



děti a jejich problémy II



sdružení linka bezpečí







SBORNÍK STUDÍÍ

děti a jejich problémy II





Sdružení Linka bezpečí © 2007

texty:

© Monika Lainová

© Monika Vaňková

© Jana Hybnerová

© Barbora Krčmářová

© Zuzana Ulbertová

ISBN 978–80–254–1372–2





obsah

ÚVODNÍ SLOVO	9
Martin Balcar	
 ŠIKANA	11
Monika Lainová	
Agresivita, šikana mezi dětmi – vybrané aspekty	13
Šikana jako závažný sociálně patologický jev – rizikové faktory	16
Vymezení pojmu šikanování	18
Základní formy a podoby šikanování	19
Šikana jako proces	23
Faktory pozitivně podporující pravděpodobnost vzniku a vývoje šikany	29
Nástin osobnostní charakteristiky a rodinného zázemí agresora	30
Nástin osobnostní charakteristiky a rodinného zázemí oběti šikanování	31
Charakteristika prostředí, ve kterém dochází k rozvoji šikanování	33
Závěr	34
Literatura	35
 DROGOVÁ ZÁVISLOST	37
Monika Vaňková	
Pohled na problematiku dětí a dospívajících ohrožených drogovou závislostí	39
Dospívání a počátky experimentování s drogami	40
Role psychosociálních faktorů ovlivňujících užívání drog v adolescenci	42
Vliv rodiny	43
Vliv vrstevníků	45
Psychologické charakteristiky	47
Vznik závislosti – biopsychosociálně-spirituální model	48
Možnosti úzdravy	50
Alkohol a dospívající	54
Současný stav drogové problematiky v ČR	56





děti a jejich problémy II

Statistika Linky bezpečí	57
Literatura	61

SEBEVRAŽEDNÉ TENDENCE 63

Jana Hýbnerová

Sebevražedné tendence u dětí a dospívajících	65
Sebevražedné chování	66
Sebevražedné myšlenky	67
Sebevražedné tendence a plány	69
Sebevražedný pokus	70
Sebevražda	71
Způsoby sebevražedného jednání	72
Motivy sebevražedného jednání	73
Ohrožené skupiny dětí a adolescentů a rizikové faktory	74
Pojetí smrti z hlediska vývoje dítěte	79
Varovné signály hrozícího rizika	80
Sebevražedné jednání a psychické poruchy	81
Diagnostika	84
Odborná pomoc	86
Prevence sebevražd u dětí a adolescentů	88
Sebevražednost u dětí a adolescentů v ČR a ve světě	89
Sebevražednost a data Linky bezpečí	90
Literatura	93

SYNDROM ZAVRŽENÉHO RODIČE 95

Barbora Krčmářová

Syndrom zavrženého rodiče	97
Rodina a její funkce	98
Syndrom zavrženého rodiče	98
Podoby syndromu zavrženého rodiče	100
Popouzení a syndrom zavrženého rodiče	102
Projevy syndromu zavrženého rodiče	103
Následky syndromu zavrženého rodiče	107
Možnosti intervence a nápravy syndromu zavrženého dítěte	108
Syndrom zavrženého rodiče ve světovém a českém kontextu	109
Diskuse ke koncepci syndromu zavrženého rodiče	110
Syndrom zavrženého rodiče v kontextu Linky bezpečí	111
Závěr	113
Literatura	114



SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	115
Zuzana Ulbertová	
Sebeпоškozování u dětí a dospívajících	117
Sebeпоškozování versus sebevražedné chování	118
Sebeпоškozování z pohledu klinické praxe	122
Příčiny a motivy sebeпоškozujícího jednání	125
Statistiky Linky bezpečí	126
Krizová intervence a terapie u sebeпоškozujících se osob	128
Závěr	128
Některé odkazy a zařízení, která mohou sebeпоškozujícím se pacientům pomoci	129
Literatura	130
 PROJEKT ODBORNÝ ROZVOJ LINKY BEZPEČÍ	 132
 JAKÉ SLUŽBY NABÍZÍ SDRUŽENÍ LINKA BEZPEČÍ	 134







úvodní slovo

Dostává se vám do rukou odborná publikace „Děti a jejich problémy II.“ Cílem předložené studie je přiblížit odborné i laické veřejnosti témata, se kterými se děti na Linku bezpečí obrací prostřednictvím jednotlivých poskytovaných služeb (telefonní linky, internetová poradna, chat). Ve druhém pokračování stejnojmenného sborníku se setkáváte s problematikou aktuálních témat:

- šikana
- závislosti
- sebevražedné jednání
- syndrom zavrženého rodiče
- sebepoškozování.

Na Linku bezpečí se obrací děti a dospívající, kteří se ocitnou v krizové situaci, ale také děti, jimž leží na srdci běžné, každodenní starosti a potřebují si o nich popovídat. Služba telefonické krizové intervence Linky bezpečí slouží především všem dětem a mladistvým, kteří si nevědí rady se svými problémy, cítí se ohroženi, osamělí, zmatení a z nejrůznějších důvodů se nechtějí nebo nemohou svěřit svému okolí. Přesto však potřebují pochopení, podporu, důvěru a zároveň kvalifikovanou radu a pomoc.

Na Lince bezpečí se setkáváme s rozmanitou škálou problémů. Nejčastěji se děti obrací s tématy jako: rodinné vztahy, láska a partnerství, šikana, sexuální zneužívání nebo útěky.

Těmto problémům jsme věnovali prostor v prvním díle publikace „Děti a jejich problémy.“ Leckdy se může zdát, že se některé problémy dětí jeví jako málo důležité, avšak bylo by velkou chybou si něco takového myslet. Každé trápení, které dítěti leží na duši, je pro něj tíživé a důležité. Proto přistupujeme ke každému hovoru velmi zodpovědně a s maximální vážností.

Linka bezpečí 800 155 555 zahájila svůj provoz před více než třinácti lety, 1. září 1994. Po celou dobu poskytuje telefonickou pomoc dětem a dospívajícím, kteří se mohou bezplatně dovolat z kteréhokoli místa České republiky z pevných i mobilních telefonů. Linka bezpečí ctí zásadu anonymity klienta a tak, pokud volající sami nechtějí, nemusejí během hovoru sdělovat žádné osobní údaje.

Sdružení Linka bezpečí chce nadále pružně reagovat a pomáhat dětem v krizových okamžicích způsobem, který je jim důvěrně blízký. Chceme vnášet do společnosti aktuální témata, která děti trápí.

MARTIN BALCAR
ŘEDITEL SDRUŽENÍ LINKA BEZPEČÍ





sdílení linka bezpečí



šikana

Monika Lainová





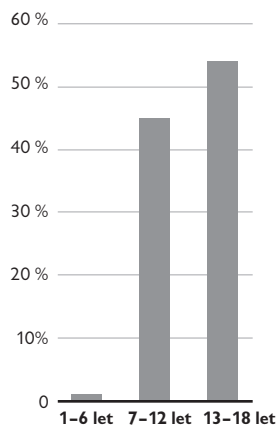


AGRESIVITA, ŠIKANA MEZI DĚTMI – VYBRANÉ ASPEKTY

Pojem agresivita a šikana dětí se poslední dobou objevuje čím dál častěji. Zdaleka se však nejedná o problém, který by byl typický pouze pro věkové období puberty a adolescence. Věková hranice protagonistů šikanování se povážlivě snižuje a posouvá se z období puberty a adolescence do období staršího a zejména pak i mladšího školního věku. V současné době představuje agresivita a šikanování jeden ze sociálně patologických jevů, který je nejvíce rozšířen mezi dětmi na základních a středních školách. Ojedinelé však nejsou ani případy šikany, která se odehrává již v mateřské škole.

Graf 1 ilustruje věkové složení klientů, kteří se v průběhu roku 2006 obrátili na Linku bezpečí s potřebou řešit problém týkající se šikanování a u nichž byl tento údaj zjištěn a zaznamenán (N=346).

graf 1: věkové složení šikanovaných klientů za rok 2006 (N=346)



PŘÍBĚH: „Pátrala jsem, proč se naše dcera brání chodit do školky, kam zprvu docházela ochotně a ráda. Po dvou měsících bezproblémové docházky ale začala hledat důvody, proč „nemůže“ do školky jít. Stěžovala si na bolení hlavy a břicha, začala být plačtivá, probouzela se brzy ráno s pláčem, že nechce do školky, že se jí stýská a že by byla raději doma se mnou a mladším bráškou. Teprve po několika neúspěšných pokusech o návrat k pravidelné docházce se nám podařilo zjistit pravou příčinu potíží. Dcera se mi svěřila s tím, že se jí dvě děvčata vysmívají, že je tlustá a neohrabaná. Plakala, když vyprávěla, jakou měla radost, když si k ní ona děvčata přisedla a chtěla si s ní hrát. A jaké bylo její následné zklamání, když

na ní s pohrdlivým smíchem ukazovaly a smály se, že si z ní dělaly jen legraci, že to přece nemůže myslet vážně, že by si s „ní“ mohl někdo hrát. K posmívání se nechaly strhnout i některé ostatní děti a tento druh „zábavy“ se brzy stal velmi oblíbeným. Nikdy bych nevěřila, že by si takto mohly ubližovat děti už v mateřské škole. A možná i právě proto jsem zpočátku vše asi hodně podcenila a nebyla dosti vnímavá k tomu, co se tehdy skutečně odehrávalo.“

Zdroj: z výpovědi maminky, jejíž pětiletá dcera navštěvovala mateřskou školu.

Mnohá šetření a studie prováděné v poslední době poukazují na vysoké procento dětí, které se setkaly s určitou podobou šikanování v průběhu své povinné docházky na základní školu, a to v roli svědka šikanování nebo dokonce v roli samotné oběti.





děti a jejich problémy II

Výpovědi obětí dlouhodobých šikan jsou tragickým svědectvím týrání v mnoha podobách, jehož protagonisty jsou samotné děti a jež zanechává vážné a mnohdy i trvalé následky na jejich psychickém i tělesném zdraví. Bohužel, ojedinělé nejsou ani případy šikanování, které skončily smrtí dítěte.

Rostoucí výskyt případů šikany mezi dětmi nabývá rysů epidemie. Alarmující jsou výsledky dosud nejrozsáhlejšího celonárodního výzkumu zaměřeného na postižení sociálního klimatu v prostředí základních škol ČR a na prevenci šikany (Havlíková, Kolář, 2001). V rámci tohoto společného výzkumného projektu MŠMT a Institutu dětí a mládeže pod vedením Michala Koláře a Miluše Havlíkové bylo osloveno 66 základních škol a více než šest tisíc žáků navštěvujících druhý stupeň těchto základních škol.

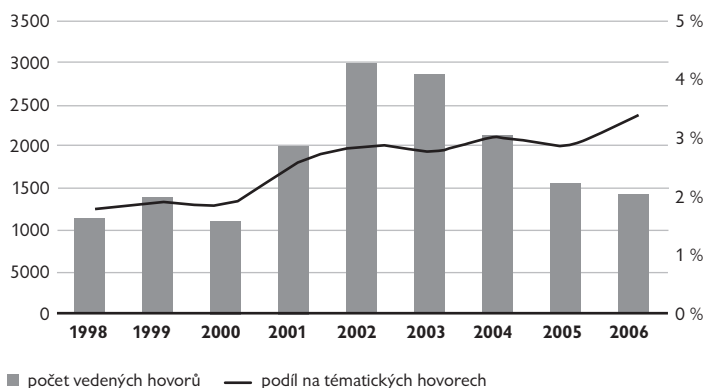
A výsledek? Plných 41 % dotázaných žáků druhého stupně ZŠ bylo ve třídě nebo ve své škole šikanováno. Předpokládáme-li obdobný výskyt šikanování i na prvním stupni základních škol a na školách středních a vztáhneme-li tento údaj k celkovému počtu žáků základních a středních škol, dostaneme více než odstrašující počet dětí, které byly vystaveny traumatizaci, a to v rámci sociální struktury, s jejímž posláním je právě takové jednání v příkrém rozporu.

Šikanování se ve své zárodečné podobě objevuje ve většině formálních skupin ve školách a výchovných zařízeních. Navíc narůstá nejen samotných případů šikanování, ale zvyšuje se i míra brutality a bezohlednosti. Významné procento případů přerůstá z počátečních, iniciačních forem v mnohem závažnější podobu šikanování, která výrazně ohrožuje psychické i fyzické zdraví zejména oběti šikanování. Avšak šikanování má negativní dopad na všechny aktéry, tedy nejen oběti trýznění.

Na Linku bezpečí se v průběhu let 1998–2006 obrátilo celkem 16 587 dětí a dospívajících, kteří hledali radu či pomoc v souvislosti s problematikou šikanování.

Graf 2 ilustruje vývoj celkového počtu hovorů vedených na téma Šikana a procentuální zastoupení této problematiky v celkovém počtu tematických hovorů vedených na Lince bezpečí, a to ve srovnání let 1998–2006.

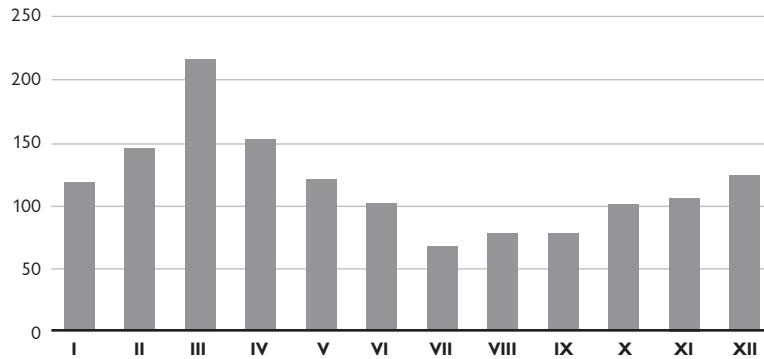
graf 2: vývoj počtu tematických hovorů vedených na téma šikana v l. 1998–2006



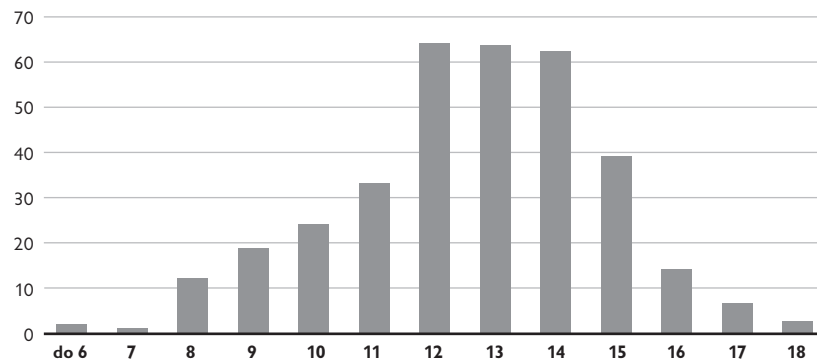


V roce 2006 se na Linku bezpečí s problematikou šikany obrátilo celkem 1 405 dětí a dospívajících. To představuje přibližně čtyři telefonáty vedené na toto téma denně. Graf 3 prezentuje vývoj počtu telefonátů týkajících se problematiky šikany v průběhu jednotlivých měsíců roku 2006. Jak je z grafu dobře zřejmé, šikana byla řešena poměrně častěji zejména v období leden–květen, což časově odpovídá druhému pololetí školního roku.

graf 3: vývoj počtu hovorů v průběhu jednotlivých měsíců roku 2006



graf 4: distribuce řešených případů šikanování dle věku klienta (N=346)





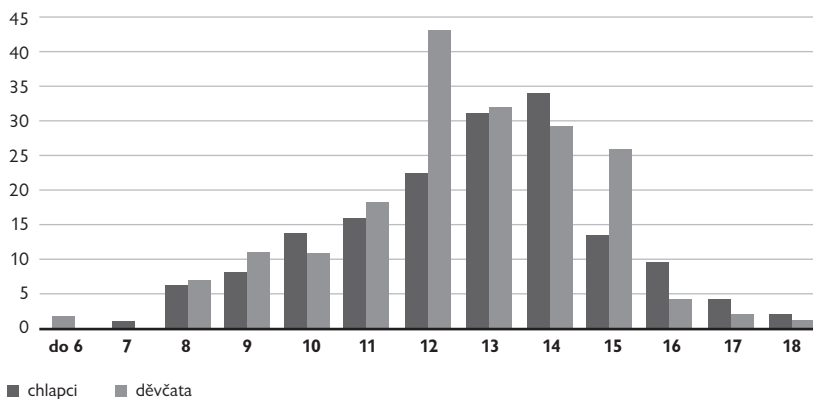
děti a jejich problémy II

Nejčastěji řeší problém šikanování děti ve věku 10–15 let, což představuje plných 80 % volajících. Celkové rozvrstvení volajících dle věku ilustruje graf 4. Jak je z grafu patrné, nejčastěji vyhledávají pomoc Linky bezpečí při řešení problémů se šikanou děti ve věku 12, 13 a 14 let.

Co se týče pohlaví klientů, pak v souvislosti se šikanou dochází k výraznému posunu distribuce vedených hovorů. Zatímco obecně vyhledávají pomoc Linky bezpečí zejména dívky (přibližným poměrem vyjádřeno 3:1), pak v případě potřeby řešit problém šikanování se zastoupení dle pohlaví významně mění a vyrovnává (46 % vedených hovorů iniciovali chlapci, 54 % pak děvčata).

Zajímavé je rovněž srovnání věku v závislosti na pohlaví volajících klientů. Zatímco dívky jednoznačně nejčastěji volají s problémem šikany ve dvanácti letech, kdy počet hovorů kulminuje a posléze postupně klesá, v případě chlapecké šikany dochází k nejvyššímu nárůstu hovorů týkajících se šikanování ve věku 12, 13, ale zejména 14 let. Posléze dochází u chlapců k výraznějšímu propadu počtu hovorů vedených na téma šikanování, jak dokládá graf 5.

graf 5: případy šikanování dle pohlaví a věku klientů



ŠIKANA JAKO ZÁVAŽNÝ SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝ JEV – RIZIKOVÉ FAKTORY

Rizikovost šikany vyplývá z několika faktorů, které jsou pro šikanu příznačné. Prvním a již zmíněným faktorem, který činí ze šikanování vysoce rizikový sociálně patologický jev ohrožující nejen zdárný vývoj dětí, ale i jejich život a zdraví, je vysoký výskyt šikanování mezi dětmi základních a středních škol, mateřské školy nevyjímaje. Lze konstatovat, že zřejmě neexistuje škola, ve které by šikana v určité formě a podobě neexistovala. Vlna





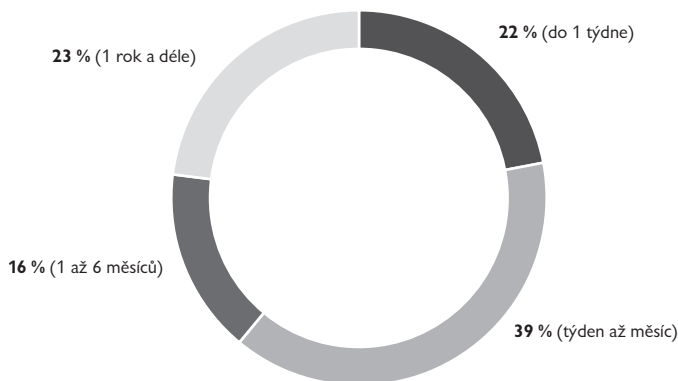
psychotraumatizace v dětských skupinách nabývá v posledních letech skutečně rázu epidemie. Svědčí tak společně s rostoucí brutalitou páchaného násilí o narušenosti sociálních vztahů a sociální kontroly a o celkovém snížení zábran proti agresi a násilí.

Kromě samotného velmi vysokého výskytu případů šikanování je třeba zmínit i fakt, že jen mizivé procento šikanování se odehrává bez přítomnosti dalších svědků, členů dětské skupiny. Za oběť šikanování nelze považovat pouze jedince nebo skupinku dětí, kterým je agresorem nebo skupinkou šikanujících ubližováno. Šikanování má negativní vliv na celou skupinu, v níž se šikana odehrává. Beztrestné násilí páchané na oběti šikany poškozuje morální charakter celé skupiny, nejen oběti a agresora. Šikanování tak představuje onemocnění a destrukci skupinových vztahů, onemocnění celé skupiny. Počet obětí se tím několikanásobně zvyšuje.

Rizikovitost šikanování vyplývá rovněž ze skutečnosti, že se v převážné většině případů jedná o opakované a stupňované násilí zaměřené na oběť šikanování. Oběť šikanování je vystavována různým formám týrání nikoli jednorázově, ale opakovaně, systematicky. Ojedinelé nejsou případy, kdy šikanování dítěte trvalo nejen několik týdnů či měsíců, ale kdy probíhalo v rámci několika let. Známý jsou případy dětí, které se stávají chronickou obětí šikanování.

Graf 6 dokumentuje distribuci tematických hovorů vedených na Lince bezpečí v roce 2006, a to na základě uváděné délky trvání šikanování, jež bylo předmětem vedených hovorů. Celkem v 932 případech byl zjištěn a zaznamenán údaj týkající se délky trvání šikanování. Bezmála ve dvou pětinach případů se jednalo o opakovanou agresi, která trvala nejméně půl roku. V jedné čtvrtině případů trvalo šikanování dokonce nejméně jeden rok a déle. I tyto výsledky jsou více než alarmující.

graf 6: délka trvání šikanování





děti a jejich problémy II

Míra závažnosti následků a oblasti destrukce do značné míry velmi pozitivně korelují s četností a kumulací forem ubližování, se stupněm destruktivity šikanování a trváním – tedy dobou, po kterou byla oběť šikanování opakovaně vystavována. Závažnou výjimku však tvoří případy eskalace násilí v podobě lynčování, kdy následky mohou být katastrofální až fatální, ačkoli se mohlo jednat i jen o jednorázový akt násilí vůči oběti bez dosavadního opakování.

VYMEZENÍ POJMU ŠIKANOVÁNÍ

Ačkoli se jedná o velmi rozšířený a závažný fenomén, který v mnoha případech naplňuje dokonce skutkovou podstatu různých trestných činů, dosud neexistuje jeho jednotná definice, a to ani z právního hlediska. Pro vymezení pojmu se zdá být nosná definice šikany uvedená v pokynu MŠMT č. 28 275/2000–22: „*Šikanování je jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit jedinci, ohrozit nebo zastrašovat jiného žáka, případně skupinu žáků. Je to cílené a obvykle opakované užití násilí jedincem nebo skupinou vůči jedinci nebo skupině žáků, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit. Zahrnuje jak fyzické útoky v podobě bití, vydírání, loupeží, poškozování věcí druhé osobě, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Může mít i formu sexuálního obtěžování až zneužívání. Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako nápadné přehlížení a ignorování žáka či žáků třídní nebo jinou skupinou spolužáků.*“

Hlavními vnějšími rysy šikanování, kterými lze tento fenomén popsat, je, že jeden nebo více žáků úmyslně, většinou opakovaně týrá a zotročuje spolužáka či spolužáky, k čemuž používá agrese a manipulaci (Kolář, 1997). Jedná se tedy o agresi vůči jednotlivci nebo skupince dětí, která je většinou opakovaná a jejímž cílem je ublížit jinému.

