobrazu, sebepojetí a také k vyšší odpovědnosti za sebekontrolu – k tomu využívá principů dynamického terapeutického přístupu (SUR). S dívkou byl také nacvičován způsob relaxace, který by mohl postupem času eliminovat a nahradit současně využívanou techniku uvolnění napětí. Cílem relaxace je tedy navození zklidnění a úleva z pocitu napětí. Terapeutická činnost psychologa ovšem spočívala i v aktivitách nevztahujících se pouze k osobnosti dívky, ale také k její rodině, kde práce s ní má nemalý význam a následný přínos pro zotavení sebepoškozujícího se jedince. Byla realizována sezení s cílem zvýšení matčiných výchovných kompetencí, které se doposud jevily jako nefunkční či neefektivní. Základním předpokladem pro rozvoj spolupráce bylo ovšem až

přijetí toho, že dcera byla skutečně zneužívána. Matky zneužívaných dívek často „nevidí“, co se doma odehrává, svým dcerám pak nedokážou uvěřit a pomoci.⁸⁸

4.3 Prognóza

Dívka potřebuje stabilitu, režim, o který by se mohla „opřít“, vhodný je ale také adekvátní identifikační vzor. Nutná je také péče pedopsychiatra a psychologa zejména kvůli svým tendencím se sebepoškozovat. Nadále by bylo vhodné rozvíjet pracovní a volní vlastnosti, vést ji k dokončování zadaných prací či úkolů a v neposlední řadě podporovat vztah s mladší sestrou.

Pro nápravu by mohlo být využito například psychoterapie, která by se zaměřovala především na sebezpřijetí a na změnu chování. Účinek by se dal očekávat od behaviorálních intervencí zaměřených na odstranění negativních faktorů udržujících sebepoškozování. Na mysli mám konkrétní intervence směřované k požadované změně ve vnímání a chová podílející se na odstranění nežádoucích projevů ve vnímání a chování ve vztahu jak k vlastní osobě, tak i ve vztahu k okolí. Cestou k dosažení tohoto cíle je vést dívku k nacházení alternativních způsobů vyjádření emocí, odměňovat snížení frekvence a závažnosti nebo žádoucí změny typu sebepoškozování a vést okolí k neutrálnímu až podpůrnému způsobu reagování na sebepoškozování. Uvedené způsoby reagování jsou myšleny tak, že tu není pouze okolí podpůrné, pomáhající, ale i okolí, které je neinformováno a způsoby reakcí by mohly být až kontraproduktivní ve vztahu k nápravě nežádoucích projevů vnímání a chování – proto ta nutnost neutrality. Kromě zaměření se na pozitivní a negativní činitele, posilující sebepoškozování, mohou behaviorální strategie zahrnovat i nácvik nových dovedností. Nácvik specifických dovedností zvládnání nebo tolerance distresu může odstranit behaviorální deficit ve zvládnání psychické disharmonie či emočního utrpení.⁸⁹

Dle jiné literatury by mohl být využit komplexní soubor technik, intervencí, které napomohou nalézt a osvojit si copingové strategie a způsoby autoregulace emocí. Jejich cílem by mělo být také zlepšení komunikačních a interpersonálních

⁸⁸ LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 318.

⁸⁹ PLATZNEROVÁ, A. *Sebepoškozování – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009. s. 78 – 79.

dovedností a v komplexním spojení vést k obnovení denního fungování, k fyzické a psychické pohodě. Mezi intervenční činnosti patří psychologická, farmakologická či sociální intervence.⁹⁰ Hlavní intervencí by ovšem měla být zejména podpora celého systému, tedy od osobnosti dívky, její rodiny, tak i bezprostředního okolí (škola, zájmové vzdělávání, podpůrné organizace,...).

K tomu, jak s dívkou dále pracovat, bych se také ještě vyjádřil. Jelikož jsem se zúčastnil případové konference, která se týkala dívky a jejího osudu a kde byl přítomen, kromě rodiče také kurátor, psycholog a zástupce organizace Amalthea. Dle převažujícího názoru by se dívka měla navrátit zpět domů za předpokladu, že bude nadále spolupracovat s pedopsychiatrem, bude jí uložen soudní dohled a společně s matkou podstoupí rodinnou terapii pod zastřešením Střediska výchovné péče. Nadále je pro ně nutností spolupracovat s psychologem městského úřadu a pracovníkem již zmíněné organizace Amalthea, která bude pomáhat rodině zejména se školními povinnostmi a školní přípravou.

⁹⁰ KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008. s. 133 – 134.

