

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Kompetence sociálních pracovníků při práci s adolescenty se
sebepoškozujícími se sklony**

**Competence of social workers when working with adolescents
with self-harming tendencies**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

MA Dana Cooke, Ph.D.

Autor:

Andrea Vojkůvková, DiS.

Praha 2024

Poděkování

Ráda bych poděkovala MA Dana Cooke, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a informace, které mi poskytla při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině, která mě při studiu podporovala. A v neposlední řadě respondentům za jejich ochotu zúčastnit se výzkumu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Kompetence sociálních pracovníků při práci s adolescenty se sebepoškozujícími se sklony“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány, a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Andrea Vojkůvková

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá kompetencemi sociálního pracovníka v práci s klientem se sebepoškozujícími se sklony. Zkoumá připravenost sociálních pracovníků z této oblasti, jejich znalosti a dovednosti.

Teoretická část se zabývá definicí adolescentního věku, pojmem „sebepoškození“, jeho projevy, příčinami a druhy. V empirické části pomocí dotazníku bylo zjišťováno, jaké zkušenosti sociální pracovníci s danou problematikou mají, zda jsou dle jejich názoru připraveni komunikovat se sebepoškozujícím klientem.

Klíčová slova

- Sociální pracovník
- Sociální práce
- Kompetence
- Sebepoškození
- Sebevražda
- Klient
- Psychické nemoci

Annotation

This bachelor's thesis deals with the competencies of a social worker in working with a client with self-harming tendencies. It examines the readiness of social workers in this area, their knowledge and skills.

The theoretical part deals with the definition of adolescence, the concept of "self-harm", its manifestations, causes and types. In the empirical part, a questionnaire was used to find out what experience social workers have with the issue and whether, in their opinion, they are ready to communicate with a self-harming client.

Keywords

- Social worker
- Social work
- Competence
- Self harm
- Suicide
- Client
- Mental illness

Obsah

Teoretická část	11
1 Adolescentní věk	11
1.1 Tělesné změny v adolescenci	12
1.2 Sociální změny v adolescenci	13
1.3 Osobnost a identita jedince	13
1.4 Psychické změny v adolescenci	15
1.5 Vztahy s vrstevníky a rodinou v adolescenci	17
2 Automutilace	19
2.1 Definice	20
2.1.1 Suicidální jednání	21
2.1.2 Způsoby sebevražd podle MKN-10	22
2.2 Klasifikační systém sebepoškozování dle Armando R. Favazza	23
2.3 Klasifikace sebepoškozujícího se chování dle Pattisona a Kahana	24
2.4 Druhy sebepoškozování	25
2.4.1 Přímé sebepoškozování	25
2.4.2 Nepřímé sebepoškozování	25
2.4.3 Nejčastější metody sebepoškozování dle Kriegelové	25
2.5 Faktory sebepoškozování	26
2.5.1 Dlouhodobé faktory	26
2.5.2 Krátkodobé faktory	27
2.5.3 Precipitující faktory	27
2.5.4 Nejčastější metody sebepoškozování dle výzkumu	27
2.5.5 Fáze aktu sebepoškozování	29
2.6 Rizikové a projektivní faktory sebepoškozování dle Mgr. Sychrové	30
2.7 Diagnostika sebepoškozování	31
2.8 Léčba sebepoškozování	32
2.9 Poruchy příjmu potravy a sebepoškozování	32
3 Sebepečování v sociální práci	33
3.1 Kompetence sociálních pracovníků	34
4 Organizace, projekty v ČR i zahraničí	36
4.1 Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	36
4.2 Šance dětem	36
4.3 Linka bezpečí	37
4.4 Don't kill the butterfly	37
4.5 Project semicolon – Your story isn't over	38
4.6 Aplikace napanikař	38
Empirická část	39

5 Cíl bakalářské práce.....	39
5.1 Hlavní výzkumná otázka	39
5.1.1 Vedlejší výzkumné otázky	39
5.1.2 Výzkumné hypotézy	39
5.1.3 Metodika výzkumu.....	40
5.1.3.1 Technika sběru dat.....	40
5.1.3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	40
5.1.3.3 Harmonogram výzkumu	41
6 Výsledky výzkumu.....	41
7 Shrnutí výzkumu.....	57
7.1 Vyhodnocení výzkumných hypotéz.....	57
8 Zkušenost klientů se sociálními pracovníky	61
Závěr	63

Seznam zkratek

Tzv. – Takzvané

Např. – Například

SDB – Self Destructive Behaviour

PPP – Poruchy příjmu potravy

Atd. – A tak dále

Tj. – to je

„Sebepoškozování není řešení. Je to jen další problém, který musíš vyřešit.“

Demi Lovato

Úvod

Když jdete po ulici a rozhlédnete se, vidíte spoustu rozdílných lidí. Můžete je zařadit do menšin dle vzhledu, stylu oblékání, barvy kůže. Co ale už nevidíte, je psychická stránka každého jedince. Kolik z nich prožívá úzkosti, kolik z nich má sociální fobii, kolik z nich sáhlo po žiletce, a kolik z nich už uvažovalo nad smrtí? Já osobně nad tím nikdy nepřemýšlela. Prošla jsem ulicí a nechala jejich příběhy za sebou, než jsem nastoupila po sociální střední škole na vyšší zdravotnickou školu a začala chodit na praxe v psychiatrické léčebně. Jako zdravotní sestra jsem znala své mantinely. Věděla jsem hranice kompetencí, naučila jsem se komunikaci. Že se nemá chodit po špičkách, ale otevřeně mluvit o pocitech. Ale zároveň netlačit a nenutit ke konverzaci.

Pak jsem nastoupila na vysokou školu sociální a charitativní práce. Začala jsem postupně zjišťovat, že sociální pracovníci kolem lidí se sebepoškozujícími se sklony našlapují po špičkách, bojí se, aby neřekli něco špatně. Desetkrát si rozmyslí, než vysloví otázku, hlídají si každé gesto a mimiku. Nejsou přirození. Neznají své kompetence, co vše mohou využít k tomu, aby mohli, co nejlépe pomoci klientovi, který potřebuje jejich znalosti a podporu. Při studiu na střední, ani na vysoké škole se sociálním zaměřením, jsme se dostatečně nezabývali tímto tématem, přičemž dle statistik z roku 2019 se sebepoškozuje až 10% adolescentů. Tato čísla se stále zvedají s nárůstem psychických nemocí ve společnosti.¹ Ačkoliv jsou pro společnost tato témata stále tabu, jejich růst nelze popřít.

¹ *Sebepoškozování*. Online. Nevypusť duši. 2019. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/>. [cit. 2023-07-07].

V bakalářské práci jsem se proto rozhodla zaměřit na toto téma. Chtěla bych nastínit problematiku sebepoškozování, její rizika, projevy, příčiny a druhy. Následně pomocí dotazníků zhodnotit názor na připravenost sociálních pracovníků a znalost kompetencí sociálních pracovníků z jejich osobního pohledu. Cílem mé bakalářské práce je nastínit problematiku nedostatečné připravenosti sociálního pracovníka na komunikaci a spolupráci s klienty se sebepoškozujícími se sklony.

„Tvá nespokojenosť a úzkosť pramení z toho, že neposlucháš svoju dušu.“

Neale Donald Walsch

Teoretická časť

1 Adolescentní věk

Pojem adolescent vychází z latinského slovesa a znamená dospívať, dorústať. Prvne bol použitý v 15. storočí. V českém jazyce se toto slovo zaměňuje s pojmy dospívání, dorost či mládež.

Definice adolescence se u většiny autorů liší věkovým rozmezím. Někteří evropskí psychologové oddělují adolescenci od puberty, která je ohraničena obvykle ve věku 11-15let. Adolescence je tedy pak většinou datována od 15-20 (22) let. Začátek tohoto období je spojován s reprodukční zralostí. V Americe se periodizace adolescence označuje jako období mezi dětstvím a dospíváním, tedy včetně puberty. Nyní je stále častěji tato periodizace využívána po celém světě. Bere v potaz zrychlené pohlavní dospívání, prodlužování přípravy na dospělost či adolescentní kulturu.²

V současné době se studie zaměřují na dynamiku mezi osobou a kontextem. Například na vývoj mozku, sociální kognice, motivaci, gender, identitu či spiritualitu. Interpersonální vzťahy se rozvíjejú v tomto období ve škole, voľnočasových aktivitách, v práci a najbližším okolí. Jsou ovlivněni kulturou, masmédii, globalizací či strukturou přechodu do dospělosti v dané zemi. V průběhu vývoje hraje veľkou roli sebepojetí jedince. Vzťah k sobě samému je ovlivněn vrstevníky, významnými osobnostmi, spoločenskými normami.³

² MACEK, Petr. In: *Adolescence*. 2. Praha: Portál, 2003, s. 9-10. ISBN 80-7178-747-7.

³ SOBOTKOVÁ, Veronika. In: *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: grada, 2014, s. 26-27. ISBN 978-80-247-4042-3.

Adolescence se dělí to tři fázi:

1. Časná adolescence - 10 (11)let-13let
2. Střední adolescence – 14-16let
3. Pozdní adolescence – 17-20let

Adolescence je také bohatá na psychické změny. Postupně učí střízlivému hodnocení okolí, bez přehnaných úsudků a reakcí. Adolescent je schopen rovnoměrného soustředění a ustálené pozornosti. Zraje citové vnímání, kdy může dojít k bouřlivému průběhu před ustálením. City se prohlubují především v oblasti lásky a morálky. Utváří se vlastní identita jedince. Je to období sebepoznávání, seberealizace. Hledání vlastního já je také spojeno se sebevědomím. Pokud tento rozvoj je narušen, může dojít k tzv. krizi identity.

1.1 Tělesné změny v adolescenci

Tento vývoj je důležitým biologickým mezníkem, kdy se dítě mění v jedince schopného reprodukce. Je podmíněna geneticky. Změny se projevují tělesně i pocitově a jejich zpracování může být velmi náročné.

Hlavní změny jsou převážně hormonálního charakteru, ke kterým dochází již nejméně 2-3 roky před pubertou, než dojde ke změnám tělesným. Změna je i v primárních a sekundárních pohlavních znacích. Mění se výška a váha adolescenta. U dívek se objevuje menarche a ovulace. U chlapců se jedná o první pubické ochlupení, rozvoj pohlavních orgánů, mutace, růst svalů.

Dívky v průměru dospívají dříve než chlapci. Jestliže je tato změna předčasná, přichází ve chvíli, kdy jsou vrstevníci nezralí. Nápadnost této změny je poté větší, než když předčasně dospívají chlapci. ⁴

⁴ VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka. *Vývojová psychologie dětství a dospívání*. 3. Praha: Karolinum, 2021, s.382-383,s. 398 s.402-404., s. 444-447, s. 450, s. 456. ISBN 978-80-246-4961-0.

1.2 Sociální změny v adolescenci

Sociální stimulace je pro adolescenta nejdůležitější v rané fázi, sociální vyloučení může mít negativní vliv v jeho životě. Adolescent se učí vnímat svět z pohledu jiné osoby, přijímat jejich názory, pocity. Učí se rozpoznávat mimiku a její význam. Rozpoznávání emocí z výrazu tváře může být pro jedince zprvu obtížné, starší adolescenti je dokážou rozpoznat přesněji.⁴

Dalším důležitým faktorem je zlepšení v porozumění mentálního stavu okolí, ostatních názorů a pocitů. Vyskytuje se již tzv. rekurzivní myšlení. Porucha tohoto myšlení se může projevit hostilním postojem. Zlepšení rekurzivního myšlení můžeme pozorovat mezi 14-16lety. Orientace v mentálních stavech lidí se rozvíjí společně s porozuměním sobě samému. Adolescenti často promítají své osobní prožitky a pocity do jiných lidí.⁴

Adolescent je schopen posuzovat lidi komplexně, nezaměřuje se pouze na jeden projev chování či nápadnost. Přemýšlejí již o tom, jaký by člověk měl nebo mohl být a ne jen jaký je právě nyní. Názory na okolí, rodiče, učitele či vrstevníky je ovlivněn skupinovými sociálními stereotypy.⁴

1.3 Osobnost a identita jedince

„Identitu lze chápat jako souhrn představ o sobě včetně osobně významných hodnot, názorů a cílů, které ovlivňují rozhodování a chování jedince. Adolescence je fází, v níž se dospívající snaží vymezit svou identitu podle vlastních představ, tj. podle toho, jací by chtěli být. Rozvoj identity je klíčovou proměnnou adolescentního vývoje.“ (zdroj č. 4, s. 444)

Adolescent si vybírá, kým by chtěl být, jakou by chtěl vykonávat profesi, s kým se bude a nebude dále stýkat. V začátku je sebepojetí založeno na rodičovském hodnocení, postupně vychází ze zkušeností adolescenta.⁴

„V adolescenci narůstá potřeba sebepoznání, která vede k proměně náhledu na sebe sama. Ke změně představy o sobě samém jsou nuceni tím, že se skutečně mění: jinak vypadají, mají jiné pocity, jinak uvažují apod. Děje se tak nezávisle na jejich vůli a dokonce i tehdy, když by o žádnou změnu nestáli. Jsou postaveni do situace mnohonásobné postupné proměny a s ní související nejistoty, s níž se musí nějak vyrovnat a zpracovat ji nejenom kognitivně, ale i emocionálně. V emoční oblasti jde především o sebeakceptaci.“ (zdroj č.4, s. 445)

„Změna sebepojetí souvisí s rozvojem poznávacích procesů. Schopnost uvažovat abstraktně umožňuje dospívajícím překročit hranici přítomnosti a usilovat o budoucí sebevymezení.“ (zdroj č.4, s. 446)

„Rozvoj identity závisí i na sociálním kontextu. I když se adolescenti ve větší míře soustředí na sebe, zajímá je také to, jací jsou jejich vrstevníci a co si o nich myslí. Sociální srovnání slouží adolescentům k lepšímu sebepoznání a přesnějšimu sebehodnocení.“ (zdroj č. 4, s. 447)

Vývoj identity má největší období nejistoty ve věku 15-16let. Tato nejistota nemusí mít jen negativní dopad na jedince, ale může pomoci hledat možnosti, které budou adolescentovi nejvíce vyhovovat. K vyrovnání s nepříjemnými pocity využívá jedinec obranné strategie: ⁴

1. Mechanismus kyvadla – Dospívající, který dosáhl zralejší úrovně, se vrací do infantilní pozice. Návrat to této fáze pomáhá k relaxaci a pocitu jistoty. Pokud se jedná o situaci, kterou jedinec nezvládá, dochází k regresi do nižšího vývojového stádia.
2. Únik do fantazie – Odpoutání od reality, symbolické zvládnutí nové identity a prožití rolí, které nelze prožít v realitě. Jedinec nemusí respektovat omezení, průběh závisí jen na jeho vůli, bez zákonů logiky.

Proces vytváření vlastní identity v adolescenci probíhá v těchto fázích dle Josselsonové: ⁴

1. Fáze diferenciacie – uvědomění si tělesné i psychické proměny, více se koncentruje na sebe, srovnává se s jinými lidmi, již se neztotožňuje s rodiči a jinými autoritami, chce se od autorit lišit
2. Fáze experimentace – typické pro střední adolescenci, odmítají být nadměrně podřízení, vážou se na vrstevníky, myslí si, že zvládnou vše
3. Fáze postupné stabilizace – postupné vyrovnávání vztahů s rodiči, dosáhl určité samostatnosti. Může být i to, že se necítí na úplnou separaci, pomocí kyvadlového mechanismu se vrací zpět do bezpečí rodiny, mají představu, kým jsou a kým chtějí být
4. Fáze psychického osamostatnění – ukončení separace ze závislosti na rodině, dosažení úplné samostatnosti a vytvoření identity,

1.4 Psychické změny v adolescenci

„Změna emočního prožívání vede k tomu, že dospívající věnují svým pocitům větší pozornost než dříve a mají tendenci analyzovat. Emoční egocentrismus je podobný vztahu k vlastním myšlenkám, dospívající bývají přesvědčeni, že jejich pocity jsou výjimečné. Zároveň bývají uzavřenější, než byli dříve. Pro období dospívání je typická nechuť projevovat svoje city navenek.“ (zdroj č.4, s. 398)

Emoční prožívání se více diferencuje, přibývá více druhů a stupňů emocí. Společně s hormonální změnou přichází i emoční labilita, zvýšená sebereflexe či egocentrismus s potřebou sebehodnocení ve větší míře. Emoční labilita odeznívá kolem střední až pozdní adolescence, může se projevat extroverzí, menší impulzivitou, emocionální dráždivostí.