Z výše řečeného vyplývá podstatný znak šikany jako agresivního chování, a tím je záměrnost a samoučelnost agrese. Zatímco obecně je agresivita považována za tendenci jedince k útočnému či nepřátelskému chování a jednání, jehož účelem a smyslem je uspokojení základních potřeb či odvrácení nějaké hrozby, v případě šikanování je agrese zbavena této své podstaty ve smyslu obrany či dosažení nějakého konkrétního zisku.

Agrese, násilí přestává být prostředkem k dosažení určitého cíle a je povýšena na samotný cíl – agrese se stává sama o sobě cílem jednání. To koresponduje s významem pojmu šikana odvozeným z francouzského „chicane“, znamenajícím zlomyslné a zbytečné týrání, sužování a pronásledování. Odtud definice šikany jako úmyslné, víceméně samoučelné a zpravidla opakované agrese jedince nebo skupiny vůči jedinci, který se v dané situaci nemůže účinně bránit.

Tato definice šikanování zdůrazňuje další podstatné znaky, které vymezují a odlišují šikanování od ostatních typů agrese. Podstatným znakem šikanování je skutečnost, že se jedná o asymetrickou agresi. Právě nepoměr sil je pro šikanování příznačný. Oběť se neumí nebo se z různých důvodů není schopna účinně bránit.





V žádném případě se však nemusí jednat pouze o fyzický nepoměr sil, který dává tušit, že se fyzicky slabší jedinec nedokáže dostatečně účinně bránit fyzicky silnějšímu agresorovi. Nepoměr sil může být dán i početní převahou v případě, že se jedná o skupinku agresorů. Nepoměr sil ale může vyplývat i z jiných charakterových vlastností zejména oběti šikanování. Nejčastěji se jedná o vrozenou slabší reaktivitu v zátěžových situacích, submisivitu či obecně neochotu k agresivnímu chování.

PŘÍBĚH: Roman byl obětí dlouhodobé šikany, která trvala téměř jeden a půl roku a která se provalila až teprve v situaci eskalace násilí. To skončilo jeho několikadenní hospitalizací se středně těžkým otřesem mozku. Až podrobné vyšetřování ukázalo, že se tento jedenáctiletý kluk stal obětí šikany, ačkoli byl „paradoxně“ o hlavu větší a fyzicky vyspělejší než agresori. Od malička mu ale bylo vštěpováno, že se nemá prát a že má raději ustoupit. Navíc byl zejména vzhledem ke své výšce 182 cm nemotorný, což hlavně při hodinách tělocviku vzbuzovalo obecné pobavení. „Smáli se mi, ale já se snažil nic si z toho nedělat. Když si pak na mě zasedli a začali si na mě dovolovat víc, tak jsem si říkal, že je to přejde. Hlavně se nerad peru a navíc byli menší, a mě bylo hloupé se bránit, abych třeba někomu neublížil. Ale pak to začalo být horší a horší a já se pak už styděl to někomu říct, protože bych stejně jen slyšel, že si za to můžu sám, že jsem se měl bránit...“

Zdroj: z výpovědi jedenáctiletého chlapce, oběti pokročilého stádia šikanování.

Dalším charakteristickým znakem šikanování je, že se obvykle jedná o opakované projevy násilí. Šikanování může trvat několik týdnů, měsíců. Existují však případy, kdy je oběť opakovaně traumatizována a systematicky deptána i několik let. Nicméně je nutno podotknout, že právě opakovanost násilí není nutnou podmínkou pro posuzování případu jako šikanování. Za šikanu lze považovat i jednotlivou událost bez dosavadního opakování, zejména pokud se jedná o zvláště krutý a brutální čin.

Šikanování představuje onemocnění skupiny s rovnocennými vztahy. Zachvacuje tedy především skupiny bez apriorních vztahů nadřízenosti a podřízenosti nebo závislosti, jako jsou školní třídy a další podobné skupiny dětí a mládeže.

ZÁKLADNÍ FORMY A PODOBY ŠIKANOVÁNÍ

Hlavním vnějším rysem šikany, jak vyplývá z její definice, je úmyslné týrání a zotročování spolužáka. Agrese se může projevovat v mnoha různých formách. Základní členění je na agresi přímou a nepřímou a agresi fyzickou a psychickou. Kromě tohoto rozlišení lze uvažovat i agresi aktivní a pasivní. Výsledkem kombinace těchto tří dimenzí je osm



děti a jejich problémy II

forem agrese. Tento teoretický konstrukt může posloužit k popsání různých podob týrání, kterým může být dítě jako oběť šikanování vystavováno. Ve skutečnosti však dochází k prolínání a kumulaci jednotlivých projevů agrese namířené proti oběti, čímž roste destruktivita takového jednání.

Fyzická agrese zahrnuje jak přímé, tak i nepřímé formy trýznění oběti. Přímou fyzickou agresi je cloumání, bití rukou, pěstí nebo i předměty, patří sem i zneužití zbraní. Mezi přímou fyzickou agresi, která vykazuje i u dětí mladšího a staršího školního věku vzrůstající míru brutality, patří různé postrkování, fackování, bití i za použití různých předmětů, kopání, pálení sirkami, cigaretou či rozžhavenými předměty, pořezení nožem nebo břitvou, škracení apod. Z uvedeného výčtu, který jen ve zkratce naznačuje možné podoby fyzické agrese namířené proti oběti šikanování, je více než zřejmé, že takové útoky mohou vážně ohrozit zdraví oběti, v některých případech dokonce i její život. To zejména u pokročilých stupňů šikany, kdy dochází ke stupňování agrese nebo při eskalaci násilí v podobě hromadného skupinového bití oběti.

PŘÍBĚH: „Bylo to hrozné. To, co předcházelo té hrůze, si vybavuji jen ztěží, protože všechno přehlušil křik a bití. Najednou jsem se ocitla na zemi, kolem mě všichni křičeli, smáli se, nadávali, plivali na mě. Bránila jsem si rukama obličej. Kopali do mě, řvali a do toho jsem křičela já, aby přestali. Ale nikdo mě neslyšel nebo nechtěl slyšet. Tekla mi krev z nosu a rozbitého rtu, strašně mě bolelo břicho a záda. Ale mnohem, mnohem horší byl ten pocit šílené bezmoci. Ještě teď se mi chce zvracet při vzpomínce, jak se nade mnou všichni skláněli a řvali a nelitostně do mě kopali. A bez důvodu. Do dnes nevím, co se to stalo, proč já a proč se mně nikdo, vůbec nikdo, nezastal. Byli tam všichni. I ti, o kterých jsem si myslela, že jsou to mí kamarádi. Úplně se změnili, byli jako nadrogovaní, jakoby vůbec nevěděli, co dělají... Nejstrašnější byl ten pocit, že mě můžou ukopat, že je snad nikdo nezastaví. Bylo to strašné. Od té doby mám pořád strach, nikomu nevěřím, někdy bych snad nejraději ani nebyla...“

Zdroj: z výpovědi dívky navštěvující šestou třídu základní školy.

Vedle přímé a nepřímé fyzické agrese (např. různé omezování v podobě zamykání na toaletě nebo v šatně či šatní skříňce, bránění, aby oběť nemohla jít na toaletu apod.) je dítě velmi často vystavováno agresi psychické. Podobně jako v případě fyzické agrese, lze rozlišit aktivní formu psychické agrese a formu pasivního charakteru, přímou i nepřímou psychickou agresi.

Nejčastější formou psychického násilí zaměřeného přímo na osobu dítěte je verbální, tedy slovní agrese, slovní útok. Při verbálním násilí se jedná o komunikaci zaměřenou na to, aby dítěti způsobila psychickou bolest. Tato komunikace může mít opět podobu aktivní nebo pasivní. Dítěti může být psychicky ublíženo obsahem řeči (ponižování, zesměšňování, nadávky apod.), ale i prostřednictvím neverbálních aspektů komunikace (např. křik, výhrůžná gesta, výhrůžné pohledy apod.).





Nonverbální agrese může nabývat, podobně jako verbální abus, širokého spektra projevů. Do této kategorie lze zařadit odmítání komunikace, odmítání dialogu, kdy ostatní členové skupiny, školní třídy nereflktují výzvu oběti k dialogu, ignorují ji. Jedná se například o odmítnutí odpovědi na pozdrav, na otázku, odmítání s obětí hovořit. Patří sem i nápadné a záměrné ignorování oběti, její vyčleňování mimo kolektiv třídy. K takovému chování jsou nabádáni pod pohrůzkou násilí i ostatní členové skupiny. Oběti šikanování jsou adresovány různé zlomyslnosti od neochoty odpovídat na pozdrav či otázky až po různá znevažující gesta a vyhýbání se jakémukoli kontaktu s patřičným opovrhlivým gestem. Oběť šikanování je tak posléze zcela vyloučena ze skupinového života například školní třídy a stává se osamoceným a naprosto izolovaným členem uvnitř skupiny vrstevníků.

Mimoslovní násilí se může projevovat například pohyby těla, různými gesty, mimikou tváře (úšklebky, grimasy), očním kontaktem (např. dlouhodobější, upřený pohled nebo naopak odmítání očního kontaktu). Zejména gesta představují neverbální signály, které bývají často považovány a vnímány jako významnější indikátory „skutečných“ postojů mluvčího než to, co je sdělováno prostřednictvím slov (Hayesová, 1998).

Významným prostředkem nonverbální komunikace je například i změna intonace hlasu, jeho tón (pouhé zabarvení hlasu obsahuje narážky i skryté hrozby). Změna hlasu, jeho síly a různé zvuky, jako je smích, křik apod. mohou být prostředkem vyjádření agrese vůči jedinci. Podobně je tomu i v případě dodržování, respektive překračování intimní vzdálenosti, které může být rovněž projevem nerespektování druhého, projevem agrese zaměřené na jeho osobu (Hartl, Hartlová, 2000).

Tzv. verbální abus je aktivní agrese projevovanou obsahem řeči – jedná se např. o nadávky, ponižování, zesměšňování, opovrhování, výsměch, znevažující či hanlivé, vulgární přezdívky, osočování apod. Do kategorie aktivních forem psychického týrání patří i nucená izolace, nahánění strachu až panické hrůzy nebo vystavování ohrožující situací. Zastrasování může být zacíleno přímo na osobu dítěte nebo i na osoby, na nichž dítěti velmi záleží.

Formou psychické agrese je i zastrasování, kdy je oběti například vyhrožováno mučením či dokonce zabitím (oběšením, umlácením, vyhozením z okna či shobením z mostu apod.). Zejména pokud se jedná o dlouhodobější šikanování, které nabývá na četnosti i intenzitě včetně fyzických útoků, může takové zastrasování či vyhrožování mít pro oběť destruktivní následky. Dítě má již zkušenost se stupňujícím se násilím a tudíž má opodstatněné obavy a strach, že pokud se nebude chovat podle přání agresora, ten své výhrůžky například fyzickou likvidací zrealizuje. Oběť šikanování je tak zcela paralyzována strachem, který jí nedovolí podniknout žádné účinné kroky k vlastní obraně.

PŘÍBĚH: V podvečerních hodinách se na Linku bezpečí obrátil desetiletý chlapec, který byl právě na útěku z domova. „Musel jsem utéct. Oni mi vyhrožovali tím, že když nepřinesu žádné peníze a nebudu dělat, co si přeji, tak ublíží mému mladšímu bráškov. Já ho mám hrozně rád a nedovolím, aby mu někdo ublížil a ještě kvůli mně! A já vím, že by toho byli schopni. Jednou mě strašně zmlátili a přivazovali mě ke stromu a fackovali. Musel jsem říkat





děti a jejich problémy II

všechno, co si přáli. A můj bráška je malý, on by se jim nedokázal ubránit, ani já to nedokážu. A oni by mu ublížili. Vyhrožovali, co všechno mu udělají... Mám nepředstavitelnou hrůzu z toho, že by to mohli opravdu udělat!“

Zdroj: z rozhovoru s desetiletým chlapcem, dlouhodobou obětí šikanování.

Nepřímou verbální agresi představují například pomluvy, hostilní poznámky a žerty na adresu samotné oběti nebo její rodiny či jí blízkých osob. Do této kategorie rovněž spadá i tzv. symbolická agrese, která může být vyjádřena v kresbách, popěvcích či jiných dílech, ve kterých je oběť šikanování zesměšňována a krutě ponižována.

Pro dokreslení celé šíře různých forem a podob psychické agrese je nutné zmínit i manipulaci. Jedná se psychickou agresi v podobě násilných a manipulativních příkazů. Oběť je nucena pod pohrůžkou násilí plnit příkazy, které znevažují a degradují její lidskou důstojnost. Oběti šikanování jsou například nuceny jíst znehodnocené jídlo – například přesolené, přepepřené, poplivané nebo jinak znehodnocené. Musí se klanět při příchodu agresora a čistit mu obuv. Někdy je oběť šikanování nucena opakovat urážlivé, zesměšňující či pohrdlivé výroky na svou vlastní adresu, dělat různé grimasy, napodobovat zvířata apod. pro pobavení celé třídy.

PŘÍBĚH: „Mám uražený přední zub. To se stalo minule. Nechtěl jsem plnit ty jejich příkazy. Chtěli, abych poskakoval jako šašek a dělal si ze sebe srandu. Ale já to nechtěl. Nakonec mě chytli, odvlékli na záchod a strkali mi hlavu do záchodu, abych se prý naučil chovat. A jak jsem se bránil, urazil jsem si kus předního zubu o záchodovou mísu. Nebo mi plivou do polívky a nutí mě, abych to snědl. Je to hnus a navíc to všichni vědí a sledují, co udělám. Ale nikdo se mě nezastane. Všichni jsou rádi, že se to děje mně a ne jim, všichni mají strach!“

Zdroj: z rozhovoru s dvanáctiletým chlapcem, žákem šesté třídy základní školy.

Riziko psychické agrese spočívá v souhře několika faktorů. Psychická agrese na rozdíl od fyzického ubližování nezanechává aktuálně viditelné, přímé a tedy i snáze identifikovatelné stopy. Tím se snižuje možnost včasné a správné diagnostiky. Navíc je často zaznamenávána bagatelizace účinků a vážnosti následků psychického násilí.

Šikanování formou psychického týrání může podobně jako v případě fyzické agrese přerůst v pokročilá stádia, kdy je psychický teror vůči oběti šikanování přijat jako norma i ostatními členy dětské skupiny. Nedochází k eskalaci brutálního fyzického napadání, ale k eskalaci psychického teroru. Následky na psychickém zdraví dítěte mohou být velmi vážné, dlouhodobé někdy i trvalého rázu, mohou se promítat i do oblasti tělesného zdraví. Nikoli v ojedinělých případech končí pokročilá šikana formou psychického týrání pokusem či dokonanou sebevraždou oběti.





PŘÍBĚH: „Říkají mi: Vždyť se ti nic neděje. Máš snad zlomenou ruku, přeražený nos nebo modřiny? Nemáš! Tak co si stěžuješ, vždyť se ti NIC neděje. A nějaké narážky nebo pomluvy, kdo si z toho co dělá! Ať si říkají co chtějí, tak je neposlouchej. A kdyby tě chtěli zmlátit, tak se snad dovedeš bránit, ne? Jsi přece chlap, tak se tak taky chovej!

Zdroj: z rozhovoru s osmiletým chlapcem, obětí psychické šikany.

Zdá se, že psychické násilí nebývá vždy vnímáno dostatečně vážně jako možná příčina mnoha obtíží včetně těch, které mají vážný, dlouhodobý charakter, a to v oblasti psychického, ale i tělesného zdraví.

Dalším projevem šikanování jsou krádeže věcí, ničení a manipulace s věcmi. Dítě se například musí „vykupovat“ svým kapesným nebo penězi původně určenými na zaplacení obědů či různých školních akcí. Některé oběti jsou nuceny ke krádežím různého obnosu peněz nebo věcí doma či jinde. Agresori si přivlastňují nebo zcela záměrně ničí oděv či školní pomůcky oběti.

Oběť bývá v prvoplánové reakci na chybějící sešit nebo jiné školní pomůcky sekundárně potrestána i učitelem, neboť žák není opakovaně řádně připraven na vyučování a tyto nedostatky v přípravě nedokáže hodnověrně vysvětlit. Rodiči je pak často trestán za ztrátu školních pomůcek, poničení nebo ztrátu části oděvu, popřípadě za opakující se poznámky. Záměr agresorů ublížit oběti se pak daří naplnit několikanásobně. O to závažnější je situace, že se tak děje i za určité „spolupráce“ dospělých. Ovšem právě opakovaně poničené věci a školní pomůcky, opakované žádosti o peníze apod. jsou jedním z nepřímých signálů, které mohou a které by měly rodiče i pedagogy upozornit na reálné riziko existence šikanování.

V poslední době narůstá výskyt případů ekonomické šikany a šikany se sexuálním podtextem. Jedná se převážně o případy šikany s tzv. sexuálním „humorem“, kdy je oběť šikanována sexuálním obtěžováním. Objevuje se motiv homosexuálního znásilňování. Jsou známy případy, kdy je oběť pokročilých stádií šikanování nucena veřejně se svlékat, masturbovat, přehrávat sexuální znásilnění jiné oběti apod. Následky podobně zaměřené agrese se sexuálním podtextem mohou být opět velmi vážné, a to nejen v oblasti psychické újmy.

ŠIKANA JAKO PROCES

Šikanu lze vnímat jako jev, událost. Ovšem podstatou šikanování je proces, při němž dochází k postupnému prorůstání patologických skupinových norem a k destrukci skupinových vztahů. Proces šikanování lze přirovnat k rakovinovému bujení a stejně tak lze šikanu nazvat onemocněním celé skupiny. Nikdy se nejedná pouze o problém, který by





děti a jejich problémy II

se dotýkal toliko hlavních protagonistů šikany – tedy agresora a oběti. V převážné míře případů nedochází k šikanování v jakémsi vakuu. Oběť je nejčastěji šikanována v přítomnosti ostatních členů skupiny, kteří bývají zpočátku „pouze“ pasivními svědky ubližování a posléze přijímají ve větší či menší míře roli aktivních aktérů šikanování. Z tohoto pohledu je šikanování vždy těžkou poruchou vztahů celého skupinového organismu.

Šikanu jako proces onemocnění a destrukci skupinových vztahů lze popsat pomocí jednotlivých etap, stádií. Jedná se však pouze o jakýsi teoretický konstrukt, který má napomoci pochopit šikanu jako proces, kdy dochází k určitému vývoji, gradaci od prvopočátečních stádií ostrakizace až po nejvyšší stádium nazývané jako dokonalá, totalitní šikana. Toto obecné schéma zrodu a vývoje šikanování vychází ze zákonitostí skupinové dynamiky. Základních pět etap vývoje šikanování popsal dr. Kolář, který tento vnitřní pohyb postihl ve vztahu změny skupinových norem, hodnot a postojů, které zaujímají k šikaně postupně jednotliví aktéři šikanování i celá skupina zasažená šikanou. Na základě zmapování jednotlivých stádií vnitřního vývoje ve skupině lze toto pětistupňové schéma využít k cílenějšímu výběru efektivních způsobů intervence. Každé vývojové stádium šikany vyžaduje odlišný způsob intervence tak, aby byl zásah účinný a napomohl ke skutečnému řešení šikany.

Následné schéma zrodu a vývoje šikanování v pěti etapách zachycuje proces destrukce skupinových norem, hodnot a vztahů. Je však třeba mít na paměti, že se jedná o vyvození jakési obecné zákonitosti a posloupnosti. V konkrétních případech šikanování však často nelze vysledovat přesné a jednoznačné hranice mezi jednotlivými stádii. Jednotlivé etapy mají různou délku trvání, různě rychle přecházejí do dalšího stádia nebo se různě překrývají či splývají.

Pro první, zárodečné stádium šikany je charakteristickým znakem ostrakismus. Jedná se o mírné, převážně psychické formy násilí prostřednictvím postupného izolování jednoho člena skupiny nebo několika, ve skupině nejméně oblíbených jedinců. Tato forma násilí se převážně zaměřuje na jedince, kteří stojí na tzv. sociometrickém chvostu. Komunikace probíhá znevažujícím způsobem. Oběti těchto zárodečných stádií šikanování jsou zesměšňovány, dostávají často hanlivou či ponižující přezdívku, jsou vysmívány. Jsou častým cílem různých legrácek a naschválů. Nejsou ve skupině oblíbeni, jsou odmítáni a vytlačováni na okraj skupiny, mimo skupinový život.

PŘÍBĚH: „Už nevím, jak se jim mám zavděčit. Všechny holky se chovají, jako bych tam ani nepatřila nebo spíš, jako bych tam ani nebyla. Několikrát jsem se ptala, proč se se mnou nechtějí bavit, co jsem jim udělala, ale ony se jen ušklíbly a raději odešly. Pak mi třeba řekly, že smrdím. Nebo že se se mnou nemůžou bavit, protože vypadám jako „socka“ a že by se za mě musely stydět. Když jsem si k holkám přisedla na obědě, zacpaly si nos, jako že tam něco strašně smrdí a sedly si jinam. Už nevím, co mám dělat, aby se se mnou někdo kamarádil. Ráno když vstanu, tak už myslím jen na to, jak budu ve třídě zase sama a raději bych tam ani nešla. Je to hloupé, vlastně se mi nic tak strašného neděje – nikdo mě nebije, nenadávají mi sprostě, prostě se se mnou jen nebaví...“

Zdroj: z výpovědi jedenáctileté dívky, oběti zárodečné formy šikanování.





Takové chování představuje první, zárodečné stádium šikanování, které obsahuje poměrně vysoké riziko pravděpodobnosti dalšího prohlubování negativního vývoje skupinových vztahů. K tomu významným způsobem přispívá zejména prostředí, které cíleně a systematicky nepracuje se skupinovou dynamikou, se vztahy uvnitř skupiny. Takové prostředí je příznačné zejména pro stále ještě převažující způsob tradiční výchovy na našich školách.