Závěr

Závěrem bych chtěl pouze zhodnotit příspěvek v podobě této bakalářské práce, kde je hlavním cílem zanalyzovat sebepoškozující chování dětí a mládeže, kteří jsou umístěni v systému náhradní výchovné péče. Celková analýza se týká dětí a mládeže umístěných v diagnostickém ústavu, v dětském domově, dětském domově se školou, výchovném ústavu a ve středisku výchovné péče v souvislosti s mírou výskytu sebepoškozování se.

Z výzkumného šetření nám vyplývá, že sebepoškozování dětí a mládeže umístěných v systému náhradní výchovné péče je velice aktuální, což lze díky téměř třiačtyřiceti procentní četnosti výskytu říci. Výsledky by mohly být námětem pro odborníky, kteří by se jevem nebo jevy měli zabývat a tím směřovat ke snížení četnosti výskytu. Samozřejmě se nejedná pouze o nalezení vhodných psychoterapeutických technik pomoci sebepoškozující se osobnosti, ač jsou nesmírně důležité, ale o hledání možností podpory celého systému. Na mysli mám nejen podmínky a možnosti v daném zařízení, ale také nutnost hledat a rozvíjet formy pomoci pro blízké osoby jedince, pro rodinné příslušníky, vrstevníky, osoby jinak blízké, školy, střediska volného času, apod. Z výzkumu bylo zřejmé, že většina (téměř 68%) sebepoškozujících pochází z neúplných rodin, proto se lze domnívat, že všeobecná pomoc a podpora by se měla v první řadě orientovat na tento typ rodin, kde je vyšší procento rizika výskytu některého ze sociálně patologických jevů. Dokonce jedním z nejčastěji uváděných důvodů k sebepoškozování jsou hned za vztahovými problémy (uvedlo 19 respondentů) rodinné neshody (u 16 respondentů), proto lze předpokládat, že zde existuje souvislost a potřeba pracovat zejména s rodinou postiženého jedince.

Výpovědní hodnotu zejména pro přímou i nepřímou pedagogickou činnost v systému náhradní výchovné péče mají výsledky týkající se volby metod a nástrojů sebepoškozování. K tomu se pojí i nejčastěji uváděné místo, kde k jevu dochází, což je pokoj a koupelna, a čas, kdy k tomu dochází, což je nejčastěji ve večerních hodinách. Tato informace by mohla být nápomocna pro část ze souboru preventivních opatření vedoucích ke snížení SP. Samozřejmě tou neoptimálnější prevencí je o jevu otevřeně komunikovat, plánovat a realizovat aktivity zaměřené na prevenci, zvyšovat obecné povědomí o sebepoškozování a jeho nebezpečí.

Důležité je samozřejmě i klima v zařízení, styl zavedené komunikace, důvěra mezi dětmi a dospělými, podíl dětí na společné organizaci činností zařízení, apod. Jak jsme mohli z výsledků zjistit, nemalé procento (42%) respondentů uvedlo, že se v zařízení, ve kterém se nachází, se již setkali s programem zaměřeným na tento jev, ač se obávám, že je to stále nedostačující. Navýšení dotace preventivních aktivit ovšem může souviset s přijetím teze, že výskyt SP je možný téměř všude a že děti v systému NVP mají vyšší pravděpodobnost výskytu, než děti nacházející se mimo systém náhradní výchovné péče. Považuji za nutné přijetí toho, že i v našem zařízení se může něco obdobného dít.

Problematika sebepoškozování není jistě téma na krátkou diskusní část, je jí třeba věnovat vyšší míru zájmu a hlavně hledání cest k prevenci a nápravě těchto nežádoucích jevů. Jako prevence bych se snažil využít především té nepřímé, jako je posilování vlastních dovedností, sebehodnocení, sebevědomí, vztah k sobě samému. Náprava je jistě komplikovanější a ne zrovna snadná i pro řadu odborníků. Komplexní pohled si ovšem vyžaduje práci nikoli pouze se sebepoškozujícím se, ale také s jeho bezprostředním okolím, které má na tomto jevu také podíl, tedy pracovat a počítat s podporou celého systému. Zejména se jedná o práci s rodinou poškozené, ale také na práci se skupinami, se kterými přichází do styku mimo rodinu (školní prostředí, skupina vrstevníků,....).