Jako typické projevy se dá brát:

- Přátelství
- Empatie
- Láska
- Partnerství

- Nejistota
- Vztek
- Agrese
- Hostilis
- Vulgarita
- Touha po přijetí

Rozvíjí se svědomí, dle kterého se i řídí. Svědomí se u každého jedince liší podle zkušeností a vlastností osobnosti. V rané fázi nejsou adolescenti schopni kompromisu a prosazují svou pravdu, následně se tato schopnost rozvíjí.⁵

„Morální postoje se mění. Jednání se přesunuje z pravidel daných společností, rodinou na pravidla vlastní zvnitřněná. Mají rozvinuté svědomí a řídí se podle něj. Svědomí se liší u každého jedince a je závislé na vlastní zkušenosti i vlastnostech osobnosti. Mladí lidé v tomto období usilují o absolutní řešení. Zpočátku v pubertě nejsou schopni kompromisu. Citově i morálně akceptují jen absolutně platné zásady, ideály (přehnané aktivity s určitou ideou). Vše chtějí dosáhnout neodkladně, ihned. Mají mravní ideál, ke kterému směřují sebevýchovou. Zpočátku jsou k dospělým velmi kritičtí, obtížně mnozí přijímají autoritu, objevuje se vzdor, negace k projevům dospělých. V pozdní adolescenci jsou tolerantnější i k chybám dospělých.“ (zdroj č. 5)

„Dospívání je obdobím utváření formálních operací v myšlení. Přibližně od 12. roku se rozvíjí abstraktní myšlení, schopnost konceptualizace a zobecňování symbolů verbálních i neverbálních, operace s abstraktními pojmy, kombinační schopnosti, hledání alternativních cest k řešení problému (divergentní myšlení), hypotetické myšlení. Paměť se mění, zvyšuje se kvantita informací uložených v dlouhodobé paměti, zvyšuje se kapacita pro zpracování informací. Rozvíjí se paměť logická, jež využívá vztahů mezi pojmy. Paměť mechanická však přetrvává a je používána po celý život. Pozornost je záměrná,

⁵ ŽALOUĐÍKOVÁ, Iva. Změny v psychice a chování u dospívajících ve věku 11-15 let. Online. 2013. Dostupné z: <https://duha.mzk.cz/clanky/zmeny-v-psychice-chovani-u-dospivajicich-ve-veku-11-15-let>. [cit. 2023-07-12].

plánovitější, systematictější v důsledku vyšší úrovně myšlenkových procesů. Zároveň je ale v důsledku vlivu hormonálních funkcí dočasně narušena. Schopnost koncentrace osciluje. Projevuje se to nesoustředěností v učení, střídáním zájmů, emoční labilitou. Adolescentní období je typické vysokou intelektuální aktivitou, ukončuje se rozvoj intelektuálních schopností, rozvíjí se logicko-deduktivní myšlení. Funkce smyslových orgánů dosahují vrcholu. Myšlení je flexibilnější a komplexnější. Do popředí obrazotvornosti vstupují erotické představy, denní snění a bohatá fantazie a tvořivost. Aplikuje logické operace nezávisle na obsahu soudů. Je schopen sledovat formu myšlenkového úsudku a odhlédnout od konkrétního obsahu. Myslí o myšlení (metakognice). Formálně abstraktní způsob myšlení ovlivňuje postoj dospívajícího k celému světu – srovnává, kritizuje, používá kritické myšlení, nachází nový způsob morálního hodnocení založeného na vlastních zvnitřněných pravidlech a normách, je empatický, pohlíží na sebe. Zaměřuje se na své sebehodnocení.“ (zdroj č.5)

1.5 Vztahy s vrstevníky a rodinou v adolescenci

„V pubertě jedinec vytváří skupiny kamarádů, vrstevníků se stejnými zájmy, potřebami se sdružovat a napodobovat. Naplňuje se potřeba být skupinou akceptován, přijímán a zařazuje se do struktury. Má svou pozici a roli ve skupině. Skupina mu pomáhá realizovat se. Jedinec navazuje kontakty s vrstevníky obojího pohlaví. Je to proces osamostatňování, které začíná v raném dětství postupně a tomto období vrcholí. Vrstevnická skupina umožňuje vzájemné sdílení a poskytování názorů, pocitů, vzorců chování. Plní funkci platformy, kde dospívající může testovat sám sebe i ostatní ve vzájemné interakci. Vědomě i nevědomě sdílejí stejnou zkušenost, stejnou životní pozici, stejné problémy, nejistoty, nejasnosti. Vrstevnická skupina je prostředkem k hledání a ujasňování vztahu k sobě samému. Zakotvuje dospívajícího, nahrazuje rodičovskou podporu, mladí lidé zde získávají pocit vlastní hodnoty a sociální status. Ti jedinci, kteří jsou pozitivně hodnoceni od svých vrstevníků, mají obvykle vyšší sebehodnocení.“ (zdroj č. 5)

„Mladý člověk se s rodinou identifikuje, ale zároveň se od ní odpoutává. Je to podmínkou jeho proměny, kdy se z dítěte stává dospělý člověk se schopností samostatně jednat a přejímat zodpovědnost za svůj život i péči o generaci svých dětí. Rodina je pro každého jedince základem jistoty a bezpečí. Čím hlubší a jistější jsou vztahy v rodině, tím snáze se jedinec odpoutává a nachází nové vztahy s vrstevníky a postupně s partnerem a zakládá svou vlastní rodinu. Ze své původní rodiny čerpá podněty a vzory pro výchovu svých dětí, vztahu k partnerovi a vedení. Období dospívání je typické pro uvolňování vztahů jedinců s rodinou a navazování pevných vztahů s vrstevnickou skupinou. Je to období, kdy je vliv vrstevníků největší v životě. Vztah k rodičům může zůstat trvale pozitivní, ale přitom se může závislost snižovat. Rodiče by si měli být vědomi přirozenosti dočasné opozice a brát toto chování jako přechodné období. Konflikty nemají negativní dopad, když mají mladí lidé pocit, že mohou svobodně vyjadřovat své názory, a že se na ně bere ohled. Důležitý je zájem rodičů, emoční podpora a vřelost ve vztazích, pak dochází lépe k osamostatňování. V přístupu k mladým lidem je vhodné zdůrazňovat nejen samostatnost v rozhodování, ale i přijímání zodpovědnosti za svá rozhodnutí.“ (zdroj.č 5)

„Není nic těžšího než být sám se sebou a nechat svou mysl dostat se do temných míst.“
Frida Kahlo

2 Automutilace

Automutilace neboli sebepoškozování (SDB) patří do poruch pudů sebezáchovy. Stejně tak jako suicidální jednání (sebevražedné jednání), agrese směřovaná vůči vlastní osobě. Na rozdíl od sebevražedného jednání, sebepoškozování představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít. Důsledkem automutilace je poškození tělesné integrity. Objevuje se zejména u dívek v adolescentním věku. Avšak i u mužského pohlaví není neobvyklé tyto sklony mít.

Sebepoškozování je často spojené se sociálním problémem. Jedinci, bez psychických nemocí, mohou sebepoškozování využít k vlastnímu prospěchu, k určité výhodě, jako je odklonění nástupu výkonu trestu. Další možností je jednorázové sebepoškozování za účelem přijetí do sekty (gangu), kdy je součástí obřadu poranění, které je jednorázové a dále není sebepoškozování požadováno.

U jedinců s psychickým onemocněním bývá sebepoškozování následkem jejich psychického stavu. Například lidé s psychotickými příznaky se mohou sebepoškozovat v důsledku bludů, mentálně postižení se snaží dát prostřednictvím ublížování vlastní osobě nelibost a nespokojenost.⁶

„Automutilace neboli sebepoškozování, sebemrzačení, autodestrukce, agrese obrácená proti sobě, od polykání předmětů a úrazů k sebevražedným pokusům, bývá účelová nebo jde o příznak duševní choroby.“ (zdroj č.7, s. 28)⁷

⁶ FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie*. 2. Praha: Grada, 2014, ISBN 978-80-247-5046-0.

⁷ HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. 1. Praha: Portál, 2004, s.28. ISBN 80-7178-803-1.

V naší společnosti je sebepoškozování často bráno jako akt přitáhnutí pozornosti ke své vlastní osobě. Existují i názory, že se jedinci sebepoškozují, aby byli odlišní od ostatních, aby měli pocit výjimečnosti. Většinou se však jedná spíše o volání o pomoc, snahu zahnat psychickou bolest, kterou jedinec prožívá, fyzickou bolestí. Následně se z toho může stát až závislost na ublížení sobě samému.

2.1 Definice

Koutek a Kocourková definují sebepoškozování takto: *„Sebepoškozování představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity.“* Jako další a zřejmě nejpřesnější je poté definice Platznerové: *„Sebepoškozováním se 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 a akutní chronický stres“.*⁸

Vymezení pojmu sebepoškozování je obtížné, pohledem každého odborníka se definice liší a mění. Za sebepoškozování se považuje chování jedince vůči své osobě, které má prvky agrese, narušuje celistvost a neporušenost těla a je záměrným nástrojem zvládnání zátěže. Tedy, jako sebepoškozování se dá řadit cokoliv, co jedince poškozuje fyzicky či psychicky. Je to záměrné chování, které vědomě pomáhá zvládat psychické zátěže. Lze sebepoškozování definovat jako reakci na stresovou situaci.

Vznik sebepoškozování je podmíněn vnitřními i vnějšími vlivy v životě jedince, kombinovaný psychickou odolností a schopností reagovat na stres. Pojem sebepoškozování existoval již v 19. století, jedná se ale spíše o fenomén 20. a 21. století. Může se jednat o

⁸ SYCHROVÁ, Mgr. Markéta. *Sebepoškozování*. Online. Dostupné z: <https://www.pppuo.cz>. [cit. 2023-07-13].

změnu společnosti a jejího nastavení, která způsobuje nárůst jedinců se sebepoškozujícími se sklony. Nárok na dokonalost a perfekcionismus.⁹

2.1.1 Suicidální jednání

Suicidální jednání, stejně tak jako sebepoškozování, patří mezi nejzávažnější projevy autoagrese. Suicidální jednání představuje širší pojem, obsahuje nápady, myšlenky, výroky, fantazie, prohlášení, aniž by došlo k samotnému činu, nebo již k dokonání sebevraždy. Zahrnuje behaviorální projevy, které směřují k sebevražednému jednání. Tato problematika je rozšířená skrze spektrum pomáhajících profesí, učitelé, pracovníci paliativní péče, atd. Je třeba rozumět dynamice vzniku sebevražedných myšlenek, pokusů či výhrůžek, abychom zabránily dokonání sebevraždy. Řada jedinců má ambivalentní postoj k životu, chtějí žít, ale zároveň chtějí zemřít. Ve svém okolí jsem často slyšela, že pokud jedinec veřejně mluví o sebevraždě, tak to neudělá. Opak je ale pravdou, tyto zmínky mohou být voláním o pomoc, které se mu nemusí dostat.⁶

Suicidální jednání je vyvoláno tzv. posledním podnětem (spouštěčem). Celkově se ale jedná o řadu kumulujících se problémů a zátěžových situací. Sklony k sebevražednému aktu mají určitou latenci.⁶

Členění latence dle Vágnerové:

- Fáze symbolické úrovně – jedinec čelí řadě specifických obtíží, uvažuje nad jejich řešením, přičemž se sebevražda jeví jako jedna z možností
- Fáze plánování – akceptace sebevraždy
- Fáze realizace – uskutečnění⁶

Častými příčinami sebevražd jsou rozvrácené vztahy, agrese k vlastní osobě či k osobě, ve které má sebevražda vyvolat pocit viny. Dále může být demonstrativní

⁹ KAŠÁTOVÁ DIS., Bc. Eva. *Sebepoškozování - Co to vlastně je?* Online. Dostupné z: <https://nepanikar.eu/>. [cit. 2023-07-17].

sebevražda. Postoj společnosti k sebevraždám je ambivalentní. Jsou zde dva postoje, první postoj zastává názor, že se jedná o akt slabosti, druhý, že se jedná o čin zásadní. ⁶

2.1.2 Způsoby sebevražd podle MKN-10

KÓD ZPŮSOB PROVEDENÍ

X60	Úmyslné sebeotrávení neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky
X61	Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy, hypnotiky, antiparkinsoniky a psychotropními léky
X62	Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodysleptiky (halucinogeny)
X63	Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými působícími na autonomní nervovou soustavu
X64	Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami
X65	Úmyslné sebeotrávení alkoholem
X66	Úmyslné sebeotrávení organickými rozpouštědly a halogenovanými uhlovodíky a jejich párami
X67	Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a párami
X68	Úmyslné sebeotrávení pesticidy
X69	Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami
X70	Úmyslné sebepoškozování oběšením, (u)škrcením a (za)dušením
X71	Úmyslné sebepoškozování (u)topením a potopením
X72	Úmyslné sebepoškozování výstřelem z pistole, revolveru
X73	Úmyslné sebepoškozování výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční střelné zbraně
X74	Úmyslné sebepoškozování výstřelem z jiné neurčité střelné zbraně
X75	Úmyslné sebepoškozování výbušnou látkou
X76	Úmyslné sebepoškozování kouřem, ohněm a dýmem
X77	Úmyslné sebepoškozování vodní parou, horkými výpary a horkými předměty
X78	Úmyslné sebepoškozování ostrým předmětem
X79	Úmyslné sebepoškozování tupým předmětem
X80	Úmyslné sebepoškozování skokem z výše
X81	Úmyslné sebepoškozování skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět
X82	Úmyslné sebepoškozování havárií motorového vozidla
X83	Úmyslné sebepoškozování jinými neurčenými prostředky
X84	Úmyslné sebepoškozování neurčenými prostředky

(zdroj č. 6)

Způsob provedení sebevraždy je často ovlivněn kulturou a dostupností jednotlivých prostředků. Některé metody vylučují jejich přežití, jako např. skok z vysoké budovy je fatálním způsobem. Tyto metody se tedy nevyužívají v demonstrativních sebevraždách. To ovšem neznamená, že pokud osoba nevyužije fatální prostředek k sebevraždě, tak tento čin není závažný.⁶

Jednoznačně nejrozšířenějším způsobem je oběšení (uškrcení, zadušení) u mužů i u žen. Druhým nejčastějším způsobem je udávání zastřelení, ačkoliv se jednalo spíše o metodu pro muže. Dalším způsobem je otrava, lišící se látkou. Ačkoliv je u obou pohlaví nejčastějším způsobem sebevraždy oběšením, jejich jednání se liší. U mužů je následně zastřelení, otrava a skok. U žen otrava a skok.⁶

2.2 Klasifikační systém sebepoškození dle Armando R. Favazza

Závažné sebepoškození se udává jako sebepoškození, kdy dochází k poruše kožní integrity, vyskytuje se krvácení a je spojováno s psychotickým onemocněním či akutní intoxikací. Stereotypní sebepoškození je opakované, rytmické a zafixované, např. se objevuje u jedinců s mentálním postižením, autismem. Mírné sebepoškození je typ, který je nejvíce rozšířený v naší společnosti. Jedná se o pálení, řezání, bodání jehlou, kousání či škrábání. Následně kompulzivní sebepoškození, které je typické rituálností a častým opakováním. Jedinec si ubližuje pro svůj vlastní pocit uspokojení, rychlé ulevení od stresujících myšlenek, snaží se získat kontrolu sám nad sebou.¹⁰

¹⁰ FAVAZZA, Armando R. *Bodies under siege*. 2. Johns Hopkins University Press, 1996. ISBN ISBN 0-8018-52-99-4.