Přestože se jedná o počáteční a tedy nejmírnější stádium šikanování, je nutné i v tomto případě mít na paměti, že i mírnější formy šikany mohou pro oběť představovat výraznou zátěž. A to zejména tehdy, pokud je dítě šikanováno opakovaně a po delší dobu. Účinky počátečních forem šikanování jsou sice nenápadné, avšak i ony mohou mít velmi vážné následky. V důsledku opakované a dlouhodobější zejména psychické agrese formou odpírání kontaktu a pozitivní odezvy, ponižování, vysmívání apod. dochází u oběti k psychické deprivaci, tedy k neuspokojování psychických, emocionálních potřeb dítěte.

Mezi základní psychické potřeby, jejichž uspokojování v dostatečné míře a kvalitě je podmínkou zdravého vývoje osobnosti dítěte, patří i potřeba dosáhnout určitého sociálního přijetí a potvrzení vlastního sociálního významu. Právě na základě uspokojování potřeby společenského uplatnění a společenské hodnoty se vyvíjí zdravé uvědomění si vlastního já, vlastní identity.

PŘÍBĚH: „Nadávají mi ‚zloději‘ a mají obrovskou srandu z toho, když se rozčiluji. Pak na mě pokřikují ‚krocane‘, to když se bráním, že nejsem žádný zloděj a rozčilením celý zčervenám. Chechtají se a křičí a mají rozkoš z toho, jak se bráním a je mi k to k ničemu... Ale já nejsem žádný zloděj a oni to dobře vědí a přesto mi to pořád předhazují. Jeden kluk mi vyhrožuje, že mě zmlátí, že mezi sebou nechtějí mít takovýho kripla, co druhé okrádá. Někdy dělají naschvály a schovávají si věci a pak mě vyšetřují a žalují učitelce, že jsem jim zase něco vzal... A paní učitelka tomu někdy věří a tak to chce vyšetřit a zlobí se na mně, že zase zlobím a dělám naschvály. No a ostatní se tím ohromně baví... Pak se se mnou nikdo nechce bavit, že se prý se zlodějem bavit nebudou. Už nevím, co mám dělat. Trvá to už skoro rok a je to pořád horší a horší...“

Zdroj: z povědi dvanáctiletého chlapce, oběti dlouhodobé šikany.

Pro vznik zárodečného stádia nejsou zapotřebí žádné výjimečné podmínky či konstelace. Tato počáteční forma šikany se může objevit prakticky v jakékoli dětské skupině, přičemž podmínky vzniku šikany jsou zcela běžné a nenápadné a v žádném případě nutně nevyžadují např. přítomnost jedince s psychopatologickými rysy, jak je mnohdy mylně předpokládáno. Právě pro tuto skutečnost, že se šikana může rozvinout prakticky v rámci jakékoli skupiny, aniž by byla nutná jakkoli výjimečná souhra podmínek a spouštěcích mechanismů, z ní činí velmi nebezpečný fenomén.

Pravděpodobnost, s jakou se může toto zárodečné a ve svých projevech spíše subtilnější stádium šikanování prohloubit a přerůst v další vývojová stádia, je poměrně vysoká.





děti a jejich problémy II

Odhaduje se, že přibližně každá pátá šikana se z prvotního stádia ostrakismu rozvine do vážnější podoby.

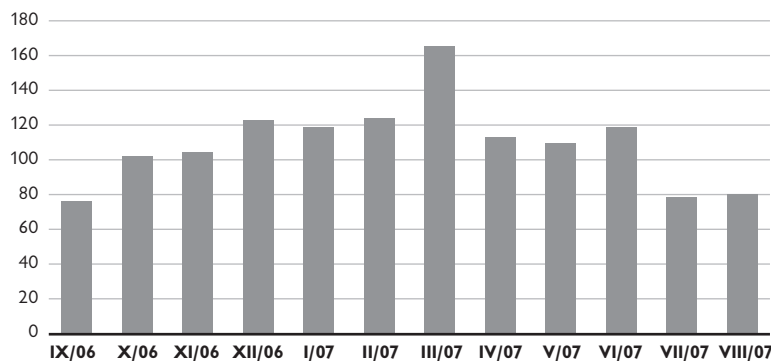
Pro druhý vývojový stupeň šikany je příznačné postupné zacílení agrese na vybranou oběť či skupinku obětí. Dochází k prohloubení manipulace. Zpočátku mírnější formy zejména psychické agrese v podobě ignorování a verbální agrese prostřednictvím nadávek, ponižujících výroků a komentářů, pomluv apod. postupně nabývají na intenzitě a cílenosti. Objevuje se rovněž fyzická agrese, která mívá zpočátku často spíše subtilnější podobu.

Obecně lze vysledovat dvě nejčastější příčiny pozitivně podporující rozvoj šikanování z prvotního ostrakismu do dalšího, vyššího vývojového stádia. Předně je to narůstající napětí ve skupině. V zátěžových situacích, jež může představovat například stres před zkoušením, začne oběť instinktivně sloužit jako jakýsi ventil, způsob odragování napětí a vlastních nepříjemných pocitů.

S touto tezí poměrně dobře korespondují data týkající se vývoje počtu hovorů vedených na Lince bezpečí na téma šikana, a to vzhledem k jednotlivým měsícům školního roku 2006–2007. Z grafu 7 je dobře patrný nárůst případů šikanování v prvních měsících školního roku a posléze jejich kumulace zejména před koncem prvního pololetí, kdy obecně narůstá napětí v souvislosti s pololetním vysvědčením.

V průběhu dvou prázdninových měsíců dochází k mírnému poklesu počtu hovorů na téma šikanování, nicméně i v tomto období jsou řešeny v průměru dva případy šikanování denně. Současně právě během prázdninových měsíců zaznamenává Linka bezpečí dramatický obrat a vzestup případů šikany odehrávající se mimo školní prostředí.

graf 7: vývoj počtu hovorů na téma šikana v průběhu školního roku 2006–2007



Agrese zacílená na vybranou oběť představuje možnost odragování se a způsob zbavení se nepříjemných pocitů spojených s rostoucí školní zátěží. Nikoli nepodstatným prvkem je i nuda a snaha vyplnit čas. Experimentování se vzbuzováním strachu u druhého jedince je k tomuto účelu vhodným prostředkem.





Druhou nejčastější příčinou dalšího vývoje šikanování je vlastní nepříznivá konstelace skupiny – tedy přítomnost několika výrazněji agresivních jedinců. U takto disponovaných jedinců hrozí poměrně vysoké riziko, že původně nepřilíhli cílené a nesystematické způsoby odraťování se prostřednictvím ubližování druhému se vyvinou v záměrné napadání. Cílem takového chování bývá uspokojení vlastních potřeb doplněné o velmi podstatný fenomén. Tím je zážitek moci.

Agresor posléze zjišťuje, že trýznění vybrané oběti mu přináší příjemný pocit uspokojení z vlastní moci. Navíc, pokud je šikanování praktikováno obecně i jako tzv. „úlevová“ zábava a způsob odraťování od školních povinností a stresů, přináší mu takové jednání přízeň, obdiv i respekt ostatních členů skupiny, což opět posiluje onen opojný pocit moci, nadřazenosti a výjimečnosti. Ubližování druhému se stává cílem jednání, které je systematictější a promyšlenější. Výrazně vystupuje do popředí prvek záměrnosti trýznění oběti.

Třetí stádium šikanování bývá označováno jako stádium vytvoření jádra. Tento moment je klíčový. Znamená totiž přerod počátečních stádií v pokročilé formy šikanování, kdy se zvyšuje riziko vážných následků a současně se snižují možnosti rychlého, efektivního a účinného zásahu a zastavení šikanování.

Další vývoj a prohlubování šikany do značné míry závisí na míře celkově pozitivního zaměření skupiny. Podmínkou pro zastavení dalšího bujení šikanování je skupinová soudržnost s převažujícími kamarádskými vztahy a obecně negativní postoj k násilí a ubližování. Taková konstelace podmínek může pozitivně působit ve prospěch uzdravy skupiny a zastavení šíření a prohlubování šikanování. Nicméně udržení a posílení pozitivně laděné skupinové soudržnosti se neobejde bez cíleného pedagogického působení.

Pokud je skupinová imunita jakkoli oslabena (např. navzájem lhostejnými či nepřátelskými vztahy, pasivně lhostejnými nebo ambivalentními či dokonce pozitivními, souhlasnými postoji k šikanování apod.) a chybí-li záměrné pozitivní vedení a pedagogické cílené ovlivňování skupinové dynamiky, pak je křehká bariéra zábran proti šikanování prolomena a šikanování se stává součástí skupinového života a může se dále šířit a pevně zakořenit.

Třetí stádium vývoje šikanování představuje přelom od počátečních etap vzniku šikany v pokročilá stadia šikanování. Vytváří se skupinka agresorů, kteří již zcela systematicky zaměřují svou agresi na vybranou oběť. Výběr oběti přestává být nahodilý. Od prvotního testování několika vhodných adeptů dochází k záměrnému výběru nevhodnější oběti a zacílení útoků na tuto oběť. Útoky jsou cílené, systematické.

Současně dochází k rozdělení skupiny na dva tábory, dvě podskupiny. Skupina agresorů obsadí neformální role skupinových vůdců a začíná prostřednictvím strachu a násilí prosazovat své vlastní normy jako normy celé skupiny. Pokud pozitivně zaměřená skupina odmítající šikanování není dostatečně početná a silná, pak je její vliv na další dění ve skupině ve smyslu prohlubování šikanování nedostatečný. Silně narůstá tlak ke skupinové konformitě a k přijetí norem šikanování i u dosud méně ovlivnitelných jedinců. Podmínky skupinové konstelace vytvářejí vhodné předpoklady pro to, aby se šikanování stalo normou celé skupiny a šikana se tak posunula do svého čtvrtého vývojového stupně.





děti a jejich problémy II

PŘÍBĚH: „Nikdo mi nechtěl pomoci. Ztratila jsem všechny své kamarádky i ty, co slibovaly, že mi pomůžou a že to takhle nenechají. Najednou se se mnou přestaly bavit, dělaly, že mě nevidí nebo neslyší. Je mi z toho strašně smutno. Kluci si na mě vybíjejí vztek, pošklebují se mi a dělají mi naschvály. Jednou mě nechali zamknutou v šatně a pak lhali učitelce, že mě viděli venku, že jsem byla za školou. A já dostala poznámku. Ničí mi věci, tahají za vlasy, schovávají mi třeba sešity s domácím úkolem. Ostatní se mě nezastanou. Dělají, že nic neviděli, že se nic neděje. Mají asi strach, že kdyby to udělali, kdyby řekli pravdu, tak ty kluky naštvou a ti se jim pomstí a budou jim taky ubližovat, jako teď mě... Ale já vypadám jako lhářka a podvodnice. Třeba včera naschvál počmárali obrázky na naší třídní nástěnka a pak to shodili na mě, že jsem to udělala já, že jsem záviděla, že tam také nemám obrázek. Když se mě paní učitelka ptala, bránila jsem se, že jsem to nebyla a že mi to mohou dosvědčit ostatní spolužáci. Ale nikdo nic neřekl, nikdo se mně nezastal...“

Zdroj: z výpovědi desetileté dívky, žákyně čtvrté třídy základní školy.

Čtvrté stádium představuje pokročilou šikanu, kdy se normy agresorů stávají nepsaným zákonem. Šikanování se stává normou celé skupiny. Zvyšuje se tlak ke konformitě, sílí strach. Poddajnější jedinci se přimknou k agresorovi, vytváří se početná skupina přijímající normy šikanování, čímž dále narůstá výrazný tlak na konformitu i doposud odolávajících jedinců. Formy násilí jsou promyšlené, cílené, zvyšuje se jejich intenzita i brutalita násilí, a to jak psychického, tak i fyzického.

Postupně se dosud neangažovaní členové skupiny ze strachu, aby na sebe neupoutali negativní pozornost agresorů, přidávají na stranu agresorů a sami se na šikanování začínají i aktivně podílet. U silně konformních jedinců pak narůstá riziko vzniku silné závislosti na autoritě, kterou představuje agresor. Tito na autoritě závislí jedinci jsou v některých případech schopni ze strachu z násilí i vlastní odpovědnosti podlehnout autoritě v podobě agresora do té míry, že jsou schopni se aktivně a iniciativně účastnit trýznění obětí šikanování a obhajovat šikanování jako správné jednání.

Páté stádium představuje dokonalou šikanu. Jedná se o poslední, totalitní stádium vývoje šikanování, kdy dochází k naprostému nastolení totalitní ideologie šikanování. Normy, které prosazují agresori jsou přijímány, popřípadě respektovány všemi členy skupiny. Tato vývojová etapa je také nazývána stádiem vykořisťování. Agresori uspokojují své potřeby zcela na úkor obětí šikanování. Nejedná se pouze o materiální podobu (oběti se vykupují penězi, osobními věcmi apod.), ale i o využívání rozumových schopností a školních znalostí (oběti musí agresorům napovídat při zkoušení nebo např. vypracovávat zadání písemné práce, domácích úkolů apod.).

Postupně přibývá počet členů skupiny, kteří se aktivně podílejí na šikanování ve snaze zalíbit se agresorům a ochránit sebe sama před možnou agresí. Vědomí rostoucího násilí v podobě brutální fyzické i psychické agrese zvyšuje strach nad únosnou mírou, zbytek svědomí a lidskosti překrývá v mnoha případech alternativní identita, která je zcela poplatná normám agresorů.





Zejména v případech dokonalé šikany vystupuje do popředí další výrazný rozměr šikanování. Je jím jakýsi paradoxně silný vzájemný vztah závislosti mezi agresorem a obětí šikanování. Tato vzájemná vazba se vyvíjí na základě převažující lidské strategie skryt vlastní strach vzbuzením strachu u druhého. Pocit nadřazenosti a moci nad svou obětí agresorovi kompenzuje vlastní strach, pocity vlastní nedostatečnosti. Postupně se vytváří jakási závislost na pocitech absolutní moci. Agresor je nutkán ke zdokonalování a stupňování násilí, neboť utrpení oběti saturuje jeho pocit nadřazenosti. Agresor se tak stává závislým na své oběti a jejím utrpení.

Vztah závislosti však paradoxně vzniká a rozvíjí se i na straně oběti šikanování. Stupňování brutality agresora vede u oběti nezřídka k prolomení křehké obrany vůči tělesné a psychické bolesti, zpravidla to v ní rozpoutá sebezničující síly. Následkem může být extrémní forma závislosti – identifikace s agresorem. Projevem takové závislosti může být například skutečnost, že oběť považuje agresora za svého kamaráda a obdivuje ho, považuje jej za jakýsi idol, vzor. Snaží se tedy získat jeho pozornost a náklonnost. Prostředkem se stává jeho vlastní utrpení, které uspokojuje agresorovu touhu po potvrzení své moci. Paradoxně pak sama oběť vyhledává způsoby, jak uspokojit potřeby svého vzoru a idolu. V případě provalení a vyšetřování šikany pak velmi často aktivně agresora brání a ospravedlňuje, čímž znesnadňuje či zcela znemožňuje řádné vyšetření šikany. Právě paradoxní specifická vazba závislosti mezi obětí a agresorem je nazývána tzv. Stockholmským syndromem. Jedná se o specifickou pozitivní emoční vazbu a závislost oběti na agresorovi.

Porozumění i tomuto fenoménu je nesmírně důležité pro pochopení celého procesu šikanování a porozumění i mnoha nástrahám, které brání odhalení šikany a jejímu řešení. Zejména v případě odhalení problému ve stádiu dokonalé šikany dochází k situaci, kdy agresori, většina členů skupiny, dokonce včetně samotné oběti kladou aktivní a organizovaný odpor a brání vyšetřování.

FAKTORY POZITIVNĚ PODPORUJÍCÍ PRAVDĚPODOBNOST VZNIKU A VÝVOJE ŠIKANY

Příčiny vzniku a dalšího stupňování šikanování tkví v nepříznivé souhře několika základních faktorů. Předně to jsou rizikové osobnostní charakteristiky možných protagonistů šikanování – oběti a agresora, ale i ostatních členů skupiny. Významnou roli hraje i osobnost pedagoga. Vhodné podmínky pro vznik šikanování dotváří nepreventivní prostředí a jeho nedostatky. Při vhodné konstelaci spouštěcích faktorů je prostor pro vznik šikanování v jejích počátečních formách příhodně nastaven ve všech typech škol a zařízení.

Za nejvýznamnější faktory pro vznik a další vývoj šikanování jsou považovány osobnostní charakteristiky iniciátorů a protagonistů šikany a jejich vzájemný vztah. Z podrobné analýzy příčin a mechanismů vzniku a vývoje šikanování však vyplývá, že k propuknutí šikanování není nutná podmínka přítomnosti jedince s psychopatologickými rysy. Šika-





děti a jejich problémy II

nování se může objevit téměř v každé dětské skupině, podmínky pro vznik šikanování mohou být zcela běžné a nenápadné, což činí ze šikany fenomén, který představuje jednu z nejčastějších příčin traumatizace dětí mladšího a staršího školního věku.

NÁSTIN OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY A RODINNÉHO ZÁZEMÍ AGRESORA

V případě iniciátorů šikanování lze vysledovat některé osobnostní rysy, které mohou představovat určitou disponovanost těchto jedinců k tomu, aby se stali protagonisty šikanování v dětském kolektivu. Pro osobnost iniciátora – agresora šikanování je charakteristická neschopnost vnímat utrpení druhého, absence patřičného náhledu na nemorálnost vlastního jednání vůči druhé bytosti. Velmi často se jedná o jedince se sobeckou a sebestřednou orientací, s chybějícími nebo velmi pružnými mravními mantinely.

Významnou charakteristikou agresorů je jejich touha po moci, touha dominovat, ovládat druhé a bezohledně se prosazovat na jejich úkor. Velmi často nejsou schopni dodržovat určitá společenská pravidla a normy. Pouze ve výjimečných případech se jedná o sadistické psychopatické jedince. V drtivé většině případů se však jedná o jedince, kteří se v zásadě výrazně neliší od svých vrstevníků.

Rodinné prostředí dětí – agresorů rovněž často vykazuje některé společné znaky, které lze charakterizovat jako rodinné prostředí s nedostatkem vřelého zájmu o dítě, kde chybí bezpodmínečné přijetí dítěte. V rodinách agresorů se často ve zvýšené míře objevuje mnohem vyšší tolerance k násilí.

Určitá míra agrese má vrozený základ. Konkrétní způsoby agresivního chování a jednání si však člověk osvojuje, učí se jim. To znamená, že četnost, intenzita, formy a podoba projevů agresivního jednání jsou do značné míry osvojované v průběhu lidského života. Agresivita jedince, přesněji formy a způsoby agresivního jednání jsou do jisté míry ovlivnitelné prostředím, v dětství pak zejména výchovou v rámci rodiny.

Právě výchova a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, sehrává jednu z nejvýznamnějších rolí při kultivaci původních, vrozených agresivních sklonů dítěte. Vývoj dětské agresivity a zejména kultivaci jejích projevů zřejmě nejvýznamněji ovlivňuje výchovná erudice a citlivost rodičů a později i dalších vychovatelů.

Nevhodné výchovné metody a postupy, které nadměrně zdůrazňují agresivní způsoby chování a jednání (nadměrné užívání tělesných trestů, zejména opakované psychické násilí zahrnující např. výhrůžky, křik, ponižování apod.) vzbuzují odpor dítěte. Namísto útluhu agresivních projevů dítěte dochází často naopak k jejich posilování. Současně významně narůstá pravděpodobnost, že dítě bude vnímat agresivní chování a řešení stresových situací jako určitou normu a model pro vlastní chování a jednání.

Příliš tvrdá, autoritativní výchova může tedy představovat významné riziko negativního transgeneračního přenosu agresivního chování, které není výchovou kultivováno, ale naopak posilováno. Rodinné prostředí, ve kterém se dítě stává obětí či svědkem





opakovaného fyzického či hrubého psychického násilí, je považováno za predelikventní faktor. Dítě je ve svém vývoji ohrožováno závadnými rodinnými vztahy a prostředím, které vede k prosté nápodobě agresivního modelu chování jako jakési normy. Způsob uspokojování vlastních potřeb dítěte není rodiči vhodným způsobem kultivován. Chybí model vzájemnosti, konstruktivního řešení stresových situací.

Současně, je-li dítě obětí špatného zacházení v rodině, zvláště tělesného nebo psychického týrání či sexuálního zneužívání, narůstají pocity zloby, bezmoci a frustrace. Špatné zacházení v rodině vede k trvalému úzkostnému napětí a stupňujícímu se agresivnímu ladění. Nahromaděný hněv a pocity bezmoci se mohou ventilovat například agresí namířenou na ostatní děti ve školní třídě či ostatním spolužákům.

V zásadě se růst dětské agresivity spojuje se zanedbávající výchovou, s pocity nejistoty a nedostatkem citového zájem. Vlastní zkušenost s násilím, jehož obětí se dítě stává ve vlastní rodině, pak výrazně zvyšuje jeho disponovanost k vlastnímu agresivnímu chování. Agresivitu dětí a šikanování druhých lze v mnoha případech považovat za jakousi hyperkompenzaci některých jedinců se specifickou životní zkušeností, jejichž jednání má charakter obrany proti psychosociálnímu znejistění.

Tuto hyperkompenzaci navíc podporují i některé prvky zejména výkonově orientované školy, která kategorizuje žáky přívlastky „nedostatečný“, „slabý“ apod. Tím může u některých dětí, jejichž rodinná výchova je zavrhuje či znejišťující, docházet k prohlubování pocitů méněcennosti, které pak překonávají agresí namířenou vůči okolí (Jedlička, Koťa, 1998).

Stejně jako příliš tvrdá, autoritativní výchova zdůrazňující či užívající ve zvýšené míře fyzické či psychické násilí namířené proti dítěti, nepředstavuje ani příliš liberální, tzv. hyperprotektivní výchovné působení optimální přístup k ovlivňování dětské agresivity. Pokud dítě není přiměřeně usměrňováno ve svých projevech nežádoucích hněvivých reakcí na požadavky okolí a jestliže není přiměřeně regulována agrese, hrubé či necitlivé chování k ostatním dětem, pak i v těchto případech narůstá riziko osvojení si agresivních způsobů chování jako efektivního způsobu uspokojování vlastních potřeb a sebeprosazení.

NÁSTIN OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY A RODINNÉHO ZÁZEMÍ OBĚTI ŠIKANOVÁNÍ

Ačkoli obecně platí, že se obětí šikany může stát prakticky kdokoli pro jakoukoli svou odlišnost, a to v pozitivním slova smyslu pro svoji přednost, či v negativním slova smyslu naopak pro nějakou slabost, handicap, je možné vysledovat některé typické osobnostní charakteristiky, pro které je dítě jaksí lépe disponováno pro roli oběti šikanování.