Seznam použité literatury a dalších zdrojů:

Literární zdroje:

- I. BLOOMQUIST, M. *Skills Training for Children with Behavior Disorders*. New York: Guilford Press, 1996. 272 s.
ISBN 1572300809 9781572300804
- II. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 207 s.
ISBN 80-85931-79-6
- III. GJURIČOVÁ, Š.; KOCOURKOVÁ, J.; KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 104 s.
ISBN 80-7021-416-3
- IV. CHRÁSKA, M. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2006. 200 s.
ISBN 80-244-1367-1
- V. JANSKÝ, P. *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 292 s.
ISBN 978-80-7435-534-9
- VI. KOUTEK, J.; KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 128 s.
ISBN 80-7178-732-9
- VII. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 176 s.
ISBN 978-80-247-2333-4
- VIII. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 216 s.
ISBN 978-80-7367-383-3
- IX. KRAUS, B.; POLÁČKOVÁ, V. *Člověk-prostředí-výchova*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. 199 s.
ISBN 80-7315-004-2

- X. LANGMEIER, J.; BALCAR, K.; ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 432 s.
ISBN 80-7178-381-1
- XI. LABÁTH, Vladimír a kol. *Riziková mládež*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. 157 s.
ISBN 80-85850-66-4
- XII. MATĚJČEK, Z. a kol. *Náhradní rodinná péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 184s.
ISBN 80-7178-304-8
- XIII. MATOUŠEK, O.; KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 344 s.
ISBN 80-7178-771-X
- XIV. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s.
ISBN 80-7178-549-0
- XV. MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s.
ISBN 80-85850-76-1
- XVI. MATOUŠEK, O. a kol. *Práce s rizikovou mládeží: Projekt Lata a další alternativy*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. 88 s.
ISBN 80-7178-089-8
- XVII. NIKL, J. *Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže se zaměřením na jejich prevenci*. 1. vyd. Praha: Policejní akademie České Republiky, 2000. 100 s.
ISBN 80-7251-033-9
- XVIII. PLATZNROVÁ, A. *Sebepoškozování – aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 159 s.
ISBN 978-80-7262-606-9
- XIX. POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3., rozš. vyd. Praha: Portál, 2001. 336 s.
ISBN 80-7178-570-9
- XX. PRAŠKO, J.; MOŽNÝ, P.; ŠLEPECKÝ, M. a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 1064 s. ISBN 978-80-7254-865-1
- XXI. RÖHR, H. *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 120 s. ISBN 80-7178-724-8

- XXII. SEKERA, Julius. *Mikrořízení a interpersonální vztahy v organizacích ústavní výchovy*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská Univerzita, Pedagogická fakulta, 2001. 206 s.
ISBN 80-7042-187-8
- XXIII. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 170 s.
ISBN 80-7184-488-8
- XXIV. VOCILKA, M. *Dětské domovy v České republice*. 1. vyd. Praha: Aula, 1999. 268 s.
ISBN 80-902667-6-2
- XXV. Zákon č. 94/1963 Sb. Rodinné právo - úplné znění, Sagit, 2006. 160 s.
- XXVI. Zákon č. 359/1999 Sb. Sociálně – právní ochrana dětí – úplné znění, Sagit, 2006. 160s.

Elektronické zdroje:

- I. BABÁKOVÁ, L. *Sebeпоškozování v dětství a adolescenci*. [on-line] [cit. 2015-10-19].
Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/04/05.pdf>
- II. MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ – 10. REVIZE. *Sebeotrávení, Sebpoškození, Sebepoškozující chování, sebezohavení*. [on-line]. [cit. 2015-9-30].
Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- III. Zákon č. 89/2012 Sb., Rodinné právo, Občanský zákoník [on-line]. [cit. 2015-11-2].
Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89#cast2>
- IV. Zákon č. 218/2003 Sb. O odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a soudnictví ve věcech mládeže [on-line]. [cit. 2015-7-26].
Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-218>
- V. Zákon č. 109/2002 Sb. O výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění zákona č. 383/2005 Sb., ve znění zákona č. 333/2012 Sb. [on-line]. [cit. 2015-7-26].
Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-333>

Seznam příloh:

Příloha č. 1 – Dotazník určený pro děti a mládež umístěné v systému náhradní výchovné péče

Dobrý den,

jmenuji se Egon Střihavka a jsem studentem Sociální pedagogiky se zaměřením na etopedii v Hradci Králové. Tímto bych Vás chtěl požádat o vyplnění dotazníku, který slouží k vypracování bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní. V případě, že se setkáte s otázkou, které nerozumíte, požádejte o vysvětlení osobu, která dotazník zadává. Odpověď zakřížkujte nebo vyplňte.

Předem děkuji za ochotu a spolupráci.