2.3 Klasifikace sebepoškozujícího se chování dle Pattisona a Kahana

Rozlišují tři dimenze sebepoškozování: přímost, smrtnost a repetitivnost.

Vysoká smrtnost	Sebevražedný pokus	Ukončení léčby i přes vysoké zdravotní riziko
	Jediná epizoda	Jediná epizoda
Střední smrtnost	Sebevražedný pokus	Kaskadérské kousky
	Několik epizod	Několik epizod
Nízká smrtnost	Atypické sebepoškozování	Akutní opilost
	Jediná epizoda	Jediná epizoda
	Sebepoškozování	Chronický alkoholismus, obezita, kouření
	Několik epizod	Několik epizod
	Přímý akt	Nepřímý akt

(zdroj č. 11)¹¹

¹¹ VESELÝ, Denis Bc., *Záměrné sebepoškozování ve vztahu k alexithymii, disociaci a organizaci osobnosti*, [online]. [cit. 2023-07-17]. Dostupné z <https://theses.cz/>

2.4 Druhy sebepoškozování

2.4.1 Přímé sebepoškozování

Dle R. Favazza je přímé poškozování narušení tělesné tkáně. Pro tento typ sebepoškozování je typická jeho záměrnost, to znamená, že jedinec vykonává činnost s vědomím si fyzicky ublížit. Přímé poškozování je možné nazvat také jako záměrné sebepoškozování. V přímé poškozování lze zařadit i požití léků či hladovění.

Metody se dělí na sebezraňování a sebetrávení (předávkování). Sebezraňování je v populaci více časté než předávkování.

2.4.2 Nepřímé sebepoškozování

Nepřímé sebepoškozování je těžší definovat. Lze zde zařadit například nezdravý životní styl, workoholismus.

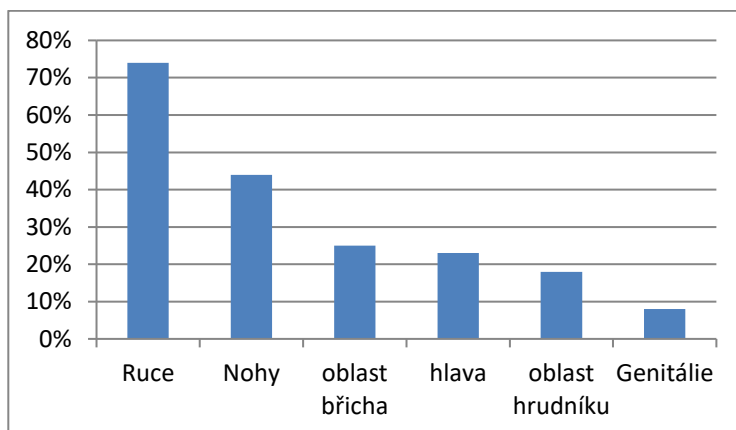
2.4.3 Nejčastější metody sebepoškozování dle Kriegelové

Dle hodnocení Zilové a Kyselica (2001): „*Akt záměrného sebepoškozování je omezen pouze fantazií daného jedince*“.

Dle Kriegelové jsou nejznámějšími druhy sebeřezání (vyřezávání nápisů, symbolů), sebeupálení (pálení kůže žhavými předměty či chemickými žiravinami), sebeopařování, škrábání kůže (dření, řezání kůže, odstraňování svrchní vrstvy kůže za účelem hlubší rány), sebekousání (kousání do vnitřních tkání úst, kousání do různých částí těla), propichování kůže, narušení léčebného procesu (drásání ran), vytrhávání vlasů, řas či obočí (trichotilománie), sebemučení (za účelem vytvořit si ránu či modřiny, zlomeniny), sebemučení, zaškrcování průtoku krve (svazování rukou, nohou za účelem zabránění

průtoku krve), užití malého množství toxické látky či jiného nejdleho předmětu, vkládání ostrých předmětů pod kůži nebo do tělesných otvorů.¹²

„Favazza a Conteriová (1989) sledovali procentuální zastoupení jednotlivých částí těla, využívaných k záměrnému sebepoškozování. Zjistili, že nejvíce jsou postiženy ruce (74%) a nejméně genitálie (8%).“ (zdroj č.12, s. 64)¹²



(zdroj č.12)

2.5 Faktory sebepoškozování

Tyto faktory dělíme na dlouhodobé, krátkodobé a precipitující.¹²

2.5.1 Dlouhodobé faktory

- Ztráta či separace od pečující osoby
- Odmítavý přístup pečující osoby
- Hyperprotektivní přístup pečující osoby
- Sexuální zneužívání
- Fyzické týrání
- Psychické týrání
- Trvalé osobnostní charakteristiky
- Duševní nemoci

¹² KRIEGELOVÁ, Marie. *Zaměrné sebepoškozování*. 1. Praha: Grada, 2008, s. 60, s. 67. ISBN 978-80-247-2333-4.

2.5.2 Krátkodobé faktory

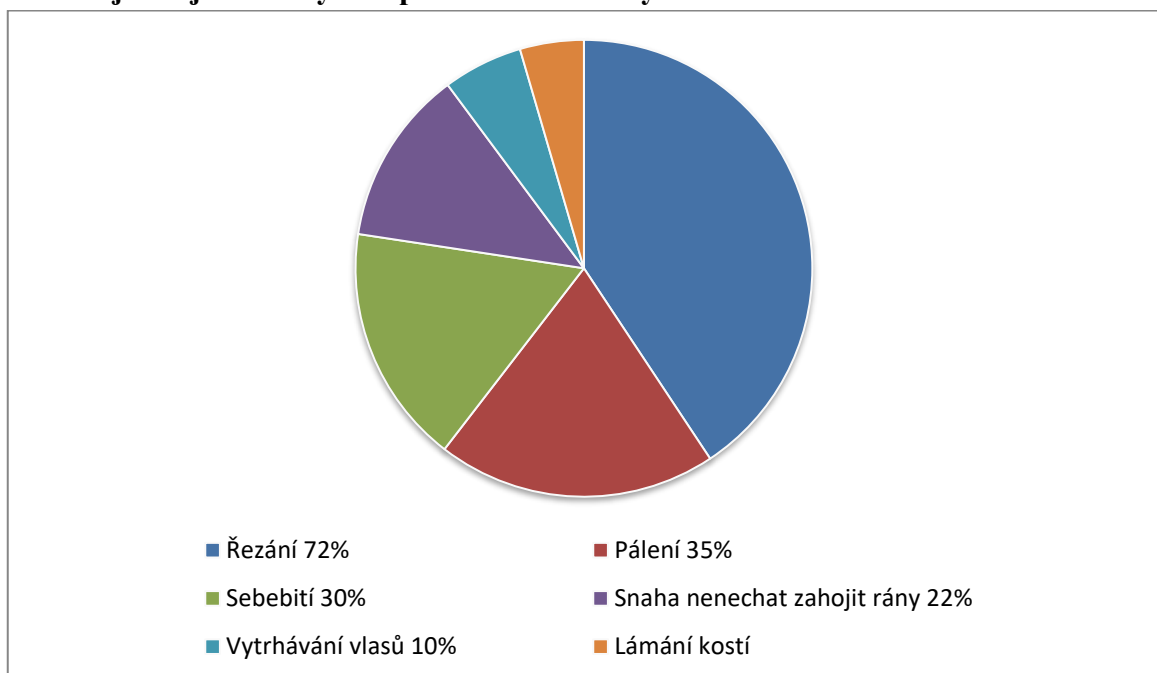
- Momentální obtíže ve vztahu s blízkou osobou
- Nedostatek sociální podpory
- Studijní či pracovní obtíže
- Zdravotní problémy
- Momentální zneužívání návykových látek
- Zhoršení symptomů duševní nemoci

2.5.3 Precipitující faktory

Neboli faktory, které se vyskytují několik dní těsně před epizodou záměrného sebepoškození.

- Akutní problémy ve vztahu k blízké osobě
- Finanční obtíže
- Úmrtí či jiná trvalá ztráta blízké osoby
- Období volna, státních svátků

2.5.4 Nejčastější metody sebepoškození dle výzkumu



(zdroj č. 13)

„Sebepoškozování má tendenci se opakovat a stává se pro protagonistu závislostí. Začátek sebepoškozování je nejčastěji v období dospívání, může přetrvávat i několik let. Sebeubližování je většinou realizováno v soukromí. Můžeme někdy mluvit o tzv. „psychické nákaze“. Jedná se o rozšíření daného chování zejména v léčebnách, internátech, věznicích. Rituály spojené se sebepoškozováním se někdy objevují u part nebo sekt, u subkultur, jako je v současnosti „emo“ či „gothic“, které zahrnují i zpětně ovlivňují styl oblékání a líčení, hudbu, smýšlení. K sebepoškozujícímu chování často první impuls dá parta, kamarád, Internet. Pro většinu lidí je důležitým momentem sebepoškozením způsobená bolest, která přehluší bolest psychickou.

Fyzická bolest je hmatatelná, člověk ji může snáze vlastní vůlí ovládnout, na rozdíl od bolesti psychické. Sebepoškozování se stává reakcí na nepříjemně prožívanou situaci, doprovázenou zejména pocitem bezmoci, lítosti, vzteku, křivdy a přání pomstít se, přičemž je agrese obrácená vůči sobě samému. Cílem sebepoškozování je především zvládat nepříjemné duševní stavy.“¹³

Sebepoškozování, jakožto samotný akt probíhá o samotě, bez svědků. Dle Kocourkové a Koutka je jedinec ovlivněn tzv. precipitující událostí, jenž nedokáže adekvátně zpracovat a vyrovnat se s ní. Tato situace u jedince vyvolá úzkost, beznaděj a potřebu sebepoškození. Někdy se tuto myšlenku snaží jedinec zahnat. Poté následuje samotný akt, který u jedince uvolní napětí. Dle Malé až 75 % pacientů uvádí nevnímání bolesti během aktu sebepoškození.¹⁴

¹³ Sebepoškozování. Online. Dostupné z: <https://www.szs-pardubice.cz/>. [cit. 2024-08-04].

¹⁴ MALÁ, E., Sebepoškozování – závažný symptom a nebezpečný společenský jev, [online]. [cit. 2023-08-12]. Dostupné z <https://www.prolekare.cz/>

2.5.5 Fáze aktu sebepoškozování

Fáze aktu sebepoškozování lze popsat v těchto bodech¹³

- přítomnost spouštěcí události (např. ztráta významného vztahu)
- zesílení pocitů napětí, úzkosti, špatné nálady
- myšlenky na sebepoškození
- pokusy sebepoškození odvrátit
- nárůst tenze
- akt sebepoškození
- uvolnění napětí

Sebepoškozování může mít dva základní cíle¹³

1. přináší vzácné chvíle, kdy si postižený dovolí chovat se ke svému tělu pozitivně (pofoukat bolístku, ošetřit si ránu)
2. jindy jde o trestání těla, které je v důsledku předchozího zneužití „špatné“ a „nečisté“

Mezi podoby sebepoškozování patří např.¹³

- Automutilace – plyne nejčastěji z psychických poruch, objevuje se zranění symbolických míst na těle, vyjadřují pocit viny a sebetrestání
- Sebepoškozování – vědomé, záměrné a často opakované bez sebevražděných tendencí
- Syndrom záměrného sebepoškozování – příznakem u poruch osobnosti, u nemocných s poruchou příjmu potravy nebo u závislostí
- Syndrom pořezaného zápěstí - opakované pořezání zápěstí a předloktí, bez vědomého sebevražděného úmyslu
- Předávkování léky – nepřiměřené nebo nadměrné užití dávky léků bez zřetelného sebevražděného úmyslu

2.6 Rizikové a projektivní faktory sebepoškozování dle Mgr. Sychrové

Související s	Rizikový faktor	Protektivní faktor
Osobností	Emoční labilita, impulzivnosti, výrazný egocentrismus, hraniční rysy	Harmonický vývoj osobnosti, adekvátní asertivita, odolnost vůči zátěži
Rodinou	Zanedbávání, zneužívání, invalidizace pocitů a prožitků, chybění hranic ve výchově, nedostatečný prostor pro zdravé vyjádření agresivity, dysfunkční rodina, časná ztráta či separace od rodičů, nezaměstnanost rodičů	Úplná rodina, funkční rodina, jasné hranice ve výchově, podnětné výchovné prostředí
Psychiatrickou dg.	Hraniční porucha, porucha příjmu potravy, posttraumatická stresová porucha	Medikace jako forma léčby, psychoterapie
Školou	Šikana, negativní vrstevnické vzory, nevhodné chování pedagogů (přehnané tresty, odsuzování, odmítání)	Vnímavost školy vůči osobnostním charakteristikám jedince, otevřená komunikace, přijetí, pochopení, respekt, diskretnost, ochota naslouchat bez hodnocení a zděšení

(zdroj č. 8)

2.7 Diagnostika sebepoškození

Sebepoškození, jakožto samostatná diagnóza nemá v MKN-10 vlastní kategorii. Je zde však uvedena jako příznak např. hraniční poruchy osobnosti, autismu, mentální retardace. Také sebepoškození můžeme sledovat u psychotických pacientů, kteří si jsou, pod vlivem bludů, schopni závažně ublížit.

Dále se sebepoškození může vyskytnout u diagnóz, jako je deprese, bipolární afektivní porucha, anorexie, bulimie, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatické stresové poruchy, panické poruchy, impulzivní poruchy, úzkostné poruchy. U adolescentů, se sebepoškození objevuje u jedinců s disharmonickým či nevyváženým vývojem osobnosti. Jedinci často experimentují s návykovými látkami.

Jeden z prvních, kdo odhalí sebepoškození, bývá pediatr, který následně doporučí návštěvu u dětského psychologa respektive psychiatra. Následně léčbu na klinice či v psychiatrické nemocnici. Důležité je při diagnostice zvážit riziko suicidálního jednání daného jedince. Signálem může být oblečení neodpovídající počasí, vyhýbavé odpovědi na otázky ohledně zranění.¹⁵

K odhalení sebepoškození a následné diagnostice existují dotazníky:

- Dotazník sebepoškozujícího chování
- Funkční hodnocení automutilace
- Dotazník sebepoškození

¹⁵ BERKOVÁ, Michaela Mgr., *Sebepoškození u adolescentních dívek*, [online].[cit. 2023-08-12]. Dostupné z <https://theses.cz/>

2.8 Léčba sebepoškozování

Jako u většiny psychických obtíží je důležitá včasná diagnostika a odhalení příčiny sebepoškozujícího se jednání. Jedinec není schopen nebo ochoten jej identifikovat. Zejména u dětí a adolescentů je potřeba empatický, trpělivý přístup. Proto se většinou postupuje u méně vážných diagnóz vylučovací metodou, jaký symptom sebepoškozování to může být.¹⁶

Vstupní diagnostika pomáhá rozhodovat v plánu léčby a jejím postupu v budoucnu. Určuje se individuální plán léčby, závažnost obtíží a vhodný psychotherapeutický postup. Užívá se psychotherapie nebo kognitivně behaviorální terapie s prvky logoterapie, dialektická behaviorální terapie. Pokud je to nutné podpoří se terapie vhodnými léky.¹⁶

2.9 Poruchy příjmu potravy a sebepoškozování

„U PPP se vyskytuje až u 25-55 % pacientů. Jedná se o maladaptivní chování - řešení negativních pocitů (depersonalizace, disociace, tenze, vztek a podobně). Až třetina pacientů se po aktu sebepoškození cítí hůře než před sebepoškozením, což je jedním z důvodů, proč sebepoškozování považujeme za rizikový faktor pro následné suicidální chování. Nebezpečí SHB spočívá ve vzniku závislosti na tomto chování, za němž stojí endogenní opioidní systém. Další nebezpečí představuje "fenomén nápodoby" - tendence nesebepoškozujících přebírat toto chování od sebepoškozujících se jedinců.“¹⁷

¹⁶ Sebepečkozování, [online].[cit. 2023-08-17]. Dostupné z <https://adicare.cz/>

¹⁷ BEDNÁŘOVÁ, Bibiana, YAMAMOTOVÁ, Anna, PAPEŽOVÁ, Hana, Sebepečkozování u poruch příjmu potravy, [online].[cit. 2023-08-18]. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz/>

„Slova mohou být záchranným lanem i oprátkou, záleží jen na tom, jak je použijeme.“

Ersiana

3 Sebepoškozování v sociální práci

I přesto, že sociální pracovník vychází ze školy v opojení sebevědomí, které mu propůjčil čerstvě zaschlý inkoust na diplomu, měl by si uvědomit, že každé jeho slovo může pro daného jedince znamenat pomoc, nebo naopak odsouzení.