Odlišnost dítěte nemusí být v žádném případě spatřována pouze v určitém nedostatku, psychickém, fyzickém nebo sociálním handicapu. Naopak odlišností, pro kterou se může stát jedinec obětí šikanování, může být i určitá přednost (např. výborné hodnocení školního výkonu, určitý talent apod.), která svého nositele odlišuje byt v pozitivním slova





děti a jejich problémy II

smyslu od ostatních členů skupiny. Tato skutečnost vypovídá o snížené toleranci k jakékoli odlišnosti, ale i o celkovém tlaku na konformitu v dětských skupinách.

Velmi častým motivem bývá fyzická odlišnost. Jedinci přitahující násilí bývají konstitučně slabší, neobratní, se sklony k obezitě, ale také dítě vzhledově nepříliš atraktivní či jinak handicapované – např. děti s tělesnou či smyslovou vadou, rozštěpem apod. Oběť se však může stát i dítě bez jakéhokoli tělesného handicapu. Velmi často se jedná o děti, které bývají v porovnání s agresorem zpravidla méně tělesně zdatné. Specifickou variantou šikany, která se zakládá na fyzické odlišnosti, je šikana rasová.

Vedle tělesné odlišnosti se může dítě stát obětí šikany i pro jakoukoli psychickou odlišnost. Nejsilnějším „magnetem“ chronicky šikanovaných obětí je příliš viditelná bojácnost, vrozená slabší reaktivita, kdy děti v zátěžových situacích propadají pocitům méněcennosti, nedostatečnosti, výčitkám svědomí nebo přílišné sebekritice. Mezi psychické znevýhodnění patří i opožděný duševní vývoj, který se projevuje například desorientací v sociálních vztazích, naivitou, těžkopádností, závislostí a zvýšenou sugestibilitou (Kolář, 1997). K psychickým znevýhodněním se řadí například i specifické poruchy učení.

Ovšem i v případě psychické odlišnosti se nemusí jednat pouze o opožděný duševní vývoj či snížené rozumové schopnosti. Odlišnost může být, jak již bylo řečeno, naopak spatřována i v přednostech, jako například nadprůměrná inteligence či talent dítěte. Odlišným se stává dítě i pro svou zvýšenou senzitivnost či celkově vyhraněným odmítavým vztahem k násilí.

Vhodnou obětí šikanování se může rovněž stát dítě oslabené například rodinnou situací. Jedná se o děti traumatizované rozvodovou či porozvodovou situací v rodině, úmrtím nebo jakoukoli jinou rodinnou událostí či situací, která pro ně představuje vysokou zátěž a kterou vnímají jako ohrožující a nepříjemnou. Takovou situaci mohou představovat případy, kdy je dítě kromě šikanování obětí i špatného zacházení v rodině.

Aktuální následky špatného zacházení s dítětem (dítě zanedbávané, týrané či zneužívané) se týkají současného prožívání dítěte. Dítě prožívá pocity křivdy, beznaděje, zavržení, smutku, strachu apod. Velmi často prožívá i hluboké pocity viny. Dítě je na rodičích závislé a často jediným možným a přijatelným vysvětlením chování rodičů, kteří mu ubližují, je, že se nějakým způsobem samo provinilo a že si takové chování zasluhuje (Vaníčková a kol., 1995). Agrese ve školním prostředí pak může pro dítě představovat do značné míry potvrzení této domněnky, že je špatné a že si zaslouží nepřátelské, zavrhuje jednání.

Dlouhodobé následky fyzického i psychického týrání a zanedbávání mají významný vliv na celkový vývoj osobnosti dítěte. K nejzávažnějším změnám v důsledku zkušenosti s týráním dochází v oblasti socializace, v oblasti mezilidských vztahů a v oblasti sebepojetí dítěte. Specifickým způsobem je změněno citové prožívání. Některé děti reagují stažením se do sebe, stávají se ustrašenými, úzkostnými, bývají zvýšeně plačtivé apod.

Dlouhodobé následky špatného zacházení s dětmi v rámci rodiny se promítají i do změn vztahů k druhým lidem. Pro rozvoj rolí v rámci procesu socializace je potřebná schopnost dobře rozlišovat různé projevy chování a naučit se, co je pro konkrétní situaci nebo roli vhodné. Tato schopnost však u dětí s nedostatečnou citovou zkušeností není adekvátně rozvinuta, chybí. Sociální interakce je nápadná svou nepřiměřeností. Děti reagují nestandardně, odlišně, čímž vyvolávají opět obvykle spíše negativní reakce svého okolí.





Dalším velmi závažným následkem opakované zkušenosti s týráním je změna v oblasti sebepojetí dítěte. Pro utváření sebepojetí dítěte je klíčové hodnocení dítěte osobně významnými, nejbližšími osobami. Jestliže je dítě těmito osobami hodnoceno negativně, je opakovaně vystavováno přílišné kritice nebo nemá-li pro ně žádný význam, pak dochází k podstatnému narušení vlastního sebehodnocení. Výsledkem je nejistota, nedůvěra a zvýšená potřeba vlastní obrany.

V souvislosti se zvýšenou potřebou vlastní obrany lze identifikovat v zásadě dva obranné mechanismy. Jedním je přehnaná aktivní obrana, která ústí v nadměrné, nepřiměřené sebehodnocení. Tyto děti reagují spíše agresivně, ve skupině se prosazují razantněji, a to i na úkor druhých. Opačným extrémem je výrazné sebedoceňování, spojené s nejistotou, obavami a negativní anticipací do budoucnosti (Vágnerová, 2000). Tyto děti, jejichž sebedůvěra a sebehodnocení jsou velmi nízké, se v nejrůznějších situacích snadněji vzdávají a také se snadněji stávají velmi vhodnou obětí šikanování.

Nízké sebehodnocení se projevuje malou sebedůvěrou a nízkou sebeúctou. Právě nízké sebehodnocení může vyústit v další obrannou reakci dítěte, kterou představuje vazba na silnějšího jedince nebo příslušnost k určité sociální skupině.

Nápadně časté jsou také některé poruchy chování, zvyšuje se riziko školského selhání z mimointelektových důvodů. Ty zpětně mohou ve školním prostředí znamenat opět určitou odlišnost, pro kterou je dítě vnímáno jako jiné, a tedy vhodné pro roli oběti šikanování. Narůstající skupinou dětí, na které se soustředí agrese vrstevníků, jsou děti, jež se odlišují socioekonomickým postavením rodiny. Některými znaky, kterými se porovnává socioekonomický status rodiny a který může pro dítě představovat určitý handicap, je například vlastnictví mobilního telefonu, PC a jeho vybavení včetně přístupu k různým počítačovým hrám a internetu, výše kapesného, značkové oblečení, ale i lokalita, ve které rodina bydlí, značka auta i například místo trávení rodinné dovolené.

Do nevýhodné situace se dostává dítě v třídním kolektivu nové nebo dítě ve zvýšené míře nemocné či dítě pro svůj zdravotní stav omezené v různých aktivitách.

CHARAKTERISTIKA PROSTŘEDÍ, VE KTERÉM DOCHÁZÍ K ROZVOJI ŠIKANOVÁNÍ

Za nejprůzračnější podmínky pro utváření situace násilné interakce se je považováno prostředí, v němž panuje určitý režim, hierarchický řád, tradiční způsob pedagogické práce, kde není kladen zvýšený důraz na cílené pozitivní ovlivňování vztahů mezi dětmi. Právě totiž ovlivňování vzájemných vztahů, systematická práce a pozornost ke skupinové dynamice se zdá být jediným efektním a účinným způsobem prevence proti šikanování. Budování pedagogické komunity, podpora pozitivního sociálního klimatu ve skupině, prosazování bezpečné vzájemnosti a spolupráce na bázi důvěry stojí v ostrém protikladu s prostředím, které skýtá svou nedůvěrou, lhostejností a rostoucím strachem živnou půdu pro rozvoj šikany.



děti a jejich problémy II

Některé aspekty tradičního pedagogického přístupu představují rizikový faktor prostředí, které se stává náchylnější ke vzniku a dalšímu prohlubování šikany. Jedná se o hierarchicko-autoritativní přístup s důrazem na vnější kázeň. Vnější kázeň však před šikanováním neskýtá bezpečnou ochranu, ač by se tak mohlo na první pohled zdát. Naopak paradoxně ve skupinách, kde je vnější kázeň vysoká, dosahuje šikanování často své nejpokročilejší a nejdokonalejší podoby násilí páchaného na oběti.

Riziko hierarchicko-autoritativního přístupu vyplývá z jeho podstaty. Pedagog, vychovatel vystupuje z pozice nadřazené autority. Převažuje jednostranná komunikace, je podceňován význam skupinové dynamiky, se kterou není cíleně pracováno. Důraz na formální strukturu, hierarchické uspořádání a autoritativní přístup k žákům spěje hned v úvodu k vytvoření dvou táborů, mezi nimiž panuje vzájemná nedůvěra. Formální struktura, která je diktována zvenčí, postrádá atraktivitu a stává se pro skupinu více či méně nepřijatelnou. To vytváří příhodnou situaci po utváření nové, neformální struktury s odlišnými skupinovými normami a cíli.

Upřednostňovaný jednostranný komunikační tok současně znamená výrazné snížení či ztrátu zpětnovazebních informací směrem od žáků či svěřenců k pedagogovi. Absence relevantních zpětnovazebních informací dokresluje rámec, v němž pedagog ztrácí přehled o skupinovém vývoji a vnitřním životě skupiny. Současně s tím se výrazně snižuje možnost včasného a adekvátního vlivu v případě, že se vzájemné vztahy ve skupině nerozvíjejí pozitivním směrem. Život skupiny včetně problémů zůstává skryt. Pro rozvoj skupinové patologie v podobě šikanování se jedná o příznivou konstelaci vnějšího prostředí, která tak paradoxně skýtá ochranu a příhodné podmínky pro její další bujení.

ZÁVĚR

Šikana zahrnuje široké spektrum agrese jak fyzické, která i mezi dětmi zaznamenává výrazně narůstající míru brutality, tak psychického týrání a manipulace. Některé případy šikanování nabývají podoby sexuálního obtěžování či zneužívání oběti, mnozí se případy ekonomické šikany.

Šikana již zdaleka nepředstavuje problém, který by byl typický pouze pro věkové období puberty a adolescence. Věková hranice protagonistů šikanování se povážlivě snižuje a posouvá se z období adolescence do období mladšího školního věku.

Rostoucí výskyt případů šikany mezi dětmi nabývá rysů epidemie. Alarmující jsou výsledky celonárodního výzkumu, které dokumentují výskyt šikany u 41 % dotázaných žáků druhého stupně ZŠ. Šikanování se ve své zárodečné podobě objevuje zřejmě ve většině formálních skupin ve školách a výchovných zařízeních. Narůstá nejen počet samotných případů šikanování, ale zvyšuje se i míra brutality a bezohlednosti násilí páchaného na obětech šikanování. Kumulace jednotlivých forem týrání, délka trvání a stádium vývoje šikanování pozitivně koreluje s mírou závažnosti následků. Systematická traumatizace má negativní dopad nejen na samotnou oběť šikanování, ale i na ostatní aktéry šikanování a členy dětského





kolektivu, jež vystupují v roli pasivně přihlížejících svědků či posléze v roli aktivních účastníků trýznění obětí. Šikanování tedy představuje onemocnění a destrukci skupinových vztahů, onemocnění celé skupiny.

Navíc nikoli výjimečná souhra podmínek, které stojí na počátku vzniku a dalšího bujení šikanování v dětských skupinách, rozsah a míra destruktivity systematické traumatizace dětí v rámci dětské skupiny a problémy vážící se k detekci, diagnostice a následné léčbě představují charakteristické znaky, pro které je fenomén šikanování jedním z nejrozšířenějších a současně nejrizikovějších sociálně patologických jevů mezi dětmi mladšího a staršího školního věku.

LITERATURA:

1. BOSÁKOVÁ, Kamila, BOSÁK, Viktor, LAINOVÁ, Monika. **Psychické týrání v dětství** u dospělé populace ČR: výskyt a některé souvislosti. **Česko-slovenská Pediatrie**, 2003, roč. 58, č.11, s.716–721.
2. ČERMÁK, Ivo. **Lidská agrese a její souvislosti**. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta v.o.s., 1999. 204 s. ISBN 80-902614-1-8
3. DUNOVSKÝ, Jiří, a kol. **Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě**. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5
4. GJURIČOVÁ, Šárka, KOCOURKOVÁ, Jana a KOUTEK, Jiří. **Podoby násilí v rodině**. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 104 s. ISBN 80-7021-416-3
5. JEDLIČKA, Richard, KOŤA, Jaroslav. **Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže**. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 169 s. ISBN 80-7184-555-8
6. KOLÁŘ, Michal. **Skrytý svět šikanování na školách**. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 128 s. ISBN 80-7178-123-1
KOLÁŘ, Michal. **Bolest šikanování**. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 256 s. ISBN 80-7178-513-X
7. MARTINKOVÁ, Milada. Špatné zacházení s dětmi a mladistvými v rodině – některé současné přístupy a vymezení pojmů. **Kriminalistika**, 1994, roč. 28, č.4, s. 514–529.
8. MATOUŠEK, Oldřich, a kol. **Mládež a delikvence**. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. 336 s. ISBN 80-7178-226-2
9. POKORNÝ, Vratislav, a kol. **Prevence sociálně patologických jevů**. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 186 s. ISBN 80-86568-04-0
10. SPURNÝ, Joža. **Psychologie násilí**. 1. vyd. Praha: Eurounion, s.r.o, 1996. 134 s. ISBN 80-85858-30-4
11. VÁGNEROVÁ, Marie. Důsledky nestandardní zkušenosti, citové deprivace a subdeprivace v dětství. **Česko-slovenská psychologie**, 1997, roč. 61, č.6, s. 555–558.
12. VÁGNEROVÁ, Marie. **Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky**. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 444 s. ISBN 80-7178-496-6







sdílení linka bezpečí



drogová závislost

Monika Vaňková







POHLED NA PROBLEMATIKU DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH OHROŽENÝCH DROGOVOU ZÁVISLOSTÍ

Člověk hledá od nepaměti způsoby, jak změnit či zintenzívnit své prožívání radosti, slasti, euforie a jak uniknout před bolestí, pocity samoty, smutku. Jedná se o přirozenou touhu, která za určitých okolností může přejít v nutkavé bažení (craving) po změně prožívání, narušením kontroly nad svým nálehavým chováním a pokračováním ve vytvořeném vzorci chování i přes narůstající negativní důsledky.

Alkohol a jiné drogy, jídlo, hazardní hry, sex, televize, práce, internet apod. mění kvalitu prožívání a mohou vyvolat závislost. Dle Kudrleho (2003) je závislost vyústěním abusu (nadužívání), který se stal převládající činností, jenž má zajistit člověku uspokojení. Dosažením uspokojení se zafixuje celý komplex očekávání, experimentu, změn v prožívání, které postupně přerůstá v návyk, závislost. Pokud dojde k přerušení tohoto vzorce, vzniká pocit nelibosti a touha v navyklém způsobu uspokojení pokračovat.

Postupně začíná člověk realitu prožívat „jinak“, mění se jeho myšlení, úsudek, jednání, vztah k sobě i ke světu a člověk věří, že jeho problém zmizel. Nelíbí pocity jako úzkost, pocity viny, deprese, bezmoc, vyvolávají opět touhu po ovlivnění návykovou látkou – drogou. Drogy nahrazují jakousi chybějící odolnost před zraněními, která pramení z vnitřních konfliktů, frustrací a pocitů, jež si člověk nese od dětství, a také před zásahy z vnějšího okolí.

Drogy jsou užívány zejména pro své účinky, které pomáhají měnit nějaký stav (např. pocity, že je člověk nemilován, pocity selhání, bezmoci, tenze, odcizení, nudy, deprese, nejistoty a emocionální bolesti, nepříliš vysoké sebevědomí, nízkou sebeúctu apod.) či nabízejí něco, po čem člověk touží (např. vzdor, vzpouru, únik, odvalu, poznání, moc, sex, odmítnutí). Někdy je jejich užití spojeno se samotnou příležitostí okusit je.

To, co různé druhy drog nabízejí, rozděluje Frouzová (2003) do šesti kategorií:

- umožnění dosáhnout větší kontroly či moci nad sebou či nad druhými,
- urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje – drogy přinášejí zážitek „zvláštního“ poznání a tím i možnost poznat více sebe či si uvědomit smysl svého života,
- zbavování se nepříjemných stavů či pocitů – např. pocitů neschopnosti, méněcennosti, ale také stavů, které provázejí fyzickou či psychickou nemoc,
- vyvolávání slasti, příjemných pocitů a zintenzívnění smyslových zážitků,
- usnadnění přizpůsobení se určité sociální skupině,
- pomoc při asociálním stylu života, protože droga posiluje agresivitu, omezuje empatii a potlačuje výčitky svědomí.





DOSPÍVÁNÍ A POČÁTKY EXPERIMENTOVÁNÍ S DROGAMI

Mezi vznikem a rozvojem závislosti a vývojem člověka existují určité souvislosti. Vývoj člověka můžeme zjednodušeně vnímat jako cestu od naprosté závislosti na matce a ostatních osob k samostatnosti a určité nezávislosti doprovázené zralou schopností vytvářet a udržovat vztahy s druhými lidmi.

Dospívání a zejména období adolescence provází složitý komplex změn, včetně zmatků a nespokojeností. Tyto změny jsou přirozené a motivují jedince k dalšímu vývoji. Zároveň však mohou tyto změny často spojené s nepříjemnými stavy a pocity znamenat i určité riziko. To představují jiné možnosti a způsoby, jak zmatky a nespokojenosti odstraňovat – jednou z nich je „řešení“ pomocí návykových látek, které navozují jiné a na začátku příjemnější stavy vědomí. Užitím drogy přestávají na dospívajícího jedince doléhat stavy nespokojenosti. Člověk přestává negativní stavy a pocity vnímat v jejich skutečné podobě a postupně tak ztrácí motiv, „drive“ se s nimi vypořádat. Jakoby se zbavoval důvodu vývoje od závislosti k samostatnosti, od dítěte k dospělému (Broža 2003).

Téměř ve všech případech je první užití drogy datováno do období přechodu z dětství do dospívání, tj. v preadolescentním nebo adolescentním období. Populace dětí a dospívajících tedy patří mezi skupiny nejvíce ohrožené vznikem a rozvojem závislosti na alkoholových i nealkoholových drogách.

V ČR byla v roce 2001 téměř jedna polovina (47,5 %) uživatelů drog ve věku pouhých 15–19 let. Alarmující je současně skutečnost, že polovina z těchto dopívajících jedinců užívala drogy nitrožilně.

Téměř 40 % uživatelů začíná experimentovat s nelegálními drogami v dětství, a to nejčastěji od 14 let věku. Iniciační drogou je marihuana. Co se týče drog tzv. legálních, pak do 13 let věku si polovina všech dětí odbývá svůj křest nikotinem a ve věku do 16 let více než 90 % dospívajících minimálně jednou ochutná alkohol (Epidemiologie drog a uživatelů drog Praha 2000, 2001).

Užívání alkoholových i nealkoholových drog či rozvoj závislosti na nich s sebou nese „pouze“ riziko zdravotních obtíží, ale také negativní dopady v oblasti psychosociální. U dospívajících může zneužívání drog zpomalit či přímo zastavit žádoucí přechod do další vývojové etapy.

U starších adolescentů (16–18 let) užívání drog do značné míry souvisí s problémem separace. Právě separace představuje jeden z obtížných vývojových úkolů tohoto období, kdy by se měli dospívající do určité míry oddělit od své původní rodiny. Pomáhá jim v tom kromě jiného např. studium v místě mimo bydliště, partnerský život, spoluzití s přáteli apod. Mnozí jedinci mohou právě v tomto období prožívat silné vnitřní bloky, které pravděpodobně souvisí s opouštěním rodičů, ale které také mohou pramenit z toho, že jim rodiče vědomě či nevědomě v separaci od rodiny brání. V některých rodičích přechod jejich dětí do nové vývojové etapy a tím i života rodiny vzbuzuje obavy, neboť ohrožuje homeostatickou rovnováhu v rodině jako systému (Stanton, Todd a kol. 1982).

Na užívání drog lze mnoha případech nahlížet jako na symptom, který má v rámci rodiny svou funkci. Například někdy dospívající svým nepřiměřeným chováním vztahují





pozornost na sebe od ústředního problému, kterým mohou být potíže v manželském soužití rodičů, zabránění rozvodu, rodinné krizi apod.

Užívání drog ovlivňuje průběh studia a budování profesního postavení a také vytváření intimních vztahů. V důsledku toho zůstávají dospívající uživatelé drog i mladí dospělí déle závislí na svých rodičích, a to v praktických životních záležitostech (bydlení, strava, oblékání apod.), ale i po stránce emoční. Výsledkem je, že adolescent sabotuje veškeré své snahy o to, aby převzal roli a odpovědnost dospělého člověka, zároveň však dosahuje pseudoseparace a pseudoindividuace tím, že si vybírá životní styl velmi odlišný od života rodiny. Odmítá respektovat normy a hodnoty rodičů, bojuje s pravidly, zákony a konvencemi.

Pro optimální vývoj v období pubescence (12–16 let) je ještě žádoucí, aby byli mladší dospívající závislí na svých rodičích. U některých jedinců je užívání drog odrazem jejich předčasného zrání. Tato tzv. pseudodospělost mnohdy souvisí s dysfunkčností rodiny, kdy rodina neplní své důležité základní funkce, a její členové včetně dětí trpí neuspokojením základních vývojových potřeb.

Hlavním vývojovým úkolem adolescence, pátého stadia životního cyklu, je vytvoření **identity vlastního já** (Erikson 1958). Před adolescentem je výzva sjednotit své emocionální zkušenosti, identifikace, potřeby i libidózní pocity z předchozích stadií do smysluplného celku sebe sama. Formování identity je celoživotní proces, má průběhy i v dospělosti a stárí, nicméně pro adolescenci představuje formování identity centrální, klíčový úkol. Jedná se o rozřešení krize „identita versus zmatení rolí“.

Možnost objevení sebe samého a hrozba ztráty sebe sama staví do centra pozornosti adolescenta zájem o sebe sama. Je zřejmé, že tato sebe-vymezující a sebe-hledající komponenta má v průběhu dospívání klíčovou roli. Identita je prožívána jako pocit individuální sounáležitosti, jejíž potřebu staví Erikson na roveň potřebám základním.

Identita je psychologickou soudržností Já. Vzniká vakuum po původních identifikačních vzorech, sílí touha po nových, rychlých a dostupných zdrojích identitního posílení. V adolescenci je identita vystavena rozhodující zkoušce, ve které se vyjevuje, jak se podařilo syntetizovat předchozí vývojové etapy osobnostního zrání.