Pohlaví: **Muž** **Žena**

Věk: **let**

Zařízení: **dětský domov** **dětský domov se školou** **diagnostický ústav**
 výchovný ústav **středisko výchovné péče**

1. Tvá rodina je: úplná neúplná

2. Máš vlastní zkušenost se sebepoškozováním se?

ano ne

3. Vyber z následujících, o které se jednalo, případně napiš jiné.

tetování

piercing

skarifikace (dekorativní vzor na kůži utvářením trvalých jizev)

sebeřezání se, vyřezávání nápisů a symbolů

pálení si kůže

sebeopařování se

škrábání se

- sebekousání
- dření a řezání kůže
- propichování kůže
- drásání si nezhojených ran
- vytrhávání si vlasů, řas a obočí
- silné sebetlučení se
- svazování se za účelem zabránění průtoku krve
- požití toxické látky za účelem poškození
- umístování předmětů pod kůži nebo do tělesných otvorů
- jinak - napiš.....

4. Jakým předmětem vykonáváš, jsi vykonal/a sebepoškozování?

.....

5. Jak často u tebe dochází sebepoškozování?

- 2 x denně
- 1 x denně
- 1x týdně
- 1 x měsíčně
- jiné —
- napiš.....

6. Uveď místo a denní dobu, kdy k tomu dochází – napiš.

7. Uved', co patří mezi důvody, kvůli kterým u tebe k sebepoškozování dochází.

- zdravotní komplikace
- rodinné komplikace, neshody
- školní komplikace
- vztahové problémy
- média (TV, internet,...)
- jiné důvody –

vypiš.....

8. Setkal/a ses někdy s programem či programy (přednáškou, besedou, diskuzí,...), které jsou zaměřené na jev sebepoškozování, povídali jste si o tom někdy s někým?

- ano ne

9. Setkal/a ses s programem či programy (přednáškou, besedou, diskuzí,...) zaměřenými na tento jev v zařízení, ve kterém se nacházíš, povídali jste si o tom někdy s někým?

- ano ne

Příloha č. 2 – Kazuistika sebepoškozující se

N. je žákyní devátého ročníku základní školy. Do DDÚ byla přijata společně se sestrou na základě soudního rozhodnutí o uložení předběžného opatření. Důvodem byla kombinace poruchového, nežádoucího chování dívky a také zanedbávající způsob výchovy v rodině ze strany matky. Bylo zde také podezření na pohlavní zneužití ze strany matčina přítele.

Dívka žije společně se sestrou u matky ještě s matčíným přítelem. Na rodinu pracovníky OSPODu upozornila škola – dívky chodily do školy zanedbané, jejich vývoj se oddaloval od normy, N. navíc vykazovala projevy nežádoucího chování, jako je opoziční až drzé jednání, kouření a pití alkoholu v blízkém okolí školy, ale i vysoký počet zameškaných hodin, záškoláctví. Rodina se dá charakterizovat jako rodina s nízkým socioekonomickým statusem, často v rodině chybějí peníze, rodiče pijí ve větší míře alkohol, výchova je zanedbávající. Matka dívky uvádí, že ji dívka nerespektuje, hádá se s ní, kouří, krade doma peníze a často vyhrožuje sebevraždou, na protesty či jako projev nesouhlasu je pořezání se.

Do kontaktu dívka vstupuje spontánně, je často v napětí, tenze se ale v průběhu rozhovoru vytrácí. Tenze je však častá, pravidelná. Dívka má také sklon k obdivu starších mužů, kteří se jí líbí, nezdráhá se jim lichotit až téměř podbízet – tendence k promiskuitnímu chování. U dívky se také vyskytuje sebepoškozování. Jedná se často o řezání, na předloktí, břicho, stehnech, dívka dle svých slov pak pocituje úlevu z napětí a není ochotna přistoupit na variantu zbavovat se tohoto napětí jiným způsobem. Je stále nejistá a uzavřená, je emočně labilní, impulzivní, často nedomýšlí důsledky svého jednání. V prožívání je zvýšeně úzkostná, vážná, smutná, snadno se rozruší. Vzhledem k biologickému věku je infantilní, projevy jsou dětské. Pracovní i volní vlastnosti jsou oslabené, ke školní práci nebyla vedena, má potíže s plněním si svých povinností, motivace je téměř nulová.

Co se týče znalostí a dovedností, je výchovně i výukově značně zanedbaná. Na tomto intelektovém deficitu se podílelo zejména nepodnětné až patologické rodinné prostředí. Osobnostní vývoj se zdá být disharmonický, nerovnoměrně se rozvíjející.

Rozumové schopnosti dívky jsou situovány do pásma nízkého průměru, mohou být sníženy složitou rodinnou situací a nelze opominout ani vlivy genetické. Pracovní a volní vlastnosti – především směrem k duševní tedy i školní práci – jsou oslabené. K pravidelné školní přípravě zřejmě nebyla vedena, není zvyklá si plnit povinnosti a její motivace pro činnosti je nulová. Omezení daná režimem jí vadí, ráda by se rozhodovala dle svého, jak na to byla zvyklá doma.