Jedinci, kteří se sebepoškozují, se dostávají do stavu, se kterým si sami neporadí a je jim nepříjemný. Jedinci se za své jednání stydí, ale nemohou si pomoci. Proto by měl sociální pracovník pro klienta udělat takové prostředí, které by mu navodilo atmosféru, že slovo sebepoškozování není tabu, není zakázané a je důležité s tím něco dělat.

Každý pracovník by měl být empatický, naslouchat klientovi, zajímat se o jeho problematiku a dát mu najevo, že pokud bude chtít, nebude v řešení problému sám. Neměl by být však přehnaně ambiciózní, „vychrlit“ na klienta vše na jednom sezení a nedat mu prostor pro vlastní myšlenky a návrhy.

Snažíme se pomocí vhodných otázek zjistit spouštěč, který klienta nutí se sebepoškozovat a najít alternativu, kterou by mohl zkusit, aby tyto pocity zahnal (poslech hudby, čtení, běh, atd.), často se doporučuje gumička na zápěstí, kterou může použít k odvedení pozornosti.

Nezbytné pro práci s klientem se sebepoškozujícími se sklony je zbavit se vlastních předsudků a mýtů, které každý z nás má. Dalším, co by sociální pracovník měl znát, jsou organizace, které pomáhají sebepoškozujícím se klientům.

Jednou z nejhlavnějších věcí, které by pracovník měl znát, jsou jeho kompetence.

3.1 Kompetence sociálních pracovníků

„Pravděpodobně nejambicióznější současnou formulaci žádoucích kompetencí sociálního pracovníka s akademickým vzděláním, tj. na úrovni magistra sociální práce, podává americká Rada pro vzdělávání v sociální práci.¹⁸(zdroj č.18, s. 15)

1. Uplatňovat dovednost kritického myšlení v pracovním kontextu, včetně dovednosti uplatňovat teorie v praxi.
2. Pracovat v souladu s etickými principy sociální práce a s ohledem na pozitivní význam odlišnosti.
3. Být schopen profesionálně využívat vlastní osobnost.
4. Rozumět rozličným formám a způsobům utlačování; znát strategie, jimiž se dá dosahovat sociální a ekonomické spravedlnosti.
5. Rozumět historii sociální práce, znát její současnou podobu a významná témata.
6. Uplatňovat své znalosti při práci s cílovými skupinami na všech úrovních.
7. Uplatňovat své znalosti při práci se specifickými problémy.
8. Kriticky analyzovat a uplatňovat znalost biopsychosociálních činitelů, které ovlivňují vývoj jedince. Rozumět interakci mezi jednotlivcem a sociálními systémy různých úrovní.
9. Analyzovat vliv sociální politiky na život klientů, sociálních pracovníků i organizací poskytujících sociální služby. Prokázat schopnost ovlivňovat zásady sociální politiky.
10. Hodnotit výsledky relevantního výzkumu a uplatňovat je v praxi. Umět navrhnout výzkumnou studii, analyzovat její výsledky a umět je sdělit jiným.
11. Umět zhodnotit empiricky vlastní činnost a činnost jiných relevantních subjektů.
12. Dokázat komunikovat s různými typy klientů, kolegů a s veřejností.
13. Umět poskytovat supervizi a konzultace v oblasti vlastní specializace.
14. Umět pracovat ve struktuře organizace a v systému poskytování sociálních služeb a dokázat prosazovat nutné organizační změny

¹⁸ MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

Kompetence dle Havrdové jsou chápány jako: „*Funkcionální projev profesionální role. Soustava základních kompetencí byla inspirována materiálem britské Ústřední rady pro vzdělávání a trénink v sociální práci shrnujícím požadavky pro udělení diplomu v sociální práci, zohledňovala standardy vzdělávání v sociální práci užívané v současnosti v České republice a vycházela z praktických zkušeností členů týmu, který českou verzi soustavy vytvořil. Soustava zahrnuje následující schopnosti a dovednosti: rozvíjet účinnou komunikaci; orientovat se a plánovat postup; podporovat a pomáhat k soběstačnosti; zasahovat a poskytovat služby; přispívat k práci organizace; odborně růst.*“¹⁸ (zdroj č. 18, s. 15-16)

4 Organizace, projekty v ČR i zahraničí

4.1. Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež

„Nízkoprahové kluby, odborně nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (ve zkratce NZDM) jsou zřizovány na základě zákona č.108/2006Sb., o sociálních službách, jejich činnost podléhá vysokým nárokům na kvalitu a následné kontrole. V zařízení pracují odborní pracovníci, zpravidla s vysokoškolským vzděláním, kteří děti a mládež motivují formou skupinové a individuální práce ke změně nebo zlepšení jejich postojů k životním otázkám. V klubu platí pravidla, která zakazují užívání alkoholických nápojů, drog, násilí či šikany. Sociální službu může poskytovat sama obec nebo ji poskytují neziskové organizace. Pro obec i organizace, které chtějí poskytovat sociální služby, platí povinnost registrace, která se řídí zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách.“¹⁹

4.2 Šance dětem

Šance dětem byla vytvořena iniciativou Nadace Sirius s cílem informovat širokou veřejnost o oblasti ohrožení dětí v České republice. Dbají na prevenci ohrožení dětí a pomáhají rodinám, které se již v této situaci ocitly, usnadňují život rodinám pečujícím o děti se zdravotním postižením.²⁰

¹⁹ Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, [online].[cit. 2023-08-18]. Dostupné z <https://www.socialni-zaclenovani.cz/>

²⁰ Šance dětem, [online].[cit. 2023-08-18]. Dostupné z <https://sancedetem.cz/>

4.3 Linka bezpečí

Linka bezpečí pomáhá dětem, studentům i dospělým, kteří jsou v těžké životní situaci a nedokážou sami řešit starosti a problémy. Jedná se o nonstop linku, chat ale i e-mailovou poradnu. Linka bezpečí dbá na prevenci, dojíždí do škol, sportovních klubů, natáčí vzdělávací videa, podcasty a tvoří blog.²¹

4.4 Don't kill the butterfly

„Nezabíjejte motýla“ je internetový projekt, který se zaměřuje na děti a adolescenty se sebepoškozujícími se sklony. Tento projekt je na sociálních sítích již delší dobu a pomáhá odvrátit sebepoškozující se jednání.

Jedinec si nakreslí na místo, kde se sebepoškozuje, motýla a následně ho pojmenuje podle člověka, na kterém mu nejvíce záleží. Následně jej má, dokud se sám nesmyje. Systém je v tom, že pokud si jedinec ublíží, tzv. zabije motýla, tudíž symbolicky ublíží osobě, dle které daného motýla pojmenoval.

Ačkoliv projekt „nezabíjejte motýla“ byl nápadem ze zahraničí, i v České republice byl tento symbol užíván. Znak vzal na sebe podobu motýla dle efektu motýlích křídel. Tento efekt vyjadřuje, že i sebemenší rozhodnutí, které právě nyní uděláme, může ovlivnit naši budoucnost, a tak to platí i v sebepoškozování.

²¹ Linka bezpečí, [online].[cit. 2023-08-18]. Dostupné z <https://www.linkabezpeci.cz/>

4.5 Project semicolon – Your story isn't over

„Projekt „Středník“ je soucitná online komunita, která se zaměřuje na povědomí o duševním zdraví a prevenci sebevražd. Naše platforma slouží jako bezpečné útočiště pro jednotlivce, aby mohli sdílet své příběhy, najít podporu a přispět k prolomení stigmatu souvisejícího s problémy duševního zdraví.“²²

Tento projekt byl založen roku 2013 Amy Bleuel,. Její vizí bylo vytvořit projekt, kde by každý mohl sdílet své příběhy, najít podporu a porozumění. Mísí tohoto projektu je umožnit jednotlivcům, aby přijali svou cestu a uvědomili si, že jejich cesta životem ještě není u konce. Snaží se dodat naději, poskytnout zdroje informací a podporovat léčbu.²²

Pokud se jedná o samotný symbol středníku, musíme nejdříve pochopit jeho smysl v literatuře. Spisovatel, který středník ve větě použil, mohl větu ukončit, ale nerozhodl se tak. Pokračoval v ní pomocí středníku. A tak se tento symbol dostal i do oblasti duševního zdraví. Je to symbol nového začátku, pokračování životní cesty jedince, který chtěl tuto cestu ukončit, ale neudělal to.

4.6 Aplikace nepanikař

Počítačová a mobilní aplikace Nepanikař nabízí první pomoc při psychických potížích. Aplikace, která je zcela zdarma, byla založena roku 2019.²³

„Příběh projektu NEPANIKARŘ sahá do roku 2019. S nápadem vytvořit první českou mobilní aplikaci, která pomáhá uživatelů zdarma a poskytuje první rychlou psychologickou pomoc, kterou uživatelé potřebují, přichází zakladatelka projektu Veronika Kamenská. Impulzem pro vytvoření mobilní aplikace byla mimo jiné vlastní zkušenost zakladatelky s duševním onemocněním.“ (zdroj č. 23)²³

Nejen, že aplikace nabízí okamžitou první pomoc, ale pomůže vám najít terapeuta ve vašem okolí a zvolit si termín schůzky. Projekt se zabývá problematikou PPP, deprese, úzkosti/paniky, sebepoškozováním, myšlenkami na sebevraždu.²³

²² *About project semicolon*, [online].[cit. 2023-08-18]. Dostupné z <https://www.projectsemicolon.com/>

²³ *Nepanikař*, [online].[cit. 2023-08-18]. Dostupné z <https://nepanikar.eu>

Empirická část

5 Cíl bakalářské práce

Cílem mé bakalářské práce je nastínit problematiku nedostatečné připravenosti sociálního pracovníka na komunikaci a spolupráci s klienty se sebeпоškozujícími se sklony.

5.1 Hlavní výzkumná otázka

Jsou sociální pracovníci dostatečně informovaní v oblasti komunikace s klientem se sebeпоškozujícími se sklony?

5.1.1 Vedlejší výzkumné otázky

1. Orientují se sociální pracovníci v dané problematice?
2. Mají sociální pracovníci dostatečné vzdělání v dané problematice?
3. Znalí postupy komunikace s klientem se sebeпоškozujícími se sklony?
4. Vědí, jaké jsou jejich kompetence?

5.1.2 Výzkumné hypotézy

V této bakalářské práci jsem si stanovila následující hypotézy.

Předpokládám, že:

H₁: Sociální pracovníci nemají dostatečné znalosti v oblasti komunikace s klientem se sebeпоškozujícími se sklony.

H₂: Sociální pracovníci by uvítali školení zaměřené pouze na tuto problematiku.

H₃: Sociální pracovníci by uvítali přednášku na školách speciálně na toto téma

H₄: Sociální pracovníci neumí reagovat na výhružky sebevraždou od klientů.

H₅: Většina sociálních pracovníků, kteří se zúčastnili dotazníku, znají organizace, které mohou klientovi doporučit.

H₆: Většina sociálních pracovníků, kteří se zúčastnili výzkumu, nezná své kompetence v práci s jedinci se sebepoškozujícími klienty

5.1.3 Metodika výzkumu

Metodou výzkumu bakalářské práce je dotazník. V rámci mé bakalářské práce jsem použila kvantitativní výzkum. Dotazníku se zúčastnilo 20 respondentů. Cílem tohoto výzkumu je testování daných hypotéz.

5.1.3.1 Technika sběru dat

Jako techniku výzkumu jsem si zvolila dotazník. Díky datům z dotazníku jsem mohla vyhodnotit hypotézy určené v bakalářské práci.

V dotazníku jsou použity otevřené i uzavřené otázky. Uzavřené otázky byly dvojího typu, zcela uzavřené a některé doplněny o odpověď „jiné“, kdy respondent mohl odpovědět vlastními slovy. Dotazník byl zasílán v online podobě sociálním pracovníkům, kteří jej plně anonymně vyplnili. Dotazník je umístěn v příloze této práce.

5.1.3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Část respondentů tvořily dívky, které studovali střední odbornou školu sv. Zdislavy v roce 2014-2018 a následně nastoupily do sociálních zařízení jako sociální pracovníce, a věnují se práci s adolescenty. Jejich kolegyně a kolegové.

Další část vzorku tvořili pracovníci z Nízkoprahového zařízení pro děti a mládež Kompas. Jedná se o bezplatnou službu pro děti a mládež ve věku 7-22let, kteří se potýkají s nepříznivou sociální situací.

Dohromady se dotazníku zúčastnilo 20 respondentů.

5.1.3.3 Harmonogram výzkumu

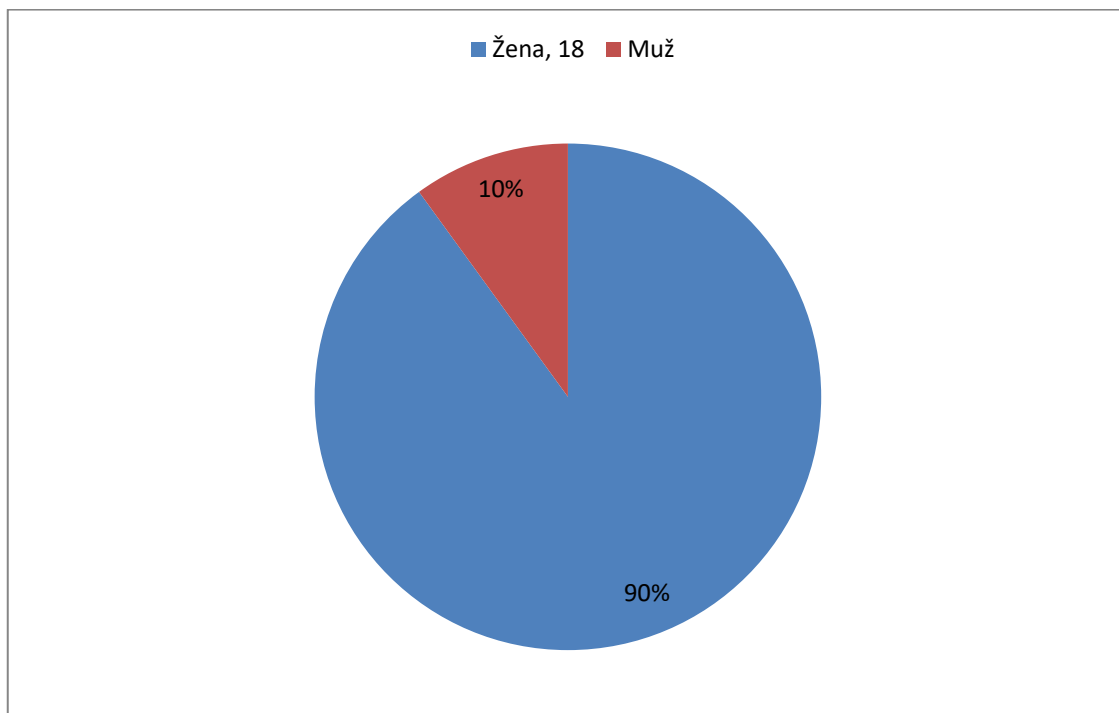
Výzkum se uskutečnil v červenci, srpnu a září roku 2023. Obsah byla příprava dotazníku, jeho distribuce a sběr dat.