Rodiče jsou prvními osobami, od nichž se jedinec od raného dětství učí, jak se cítit, chovat, myslet, jak se vztahovat k sobě samému, k druhým, a ke světu. Mnohdy v některých etapách vývoje prožívá pocity frustrace. Čím ranější poškození, tím komplikovanější vývoj může nastat.

Některí adolescenti si prostřednictvím užívání drog vytváří „pseudoidentitu“ skrze dosažené identity „feťáka“. Přičemž se jedná spíše o dosažení dílčích a do značné míry jen vnějších, skupinami často fixovaných podob, které jsou dosažitelnější než identita vlastní. Tyto skupiny (subkultury) často používají drogy pro své explorační a sdružovací rituály. Adolescent, který „opustil“ své kořeny, jenž odmítal a který současně prožívá nejistotu své budoucnosti, snadno přijímá drogu jako prostředek přináležení k určitému společenství či jenom aktuální naladění se na tuto sounáležitost.

Hranice dospělosti se neustále posunuje do pozdějšího období, takže čas nejasné identity provázené úzkostí a potřebou dopingu či zklidnění se prodlužuje. Pohybování se v méně formálních skupinách, hledání alternativ, nezávazné experimentování spojené s užíváním





děti a jejich problémy II

drog spadá do tzv. psychosociálního moratoria. Dle J. Marcii (1980) se jedná se o jeden ze čtyř potenciálních stavů identity. Tento stav je charakterizován zažíváním krize identity spojené se stavy úzkosti a s pochybnostmi, experimentováním, zkoušením si různých rolí. Adolescent zatím na sebe nebere skutečné závazky.

ROLE PSYCHOSOCIÁLNÍCH FAKTORŮ OVLIVŇUJÍCÍCH UŽÍVÁNÍ DROG V ADOLESCENCI

Některé psychosociální faktory v mnohém ohledu ovlivňují chování adolescentů ve vztahu k drogám. Jsou to zejména **vliv rodiny, vliv vrstevníků a psychologické charakteristiky jedince**.

Mnoho faktorů vyvolává u některých, zejména mladých lidí, zvýšenou citlivost, vnímavost k zapojení se do světa drog, některé faktory naopak působí protektivně a naopak představují jakousi ochranu před vstupem do světa drog.

Mnozí autoři zaměřují svou pozornost právě na tyto faktory, které významným způsobem ovlivňují užívání drog (Peele 1988; McMurrin 1994; Maisto et al 1991; Shucksmith and Hendry 1998; Aldrige et al 1999).

Dle těchto autorů patří mezi klíčové faktory:

- sociální a kulturní (sociální třída, vliv rodičů a vrstevníků, kultura),
- psychologické (sebeúcta, „self-efficacy“, postoje),
- biologické (zděděné predispozice a reakce na drogy, hmotnost),
- situační (stres a jeho kontrola, sociální podpora).

Ve skutečnosti se jedná o vzájemné vztahy mezi těmito faktory. Výše zmínění autoři pak jednotlivé faktory vnímají v celém jejich komplexu vzájemných vztahů a podmínek, které vysvětlují, proč jedinec začíná užívat jakoukoli substanci měnící vědomí a proč se někteří lidé snáze stávají problematickými uživateli drog.

V další části textu se zaměříme zejména na **psychosociální** faktory, které se významně podílejí na vzniku adolescentního užívání drog. Jedná se především o interakci sociálního prostředí a individuální charakteristiky dospívajících.

Tyto faktory lze teoreticky dělit na rizikové, jejich vzájemná interakce může ve specifických situacích otevřít cestu k užívání ilegálních drog, ale také na faktory **protektivní**. Těmi se rozumí charakteristiky nebo podmínky, které mohou naopak rizika užívání drog minimalizovat. McMurrin (1997) shrnuje, že protektivní faktory zahrnují především:

- kohezní rodinu,
- sociální kontrolu,
- vrstevnické peer modely pro konvenční chování,
- vysoce postavenou hodnotu představující úspěch ve vzdělávání,
- netolerance deviace,
- pozitivní temperament.





VLIV RODINY

Rodina je významným psychosociálním faktorem ovlivňujícím postoje dětí k návykovým látkám. Může mít ochrannou roli před vstupem do světa drog, ale také přispět k riziku, že se drogy stanou pro děti přitažlivé.

Mnoho výzkumů a studií soustředících se na význam rodiny, kategorizovalo své výsledky týkající se vztahů v rodině a jejich vlivu na fenomén užívání drog.

Skretting (1994) uvádí Andersona, dle něhož představují důležité mechanismy:

- emocionální vztahy v rodině,
- kontrolní strategie rodičů,
- možné formy problémové vazby mezi rodiči,
- struktura rodiny.

Brook et al. (McMurran 1997) ve své longitudinální studii zkoumal rodinné faktory studentů vyšších škol. Autoři zjišťovali iniciaci k užívání drog (počátek vstupu do procesu experimentování) u těch studentů, jejichž příbuzní sami drogy v minulosti užívali nebo jsou s nimi v kontaktu v současnosti (alkohol, léky na předpis a ilegální substance) ve srovnání se studenty, jejichž příbuzní drogy neužívají. Studie prokazuje přímou nápodobu nebo vzor rodičovského a sourozeneckého chování ve vztahu k návykovým látkám.

Podobně Kandel et al. (McMurran 1997) prohlašuje, že užívání drog rodiči je asociováno s iniciací užívání ilegálních drog u mládeže. To znamená, že jedinci, jejichž rodiče mají zkušenost s užíváním návykové látky, ve zvýšené míře inklinují ke vstupu do procesu užívání ilegálních drog.

Mc Murran (1997, s. 59) cituje Hawkins et al. Ti ve své studii posuzovali rizikové faktory pro adolescentní užívání drog. Výsledkem bylo zjištění, že „riziko drogového abusu se objevuje tam, kde rodinný management charakterizují nejasná očekávání, nedostatečné monitorování chování dětí, malé nebo nedůsledné odměňování pozitivního chování a nadměrné, kruté a nedůsledné trestání nežádoucího chování.“

McKay et al. (McMurran 1997) konstatují, že adolescenti nadměrně konzumující alkohol pravděpodobněji vyrůstají v neemoční rodinné atmosféře, kde jsou nejasné role jednotlivých členů rodiny. Naopak kouření marihuany pozitivně koreluje „pouze“ s chyběním jasných rolí a pravidel. Rodinný management /řízení/ se zdá být důležitým faktorem.

Howkins et al (McMurran 1997) uvádí nízké pouto k rodině jako jeden z významných rizikových faktorů. Autoři zdůrazňují důležitost silné vazby k rodině, která je protektivním faktorem před užíváním drog, protože „zapojení se do rodinných aktivit ponechává méně času dětem pro kontakt s vrstevníky a podpoří zvnitřnění konvenčních norem a konvenčního, přijatelného chování“ (citováno v McMurran, 1997, s. 59).

Podobně Peele uvádí, že „užívání drog pravděpodobně bývá vyšší v narušené rodině, kdy mladí nežijí s rodiči, ale u jiných rodinných příslušníků, opatrovníků, na ulici apod., dále kdy rodinné vztahy jsou nešťastné a kdy rodina neuplatňuje sankce za užívání drog jejich dětí“ (Peele 1988, s. 149).





děti a jejich problémy II

Také Baer et al. (1993) zdůrazňují, že nižší kvalita vztahu rodič-dítě a slabé dovednosti rodičů socializovat své děti, se vztahují k obtížnostem v přizpůsobení v období dětství a adolescence.

A jaký je pohled rodinného terapeuta na rodiny, kde závislími na drogách jsou rodiče? Nakken (1988) nabízí svůj vlastní pohled a popisuje, že děti těchto rodičů jsou ohroženy vlastní závislostí na drogách nebo co-dependencí, tedy poruchou ze ztráty sebehodnoty, závislostí na směřování mimo sebe, zaměřením se na potřeby druhých a pečování o ně. Rodinní příslušníci se naučí „jazyk závislosti“ a vyhledávají osoby mluvící stejným jazykem. Závislé rodiny uzavírají s dětmi „tajemství“, které nesmí být vyraženo druhým, což je často stresující. Závislé rodiny učí své blízké lhát, nedůvěřovat lidem, nést psychickou bolest atd. Děti v průběhu svého vývoje nemají uspokojeny své vývojové potřeby, nezískají pozitivní posilující interakce, důvěru v druhého člověka, ani pozitivní emocionální energii.

Lze shrnout, že rodinné rizikové faktory podílející se na rozvoji ilegálního užívání drog u dospívajících zahrnují zejména:

- rodičovský vzor pro užívání těchto látek,
- dostupnost drog v rodině,
- sourozenecké užívání,
- nedostatek lásky, projevů citů a péče rodičů o dítě,
- nejasné, zmatené role členů rodiny,
- nejasná pravidla chování dětí,
- nedostatečné monitorování chování dětí,
- slabé citové pouto k rodině,
- vyrůstání mimo rodinu.

PŘÍBĚH: „Jsem strašně smutná, chce se mi pořád brečet. Těžko se mi o tom mluví... Delší dobu jsem na pervitinu. A dnes jsem se navíc od mého gynekologa dověděla, že jsem v tom, že jsem těhotná! Už je to prý asi pět týdnů. Jsem strašně zmatená, ale přesto mám pocit, že chci být mámou a ne feťáčkou. Otec toho dítěte taky jede v drogách a netuší, že jsem těhotná. A já mu to ani nechci říkat. Podle mě by to bylo nejhorší pro to dítě... Nechce se mi moc mluvit, proč beru. Je to hodně složité a na dlouho... týká se to mé rodiny a o tom se mi vážně teď nechce moc mluvit. Pomoc a podporu od nich rozhodně nemůžu žádat ani čekat... Mám strach, co bude s mým dítětem. Chci s tím přestat, nechci být závislá, ale mám z toho strach, mám strach, jestli to všechno zvládnu...“ Klientku zaujala nabídka léčby v jedné terapeutické komunitě pro matky s dětmi, kam mohou nastoupit i těhotné dívky a po porodu mají své dítě po celou dobu pobytu v komunitě u sebe. Klientka byla podpořena v rozhodnutí, že zavolá do příslušného K-centra a vyptá se na podmínky pobytu v této komunitě.

Zdroj: z rozhovoru s osmnáctiletou klientkou Linky bezpečí.





VLIV VRSTEVNÍKŮ

Kromě rodinných vztahů a prostředí mají na zneužívání drog vliv i další faktory. Mimo rodinu mají negativní vliv na chování spojené s užíváním drog i některé vrstevnické vztahy.

V období adolescence jsou vrstevníci velmi významní jako vzory pro napodobování chování, vzory osobnostních kvalit a dovedností. Vrstevnický vztah hraje důležitou, dynamickou vývojovou roli.

Vrstevníci očima mladých lidí nabízejí:

- radu,
- přijetí,
- zpětnou vazbu,
- pomoc.

PŘÍBĚH: „Je mi 14 let a mám stejně starou kamarádku. Mám o ní ale strach. Začala mít potíže s pitím a s marihuanou, chytla se party, která jí v tom podporuje. Nevím, jak bych jí mohla pomoci. Napadají mě možnosti, že bych to řekla rodičům, dala jí ultimátum. Nebo to nemá cenu a mám jí nechat být? Všechno se mi honí hlavou, ale nejspíš bych jí chtěla dát ještě poslední šanci. Už několikrát jsem jí řekla, že pokud se takhle bude chovat dál a bavit se s těmi samými lidmi, kteří berou drogy, nemůžeme se dál kamarádit. Ale nechtěla bych o ní přijít, chtěla bych, aby se to zase všechno spravilo a ona byla v pořádku...“

Zdroj: z rozhovoru se čtrnáctiletou dívkou.

Shucksmith and Hendry (1988, s. 99) uvádějí, že z perspektivy mladého člověka jsou „vztahy s přáteli a vrstevníky rozhodující pro chování vztahující se ke zdraví. Síť vrstevníků nabízí příležitosti vyzkoušet si nové chování a rozvíjet nezbytné sociální dovednosti s přáteli stejného i opačného pohlaví.“

Mladí lidé v tomto věkovém období jsou otevřenější k opozici a negování rodičovské autority (Youniss and Smollar, citováni v Shucksmith and Hendry 1988). Dle Kandela (McMurrana 1997) však nejsou členové všech skupin mládeže v takovém odporu k dospělým, s nulovou akceptací generačních hodnot.

Mládež si přeje být populární. Mnoho adolescentů zapojených do přediva vrstevnických vazeb bývá oblíbených právě proto, že náleží ke skupinám spjatým s konzumací alkoholu, kouřením, užíváním drog a chováním odmítajícím či překračujícím společenská pravidla a konvence.

McMurrana (1977) vysvětluje rozvíjení nápodoby užívání drog jako výsledek interpersonálního vlivu nebo tlaku vrstevníků v průběhu socializace. Autor však současně dodává, že problém s užíváním drog se může rozvinout již dříve a adolescenti si posléze vybírají přátele právě z řad uživatelů drog.

Také Shucksmith and Hendry (1988) vysvětlují tlak vrstevníků jako nezdravé aktivity





děti a jejich problémy II

zahrnující falešné informace a nepřesná očekávání jednání. Podle Peela (1988, s. 146) má pojem tlak vrstevníků různé významové konotace: „Obsahuje buď všeobecný postoj v celé věkové kohortě k drogám nebo obsahuje to, že nevinná mládež je nějakým utlačitelem nebo deviantními společníky nucena vzít si drogu.“ Samozřejmě mladý člověk není nevinnou obětí, ale členem party sdílející skupinové postoje, hodnoty, normy a podílí se na činnosti skupiny. A užití drogy je jeho vlastní volbou.

Rizikové faktory na úrovni vrstevníků:

- užívání drog vrstevníky,
- antisociální chování vrstevníků,
- šikanování,
- problémy s autoritami.

Někteří autoři se zabývají srovnáním relativního vlivu rodičů s vlivem vrstevníků. Podle Kandela (McMurrana 1997) vrstevníci (peers) významněji než rodiče sociálně ovlivňují fáze od iniciace po pravidelné užívání ilegálních drog. Současně je však zřejmé, že vliv rodičů má pravděpodobně deletrvající efekt než vliv vrstevníků.

Peel (1998) podotýká, že v případě ilegálních drog hraje větší roli sociální vliv vrstevníků tam, kde rodiče a jiné sociální figury běžně neposkytují pozitivní vzory chování. Peele cituje Kandelovy závěry, že vliv vrstevníků byl nejméně důležitý „tam, kde blízkost ve vztahu rodič-dítě byla hlavním determinujícím faktorem“ (Peele, 1998, s. 105).

„Rodiče mají počáteční vliv v poskytování vzorů pro chování spojené s užíváním drog a v učení hodnotám vztahujícím se k tématu alkoholu a drog. Jakmile jednou užívání drog započne, vrstevníci se stávají dominantním sociálním vlivem a rodiče se snaží o ovlivnění pouze nepřímo, například kontrolou sociálních aktivit a dodržování časového režimu adolescenta. Je samozřejmě, že každý si vybírá své přátele a dospívající může zvolit takové, kteří posílí to chování, ke kterému se rozhodne být upoután“ (McMurrana 1997, s. 61).

Experimenty s alkoholem nebo drogami v adolescentním vývojovém stadiu jsou většinou podmíněny chováním skupiny vrstevníků. Nicméně pravidelnější užívání a závislost na návykových látkách souvisí v převážné míře spíše s psychopatologií a rodinnou dysfunkcí. Mnozí adolescenti projdou skrze drogové experimentování, které může být považováno „jako odpověď na tlak a očekávání vrstevníků, které opustí až dospějí a stanou se sebevědomější ve své nezávislosti“ (Shucksmith and Hendry 1998, s. 131).

Jak vyplývá z výše řečeného, mnozí autoři nabízejí různé pohledy na téma vrstevnického působení. Je potřeba porozumět především způsobu, jakým si mladí lidé vybírají mezi vrstevníky, než nahlížet na skupinu vrstevníků jako na nátlakové ostří, které nutí mladé lidi zejména k rizikovým aktivitám.





PSYCHOLOGICKÉ CHARAKTERISTIKY

Je poměrně nesnadné odpovědět na otázku, jak osobnostní charakteristiky jedince ovlivňují užívání ilegálních drog. Chování spojené s užíváním drog mezi mladými lidmi je podmíněno souhrou mnoha různých faktorů, které se navzájem ovlivňují.

McMurran (1997) uvádí, že jestliže dospívající není dovedný v různých aktivitách, je velká pravděpodobnost, že má větší potřebu užít drogy než člověk s mnohými kompetencemi (dovednosti v sociální a volnočasové sféře) a člověk s pocitem zdraví a pohody. Jako další rizikové osobnostní charakteristiky uvádí víru v drogy a silné očekávání efektu drog.

Maisto et al. (1999) zastává názor, že zkušenosti mladého člověka s drogami, jeho přesvědčení, postoje a znalosti o drogách jsou částí jeho unikátnosti a osobnosti.

Peele (1988) podotýká, že různé osobnostní rysy jsou primární příčinou užívání drog. Nejčastěji se jedná o nízkou sebedůvěru a sebehodnocení, depresi nebo úzkost. Autor dokládá, že nejméně třetina adolescentních uživatelů drog vypovídá, že užívají drogy převážně pokud jsou úzkostní, když cítí hluboký smutek nebo když mají nepříjemné pocity spojené s nějakou sociální situací. Přestože Peel dodává, že literatura i výsledky jeho studií ukazují, že korelace mezi osobnostními rysy a užíváním drog není vždy signifikantní (statisticky významné). Současně však na základě svých výzkumů dospěl k závěru, že existuje vysoká korelace mezi užíváním drog a chronickým hněvem. Hněv je údajně zřídka studován jako faktor ovlivňující užívání drog a Peel uvádí tuto charakteristiku jako významný korelát adolescentního užívání drog. To může vést ke zvýšení pravděpodobnosti „okouzlení“ partou vrstevníků, kteří drogy užívají (Peele 1988).

Rizikové osobnostní charakteristiky:

- nízké sebevědomí a sebehodnocení,
- nedostatek schopnosti čelit tlaku vrstevníků,
- zdravotní handicap,
- poruchy chování v dětství,
- poruchy soustředění a pozornosti,
- agresivita,
- asociální chování,
- pozitivní očekávání efektu drogy,
- tendence experimentovat,
- zvědavost,
- chronický hněv,
- úzkost,
- stres.

Je evidentní, že dospívající začínají být angažováni do užívání drog z mnoha různých důvodů a že každý má svůj unikátní rizikový profil.

Newcombe et al.; Bry et al.; Farrell et al. (McMurran 1997) našli vysoce signifikantní vztah mezi počtem rizikových faktorů a rozsahem užívání drog v adolescenci. Tyto rizikové faktory jsou následující:

- užívání drog vrstevníky,
- deviace,





děti a jejich problémy II

- vnímané užívání drog dospělými,
- hledání senzací a dojmů,
- nízká míra sebedůvěry,
- narušený vztah k rodičům,
- vyšší hladina psychické tísně (stresu, úzkosti),
- časný kontakt s alkoholem,
- malá míra duchovnosti,
- neúspěch ve škole.

Čím více rizikových faktorů se vyskytne současně, tím je vyšší pravděpodobnost rizika zapojení do procesu užívání drog a ohrožení drogovou závislostí.

VZNIK ZÁVISLOSTI – BIOPSYCHOSOCIÁLNĚ-SPIRITUÁLNÍ MODEL

Odpověď na otázku jakým způsobem vzniká závislost poskytuje tzv. **biopsychosociálně-spirituální model závislosti**.

Příčina problému zřejmě tkví ve vzájemném vztahu mezi jedincem – uživatelem drog, sociálním prostředím a drogou. V jejich vzájemném vztahu je možné hledat přítomnost rizikových faktorů, které zvyšují pravděpodobnost užívání drog s vývojem následné závislosti, nebo naopak přítomnosti obranných, protektivních faktorů, které jedince před drogou či postupem v procesu k závislosti chrání. Můžeme si představit váhy, kde na jedné misce vah jsou právě rizikové faktory a na druhé faktory protektivní. Tam, kde převažují rizikové faktory, je ohrožení jedince drogou skutečně vysoké.

Heller (1996) uvádí, že se mladí lidé s drogou setkají, opět ji však spontánně opouštějí. Toto tvrzení však platí pouze pro určitou část adolescentů. Jedni drogu opustí, další část z nich však drogu opouští jen „podmínečně“. Záznam v mysli zůstává a k droze se vrací v době, kdy se jim nedostává mechanismů a sil ke zvládnání životních požadavků a nároků. Znají „kratší“ cestu k „řešení“.

„U adolescentů nelze rozlišit přesnou hranici mezi návykem a závislostí a v důsledku toho je v mnoha případech velmi obtížné stav diagnostikovat jako závislost. Často se můžeme setkat s termíny „experimentální“, „rekreační“ a jiné užívání drog mladistvými“ (Heller, Pecinová a kol. 1996).

Experimenty s drogou jsou pro určitou část adolescentů jakousi normou. Mnoho z nich po první zkušenosti s drogou odchází ze spirály vedoucí k závislosti. Někomu tato zkušenost nenaplnila očekávání, pro jiného to byl tak mimořádný zážitek, že raději v experimentu nepokračuje. Často jde o experiment a zážitek, prostřednictvím něhož splnil očekávání skupiny vrstevníků a který jej zařadil mezi vrstevníky, kteří mají obdobnou zkušenost – i on okusil „zakázané ovoce“.

Etapy vedoucí adolescenty na **cestě spirálou k závislosti** poutavě popisuje Votavová (1997):



1. etapa – experimenty s drogou – experimentující dospívající se často neomezuje pouze na jednu látku, jeden druh drogy. Určitá droga užitá za určitých podmínek a v určitém vztahovém kontextu, osloví určitým způsobem disponovanou osobnost a tato specifická souhra může otevřít „dveře do dalších etap procesu závislosti“.

2. etapa – rekreační užívání – dospívající jsou v této fázi drogou okouzleni, prožívají pocity „pohodovosti“ a podobných pocitů jako v období zamilovanosti do partnera. Na pomyslné misce vah převažují velké zisky, které dospívajícím užívání drog přináší, přičemž nevnímají hrozící nebezpečí změněné kvality jejich vztahu k droze. Zatím „žijí na dluh“. Droga se stává cílem – prostřednictvím „své drogy“ dosahují naplnění konkrétních očekávání, přání, např. vzdorovat autoritě nebo získat uznání vrstevníků, snížení úzkosti apod. Tento stav je pro dospívajícího přitažlivý a dosud i přijatelný, neboť zatím subjektivně neprožívá negativní fyzické, psychické ani sociální důsledky užívání drog.