6 Výsledky výzkumu

První otázka zjišťovala pohlaví respondentů, kteří se dotazníku zúčastnili.

Respondenti měli možnost volit ze dvou odpovědí. Výsledky jsou k vidění v grafu č. 1:

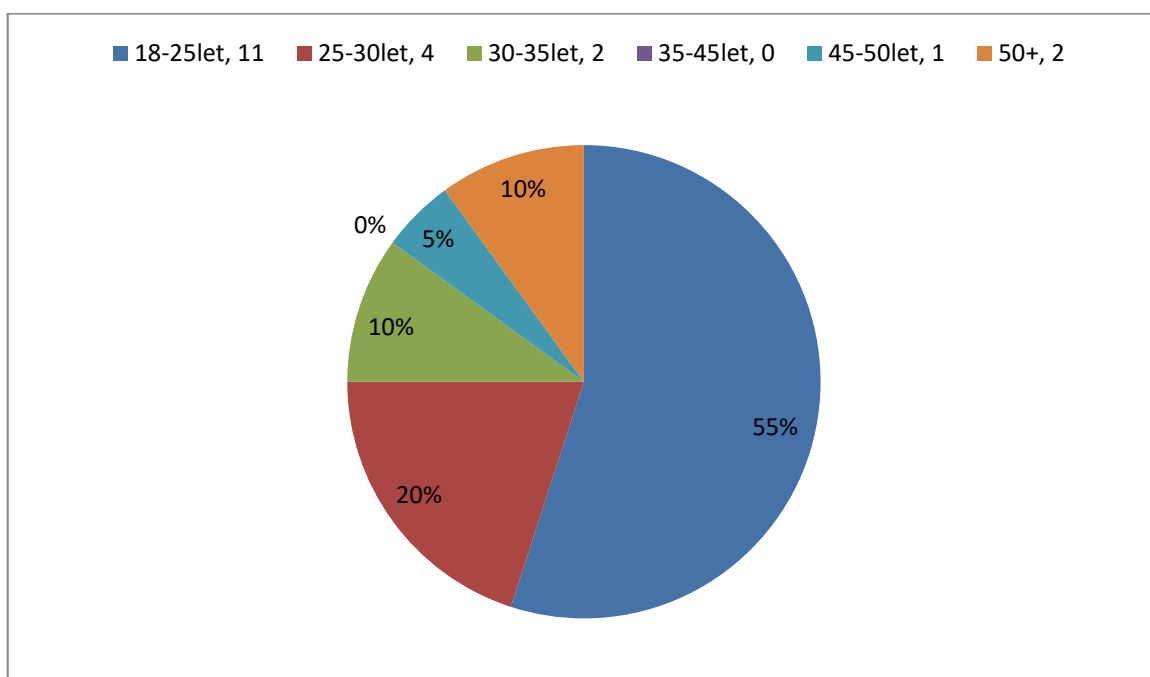
Graf č.1: Pohlaví respondentů



Z celkového počtu respondentů, tedy z 20 zúčastněných, se dotazníku zúčastnilo 18 žen a 2 muži. Z celkového počtu respondentů je to v procentech 90% žen a 10% mužů.

Další otázka zněla „*Váš věk?*“ . Zde měli možnost volit z 6 věkových rozmezích. Výsledky jsou shrnuty v grafu č. 2:

Graf č.2: Věk respondentů



Dle výsledků grafu se nejvíce zúčastnilo respondentů ve věku 18-25 let a nejméně ve věku 35-45let. Tedy nejvíce se zúčastnilo věkové rozhraní, které má čerstvé zkušenosti se školním systémem středních a vysokých škol a zároveň mají zkušenosti v praxi a mohou zhodnotit dostatečné množství informací, které jim škola poskytuje o komunikaci s klientem se sebeпоškozujícími se sklony a kompetencích, které v praxi následně v tomto směru budou mít.

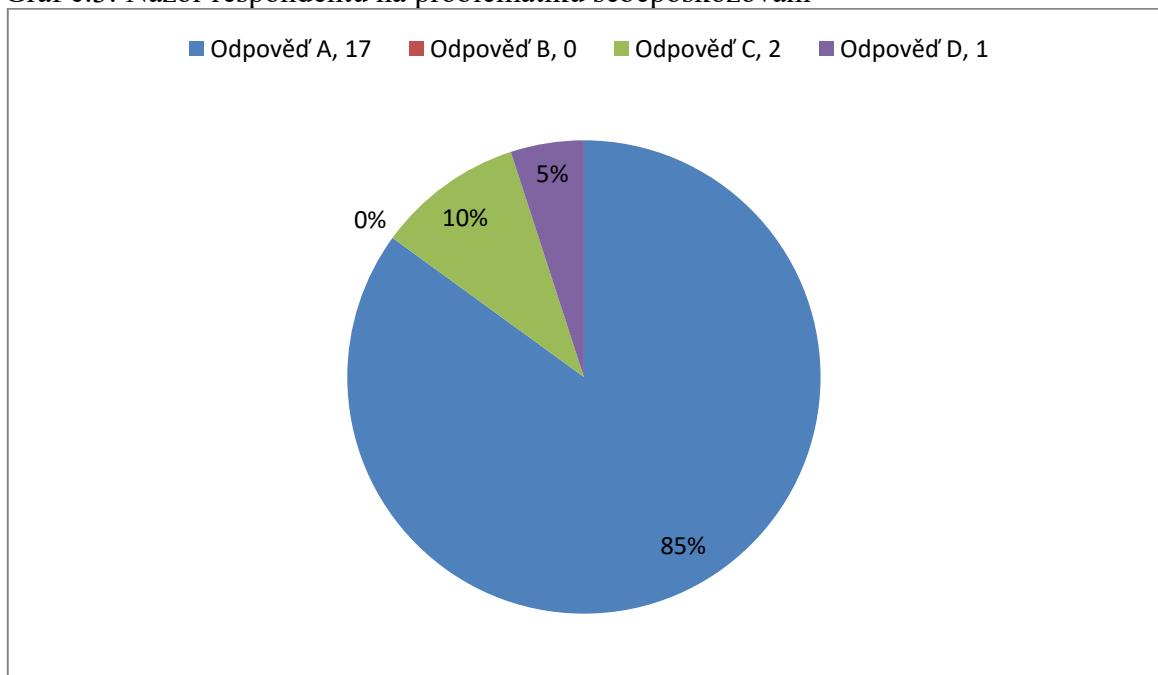
Třetí otázka v dotazníku byla vedena na názor pracovníku na klienty se sebepoškozujícími se sklony.

„Jaký je Váš názor na problematiku sebepoškozování?“

Odpověď na otázku měla tyto čtyři možnosti:

- a. Lidé, kteří se sebepoškozují, k tomu musí mít závažné důvody
- b. Lidé, kteří se sebepoškozují, na sebe pouze strhávají pozornost
- c. Nechápu, proč to dělají
- d. Jiné (napište)

Graf č.3: Názor respondentů na problematiku sebepoškozování



Nejčastější odpověď byla odpověď A, na kterou odpovědělo dohromady 17 respondentů, tedy odpověď, že klienti k tomuto jednání mají vážné důvody. Dva respondenti odpověděli, že toto jednání nechápu a jeden zvolil odpověď jiné.

Tato odpověď zněla: „Podle mě jde většinou o spojitost s nějakými psychickými problémy a příčiny sebepoškozování mohou být různé.“

„*Jaké si myslíte, že jsou nejčastější důvody sebepoškozování?*“, tato otázka byla otevřená a respondenti na ni odpovídali vlastními slovy:

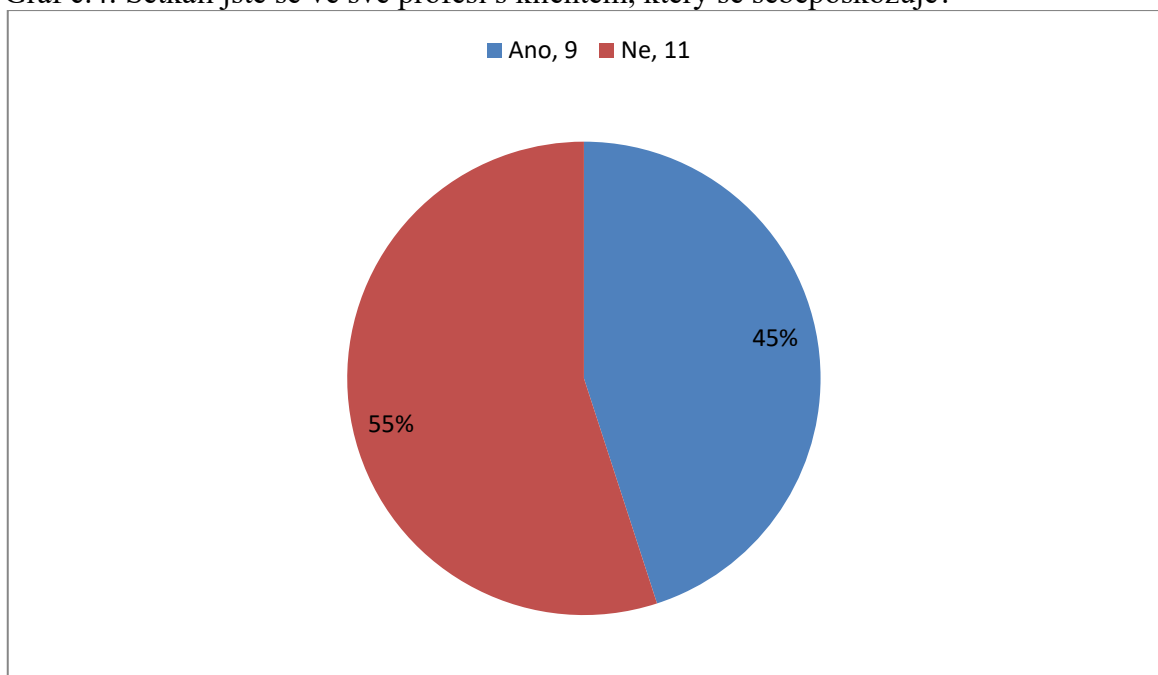
Tabulka odpovědí č.1

Respondent	Odpověď
Respondent č.1	OCD, deprese, úzkosti
Respondent č.2	Perfekcionismus
Respondent č.3	Potřeba vlastní dokonalosti a následné deprese
Respondent č.4	Myslím, že je to šikana, nátlak na dokonalost z okolí, rodina, vlastní predispozice
Respondent č.5	Šikana, nátlak rodiny
Respondent č.6	Šikana, šikana ze strany rodičů
Respondent č.7	Podle mého buď problémy v okolí, nebo malá sebedůvěra
Respondent č.8	Emoční bolest, prázdnota, osamělost, trestání se
Respondent č.9	Reakce na nepřiměřené zatížení psychiky člověka, reakce na dlouhodobé intenzivní úzkosti a deprese.
Respondent č.10	Rodina, přátelé
Respondent č.11	Deprese, úzkosti, nedůvěra k ostatním
Respondent č.12	Psychické problémy
Respondent č.13	Rodina, šikana, nedostatek sebedůvěry
Respondent č.14	Možná snaha uvolnit nějaké napětí, v některých případech může jít o pokus na sebe upozornit
Respondent č.15	Nefunkční rodina
Respondent č.16	Problémy doma, šikana
Respondent č.17	Psychické problémy jako například nedostatečné sebevědomí nebo sebeláska a jiné, například vztahové problémy anebo potřeba upoutání pozornosti.
Respondent č.18	Deprese, úzkosti, problémy
Respondent č.19	Úzkosti, deprese
Respondent č.20	Psychická zátěž, rodinné vztahy, láska, nezvládnání různých situací

Jako nejčastější důvody sebepoškozování jsou uváděny deprese, úzkosti, šikana a rodina. V případě šikany tyto problémy mohou vyvolat posměšky, urážky ale i fyzické násilí. V případě rodiny se jedná o nadměrnou zátěž na dítě, hyperprotektivní výchova či naopak fyzické, psychické či sexuální násilí na dítěti.

Pátá otázka dotazníku zněla „Setkali jste se ve své profesi s klientem, který se sebepoškozuje?“, respondenti měli možnost odpovědět ano či ne.

Graf č.4: Setkali jste se ve své profesi s klientem, který se sebepoškozuje?



Nejčastější odpověď, byla odpověď B, tedy ne a zodpovědělo ji 11 respondentů. V přepočtu na procenta je to tedy 11%. Odpověď A zvolilo 9 respondentů, tedy 45%.

Šestá otázka byla opět otevřená a respondenti měli odpovídat svými slovy.

Otázka zněla: „*Víte, jaké existují druhy sebepoškozování?*“

Tabulka odpovědí č.2

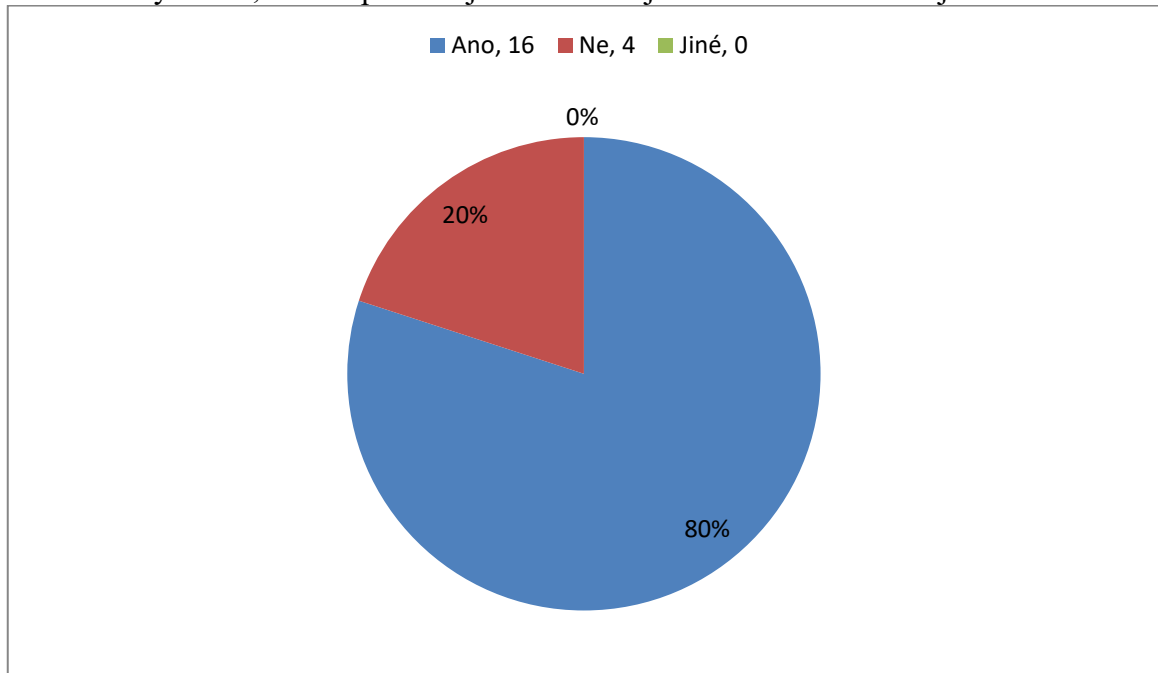
Respondent	Odpověď
Respondent č.1	Pálení, škrábání, mlácení, řezání a veškeré druhy autoagrese
Respondent č.2	Řezání ostrými předměty
Respondent č.3	Řezání, sebebušení, pálení, vytrhávání vlasů
Respondent č.4	Znám řezání, bodání ostrým předmětem a pálení zapalovačem
Respondent č.5	Pálení, řezání, trhání vlasů
Respondent č.6	Používání žiletky, podvýživa
Respondent č.7	Vím, že jich je více, ale názvy teď nevím
Respondent č.8	Řezání, pálení, trhání vlasů či nehtů, škrábání, lámání kostí, návykové látky, promiskuita
Respondent č.9	Syndrom pořezaného zápěstí, sebevražedné tendence, předávkování léky, záměrné sebepoškozování, sebepoškozování plynoucí z psychické nemoci
Respondent č.10	Řezání
Respondent č.11	Ne
Respondent č.12	Ne
Respondent č.13	Řezání, pálení, kousání
Respondent č.14	Ne
Respondent č.15	Ano
Respondent č.16	Ne
Respondent č.17	Vědomé, záměrné a často opakované bezvědomé sebevražedné tendence
Respondent č.18	Psychické, fyzické, vědomé, nevědomé
Respondent č.19	Nevím
Respondent č.20	Bohužel

Jako nejčastější odpověď bylo uváděno řezání, které je i nejrozšířenější variantou mezi společností a často ji uvádí, jako příklad i laická veřejnost. Další nejčastější odpovědí, byla

odpověď ne či nevím, tuto odpověď zvolilo 7 respondentů, tedy 35% dotazovaných. A třetí nejčastější odpovědí bylo pálení.

Další otázka zněla: „*Myslíte si, že sebepoškozující klienti mají blíže k suicidálnímu jednání?*“, odpověď je zaznamenána v grafu č. 5:

Graf č.5: Myslíte si, že sebepoškozující klienti mají blíže k suicidálnímu jednání?

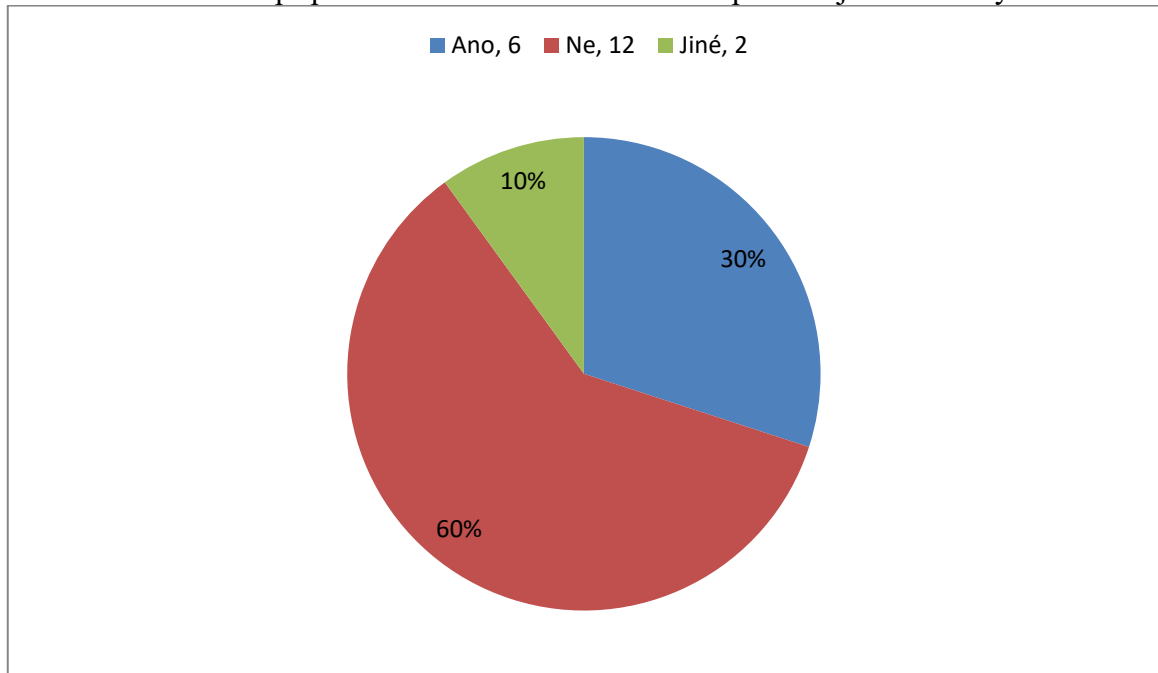


80% respondentů zodpovědělo, že si myslí, že mají tito klienti blíže k suicidálnímu jednání. Zbytek, tedy 20% respondentů, zodpovědělo, že si myslí, že blíže k suicidálnímu jednání nemají.

V otázce číslo 8 jsem zjišťovala, zda si respondenti myslí, že jsou dostatečně připraveni na komunikaci s klienty se sebepoškozujícími se sklony. Otázka zněla: „*Myslíte si, že jste dostatečně připraven/a na spolupráci s takovýmto klientem?*“

Odpověď je zaznamenaná v grafu č. 6:

Graf č.6: Dostatečná připravenost na komunikaci se sebepoškozujícími klienty



Nejčastější odpověď, byla odpověď ne. Tedy, že si pracovníci v sociálních službách nemyslí, že jsou dostatečně připraveni na komunikaci se sebepoškozujícím klientem. Tuto otázku zvolilo 12 respondentů, tedy 60% dotazovaných.

Mezi odpověďmi jiné byli tyto 2 odpovědi:

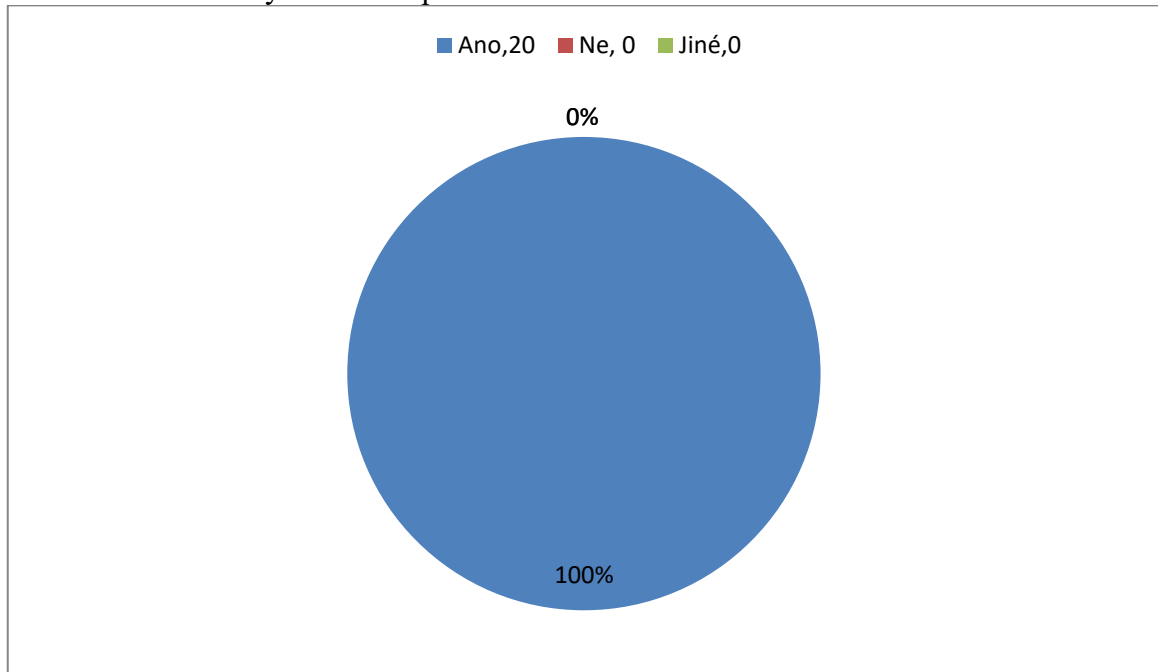
„Nevím, jelikož nevím, jaká to bude situace.“

„Nevím“

Tedy nevědí, zda by byli schopni tuto situaci zvládnout.

Otázka č. 9: „Myslíte si, že by vám pomohlo další školení či jiné aktivity na přípravu komunikace s klientem se sebepoškozujícími se sklony?“

Graf č.7: Pomohlo by sociálním pracovníkům další školení?

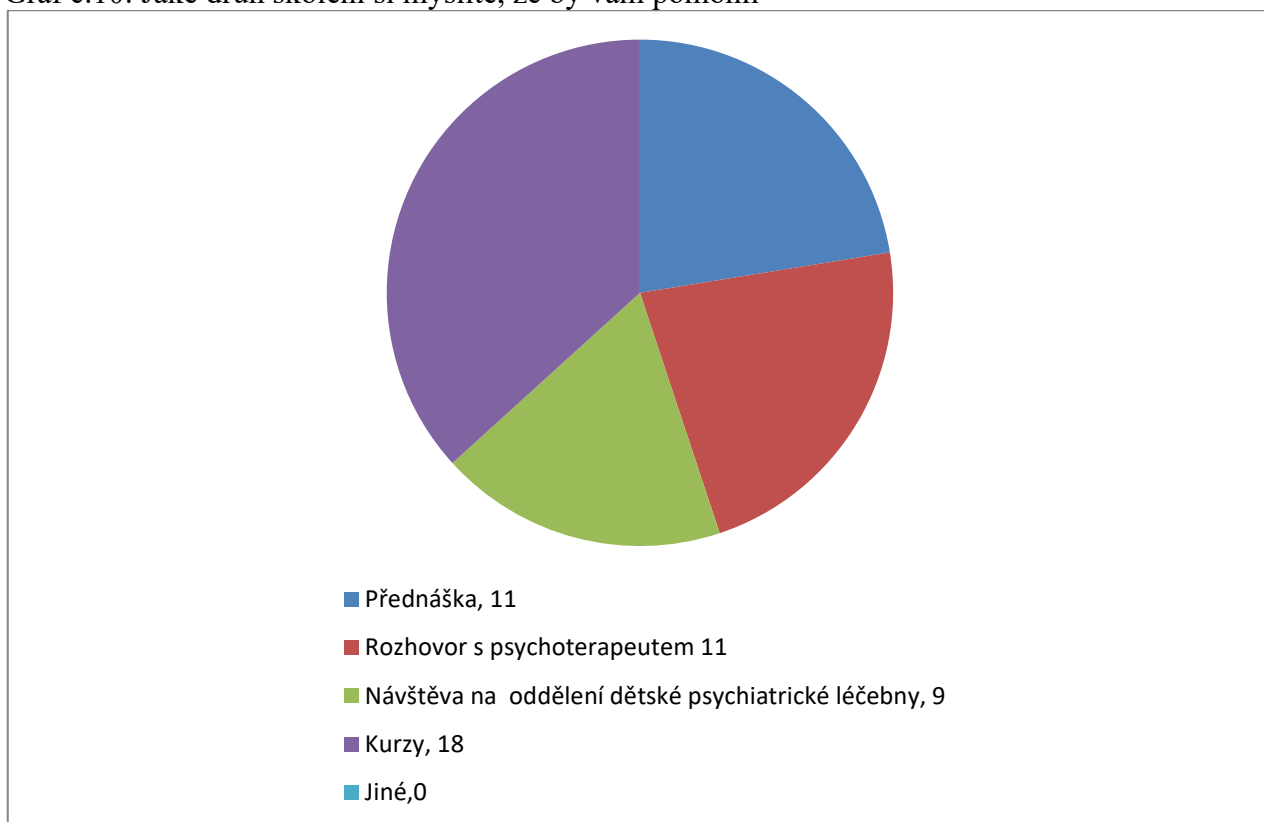


Zde byla odpověď 100%, a to odpověď ano, kdy si respondenti myslí, že by jim pomohlo další školení na tuto problematiku se zaměřením na klienty se sebepoškozujícími se sklony.

V další otázce, tedy v otázce číslo 10 jsem se zaměřila na druhy školení, které by sociálním pracovníkům mohli pomoci se více vzdělávat v této problematice.

Otázka zněla: „Jaké další školení si myslíte, že by Vám pomohlo k dalšímu rozvoji znalosti?“. Respondenti mohli vybírat z 5 navrhovaných možností a jedné otázky, kde mohli sami typ školení navrhnout. Každý respondent mohl volit více odpovědí. Tato otázka je zaznamenána v grafu č. 10

Graf č.10: Jaké druh školení si myslíte, že by vám pomohli



Největší zájem měli respondenti o kurzy, kdy tuto odpověď zvolilo 18 respondentů. V ČR existují kurzy komunikace, ale žádný není přímo zaměřený na lidi se sebepoškozujícími se sklony či s lidmi se suicidálními sklony. Další nejčastěji volené odpovědi byly přednášky a rozhovory s psychoterapeutem. Nikdo nezvolil odpověď jiné, tedy nenavrhl vlastní možnost dalšího vzdělávání v této problematice.

Otázka č. 11 byla zaměřena na důležité aspekty v jednání s klientem se sebepoškozujícími se sklony. Otázka byla otevřená a respondenti odpovídali svými slovy.

„Co myslíte, že je nejdůležitější při práci s klientem se sklony k sebepoškození?“

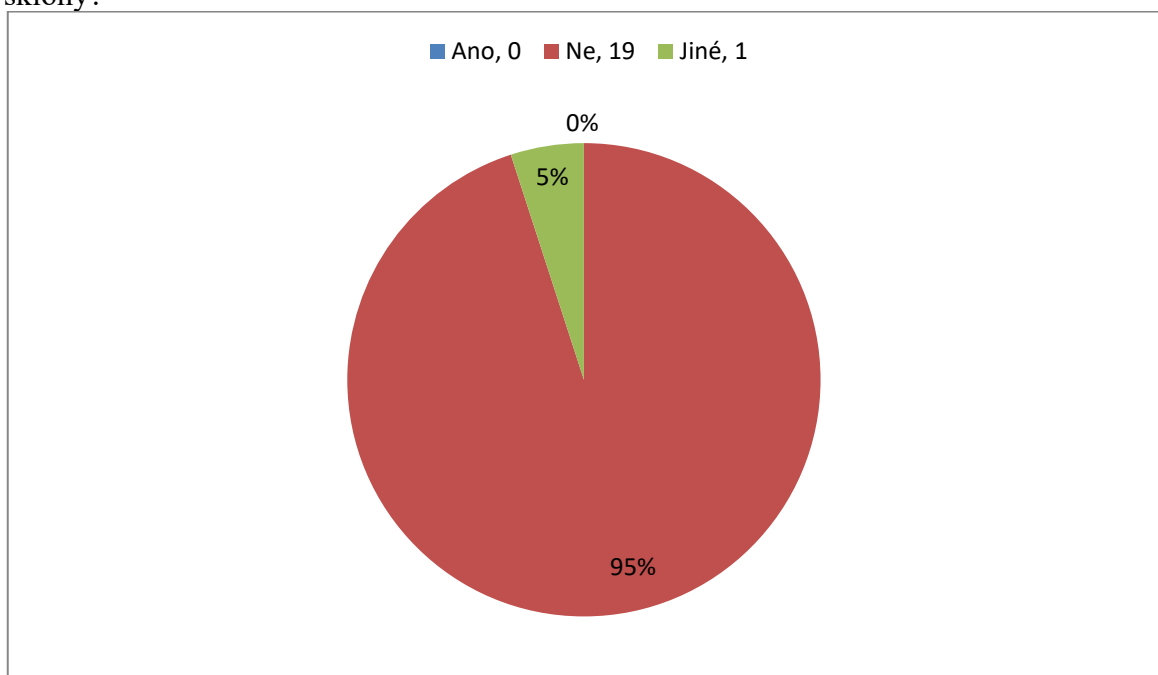
Tabulka odpovědí č.3

Respondent	Odpověď
Respondent č.1	Důvěra mezi klientem a pracovníkem, odbornost pracovníka, nesoudit, nenutit, neobviňovat a být empatický
Respondent č.2	Určitě spolupráce mezi oběma stranami
Respondent č.3	Být empatický, nevyvíjet nátlak, nenutit ke spolupráci, nevyčítat
Respondent č.4	Určitě pochopení a trpělivost, nenaléhat
Respondent č.5	Empatie, správná komunikace a naslouchání
Respondent č.6	Podpora
Respondent č.7	Rozbor problému a zvýšení sebedůvěry
Respondent č.8	Nesoudit ho, nenutit ho mluvit
Respondent č.9	Nepředpojatost, vytvoření důvěry
Respondent č.10	Empatie
Respondent č.11	Upřímnost, důvěra
Respondent č.12	Správný přístup
Respondent č.13	Správná komunikace
Respondent č.14	Respektovat hranice, snažit se být v komunikaci otevřený a nedat klientovi záminku si myslet, že ho nějak odsuzujeme
Respondent č.15	Nezlehčovat jeho problémy
Respondent č.16	Opatrnost, rozumět mu
Respondent č.17	Hluboce přemýšlet jaká slova zvolit
Respondent č.18	Opatrnost, porozumění, nesoudit
Respondent č.19	Naslouchat
Respondent č.20	Vědět, kde nastal daný problém, proč to dělá a jaký má k tomu důvod. Najít začátek jak to vypuklo

Jako nejčastější odpověď respondenti zvolili empatii, neboli schopnost porozumět a pochopit situaci a emoce jedince. Následně nesoudit a nenutit klienta ke spolupráci.