3. etapa – fáze dvojího programu – někdy se tato fáze nazývá rovněž fází duální identity – adolescent prožívá jedno z nejnáročnějších období, kdy přibývají negativní zkušenosti a ztráty. Dochází k bilancování. Misky ztrát a zisků se mírně vyrovnávají a zároveň jsou v pohybu. Uživatel si začíná být vědom skutečnosti, že mu drogy ubližují. Opakovaně se zaobírá myšlenkou přestat drogy užívat, v některých případech dospěje k rozhodnutí „drogy nebrat“. Pro tuto etapu je však charakteristický souběh dvou paralelních programů. Jedním je zmíněný abstinční program a druhým je naopak prodrogový paralelní program – „drogy jsou to nejhezčí, co jsem v životě prožil, poznal“. Tato ambivalence, může vést k pocitu bezmoci, chaosu, nedůvěře ve vlastní síly apod.

4. etapa – droga na plný úvazek – dospívající propadl závislosti, droga mu „dovoluje“ žít. Ráno se budí s nastupujícími abstinčními příznaky a celý den věnuje shánění financí, pak shánění na své drogy, své dávky. V této fázi má mnoho z uživatelů drog často i opakovanou, leč neúspěšnou zkušenost s léčbou své závislosti. Závislost na droze přechází do závislosti na zažitém stereotypu života.

5. etapa – drogový stereotyp života – závislý adolescent drogy zneužívá, mnohdy prodává nebo vyrábí, mluví o nich, myslí na ně, jsou jeho jedinou radostí a zároveň „tisícovým prokletím“. „Droga je celý můj život“.

Tato cesta – spirála vedoucí k závislosti – je jakýmsi modelem, prostřednictvím něhož lze popsat cestu od experimentu s drogou po závislost na ní, kdy uživatel ztrácí kontrolu nad svým chováním, drogou a jejím užíváním a kdy se propadá do závislosti. Mnozí adolescenti projdou všemi etapami, aby dospěli do hluboké závislosti na droze, jiným se podaří z této spirály uniknout dříve, než droze zcela propadnou.

PŘÍBĚH: „Už asi 6 měsíců jedu na pervitinu. Chci ale přestat. Mám teď pocit, že mi droga víc bere než dává... Mám neustále konflikty s kamarády, zapomínám, trpím nechutenstvím, hrozně hubnu...“ Dívka nejdříve odmítala kontakt na odbornou pomoc: „Zvládnu to sama, musím to přece zvládnout...!“ Nakonec však dospěla k rozhodnutí využít odborné pomoci. Nenamlouvá si, že má užívání pod kontrolou, chce začít abstinovat a je si vědoma toho, že to zřejmě v této fázi již nezvládne bez pomoci druhých.

Zdroj: telefonický rozhovor se šestnáctiletou dívkou.





děti a jejich problémy II

PŘÍBĚH: „Dobrý den. Chtěla bych se poradit. Nevím, na koho se obrátit, ale potřebuji to s někým probrat. Máme syna, je mu šestnáct let. Máme podezření, že je na drogách. Rozhodla jsem se mu nechat udělat test z moči. Mám strašný strach z toho, když bude výsledek pozitivní, když bude jasné, že náš syn skutečně něco bral... mám z toho takový strach, až je mi úzko. Potřebovala bych nějaký kontakt na odborníky, na nějaké centrum, kde se touhle problematikou zabývají. Chtěla bych si o tom promluvit a taky si ujasnit, co bych měla dělat, jak se chovat... Víím, že by pomoc potřeboval i syn. Prošli jsme oba náročným obdobím. Před několika měsíci jsem opustila manžela, který se o mě vůbec nezajímal. A syn evidentně bojuje s přítomností mého nového přítele. V příteli mám oporu, ale syn to těžce nese. Dokonce začal krást a lhát... Ale pravda je, že ty krádeže a lhaní se už objevily minulý rok, ještě před mým rozchodem s manželem. Řešili jsme i přeřazení na jinou školu. Syn propadl, opakuje první ročník. Mám hrůzu z toho, jak to všechno dopadne...“

Zdroj: Rodičovská linka – z rozhovoru s matkou šestnáctiletého chlapce.

Nikdo při experimentování s drogou nemůže odhadnout, zda právě on neuvízne v pavoučí síti závislosti. Lze odhadnout některé rizikové či protektivní faktory. Nicméně existují specifické spouštěče k iniciaci užívání drog, určité okolnosti, které spolu s osobnostními charakteristikami v dané vývojové etapě vytvářejí zcela jedinečný rámec, který zvýší či naopak sníží odolnost proti droze.

Pozitivním momentem se zdá být skutečnost, že většina dospívajících po jenom či několika málo experimentech s drogou tuto scénu opouští. Jakýmsi tichým spojencem je samotný proces zrání.

MOŽNOSTI ÚZDRAVY

Značným problémem při práci s adolescenty užívajícími návykové látky je skutečnost, že se někteří jedinci chtějí „zbavit“ problému spojeného s užíváním drog, ale schází jim skutečná motivace k osobnostní změně. Tento jev mnohdy evokuje použití terapeutického přístupu, který nebývá zaměřený na pomoc člověku, ale pouze na odstranění označeného ohrožujícího symptomu. Ovšem dobře fungující poradenství či léčba by neměla na dynamiku osobnosti a její důležitost v procesu sebeúzdavného procesu zapomínat. Pracovníci pomáhajících profesí by měli mít dostatečné penzum vědomostí a znalostí o základních osobnostně dynamických a vývojových fenoménech.

Dospívajícího je třeba zaujmout a angažovat na procesu změny vedoucí k úzdruvě. Je důležité zprostředkovat mu vztah, který je zajímavý a atraktivní, ale především nový, nezatížený a nepatologický (Bartošíková, Miovský a Kalina, kapit. 6/4). Tento vztah by





měl být charakterizován svobodou, pocitem bezpečí s jasně vymezenými hranicemi. Měl by dospívajícího naplňovat v jeho přirozených potřebách, ale zároveň by mu měl umožnit neskrývat své nedostatky, dovolit mu chybovat a nést si důsledky svého jednání a chování apod.

Dle Broží (2003) důležitou roli v procesu údravy dospívajícího hraje také prostředí, ve kterém se spolupráce odehrává. Mělo by být důvěryhodné, dospívající potřebuje vnímat, že on je středem terapeutovy pozornosti. Současně, jak bylo zmíněno výše, měl by být informován o jasných hranicích vzájemného vztahu.

V podstatě se jedná o prostor nezbytný k tomu, aby si adolescenti mohli dovolit být sami sebou – se svými zmatky, vzteky, slabostmi, úzkostmi apod., aby mohli alespoň částečně opustit svou stylizaci (obranu, falešné já...) a mluvit o svých skutečných pocitech, potřebách, plánech...

Aktivita a činnosti, kterými v takovém prostoru procházejí, mají svou psychoterapeutickou, tedy uzdravující hodnotu.

ZÁŽITKOVÁ TERAPIE

Mezi významné faktory ovlivňující práci s dospívajícími je uváděna tzv. **zážitková** terapie. Jsou jimi například atraktivní zátěžové programy v přírodě, např. turistika, horolezectví, vodáctví, cyklistika... v rámci nichž je dospívající nucen se vyrovnávat se skutečnou zátěží. Zážitky vytvářejí přirozenou a srozumitelnou situaci, zlidšťují vztah mezi terapeutem a dospívajícím klientem. Terapeut je v těchto podmínkách vystavován zvýšenému tlaku na udržení si jasných hranic terapeut – klient (Broží, 2003).

Další formy práce jsou individuální i skupinové – např. v denním stacionárním programu či pobytovém, specificky zaměřeném středisku výchovné péče nebo v terapeutické komunitě. Nutnou podmínkou je motivovanost adolescenta vstoupit do tohoto typu péče. Optimální by samozřejmě bylo, kdyby cílem údravného procesu dospívajícího byla úplná abstinence. Nicméně mnozí dospívající nechtějí zcela abstinovat. Podrobují se léčbě, protože tím plní přání rodičů nebo reagují na zvýšený tlak rodičů či kurátorů pro mládež apod., ale sami zatím nemají dostatečně silnou vnitřní motivaci přestat užívat, abstinovat.

PŘÍBĚH: „Chce se mi brečet, když si uvědomím, jak se můj syn za poslední rok a půl změnil k nepoznání. Ještě před rokem to byl jeden z nejlepších a nejslibnějších volejbalistů na základní škole, neměl problémy s učením, byl to premiant třídy. Ted' odmítl dělat zkoušky na střední školu, vlastně ted' není ani schopen docházet na učební obor, kam byl nakonec přijat. Lže, kouří marihuanu, nic nedělá, je agresivnější. Jakoby vše začalo rozvodem. Začal úplně bojkotovat sport, který si přál otec. Začal se izolovat od kamarádů a spolužáků sportovců. Našel si novou partu a začaly problémy. Nedokážu s ním pořádně mluvit, jako bychom k sobě úplně ztratili cestu...”

Zdroj: Rodičovská linka – z rozhovoru s matkou patnáctiletého chlapce.





děti a jejich problémy II

RODINNÁ TERAPIE

Rodinná terapie patří mezi efektivní léčebné programy, a to zejména u adolescentů. Je založena na různých teoretických principech a přístupech, jejichž cílem je podpořit úzdravu, změnu. Zaměřují se na potíže v komunikaci, problematické vztahy, vymezení hranic v rámci rodiny apod. Snaží se posílit vzájemnou vazbu mezi jednotlivými členy rodiny a rozpouštět koalice uvnitř rodinných vztahů (např. koalici dítěte s jedním rodičem, často s matkou). Rodinná terapie se zaměřuje rovněž na posílení snahy pomoci svému dítěti žádoucím způsobem. Zásadním bodem je vycházet z potřeb daného dítěte, možností rodiny a odborného mapování situace.

Cílem rodinné terapie je především dosáhnout přijatelné dohody, týkající se vzájemného soužití a prosazení přiměřených pravidel společného života, určit povinnosti, odměny a sankce, aby dítě mohlo předvídat, jaké důsledky bude mít případně jejich porušování a nepřijatelné chování.

Rodiče jsou směřováni k uvědomění si svých nástrojů změny a možností tlaků a odměn, které mají k dispozici. Klíčové je i uvědomění si a změna vžitých komunikačních vzorců, které mohou u dítěte spustit relaps – návrat k droze a nechtěné „posílení“ mechanismů podporujících užívání.

Rodiče se učí dovednostem, jak posilovat sebevědomí dítěte, jak přizpůsobit svá očekávání realitě, jak vhodně organizovat volný čas, jak hledat kontakty, případně pomoc v krizových situacích.

Při systematické terapeutické práci s rodinou se uzavírá kontrakt mezi terapeutem a rodiči, případně terapeutem a dospělým klientem o formě a obsahu spolupráce (úzdravného procesu).

PŘÍBĚH: „Můj vnuk, je mu 17 let, má velké problémy s krádežemi, lhaním, nedodržuje domluvená pravidla. V prvním ročníku SŠ propadl. Kouří marihuanu. Jeho rodiče o tom vědí a mají podezření na zneužívání i dalších drog. Zajišťuji mu ale maximální materiální komfort, s čímž rozhodně nesouhlasím. Vnuk začal být k rodičům vulgární, manipuluje s nimi a oni snad nevidí nebo nechťejí vidět, že se řítí do propasti...!“

Zdroj: Rodičovská linka – z rozhovoru s dědou sedmnáctiletého vnuka.

Cíle terapeutického a poradenského působení:

- změna žádoucím směrem k abstinenci, zdravému životnímu stylu,
- náprava problémů v komunikaci,
- zaměření se na problematické vztahy,
- stanovení rodinných pravidel,
- vymezení hranic v rámci rodiny,
- posílení vzájemné vazby mezi rodiči a dětmi,
- odstranění koalic uvnitř rodinných vztahů.





Jako efektivní se jeví rodinnou terapii kombinovat s dalšími programy, např. individuální terapií adolescenta nebo pobytovou léčbou. Rodiče mohou navštěvovat svépomocné rodičovské skupiny, často potřebují sami krizovou intervenci a individuální podpůrnou psychoterapii.

PŘÍBĚH: Na Rodičovskou linku se obrátil starší muž, který zpočátku hovořil o tom, že volá ohledně svého syna. Po chvíli se však svěruje, že by vlastně potřeboval pomoci sám: „Jsem už v neúnosné situaci. Syn byl závislý na pervitinu, nyní abstinuje, ale svým chováním ohrožuje mě i mou mladší dceru, která se z obav přestěhovala ke svému příteli. Můj syn se chová paranoidně, stav se zhoršuje den ode dne. Afekty, agresivita, rozbíjení dveří apod. Už sám nevím jak dál. Nejvíc bych si přál klid, být pryč. Nemůžu být doma a teď už ani v práci. Nikde nemám klid, nevím, co dělat, ale takhle to už nejde...“

Zdroj: Rodičovská linka – z rozhovoru s otcem dvaadvacetiletého syna.

Terapie zaměřené na rodinu jsou účinnými nástroji pro dosažení změny postoje k užívání drog, snížení intenzity nebo úplné abstinenci a udržení těchto pozitivních výsledků. Změna se pozitivně promítá do celkového fungování rodiny (včetně rodičovského páru). Členové rodiny pomalu opouští některé své obranné mechanismy (např. popření), připouštějí si svůj podíl na vzniklé situaci. Rodiče si během terapie trénují nebo zlepšují své rodičovské dovednosti, jako například: odměňování pozitivních způsobů chování, prosazování zdravých pravidel vzájemného soužití, zvládání konstruktivních způsobů řešení konfliktních situací tak, aby rodič mohl, sloužit dítěti jako pozitivní model apod. Schmidt a kol. (1996).

Optimální přístup k dítěti s problémem užívání drog se dá dle Nešpora (1996) výstižně nazvat „tough love“, tvrdá láska. To znamená vřelost a zájem pomoci dítěti, ale odmítání přímo nebo nepřímo podporovat proces užívání drog. Ne vždy je však možné využít tuto formu péče, někdy se rodinní příslušníci odmítají sezení účastnit, nejsou k dispozici, nebo nepodporují abstinenci (Rotgers, F. a kol., 1999).

PSYCHOPATOLOGIE

PŘÍBĚH: „Dcera má dlouhodobé problémy s drogami, alkoholem, nedokončila několik léčebných pobyťů. Teď se po dvou týdnech vrátila domů v dosti zuboženém stavu. Na ramenou má známky po řezných ranách, mám pocit, že si to způsobila sama. Mám o dceru strach, nevím, jak jí pomoci, léčba nezabírá, respektive ji odmítá nastoupit nebo dokončit.“

Zdroj: Rodičovská linka – z rozhovoru s otcem devatenáctileté dívky.



děti a jejich problémy II

Vedle léčby drogové závislosti je vhodné a v některých případech více než nutné, aby klienti podstoupili rovněž psychiatrické či psychologické vyšetření, zda nejsou přítomny i jiné poruchy, jako např. úzkost, deprese, poruchy osobnosti, poruchy pozornosti a chování apod. Velice často se u drogově závislých objevují sebevražedné tendence. Zejména u dívek se často objevují symptomy poruch příjmu potravy, sebepoškozování apod.

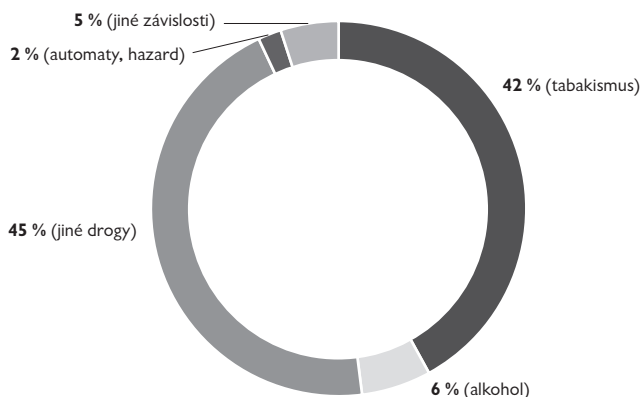
PŘÍBĚH: „Začalo to asi před pěti lety. Tehdy se oběsil táta. Přišla jsem o všechny kamarády, jsem úplně na dně, připadám si, že jsem na všechno sama. Dneska se se mnou rozešel můj přítel. Je sice o 10 let starší, ale chodili jsme spolu dlouho. Dokonce jsem s ním čekala dítě, ale nakonec jsem šla na miniinterruptci. Bojím se, co bude dál. Začala jsem zase pít, ale vím, že to nikam nevede. Už dřív jsem si zkusila podřezat žíly, spolykat prášky.... Ted' se bojím sama sebe. S matkou ani s bratrem si nerozumím, ti by mi nepomohli. Ale sama to asi nezvládnu. Současné ale nechci nikam do žádného ústavu, nechci být někde zavřená...“.

Zdroj: Linka bezpečí – z rozhovoru se sedmnáctiletou dívkou.

ALKOHOL A DOSPÍVAJÍCÍ

Převážná část tohoto článku je zaměřena zejména na nealkoholové drogy. Toto zacílení je kromě jiného odrazem počtu případů různých závislostí řešených v rámci hovorů vedených na Lince bezpečí. Nealkoholová závislost představuje velmi aktuální téma. Přibližně polovina všech hovorů dětí a dospívajících na téma „Závislosti“ se týká právě závislostí na nealkoholových drogách, jak prezentuje graf 1.

graf 1: distribuce různých forem závislostí





Ačkoli problematika alkoholu je v telefonátech dětí a dospívajících zastoupena jen okrajově, přesto se jedná o nejrozšířenější drogu, která má charakter legální a snadno dostupné drogy, a to i mezi dospívajícími jedinci.

V roce 2003 byla v ČR realizována studie ESPAD – Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách. V rámci tohoto výzkumu bylo dotázáno celkem 3 172 respondentů. Cílovou skupinou byli šestnáctiletí studenti. Z výsledků této studie vyplývá, že je v ČR spotřeba alkoholu u této věkové kategorie dlouhodobě na poměrně vysoké úrovni. Tento fakt odpovídá i vysoké spotřebě alkoholu mezi dospělými. 98 % studentů ve věku 16 let alespoň jednou ochutnalo alkohol, mezi pravidelné konzumenty alkoholu patří přibližně 60 % studentů téhož věku.

Plných 15 % dotázaných respondentů spadá do skupiny tzv. problémových konzumentů alkoholu. Tito šestnáctiletí problémoví konzumenti alkoholu vypili 3 nebo více piv, nejméně 3,5 dcl vína, 3 a více skleniček destilátu při poslední příležitosti, přičemž alkoholické nápoje konzumovali více než 5krát za poslední měsíc, ve stejném období se alespoň jednou opili a alespoň 3krát konzumovali 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti. Z pohledu pohlaví se z celkového souboru respondentů jednalo o 21 % chlapců a 10 % dívek.

43 % respondentů lze zařadit do kategorie konzumentů se zvýšeným rizikem. Jedná se o konzumenty, kteří splňují alespoň jednu až tři charakteristiky týkající se předchozí skupiny tzv. problémových konzumentů alkoholu. Zvýšené riziko bylo shledáno u 45 % chlapců a u 43 % dívek.

Jak vyplývá z výše zmíněné studie, naše mládež nejčastěji konzumuje pivo, na druhém nejfrekventovanějším místě jsou destiláty. Víno se jako oblíbený nápoj „umístilo“ celkově na třetím místě. Poměrně velmi rozšířeným a rizikovým jevem je konzumace více druhů alkoholu při jedné příležitosti.

Mnoho výzkumných studií poukazuje na úzký vzájemný vztah mezi postoji a pozitivními či negativními očekáváními ve vztahu ke konzumaci alkoholu, jeho spotřebou a nadměrným užíváním. Očekávání ve vztahu k alkoholu se formují již od dětství, s věkem se postupně mění, a to v souvislosti s vlastní zkušeností s pitím alkoholu, která se zpětně promítá do dalších očekávání. V raném věku převažuje spíše negativní očekávání. Později se objevují očekávání pozitivní, která převládají do dospělosti. Dospívající se domnívají, že pití alkoholu usnadňuje sociální chování, zvyšuje bdělost, zlepšuje prožitky a snižuje napětí.

Rovněž i mezi dotázanými studenty v rámci studie ESPAD převažují pozitivní očekávání nad negativními. Zejména tzv. problémoví konzumenti alkoholu jsou přesvědčeni, že jim konzumace alkoholu zlepšuje náladu, cítí se být přátelštější, otevřenější, uvolněnější. Konzumace alkoholu jim současně usnadňuje zapomenout na starosti, dokonce polovina z těchto problémových konzumentů se cítí být šťastna.

Ostatní dotázaní respondenti z řad abstinentů či experimentálních uživatelů alkoholu a mírných konzumentů mají výrazně nižší pozitivní očekávání. 70 % z nich považuje za možné mít veselější náladu. 50 % z těchto respondentů se domnívá, že díky alkoholu mohou docílit otevřenějšího přístupu k druhým lidem a pocitu uvolněnosti. U skupiny problémových konzumentů se kromě pozitivního očekávání (viz výše) objevují zároveň i některá negativní očekávání, a to mnohdy na základě





děti a jejich problémy II

vlastní zkušenosti. Dle jejich výpovědí se nejčastěji jedná o potíže s policií, návykové pití, riziko kocoviny, apod.

Závěry zmíněné studie potvrzují, že vyšší pozitivní očekávání vedou k vyšší frekvenci pití alkoholu a také k vyššímu objemu vypitého alkoholu. Negativní očekávání se objevují ve vyšší míře u problémových konzumentů, pravděpodobně na základě jejich vlastní zkušenosti doprovázející konzumaci alkoholu. Ovšem očekávání nejsou jediným faktorem, který ovlivňuje úroveň konzumace alkoholu a přístup k němu. Další významnou roli hraje např. věk, pohlaví a osobnostní charakteristiky jedince (Lejčková P., Csémy L., 2006).

PŘÍBĚH: „Mám problém s pitím alkoholu. Je mi 18 let. Poměrně pravidelně se mi stává, že se opiju. Dostala jsem kvůli tomu i podmíněčné vyloučení ze školy. Navíc se se mnou chce rozejít přítel, se kterým už nějaký čas chodím. Ale nevím, co všichni mají, mám to pod kontrolou. Ale asi s tím budu muset něco dělat, aby mě nevyhodili ze školy. A také moc nestojím o ten rozchod s mým klukem. Dal mi ultimátum, jako bych byla nějaká alkoholička... Přitom jde jen o to, že si chci popovídat se známými, chci, aby mi bylo příjemnějš'. A někdy piju jen tak, třeba abych zapomněla... Mám některý nehezky vzpomínky, který bych nejraději úplně vymazala. V dětství jsem byla zneužívaná, zemřel mi přítel...“.

Zdroj: z rozhovoru s osmnáctiletou dívkou.

SOUČASNÝ STAV DROGOVÉ PROBLEMATIKY V ČR

NEALKOHOLOVÉ DROGY

Podle průzkumů z let 2002 a 2004 vyzkoušelo nelegální drogu asi 20 % dospělé populace. Odhaduje se, že v dospělé populaci je 2,6 % osob užívajících konopné látky nejméně jednou týdně. To představuje přibližně 190 000 osob.

Mezi dospívajícími je tento podíl ještě vyšší. Zkušenosti s drogami má přibližně 25 % žáků ZŠ a 50 % studentů SŠ. Nejčastěji vyhledávanými nelegálními drogami jsou konopné látky a extáze. V populaci žáků ZŠ je poměrně častá zkušenost s užíváním těkavých látek. Zkušenosti s opiáty a stimulanty (pervitinem, kokainem) mají děti a dospívající v ČR minimální.

V rok 2006 byl v ČR odhadován počet problémových uživatelů drog (heroinu a stimulačních látek) na přibližně 30 000 lidí. 19,7 tisíc z nich je uživateli pervitinu a 10,5 tisíc je uživateli opiátů. Počet intravenózních uživatelů drog je odhadován na 29 tisíc. Odhad problémových uživatelů Subutexu je 4,3 tisíce. Jedná se o přípravek, určený pro substituční léčbu závislosti na opiátech, který je k dostání v lékárnách na předpis jakéhokoliv lékaře.



Pozitivním zjištěním různých studií je skutečnost, žežívání drog v obecné populaci se stabilizovalo a objevily se první známky jeho poklesu. Poklesl počet žadatelů o léčbu, snížil se počet léčených injekčních uživatelů, rovněž došlo ke snížení počet smrtelných předávkování drogami. Výskyt infekcí (HIV, virové hepatitidy typu B a C) mezi uživateli je stabilní, nedochází k epidemickému šíření. Výskyt HIV mezi injekčními uživateli je dle dostupných studií hluboko pod 1 %. K 31. 12. 2006 bylo v ČR evidováno celkem 920 osob pozitivních na HIV.

60 % žadatelů o léčbu užívá stimulancia, 25 % opiáty a 18 % konopné látky. Ženy tvoří třetinu všech žadatelů o léčbu. Nejvyšší podíl připadá na žadatele ve věkové kategorii 15–19 let. Počet osob ve věku do 19 let, které v minulém roce požádaly poprvé o léčbu, bylo registrováno celkem 1327, což představuje pokles oproti minulým 10 letům.

Česká Republika se opět zapojila do mezinárodní školní dotazníkové studie HBSC zaměřené na zdraví, životní styl a chování k vlastnímu zdraví. Výsledky poukazují na skutečnost, že mezi lety 2002 a 2006 došlo k poklesu celoživotních zkušeností žáků 9. tříd se všemi nelegálními drogami, včetně konopí a extáze, a to z původních 30,5 % na současných 25 %. Nicméně negativním jevem je skutečnost, že dochází k nárůstu užívání některých těkavých látek (9 % dotázaných). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006.

ALKOHOL

V celosvětovém žebříčku patří ČR dlouhodobě mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. V konzumaci piva jsme dokonce na prvním místě (na jednoho obyvatele a rok připadá přibližně 160 litrů alkoholu).

25 % populace dospělých mužů a 5 % populace žen jsou pravidelnými konzumenty alkoholických nápojů. Pravidelná konzumace alkoholu nese riziko vzniku a rozvoje závislosti a s tím spojených vážných zdravotních obtíží (Popov, 2003).

STATISTIKA LINKY BEZPEČÍ

Pro dokreslení drogové problematiky řešené v rámci hovorů vedených na Linku bezpečí, jsou brána v potaz data za období posledních 5 let, a sice **od roku 2002 do roku 2006**. V tomto období bylo vedeno celkem 11 461 hovorů, v rámci nichž byl řešen problém závislosti (tato suma nevyjadřuje absolutní počet volajících dětí a dospívajících, ale počet volání v kategorii závislosti, neboť jeden klient mohl využít služeb Linky bezpečí opakovaně). Graf 2 dokumentuje meziroční srovnání počtu hovorů vedených na téma „závislosti“.

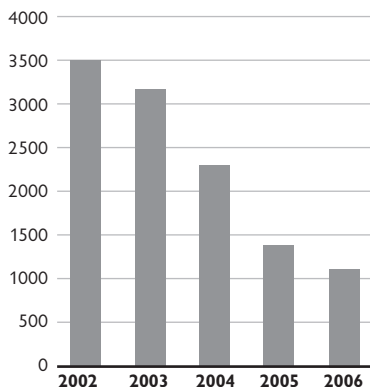
Hovory na téma „závislosti“ se na celkovém počtu tematických hovorů podílejí přibližně třemi procenty. Ovšem sekundárně se může toto téma vyskytovat i v jiných hovorech, které jsou uvedeny v databázi Linky bezpečí pod jinou tematickou kategorií.



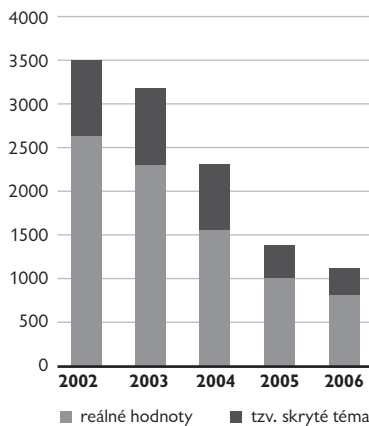


děti a jejich problémy II

graf 2: vývoj počtu hovorů vedených na téma „Závislosti“ v průběhu let 2002–2006



graf 3: vývoj počtu hovorů vedených na téma „Závislosti“ a podíl hovorů tzv. reálných v průběhu let 2002–2006



Alarmující je skutečnost, že ačkoli celkově klesají počty hovorů na téma „Závislosti“, přesto se s touto problematikou denně na Linku bezpečí obrací v průměru 6 dětí či dospívajících.

Od roku 2002 zaznamenala tematická kategorie „Závislosti“ poklesl až o 70 %. Důvodem však může být postupně se rozšiřující nabídka služeb pomoci (ambulantní preventivní a léčebná centra, internetové poradny, chat). Relativní pokles počtu hovorů s danou tematikou může částečně být i výsledkem primárních programů realizovaných na školách, působení masmédií, apod.

Celkový počet hovorů na téma „závislosti“ je možné rozdělit z hlediska reálnosti konkrétních hovorů. Reálné hovory tvoří přibližně dvě třetiny všech volání, což je průměr za 5leté období. Ostatní hovory jsou subjektivně hodnoceny konzultanty jako tzv. skryté. Jedná se o hovory, kdy děti imitují dané téma, dále hovory s náznakem agrese, žertů, hovory, kdy volající žádají pouze poskytnutí určité informace apod.

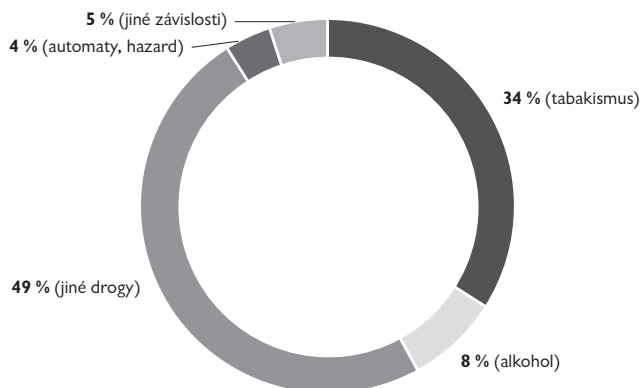
Dle grafu 3 je evidentní, že počet reálných hovorů v roce 2006 oproti roku 2002 klesl téměř o 2/3, obdobně i hovory tzv. skryté.

Do kategorie závislosti spadají řešená témata týkající se kouření tabáku, pití alkoholu, užívání nealkoholových drog, hraní automatů (gambling) a hazardních her, závislosti na sektách, případně jiných závislostí (např. workoholismus – závislost na práci apod.).

V období let 2002–2006 bylo Linkou bezpečí přijato a řešeno celkem 11 461 hovorů na téma „Závislosti“. Jak je dobře patrné z grafu č. 1 a z grafu 4 v hovorech dětí a dospívajících se nejčastěji objevovalo téma nealkoholových drog (např. marihuana, pervitin, heroin, toluen, halucinogenní drogy...). Toto téma představovalo téměř polovinu hovorů



**graf 4: zastoupení jednotlivých témat v hovorech s problematikou „Závislosti“
(sledované období: leden–září 2007)**



v kategorii „závislosti“. Druhým nejčastějším tématem je téma kouření tabáku, které je reprezentováno 42 % volání. Děti a dospívající často volají s dotazy ohledně škodlivosti kouření, zajímají se o informace a možnosti, jak přestat kouřit, jak naložit s chutí na cigaretu a s odvykáacími příznaky. 6 % telefonátů v rámci tematické kategorie „Závislosti“ odpovídá tématu „problémy s alkoholem“.

Poměrně velká část dospívajících volá s cílem nalezení forem pomoci pro svého kamaráda, který má problémy s užíváním drog. Služeb Linky bezpečí rovněž využívají i partneři uživatelů drog, kteří hledají pomoc a podporu v jejich složité situaci. Na Linku bezpečí se však obracejí převážně samotní experimentátoři a uživatelé nealkoholových drog i konzumenti alkoholu. Častá volání se týkají jejich přání přestat s užíváním návykové látky, a zároveň potíží překonat chuť, touhu po droze. Ojedinelé nejsou ani volání dětí a dospívajících, kteří hledají způsob, jak pomoci svému rodiči či oběma rodičům přestat pít alkohol.

Celkově se nejčastěji volající s problémem ohrožení drogovou závislostí svěřují svým vrstevníkům, ke kterým mají důvěru a nalézají u nich pochopení. Menší procento volajících se svěří rodičům.

Nejmladším volajícím s problematikou závislosti bylo 8 let. Ve věkové skupině do 17 let věku převažují volání děvčat. V případě 17ti a 18tiletých klientů se počty volajících dospívajících dívek a chlapců vyrovnávají, přičemž mírně převažují chlapci.

Z celkového počtu řešených témat v kategorii závislosti bylo 70 % z nich řešeno hovorem (povídáním) o problému. Přibližně v 15 % volání byli volající odkázáni na příslušné instituce pomoci. Mezi nimi jsou dospělí, kteří se občas na Linku bezpečí určenou dětem a dospívajícím dovolají, a mnohdy právě s tématem podezření na užívání drog u svých dětí. Je jim předán kontakt na adekvátní pomoc.



děti a jejich problémy II

STATISTICKÁ DATA Z ROKU 2007 Z OBDOBÍ OD 1. LEDNA DO 30. ZÁŘÍ

Následující tabulka ukazuje, že celkové procento podílu hovorů kategorie závislosti ke všem hovorům Linky bezpečí v roce 2007 kleslo ze 2,6 % (údaj za rok 2006) na 2,1 %. Trend klesání počtu volání na toto téma pokračuje. V databázi je zaznamenáno celkem 483 volání v kategorii závislosti od 1. 1. 2007 do 30. 9. 2007.

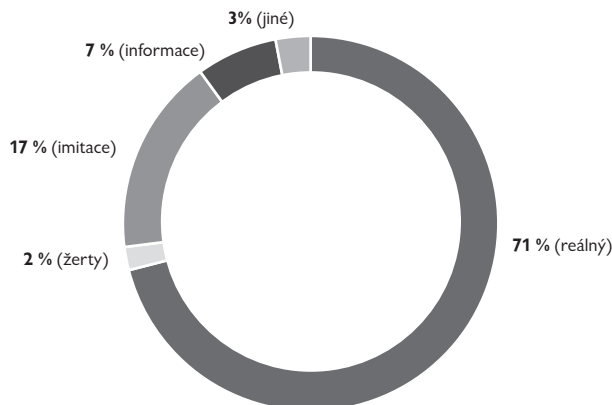
tabulka 1: celkový počet všech hovorů týkajících se tématu závislosti za tři čtvrtiny roku 2007

Rok 2007 (jednotlivé měsíce)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	celkem
Celkový počet volání	64	69	61	38	40	57	54	63	37	0	0	0	483
Podíl na tématikách hovorech	2,3 %	2,4 %	2,1 %	1,5 %	1,5 %	2,1 %	2,2 %	2,6 %	1,9 %				2,1 %
Denní průměrný počet hovorů	2	2	2	1	1	2	2	2	1	0	0	0	2

Z grafu 5 je patrné, že téměř dvě třetiny hovorů jsou tzv. reálné, necelých 30 % tvoří hovory tzv. skryté, z nichž nejvíce jsou zastoupeny imitující hovory. Dále volající žádají poskytnutí informací. Některé hovory spadají do kategorie „žertovné hovory“ a jiných. Celkově volají více dívky (60 %), co se týče hovorů skrytých, volající bývají častěji chlapci.

Děti a dospívající využívají nabídku pomoci s řešením tématu závislosti nejen prostřednictvím volání na bezplatnou Linku bezpečí, ale i dalších služeb. Mezi ně patří zejména Chat Linky bezpečí a Internetová Linka bezpečí.

graf 5: procentuální vyjádření podílu reálného a skrytého hovoru (dle typu)





Dospělým, zejména pak rodičům, prarodičům a jiným blízkým dětí a dospívajících je určena Rodičovská linka. Za poslední rok, tedy od září 2006 do září 2007, je v databázi Rodičovské linky zaznamenáno celkem 16 poradenských hovorů tématicky řazených do kategorie „Závislosti“. Kromě rodičů dospívajících dětí ohrožených drogovou závislostí, využívají tuto formu pomoci rovněž prarodiče, kteří hledají pomoc v případě drogové závislosti svých dětí (kteří jsou v roli rodičů) či vnoučat.

LITERATURA:

1. Aldridge, J. & Parker, H. & Maesham, F.: **Drug Trying and Drug Use Across Adolescence**, SPARC University of Manchester, 1999.
2. Baer, J. S. et al.: **Addictive Behaviours Across the Life Span**, SAGE Publications, London, 1993.
3. Broža, J.: **Děti a mladiství**. IN: Kalina, K. a kol.: **Drogy a drogové závislosti I a 2**, Mezioborový přístup, Úřad vlády České republiky, 2003.
4. Erikson E. H.: **Identity and The Life Cycle. Psychological Issues**. International University Press, New York, 1958.
5. Frouzová, M.: **Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti**. IN: Kalina, K. a kol.: **Drogy a drogové závislosti I a 2**, Mezioborový přístup, Úřad vlády České republiky, 2003.
6. Heller, Pecinová a kol., **Závislost známá neznámá**. Grada Publishing, 1996.
7. Kudrle, S.: **Psychopatologie závislosti a kodependence**. IN: Kalina, K. a kol.: **Drogy a drogové závislosti I a 2**, Mezioborový přístup, Úřad vlády České republiky, 2003.
8. Lejčková P., Csémy L.: **Positivní a negativní očekávání mládeže od konzumace alkoholu**, Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí, 6/2, 2006, s.134–143.
9. Maisto, S. et al.: **Drug Use and Abuse**, (3rd ed.), Harcourt Brace & Company, 1999.
10. Marcia, J.: **Identity in Adolescence**. In: J. Adelson, **Handbook of adolescent psychology**. Wiley, New York, 1980.
11. McMurrin, M.: **The Psychology of Addiction**, Taylor & Francis Ltd, London, 1997.
12. Nakken, C.: **The Addictive Personality: Roots, Rituals, and Recovery**, Hazelden Foundation, USA, 1988.
13. Nešpor, K., Csémy, L.: **Léčba a prevence závislosti**. Příručka pro praxi, Psychiatrické centrum Praha, 1966.
14. Parker H., Aldridge, J., & Maesham, F. **Illegal Leisure: The normalisation of Adolescent Recreational Drug Use**, Routledge, New York, 1998.
15. Peele, S.: **The Meaning of Addiction: An Unconventional View**, Jossey-Bass, San Francisco 1998.
16. Peele, S.: **Vision of Addiction**, Lexington Books, New York, 1998.
17. Popov, P.: **Alkohol**. IN: Kalina, K. a kol.: **Drogy a drogové závislosti I a 2**, Mezioborový přístup, Úřad vlády České republiky, 2003.
18. Rotgers, F. a kol. **Léčba drogových závislostí**, Grada Publishing, Praha, 1999.
19. Shucksmith, J. & Hendry, L.: **Health Issues and Adolescents**, Routledge, New York, 1998.
20. Schmidt, S. E., Liddle, J. A., Dakof, G. A.: **Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy**. Journal of Family Psychology, 10/1 1986, 12–27.
21. Skretting, A.: **Adolescent Drug abusers**, Nordisk Alkoholitidskrift, Vol. 11, 1994, p. 77, English Supplement.
22. Stanton M. D., Todd, T. C., a kol. **The family therapy of drug abuse and addiction**. Guilford Press, New York, 1982.
23. Votavová, M.: **Průvodce drogovou kariérou dospívajících**. IN: Mládež – drogy – společnost. Kolektiv autorů, Studia paedagogica 21, Pedagogická fakulta UK, Praha, 1997.
24. **Epidemiologie drog a uživatelů drog**, Praha 2000, 2001.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/







sdílení linka bezpečí



sebevražedné tendence

Jana Hýbnerová







SEBEVRAŽEDNÉ TENDENCE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

PŘÍBĚH: Na Linku bezpečí se jednoho červnového odpoledne obrátila vzlykající šestnáctiletá dívka, že potřebuje pomoc. Prerývaně začala konzultantce líčit svůj problém. Je už asi čtrnáct dní na útěku z psychiatrické léčebny, předtím byla v dětském domově. Tvrdí, že je pravděpodobně celostátně hledaná. Nyní volá z telefonní budky na náměstí v jednom městě. Mluví o tom, že se cítí špatná, že si moc přeje, aby si o ní ostatní nemysleli nic špatného, má pocity viny. Negativně také hovoří o své matce, která jí ublížila, ponižovala jí a nadávala jí. Zmiňuje, že na Linku bezpečí už volala, když utekla z léčebny, protože se cítila špatně a neměla nikoho jiného, s kým by mohla promluvit. V minulosti se několikrát pokusila o sebevraždu, což byl také důvod jejího pobytu v léčebně. Cítí se méněcenná, říká, že chce jen trochu lásky a pochopení, které však nikde nenachází. Mluví o tom, jak se cítí mizerně, už se jí vůbec nechce žít dál. Konzultantka poskytuje dívce prostor, aby se mohla vyplakat, reflektuje její pocity: „Je mi zle, prostě mizerně. Už jsem několik nocí nespala, různě se potloukám. Ani jsem pořádně nejedla. Myslím jen na smrt, na to, až to skončí, potom už nikomu nebudu vadit, nikomu nebudu na obtíž...“ Dívka popisuje, že stojí u Policie ČR, ale že nemá odvalu se sama přihlásit. S konzultantkou probírají možnost návratu do léčebny, také spolu hledají, jestli má někoho blízkého, kdo by jí mohl pomoci. Dívka zmiňuje dědečka, ale najednou se jí udělalo nevolno a zvrací. Je jí stále více špatně. Konzultantka nabízí, že zprostředkuje pomoc záchranné služby, s čímž dívka souhlasí. Konzultantka Linky bezpečí s dívkou stále hovoří a snaží se sní udržet kontakt, současně je Linkou bezpečí zajišťována rychlá pomoc prostřednictvím záchranné služby. Dívčin stav se stále zhoršuje, zvracení je intenzivnější, špatně dýchá a s pláčem opakuje, ať jí někdo pomůže. Konzultantka se snaží dívku alespoň trochu uklidnit s tím, že pomoc je již na cestě. Povzbuzuje ji k tomu, aby mluvila o tom, co vidí – dívka popisuje okolí, náměstí, budovy, lidi atd. Snahou konzultantky Linky bezpečí je udržet kontakt s dívkou a současně rychle a přesně navigovat posádku záchranné služby. Dívka je šikovná a velmi se snaží mluvit. Hovor však přerušuje častým zvracením. Konzultantka dívku podporuje, chválí ji za statečnost a ujišťuje ji o rychlé pomoci. Během několika minut se v blízkosti dívky objevuje vůz záchranné služby: „Už jsou tady, někdo vystupuje z auta... Ale ne, zase nasedá a auto odjíždí! Co mám dělat?!“ Dívka propuká v mohutný pláč a začíná propadat panice. Konzultantka se snaží situaci zvládnout, stále s dívkou hovoří a podporuje ji v tom, aby na sebe upozornila. Z telefonu se ozývá jen prerývaný pláč. Instruovaná posádka záchranné služby dívku posléze nachází, v jejím hlase je cítit znatelná úleva. Poté lékař záchranné služby do telefonu oznamuje, že dívku našli a že ji odvázejí.

Zdroj: z rozhovoru s šestnáctiletou dívkou.





SEBEVRAŽEDNÉ CHOVÁNÍ

Sebevražedné chování je z odborného hlediska závažný sociálně-patologický jev, jenž se bohužel netýká pouze dospělé populace. Sebevraždy dětí a dospívajících jsou velmi závažným problémem. Tento negativní jev je navíc umocněn skutečností, že v posledních desetiletích zaznamenává výskyt této problematiky vzestupnou tendenci. Podle statistik představuje právě suicidální jednání jednu z velmi častých příčin úmrtí v adolescentním věku. Ačkoli v posledních letech dochází celkově k snižování počtu sebevražd, v případě skupiny dospívajících mladých lidí do 19 let věku je tomu naopak. U dětí do 14 let věku je sebevražedné chování poměrně vzácné, avšak míra sebevražedných pokusů a suicidií dramaticky stoupá v adolescenci.

Sebevražda dítěte se velmi zásadním způsobem dotýká nejen celé rodiny, ale i širšího okolí, kamarádů, učitelů, spolužáků a v některých případech dokonce i lidí, kteří nepatřili do nejbližšího okolí dítěte. Přesto mohou zažívat pocity lítosti, zmatení, viny a pocit, že kdyby bývali byli vnímavější, dalo se možná celé tragédii zabránit.

Důvody, které vedou k sebevražednému jednání jsou často velmi komplexní a komplikované. Abychom byli k této velmi závažné problematice dostatečně citliví a vnímaví a dokázali včas detekovat signály, které poukazují na možné riziko sebevražedného jednání, je kromě jiného zapotřebí porozumět silám, které ženou mladé lidi ke smrti a zároveň vědět, jak účinně zasáhnout a pomoci.