Otázka č. 12: „Myslíte si, že školy dostatečně připravují sociální pracovníky na práci s klientem se sklony k sebepoškozování?“, odpověď je zaznamenána v grafu č. 11:

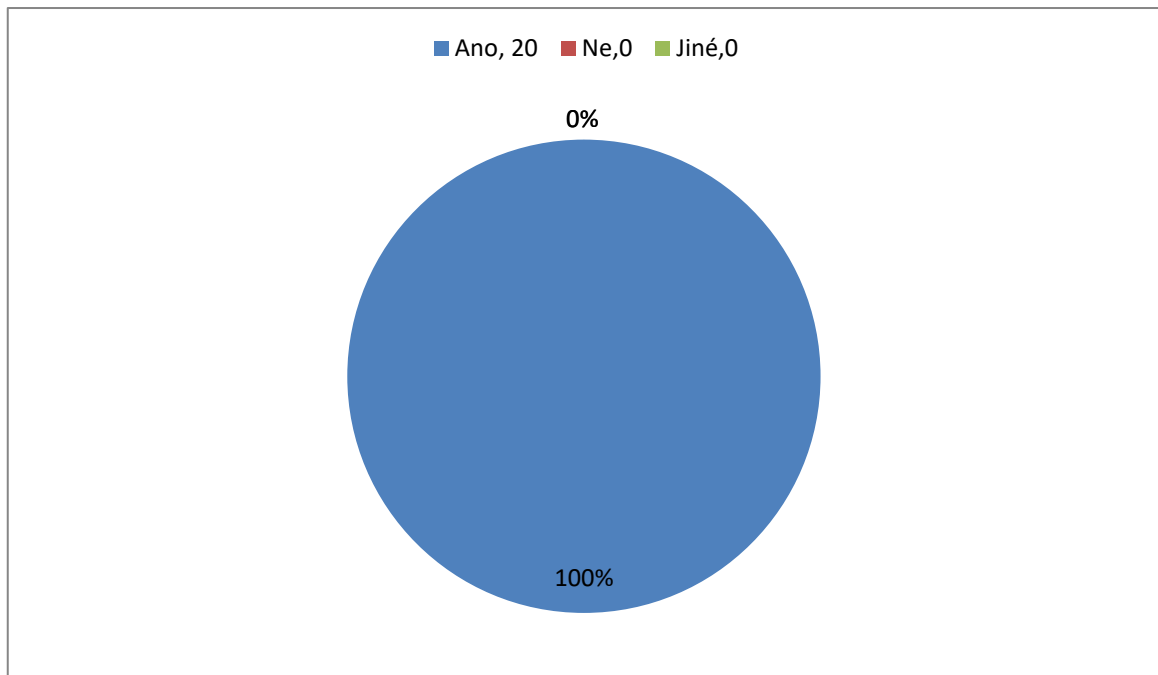
Graf č.11: Připravují školy dostatečně na komunikaci s klienty se sebepoškozujícími se sklony?



19 respondentů z 20 uvedlo, že si nemyslí, že školy dostatečně připravují budoucí sociální pracovníky ke komunikaci s klienty se sebepoškozujícími se sklony. Jeden respondent uvedl odpověď jiné, tato odpověď zněla: „Nevím.“

Otázka č. 13: „Myslíte si, že by měla být speciálně na toto téma zavedena přednáška na středních a vysokých školách, kde by budoucí sociální pracovníky školili ke komunikaci s klientem se sklony k sebepoškozování?“, odpověď je zaznamenána v grafu č. 12:

Graf č.12: Měla by být speciální přednáška na toto téma?



Respondenti se jednohlasně shodli, že by uvítali ve škole speciální hodinu zaměřenou na problematiku sebepoškozování.

Otázka číslo 14 se zaměřovala na organizace, které by respondenti mohli doporučit klientovi, a která by jim mohla pomoci v složité situaci. Otázka byla otevřená je zaznamenána v tabulce odpovědí č. 4

Otázka zněla: „Znáte organizace, které byste mohl/a klientovi doporučit?“

Tabulka odpovědí č.4

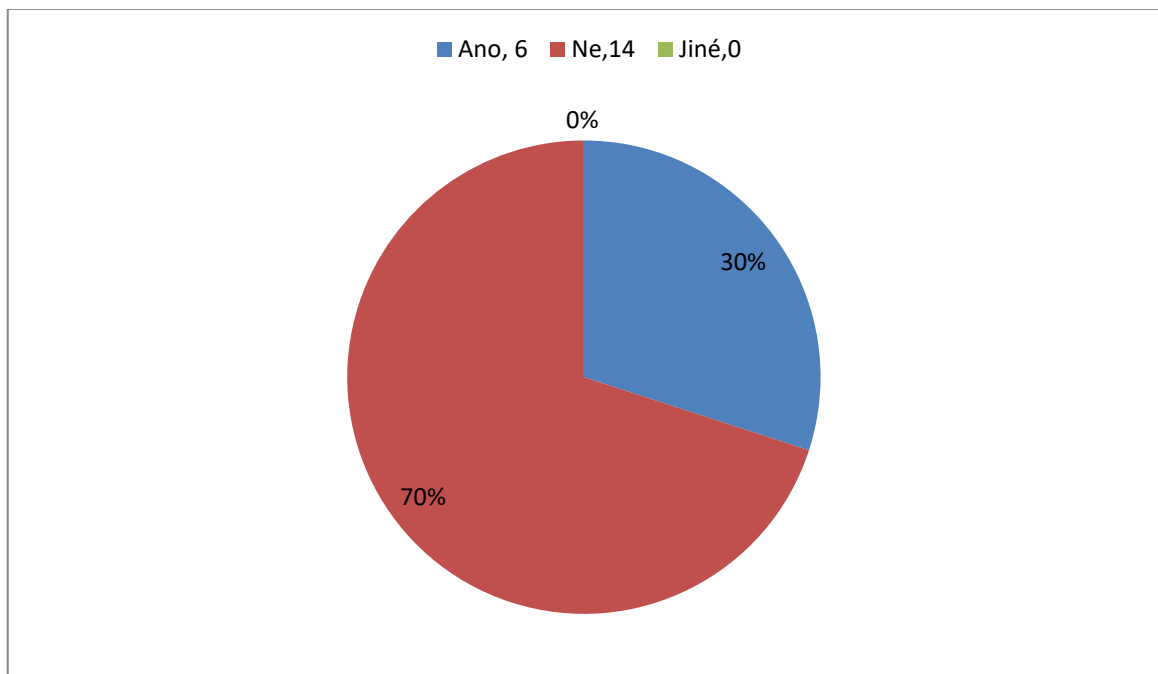
Respondent	Odpověď
Respondent č.1	Šance dětem, psychoterapeut, pokud bych si nemohla vzpomenout vyhledala bych si ji přes PC
Respondent č.2	Teď mě žádná nenapadá
Respondent č.3	Šance dětem
Respondent č.4	Nevím, nic mě nenapadá
Respondent č.5	Tísňová linka
Respondent č.6	Ne
Respondent č.7	Psychoterapeut
Respondent č.8	Dobré místo z.s.
Respondent č.9	Neposeda, nevypusť duši
Respondent č.10	Neznám
Respondent č.11	Linka bezpečí, linka důvěry, krizová centra
Respondent č.12	Ne
Respondent č.13	Tísňová linka, psychoterapeut
Respondent č.14	Ne
Respondent č.15	Ne
Respondent č.16	/
Respondent č.17	Ne
Respondent č.18	Ne
Respondent č.19	Ne
Respondent č.20	Psychiatrická léčebna, tísňová linka

Nejčastější odpověď, a to u 11 respondentů bylo, že neznají žádné organizace specializující se na problematiku sebepoškození. Respondenti by nevěděli kam odkázat klienta, který v dané situaci potřebuje pomoc a poradit.

Patnáctá otázka se zaměřovala na suicidální jednání klienta, který tímto činem vyhrožuje, a zda by respondent věděl, jak má v této situaci jednat.

Otázka zněla: „Víte jak postupovat, pokud by Vám klient vyhrožoval sebevraždou?“, otázka je zaznamenána v grafu č. 13

Graf č.13 Jak postupovat, když klient vyhrožuje sebevraždou



Celkem 14 respondentů by nevědělo, jak postupovat, kdyby jim klienti vyhrožovali sebevraždou. Šest respondentů by vědělo, jak se takovéto situaci zachovat.

Poslední, tedy otázka č. 16 se zaměřuje na znalosti kompetencí sociálního pracovníka v jednání s klientem se sebepoškozujícími se sklony. : „*Dokážete vyjmenovat své kompetence?*“.

Tabulka odpovědí č.5

Respondent	Odpověď
Respondent č.1	Nemohu si žádné vybavit
Respondent č.2	Kontaktovat rodiče, praktického lékaře
Respondent č.3	Vyslechnout, porozumět, kontaktovat rodiče s podezřením
Respondent č.4	Kontaktovat OSPOD, rodiče
Respondent č.5	Nevím
Respondent č.6	Ne
Respondent č.7	Doporučit organizace, dát možnost, aby to vysvětlil rodině sám, popřípadě si je pozvat společně a poradit, co mohou dělat dál, aby situaci vyřešili
Respondent č.8	Nyní nevím
Respondent č.9	Neznám
Respondent č.10	Nevím
Respondent č.11	Žádný mě nenapadají
Respondent č.12	Poradit, kam se obrátit, aby měl klient odbornou pomoc, oznámit to rodičům či jinému zákonnému zástupci
Respondent č.13	Ne
Respondent č.14	V tuto chvíli mě nenapadá žádná kompetence, kterou bych mohl uvést, ale nejspíše nějaké sociální poradenství
Respondent č.15	Odkázání na specialistu, doporučit někoho v okolí
Respondent č.16	Sociální poradenství, které by se vyhodnotilo z dané situace
Respondent č.17	Ne
Respondent č.18	Ne
Respondent č.19	Ne
Respondent č.20	Bohužel nevím

Na tuto otázku odpovědělo 12, tedy více jak polovina respondentů, že neznají kompetence, nebo že si na ně nemohou vzpomenout.

7 Shrnutí výzkumu

Dotazníku se zúčastnilo 20 respondentů. Z tohoto počtu respondentů je to v procentech 90% žen a 10% mužů.

7.1 Vyhodnocení výzkumných hypotéz

H₁: Sociální pracovníci nemají dostatečné znalosti v oblasti komunikace s klientem se sebepoškozujícími se sklony.

Zda sociální pracovníci mají dostatečné znalosti v oblasti komunikace s klientem se sebepoškozujícími se sklony, mapují tyto dotazníkové otázky:

„Myslíte si, že by Vám pomohlo další školení či jiné aktivity na přípravu komunikace s klientem se sebepoškozujícími se sklony?“

Na tuto otázku odpovědělo všech 20 respondentů stejně, tedy byla odpověď 100%, a to odpověď ano, kdy si respondenti myslí, že by jim pomohlo další školení na tuto problematiku se zaměřením na klienty se sebepoškozujícími se sklony

„Co myslíte, že je nejdůležitější při práci s klientem se sklony k sebepoškozování?“

Tato otázka byla otevřená a nejčastěji se objevovala odpověď empatii, neboli schopnost porozumět a pochopit situaci a emoce jedince. Následně nesoudit a nenutit klienta ke spolupráci.

„ Myslíte si, že školy dostatečně připravují sociální pracovníky na práci s klientem se sklony k sebepoškozování?“

19 respondentů z 20 uvedlo, že si nemyslí, že školy dostatečně připravují budoucí sociální pracovníky ke komunikaci s klienty se sebepoškozujícími se sklony. Jeden respondent uvedl odpověď jiné, tato odpověď zněla: „Nevím.“

Z uvedených odpovědí vyplývá, že si sociální pracovníci myslí, že nemají dostatečné znalosti v komunikaci s klienty se sebepoškozujícími sklony.

Na základě výsledků byla hypotéza H₁ potvrzena

H₂: Sociální pracovníci by uvítali školení zaměřené pouze na tuto problematiku.

Zda sociální pracovníci mají zájem o další školení o této problematice, mapují tyto dotazníkové otázky:

„Myslíte si, že by Vám pomohlo další školení či jiné aktivity na přípravu komunikace s klientem se sebepoškozujícími sklony?“

Zde byla odpověď 100%, a to odpověď ano, kdy si respondenti myslí, že by jim pomohlo další školení na tuto problematiku se zaměřením na klienty se sebepoškozujícími se sklony.

Na tuto otázku poté navazovala otázka: *„Jaké další školení si myslíte, že by Vám pomohlo k dalšímu rozvoji znalostí?“*, kde respondenti volili mezi jednotlivými typy dalšího školení.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že by respondenti uvítali ve svém zaměstnání školení, které by je připravilo na setkání s klientem, který se sebepoškozuje. Znali by své kompetence, možnosti komunikace a postup jednání.

Na základě výsledků byla hypotéza H₂ potvrzena

H₃: Sociální pracovníci by uvítali přednášku na školách speciálně na toto téma

„Myslíte si, že by měla být speciálně na toto téma zavedena přednáška na středních a vysokých školách, kde by budoucí sociální pracovníky školili ke komunikaci s klientem se sklony k sebepoškozování?“

Respondenti se jednohlasně, tedy 100% respondentů, shodli, že by uvítali ve škole speciální hodinu zaměřenou na problematiku sebepoškozování. V našem školství jsou sice

hodiny, kde se tohoto tématu dotýkáme, ale není žádná specializovaná výuka o tomto předmětu.

Tohoto tématu se dotýká i otázka:

„Myslíte si, že školy dostatečně připravují sociální pracovníky na práci s klientem se sklony k sebepoškození?“

Kdy se 19 respondentů z 20 shodlo, že si myslí, že školy nedostatečně připravují budoucí sociální pracovníky ke komunikaci s klienty se sebepoškozujícími se sklony. Jeden respondent uvedl odpověď jiné, tato odpověď zněla: „Nevím.“

Dle výsledků vyplývá, že by pracovníci uvítali přednášku na škole specializovanou na klienty se sebepoškozujícími se sklony a suicidálním jednáním, kde by bylo možné se připravit na komunikaci s takovýmto jednáním a možnosti krizové intervence.

Na základě výsledků byla hypotéza H₃ potvrzena

H₄: Sociální pracovníci neumí reagovat na výhrůžky sebevraždou od klientů.

Tuto hypotézu mapovaly dvě otázky uvedené v dotazníku, a to z částí otázka č. 7. A následně otázka č. 15

„Myslíte si, že sebepoškozující klienti mají blíže k suicidálnímu jednání?“

U této odpovědi 16 respondentů, že ano, že klienti se sebepoškozujícími se sklony mají blíže k suicidálnímu jednání, než ostatní. A 4 respondenti, že ne, že k tomuto jednání blíže nemají.

„Víte jak postupovat, pokud by Vám klient vyhrožoval sebevraždou?“

Celkem 14 respondentů by nevědělo, jak postupovat, kdyby jim klienti vyhrožovali sebevraždou. Šest respondentů by vědělo, jak se takovéto situaci zachovat.

Dle výsledků dotazníků, by většina sociálních pracovníků zúčastněných nevědělo, jak reagovat na výhrůžky sebevraždou, neznali by postup komunikace.

Na základě výsledků byla hypotéza H₄ potvrzena

H₅: Většina sociálních pracovníků, kteří se zúčastnili dotazníku, znají organizace, které mohou klientovi doporučit.

Odpověď na tuto hypotézu mapovala otázka č. 14:

Otázka zněla:

„Znáte organizace, které byste mohl/a klientovi doporučit?“

Nejčastější odpověď, a to u 11 respondentů bylo, že neznají žádné organizace specializující se na problematiku sebepoškození. Respondenti by nevěděli kam odkázat klienta, který v dané situaci potřebuje pomoc a poradit.

Dle výsledků na tuto otázku by 11 respondentů, tedy více jak 50% dotazovaných, nevědělo jakou organizaci klientovi doporučit. Další respondenti by nejčastěji doporučili tísňovou linku, psychoterapeuta či šanci dětem.

Na základě výsledků byla hypotéza H₅ nepotvrzena

H₆: Většina sociálních pracovníků, kteří se zúčastnili výzkumu nezná své kompetence v práci s jedinci se sebepoškozujícími klienty

Šestá hypotéza byla mapována poslední otázkou z dotazníku, která zněla:

„Dokážete vyjmenovat své kompetence?“

Dvanáct z dvaceti respondentů na tuto otázku odpovědělo, že si nemohou vzpomenout nebo že neví, jaké kompetence by zde mohli uplatnit, jak poradit nebo kam se obrátit o pomoc s klientem se sebepoškozujícími sklony.

Osm respondentů nejčastěji odpovídalo, že by kontaktovali rodiče či jiného zákonného zástupce či doporučili organizace, které se tímto problémem zabývají a následně doporučili odborníka, jako je například psychoterapeut.

Na základě výsledků byla hypotéza H₆ potvrzena

8 Zkušenost klientů se sociálními pracovníky

Dotazovaný č. 1:

Jméno: N.K.

Věk: 17let (nyní 26let)

Otázka: Pamatuješ si, kdy tvé obtíže se sebepoškozováním začaly?

Odpověď: Pamatuji si, že jsem tenhle problém měla tak od nástupu na druhý stupeň. Většinou jsem byla ten klučičí typ, aneb krátké vlasy, volné oblečení, počítačové hry, střilečky a tak. Pro holky jsem byla moc klučičí na to, aby se semnou bavily a pro kluky moc holčičí na to, aby mě vzali mezi sebe. Takže bylo lehčí mě ignorovat a občas se pobavit na můj účet. Mě nevychovávali rodiče, což ostatním dávalo další možnost, jak se do mě strefovat a tak jsem se snažila moc nevyčnívat, aby si mě nevšimli. Ani nevím, jak mě napadlo poprvé, že se říznu. Pamatuji si jen, že to bylo takovým tím nožičkem na krabice.

Otázka: Kdo první přišel na to, že se řežeš? Nebo sis řekla o pomoc sama?

Odpověď: Jako první si toho všimla kamarádka po nástupu na střední, která se mi snažila docela dlouhou dobu pomáhat a na mou žádost to nikomu neřekla. V tu dobu moje máma zažádala o to, abych jí byla vrácená. Začal takový zvláštní kolotoč, kde byla i sociální pracovnice, která mi nabídla možnost docházet do nízkoprahového centra. Byla tam celkem zábava. Člověk tak nějak uniknul od všeho kolem. Nějakou dobu jsem tam občas chodila. Pak si ale pracovnice všimla, že se řežu. Nosila jsem potítka, která to měla zakrýt, ale ten den jsem ho neměla. Zapomněla jsem ho, taky si pamatuji, že jsme něco hráli a že bylo strašné horko a tak jsem si sundala mikinu. Pracovnice si mě tehdy zavolala k sobě.

Otázka: Jak ti sociální pracovnice pomohla?

Odpověď: Prakticky nijak. Pracovnice mi řekla, že se to dělat nemá, že s těmi jizvami budu žít celý život a že to nevypadá hezky. Zavolala to babičce a já jela domu. Pak se to hlavně řešilo doma. Když mi to vyčítala, připadala jsem si jako strašně špatný člověk, rozbitý člověk. Babička byla úplně zničená, ale nakonec jsme to spolu zvládly.

Dotazovaný č. 2:

Jméno: I.H.

Věk: 14let (nyní 31let)

Otázka: Pamatuješ si, kdy tvé obtíže se sebepoškozováním začaly?

Odpověď: To si pamatuji docela přesně. Bylo mi 14let, vyrůstala jsem v děcáku a byla jsem prostě jiná. Silná a děcka se mi smála. Chvíli jsem to dávala v pohodě, ale nakonec jsem začala mít pocity, že mají pravdu. Že jsem taková a maková, že jsem ošklivá, že nemám být a tak dále. Pamatuji si, že jsem strašně v noci brečela pod peřinou a byla našťvaná sama na sebe a chtěla se potrestat. Vzpomněla jsem si na nějaký film, na který jsme tehdy koukali. Vyplížila jsem se ke stolu, vzala nůžky a už to bylo.

Otázka: Kdo první přišel na to, že se řežeš? Nebo sis řekla o pomoc sama?

Odpověď: Hele myslím, že to byla pracovnice v tom domově. Ono to mezi tolika lidma, co tě jako hlídají, moc utajit nejde. Ale nějakou dobu se mi to dařilo.

Otázka: Jak ti sociální pracovnice pomohla?

Odpověď: Tehdy to bylo divný, celý. Pracovnice na mě nejdříve vyjela, co to jako je. Že se takové věci přeci nedělají, že se to dá řešit i jinak, a tak dále. Už si to moc doslova nepamatuji. Víím, že teta, jak jsem jí říkala, to řešila s další sociální pracovnící. Sociální pracovnice na mě koukala, jak na nějakou napodobeninu člověka. Co si pamatuji je, že mi řekli, že jsem nemocná, a že se musím léčit. Nikdo se mě nezeptal na důvod, nikdo se nezeptal proč to, jako sama sobě dělám. Byla jsem označená za nemocnou a čau.

„Za všemi překrásnými věcmi je nějaký druh bolesti“

Bob Dylan

Závěr

Bolest je lehké definovat, zdravotníci ji například definují jako subjektivní nepříjemný pocit související s možným či aktuálním poškozením tkáně. Dokáží ji rozdělit na chronickou, akutní, fantomovou, povrchovou nebo hlubokou. Fyzickou a psychickou. Je to věc, kterou všichni známe, kterou jsme zažili, a kterou ještě mnohokrát prožijeme, aniž bychom chtěli a musíme se s ní každý vyrovnat po svém.

Někteří lidé se s bolestí, především s tou psychickou, vyrovnat nedokážou či neumí. A proto sahají k možnosti, která ale není tím správným řešením. Snaží se psychickou bolest nahradit tou fyzickou a doufají, že třeba ta psychická zmizí, že jí jedním říznutím žiletky, jedním škrtnutím zapalovače dokážou nechat zmizet tak, jakoby třeba právě ten plamen dokázal nechat rozplynout papír v popel. Neuvědomují si, že ta chvilková fyzická bolest, která možná na chvíli zastíní tu psychickou, přebolí rychleji a nedokáže jí to vytěsnit navždy, nedokáže jí to vyřešit.

Čím více se uchylují k pomoci žiletkou, tím více se stávají na tomto postupu závislí. Přejde obtíž, sáhnout po zdroji fyzické bolesti, přijde stres, vztahové problémy, problémy v rodině, šikana, a oni vidí jediné východisko.

Tito klienti jsou zároveň ti, kteří si nedokážou říci o pomoc, jsou uzavření, nesvěřují se. A zároveň dokážou působit bezstarostně a na první pohled nepoznáte, že by měli jakýkoliv problém.

Může se stát, že ani my, jakožto sociální pracovníci, nedokážeme odhalit bolest za úsměvem, a to není ostudou nebo selháním v naší práci. Někdy, jak se říká, je doopravdy pod svícnem největší tma a pokud sám klient nebude chtít, neodhalíme nic. Navíc, tito klienti se bojí odsouzení a stigmatizace, která by se s nimi mohla dále táhnout. Přeci jen

dnešní společnost ráda odsuzuje, a dokáže si k tomu najít jakoukoliv možnost bez ohledu na city druhých.

Pokud se nám, ale již podaří „odhalit“ tento problém, měl by sociální pracovník odstoupit od svých předsudků, které mohou být například, že lidé, kteří se sebepoškozují, jsou slabí, chtějí pozornost, dělají to proto, aby byli zajímaví a podobně. Měli by znát svoje kompetence a možnosti, které mají, aby mohli co nejlépe pomoci těm, kteří to potřebují.

Proto jsem si vybrala toto téma mé bakalářské práce. Chtěla jsem nastínit tuto problematiku, která je v této době aktuálnější než kdy jindy. V teoretické části jsem se snažila nastínit základní údaje o adolescentním věku, jeho dělení, sociální, fyzické a psychické změny. Následně jsem se zaměřila na problematiku sebepoškozování, jeho definici, klasifikaci, druhy, faktory, rizika, diagnózu, léčbu a organizace. Následně jsem se dotkla problematiky suicidálního jednání a základních kompetencí dle Matouška.

V praktické části jsem pomocí dotazníku zjišťovala informovanost 20 respondentů, které tvořili sociální pracovníci zabývající se prací s adolescenty. Shrnula jsem data z dotazníku a vyhodnotila dané hypotézy, kdy 5 z 6 hypotéz bylo potvrzeno. Dále jsem praktickou část rozšířila o zkušenosti dvou dívek, které řeší problematiku sebepoškozování a mají zkušenosti s jednáním sociálních pracovníků.

V bakalářské práci jsem využila své znalosti z praxe na dětském psychiatrickém oddělení, kde jsem měla možnost se starat o pacienty, kteří trpěli sebepoškozováním, následně odbornou literaturu a znalosti sociálních pracovníků.

Seznam použité literatury

- 1) *Sebepoškozování* [online].[cit. 2023-07-07]. Dostupné z <https://nevypustdusi.cz/>
- 2) MACEK, Petr. *Adolescence*. Vyd. 2., Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.
- 3) SOBOTKOVÁ, Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. *Psyché (Grada)*. ISBN 978-80-247-4042-3.
- 4) Vágnerová, M. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 3., Praha: Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4961-0
- 5) ŽALOUĐÍKOVÁ, Iva. *Změny v psychice a chování u dospívajících ve věku 11-15 let*, [online]. [cit. 2023-07-12]. ISSN 1804-4255. Dostupné z <http://duha.mzk.cz/>
- 6) FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2014. ISBN ISBN 978-80-247-5046-0.
- 7) HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
- 8) SYCHROVÁ, Markéta Mgr., *Sebepoškozování*, [online].[cit. 2023-07-13]. Dostupné z <https://www.pppuo.cz/>
- 9) KAŠÁTOVÁ, Eva Bc., *Sebepoškozování- Co to vlastně je?*, [online].[cit. 2023-07-17]. Dostupné z <https://nepanikar.eu/>
- 10) FAVAZZA, Armando R., M.D., *Bodies under siege*, Vyd. 2., 1996, Nakladatelství Johns Hopkins University Press. ISBN 0-8018-52-99-4
- 11) VESELÝ, Denis Bc., *Záměrné sebepoškozování ve vztahu k alexithymii, disociaci a organizaci osobnosti*, [online].[cit. 2023-07-17]. Dostupné z <https://theses.cz/>
- 12) KRIEGELOVÁ, Marie, *Záměrné sebepoškozování*, Vyd. 1., Praha: Nakladatelství Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2333-4
- 13) *Sebepoškozování*. Online. Dostupné z: <https://www.szs-pardubice.cz/>. [cit. 2024-08-04].
- 14) MALÁ, E., *Sebepoškozování – závažný symptom a nebezpečný společenský jev*, [online].[cit. 2023-08-12]. Dostupné z <https://www.prolekare.cz/>

- 15) BERKOVÁ, Michaela Mgr., *Sebepoškozování u adolescentních dívek*, [online].[cit. 2023-08-12]. Dostupné z <https://theses.cz/>
- 16) *Sebepoškozování*, [online].[cit. 2023-08-17]. Dostupné z <https://adicare.cz/>
- 17) BEDNÁŘOVÁ, Bibiana, YAMAMOTOVÁ, Anna, PAPEŽOVÁ, Hana, *Sebepoškozování u poruch příjmu potravy*, [online].[cit. 2023-08-18]. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz/>
- 18) MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
- 19) *Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež*, [online].[cit. 2023-08-18]. Dostupné z <https://www.socialni-zaclenovani.cz/>
- 20) *Šance dětem*, [online].[cit. 2023-08-18]. Dostupné z <https://sancedetem.cz/>
- 21) *Linka bezpečí*, [online].[cit. 2023-08-18]. Dostupné z <https://www.linkabezpeci.cz/>
- 22) *About project semicolon*, [online].[cit. 2023-08-18]. Dostupné z <https://www.projectsemicolon.com/>
- 23) *Nepanikař*, [online].[cit. 2023-08-18]. Dostupné z <https://nepanikar.eu>

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou III. Ročníku HTF UK oboru sociální a charitativní práce v Praze a chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku na téma „Sebepoškozování klientů v adolescentním věku“. Pokud u některé otázky nebudete znát odpověď, napište, že nevíte, žádná odpověď není špatně. Veškeré údaje, které mi poskytnete, jsou anonymní a budou sloužit pouze pro účel mé bakalářské práce.

1. Vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž

2. Váš věk?

- a. 18-25
- b. 25-30
- c. 30-35
- d. 35-40
- e. 45-50
- f. 50+

3. Jaký je Váš názor na problematiku sebepoškozování?

- a. Lidé, kteří se sebepoškozují, k tomu musí mít závažné důvody
- b. Lidé, kteří se sebepoškozují, na sebe pouze strhávají pozornost
- c. Nechápu, proč to dělají
- d. Jiné (napište).....

4. Jaké si myslíte, že jsou nejčastější důvody sebepoškozování?

.....
.....

5. Setkali jste se ve své profesi s klientem, který se sebepoškozuje?

- a. Ano
- b. Ne

6. Víte, jaké existují druhy sebepoškozování?

.....
.....

7. Myslíte si, že sebepoškozující klienti mají blíže k suicidálnímu jednání?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Jiné (napište).....

8. Myslíte si, že jste dostatečně připraven/a na spolupráci s takovýmto klientem?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Jiné (napište).....

9. Myslíte si, že by Vám pomohlo další školení či jiné aktivity na přípravu komunikace s klientem se sebepoškozujícími sklony?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Jiné (napište).....

10. Jaké další školení si myslíte, že by Vám pomohlo k dalšímu rozvoji znalostí?

- a. Přednáška
- b. Rozhovor s psychoterapeutem
- c. Návštěva na oddělení dětské psychiatrické léčebny
- d. Kurzy
- e. Vzdělávací materiály (brožury, videa, letáčky)
- f. Jiné (napište)

11. Co myslíte, že je nejdůležitější při práci s klientem se sklony k sebepoškozování?

.....
.....

12. Myslíte si, že školy dostatečně připravují sociální pracovníky na práci s klientem se sklony k sebepoškozování?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Jiné (napište).....

13. Myslíte si, že by měla být speciálně na toto téma zavedena přednáška na středních a vysokých školách, kde by budoucí sociální pracovníky školili ke komunikaci s klientem se sklony k sebepoškozování?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Jiné (napište).....

14. Znáte organizace, které byste mohli/a klientovi doporučit?

.....
.....

15. Víte jak postupovat, pokud by Vám klient vyhrožoval sebevraždou?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Jiné (napište).....

16. Dokážete vyjmenovat své kompetence?

.....
.....

Děkuji Vám za Vaše odpovědi a čas, který jste mi poskytli.