Důležité je si uvědomit, že sebevražda je aktem, který je jakýmsi vzkazem pro blízké, pro okolí dítěte. Sebevražedné chování a jednání vyjadřuje pocit a postoj člověka a nese v sobě důležité sdělení. V případě pokusu o suicidium je nezbytná odborná pomoc zaměřená především na dítě či dospívajícího, který se o sebevraždu pokusil, ale současně je velmi důležitá i pomoc zacílená zejména i na ostatní členy jeho rodiny. Podobně důležitá a nezbytná je i odborná pomoc v případě dokonání suicidia. Tato odborná pomoc zahrnuje různé medicínské i nemedicínské přístupy a metody.

O sebevraždách přetrvává nejen mezi laickou veřejností stále mnoho mýtů. Jedním z častých omylů je například přesvědčení, že kdo o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchá nebo že lidé, kteří se pokoušejí o sebevraždu, nehledají pomoc. Další mylné představy se týkají nepředvídatelnosti sebevražedného chování, případě obav z toho, že lze hovory o sebevraždách labilnějším jedincům tuto myšlenku vnuknout.

Právě skutečnost, že dítě či dospívající hovoří a ventiluje myšlenky na sebevraždu, může představovat určitý způsob volání o pomoc. To dokazují i některé výsledky průzkumů dokonaných sebevražd. Prošetřením těchto případů bylo zjištěno, že lidé, kteří spáchali sebevraždu, v době před ukončením života ve srovnání s běžnou populací ve zvýšené míře vyhledávali pomoc různých odborných pracovišť. Současně u osob s hrozícím sebevražedným chováním lze pozorovat po poměrně značně dlouhou dobu různé známky psychického napětí, poruchy spánku, tělesné obtíže apod. Jedná se o tzv. presuicidální syndrom. A nakonec není proč se obávat, že bychom rozhovorem o sebevraždě ji mohli nechtěně vnuknout někomu, kdo není suicidální. Naopak v reálném případě ohrožení nám může takový rozhovor napomoci posoudit riziko a postiženému pomoci. (Kocourková, Koutek, 2003).





SEBEVRAŽDA – VYMEZENÍ POJMU

Sebevražda (*suicidium*) patří mezi poruchy pudu sebezáchovy. Horáček a Švestka (Höschl, 2002) ji definují jako vědomé a úmyslné ukončení života, přičemž jedinec si vlastní smrt přeje, očekává ji a vlastním činem si ji přivodí. Dle Hartla (2000) se jedná o úmyslné ukončení vlastního života, které je obvykle reakcí na tíživou situaci spojenou se ztrátou smyslu života. Definováním pojmu se zabývali mnozí lékaři, psychologové či filozofové. Dragomerická uvádí dva podstatné znaky sebevraždy (1998):

- 1 dobrovolný úmysl ukončit život,
- 2 cílevědomě zaměřené jednání vedoucí k smrti.

Koutek a Kocourková (2003) k tomu dodávají, že je zapotřebí do vymezení pojmu sebevražda zahrnout také nevědomé ambivalence ke smrti a nejistotu výsledku aktu, které se pojí s vědomým úmyslem zemřít. Za nosnou považují zmínění autoři Stengelovu definici, charakterizující suicidální jednání jako „záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije“.

SEBEVRAŽEDNÉ MYŠLENKY

Sebevražedné myšlenky představují situaci, kdy člověk přemýšlí o sebevraždě bez nějakého konkrétního plánování. Myšlenky na to, co by se stalo, kdyby člověk nebyl, jsou v období dospívání velmi časté a v průběhu života jimi v určité podobě zřejmě zaobírala většina lidí. Tyto fantazie však většinou nepředstavují výraznější riziko, jedná se spíše o nápady a chybí u nich tendence k realizaci. Abychom tyto myšlenky mohli považovat za součást suicidálního chování, musí splňovat určitá kritéria: musí být intenzivní, dotýčný se těmito představami zaobírá většinu času a jsou těžko odklonitelné. Podle Poustky (in Kocourková a Koutek, 2003, str. 28) jsou suicidální myšlenky charakterizovány verbálními i neverbálními projevy toho, že se jejich nositel zabývá myšlenkami na sebevraždu.

V americkém prostředí se udává, že zhruba 3–4 % adolescentů měla sebevražedné myšlenky v průběhu posledních 2 týdnů. Výsledky longitudinální studie zhruba 1500 pubescentů ve věku 14–15 let, kterou v roce 1996 provedl Lewinsohn (Wicks-Nelson, Israel, 2003) ukazují, že 19,4 % těchto adolescentů měla někdy sebevražedné myšlenky, přičemž častější byly u dívek (23,7 %) než u chlapců (14,8 %). Opakované sebevražedné myšlenky byly prediktorem pro budoucí suicidální pokusy, ale samozřejmě jakékoliv sebevražedné myšlenky toto riziko zvyšovaly. Suicidální pokusy se vyskytly u 7,1 procent zkoumaného vzorku. Dívky (10,1 %) se pokoušely o sebevraždu častěji než chlapci (3,8 %). Někteří z nich se o sebevraždu pokusili více než jednou – 27 % chlapců a 21 % dívek. Během následujících dvou let se ze zkoumaného vzorku znovu pokusilo o sebevraždu 39 % chlapců a 33 % dívek.

Vývoj myšlenek o sebevraždě seřadil do pořadí dle závažnosti rizika Bongar a kol. (1999; in Höschl a kol., 2002, str. 640):





děti a jejich problémy II

- Přechodné myšlenky / úvahy o smrti, umírání. Tyto přechodné myšlenky většinou nejsou pro riziko sebevraždy patognomické, ale u adolescentů a emočně nestálých jedinců je nutno je důkladně zvážit.
- Přetrvávající stálé myšlenky a úvahy o smrti a opakované přání smrti. Občas se mohou vyskytovat suicidální gesta, jako např. spolykání malého množství prášků či povrchové pořezání na zápěstí.
- Pocity frustrace a impulzivní chování. Pacient může pociťovat, že mu již nezbývá žádná naděje, může být chronicky frustrován a rozhněván. Hněv se může projevit v agresii namířené proti sobě samotnému a vyústit v sebevraždu.
- Pocit východiska z nouze. Pacient může cítit naprostý nedostatek emocionální podpory a současně může být zahlcen pocity frustrace, hněvu, vzteku a zoufalství. Sebevražda je jím pak vnímána jako určitý způsob řešení, způsob, jak se vyhnout další trýzni a bolesti.
- Logické rozhodnutí ukončit život. Jedinec v tomto stádiu může přistupovat k sebevraždě zcela logicky a filozoficky vidět sebevraždu jako nevyhnutelné řešení, kde zbývá se jen rozhodnout, jak a kdy. Riziko sebevraždy v tomto stádiu je velmi vysoké, ale pacientovo „logické a definitivní“ rozhodnutí může často uniknout pozornosti dokonce i odborníkům.

PŘÍBĚH: Koncem prázdnin zavolala na Linku bezpečí plačící sedmnáctiletá dívka. Zpočátku poměrně dlouho mluvila o svých pocitech: „Jsem hnusná, nesnáším se, jsem strašně tlustá a každému jen ubližuju. Už to nesnesu, chci to skončit jednou pro vždy“. Po prodýchání a alespoň částečném zklidnění konzultantce vyprávěla, že má intenzivní myšlenky na smrt poslední dobou skoro každou noc. „Každou noc se mi vtírají myšlenky na smrt, jaké by to bylo, kdybych tady už nebyla. Ještě jsem nepřemýšlela nad tím, jak to udělat, jen vím, že by to pro mě bylo řešení.“

V dalším průběhu hovoru klientka uvedla, že se léčí se na psychiatrii kvůli anorexii. V minulosti se opakovaně sebepoškozovala.

Možnost obrátit se na svého lékaře či možnost vyhledat nějakou odbornou pomoc okamžitě zavrhla. „Strašně se bojím hospitalizace. V pondělí mám nastoupit do nové školy, na střední školu zdravotní. Tahle škola pro mě znamená jediný světlý bod a kdybych o něj měla přijít, to se raději zabiju. Rodiče mi nejsou oporou, doma je zakázáno marodit. Navíc jsem nechtěné dítě, takže by rodiče určitě byli rádi, kdybych umřela... Nikdo neví o těchto mých myšlenkách, mysleli by si, že jsem slaboch – všichni si to myslí, všichni mě nesnáší. Snad jen můj přítel je jediným člověkem, kterému na mě snad alespoň trochu záleží...“

Klientka na veškeré podněty reaguje naprosto negativně. Konzultantka se jí snaží ukázat, že jsou i pozitivnější stránky – chválí její odvalu, že zavolala, vyzdvihuje důležitý moment, a sice přítele, kterému na dívce záleží. Po dlouhém hovoru nakonec dívka připouští možnost vyhledání odborné pomoci.





Zkusí vše probrat a najít jiná řešení ze situace, kterou aktuálně vnímá jako bezvýchodnou.

Zdroj: z rozhovoru s dívkou ve věku 17 let.

SEBEVRAŽEDNÉ TENDENCE A PLÁNY

O sebevražedných tendencích hovoříme, pokud je sebevražda již konkrétně promyšlena a připravována. To znamená, že postižený člověk si například zajistil léky nebo pořídil zbraň, plánuje čas a místo smrti. V některých případech je sebevražda dlouho předem pečlivě plánovaná a připravovaná. Někdy však může být sebevražda výsledkem spíše impulzivního jednání. Postižený v této fázi vykazuje mnoho známek, podle kterých lze usoudit, že je ohrožen sebevražedným pokusem či sebevraždou.

Suicidální myšlenky a tendence jsou typické verbálními či neverbálními projevy, které naznačují, že se postižený zabývá myšlenkami na sebevraždu. V řeči a chování takového jedince mohou být přítomny jak otevřené, tak i skryté sebevražedné výroky a výhrůžky. K této etapě se váže poměrně vysoce rizikový a mylný mýtus, a sice, že člověk, který o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchá. Verbalizace suicidálních úvah je však naopak velmi závažným důkazem, že tyto tendence jsou obsahem psychiky. Z tohoto důvodu je třeba tyto výhrůžky nepodceňovat a věnovat jim náležitou pozornost.

PŘÍBĚH: „Chtěl bych si jen chvíli povídat“ sdělil asi čtrnáctiletý chlapec do telefonu. Byl hodně rozrušený a chvílemi plakal. Měl jasný sebevražedný plán: „Chci skočit. Vylezu po hromosvodu na budovu naší základky a odtamtud skočím“. Navíc během posledních dvou hodin snědl nějaké léky na uklidnění. „Nevím přesně, co to bylo za prášky a ani vlastně nevím, kolik jsem si jich vzal. Nechtěl se se s nimi ale otrávit. To ne, jen uklidnit, abych pak mohl provést svůj plán.“ Důvodem jeho rozhodnutí zabít se, byl rozchod s dívkou. „Už jsem se jednou pokusil o sebevraždu, ale nevyšlo to. Někdy jsem byl v nemocnici. Ale stejně to nepomohlo. Chci to skončit. Můj plán je, že skočím přesně ve 20.00 hodin, protože v 8 hodin ráno jsme se seznámili. A navíc to bylo na téhle základní škole. Tak proto. A navíc dnešní den bychom měli takové malé výročí, kdy jsme spolu začali chodit. A teď je po všem, nic nemá cenu...“ Konzultant na lince se snažil mladíka ukotvit v realitě. Vedl jej k záchranným bodům, proč žít, proč s někým ještě dál mluvit. Hovořili spolu i o tom, co se stalo, o jeho pocitech. Chlapec zmínil i své vážné zdravotní problémy. V průběhu hovoru se konzultant ve spolupráci s kolegy na základě zjištěných informací rozhodl zavolat pro chlapce záchrannou službu. Chlapec sdělil přesné údaje, kde se nachází, proto bylo možné provést intervenci směřující



děti a jejich problémy II

k záchraně jeho života i přes to, že o ni klient sám nepožádal. Konzultant Linky bezpečí velmi citlivě pokračoval v hovoru s volajícím klientem, dokud nebylo slyšet, že chlapce oslovil policista přivolané hlídky. Poskytnutou zpětnou vazbou bylo zjištěno, že klient poté požádal o hospitalizaci na psychiatrii, kde se nyní nachází v péči odborníků.

Zdroj: z rozhovoru se čtrnáctiletým chlapcem.

SEBEVRAŽEDNÝ POKUS

Sebevražedný pokus (tentamen suicidii) je odlišný od sebevraždy tím, že jedinec tento pokus přežívá. Pokus o sebevraždu je definován jako „každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem“ (Kocourková a Koutek, 2003). Pokusy mohou být z lékařského pohledu závažné nebo méně závažné, a to v závislosti na míře a vážnosti somatického poškození organismu. Avšak kromě závažnosti somatického poškození organismu je třeba zdůraznit i zásadní význam psychologických faktorů a závažnost psychických následků.

Jak upozorňují někteří autoři, ne všechny pokusy lze hodnotit jako nedokonanou sebevraždu. Pokus o sebevraždu může být způsobem „volání o pomoc“. Člověk může chtít svým chováním a jednáním upoutat pozornost svých blízkých či jiných osob, včetně například i lékařů, a to ve snaze získat pozornost a péči a tedy i možnost řešit své problémy. Přesto může dojít k tomu, že původně plánovaný pokus může skončit smrtí jedince, byť nechtěně. Jak uvádí Hartl (2000), sebevražedný pokus je volání o pomoc, potřeba sdělit někomu pocity zoufalství a změnit chování jiných lidí. Tato definice však nezahrnuje možnost, že jedinec skutečně chtěl ukončit život.

Kocourková a Koutek (2003) uvádějí základní rozdíly mezi suicidiem a suicidálním pokusem:

- U žen se vyskytuje častěji sebevražedný pokus, u mužů dokonaná sebevražda.
- Sebevražedný pokus u obou pohlaví dominuje především v první polovině života, zatímco dokonaná sebevražda ve druhé polovině.
- Při sebevražedných pokusech je častěji použita tzv. měkká metoda (např. intoxikace medikamenty), zatímco u sebevraždy bývají voleny tzv. tvrdé metody (strangulace, střelná rána).
- Motivy vedoucí k sebevražedným pokusům jsou většinou z oblasti interpersonálních vztahů, zatímco u sebevraždy bývají motivy z oblasti intrapsychické a z pocitů ohrožení.
- K suicidálním pokusům dochází nejčastěji ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, suicidium je naproti tomu výsledkem delšího plánování a příprav.

Jak již bylo uvedeno výše, ne vždy je u suicidálního pokusu přítomen zjevný úmysl zemřít. Ambivalentní pocity a postoje ke smrti, kdy je život, ať už vědomě nebo nevědomě



dáván v sázku, jsou poměrně typické pro období dospívání. Musíme vzít v úvahu, že mladý, nezkušený člověk těžko odhadne například sílu léků, které si hodlá vzít, a finální důsledky mohou být závažnější, než původně předpokládal.

PŘÍBĚH: Na Linku bezpečí se dovolala ve večerních hodinách patnáctiletá dívka, která překotně líčila svůj problém. Rodiče odhalili, že si píše esemesky s o hodně starším přítelem. Za to jí seřvali a vyhrožovali dalšími tresty. Ona v reakci na to spolykala asi 10 Paralenů a cca 20–30 dalších prášků nespécifikovaného druhu, které sebrala mámě. Také si pořezala prst u ruky, protože ví od kamarádky, že ji to uklidňuje. V době jejího volání byla sama doma. Konzultant Linky bezpečí citlivě, nicméně velmi důrazně vyjadřoval obavu o její zdraví a život a také prvořadou nutnost řešení tohoto stavu. Poskytl základní informace o tom, jak postupovat v případě intoxikace léky a jednoduše jí dával návod, co má dělat krok za krokem.

Klientka zpočátku svůj stav moc řešit nechtěla. Mluvila o tom, že nechce zameškat ve škole a hlavně nechce dělat problémy rodičům: „Pak bych měla teprve peklo. Stačilo, co jsem si zažila, když přišli na ty esemesky. To raději nebudu, než si zažívat takové peklo“. Hlavním problémem, který se během dalšího hovoru otvíral, byla přehnaná přísnost rodičů. Otec se nechal slyšet, že pokud ji uvidí s nějakým klukem, vezme pušku a zastřelí ho. Dívka tuto výhrůžku brala velmi vážně. Začala líčit další problémy s rodiči. Po chvíli se jí však začalo dělat velmi špatně, motala se jí hlava a začala mít problémy i s mluvením. S úlevou přivítala nabídku konzultanta, že kontaktuje záchrannou službu. Nadičkovala všechny potřebné údaje a šla otevřít dveře, u kterých potom s podporou konzultanta na telefonu čekala na příjezd záchranky.

Zdroj: z rozhovoru s patnáctiletou dívkou.

SEBEVRAŽDA

Dokonaná sebevražda je dle Kocourkové a Koutka (2003) charakterizována tím, že se jedná o sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít. Je zapotřebí připustit si zároveň i možnou nevědomou složku tohoto jednání. Suicidální akt je časově ohraničená událost. Může trvat pár hodin, výjimečně i několik dní. Tzv. protrahované suicidální jednání, představuje situaci, kdy se dotyčná osoba například pořeže či intoxikuje medikamenty opakovaně v průběhu několika dní. Tato forma hraničí se sebepoškozováním. Opakování sebevražedného pokusu může být dáno buď špatným odhadem letální dávky a jejích účinků, případně ambivalentními postoji ke smrti.





děti a jejich problémy II

V souvislosti se sebevražedným chováním se lze setkat s následujícími termíny:

- **Bilanční sebevražda** – racionální suicidium – člověk ukončí svůj život na základě předchozího bilancování, kdy dospěje k závěru, že životní situace již je bezvýchodná a neúnosná, např. v případě nevyléčitelného onemocnění.
- **Autoagresivní sebevražda** – je provedena drasticky, např. podřezáním žil či skokem z okna. Jedinec ji chápe jako sebepotrestání. Vyskytuje se převážně u závažných psychiatrických onemocnění.
- **Biická sebevražda** – je velmi blízká předešlé formě. Člověk spáchá sebevraždu v normálním duševním stavu, motivy přitom vychází z reality. To je podstatným rozdílem oproti patologickým sebevraždám, jejichž motivy mají příčinu z nemoci (např. depresivní člověk mylně zhodnotí svojí situaci jako bezvýchodnou).
- **Účelové suicidální jednání** – cílem takového jednání není smrt, ale vyřešení nějaké obtížné situace, což se ale děje na nevědomé úrovni.
- **Demonstrativní suicidální jednání** – vědomě motivované účelové suicidální jednání, cíl je sledován vědomě. U tzv. demonstrativní sebevraždy je sebevražda provedena s cílem ne skutečného odchodu ze života, ale dovolání se o pomoc ze strany okolí. Člověk zde volí většinou takovou formu, která sice vážně, ale ne fatálně ovlivní jeho život. Přesto i demonstrativní sebevražda může skončit letálně, např. při neodhadnutí dávky léků, špatném načasování apod. Z psychologického hlediska je však nutno i tuto formu suicidálního jednání brát velmi vážně.
- **Zkratkovitě suicidální jednání** – člověk si sáhne na život bez přemýšlení, zkratkovitě, aniž by zvažoval jiné možnosti, případně negativní dopady takového řešení. Např. dítě, které dostane na vysvědčení špatnou známku a bojí se s ní přijít domů, se raději pokusí zabít se, aniž by nějak přemýšlelo o možných důsledcích svého jednání.

ZPŮSOBY SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

Prostředky, které sebevrah volí k ukončení svého života, jsou různé a závisí na řadě faktorů. Volba takového prostředku odráží více skutečností:

- **dostupnost** prostředku (děti či mladiství v českém prostředí většinou nemají přístup např. ke střelné zbraní, která je naopak například v USA i mezi dětmi dostupnějším a populárním prostředkem),
- **sociálně-demografické charakteristiky** (pohlaví, věk apod.),
- **motiv** sebevražedného jednání (např. podle míry, do jaké je sebevražda demonstrativní),
- **spolehlivost** daného prostředku – rozhodnutí o vlastní smrti a síla přání zemřít vede k volbě prostředku. Tudíž člověk, který chce svým činem spíše upozornit na své potíže, bude spíše volit méně spolehlivé prostředky než člověk, který je k smrti pevně rozhodnut (Kasalová Daňková, 2006). U dětí je třeba brát v úvahu, že efektivitu prostředku nemusí ohodnotit reálně, proto i původně ne zcela vážně míněný demonstrativní pokus může skončit smrtí či vážným tělesným poškozením.





Prostředky užívané k sebevraždě můžeme rozlišit na takzvané tvrdé a měkké, a to podle nebezpečnosti a možnosti následné záchrany při včasném nalezení. S tím souvisí ukazatel zvaný fatalita vyjadřující, v kolika procentech případů je sebevražděné jednání úspěšné:

- **měkké metody** – takové, které nevedou k okamžité smrti a tudíž je vyšší šance na přežití v případě včasného nalezení. Do této kategorie řadíme užití léků nebo jiných látek k intoxikaci, povrchové pořezání či skok z malé výšky. Tyto prostředky mají poměrně nízkou fatalitu, která se pohybuje přibližně do 10 %,
- **tvrdé metody** – charakteristická je okamžitá nebo velmi rychlá smrt, kdy je možnost záchrany velmi nízká či zcela vyloučená. Do této skupiny lze zařadit skok z velké výšky, utopení, oběšení a užití střelné zbraně. Poslední tři jmenované patří k prostředkům s nejvyšší fatalitou kolem 90 % (Kasalová Daňková, 2006).

Dokonaná sebevražda bývá většinou provedena pouze jedním způsobem. Užití více prostředků zároveň je spíše ojedinělé. Nejčastějším způsobem provedení sebevraždy je podle údajů Českého statistického úřadu pro období let 2000–2004 u obou pohlaví strangulace – oběšení. Tuto metodu volilo v uvedených letech 63 % mužů a 44 % žen. Oběšení je dlouhodobě nejužívanější metodou u obou pohlaví. Dále následují u mužů užití střelné zbraně (13 %) a skok z výšky (7 %), u žen je to otrava léky (17 %) a skok z výšky (16 %). Dalšími způsoby v uvedených letech byly např. otrava jinými chemickými látkami, utopení, skok před pohybující se předmět, ostrý předmět a jiné.

Pokud posuzujeme způsoby provedení dokonaných sebevražd podle pohlaví, pak ženy volí měkké metody častěji než muži, kteří naopak preferují metody tvrdé (až 3× častěji než ženy). Podle různých teorií zde může hrát roli závažnost záměru zemřít, socializace, emocionální faktory, neurobiologická podmíněnost, přístup k sebevraždě, ale také dostupnost prostředků užitých k sebevraždě. To může být jedním z vysvětlení, proč ženy častěji své suicidální jednání nedokonají, neboť u tzv. měkkých metod je vyšší šance, že při včasném nalezení bude postižený zachráněn (Kasalová Daňková, 2006). U dětí a mladistvých do 19 let je nejčastějším způsobem sebevraždy strangulace u chlapců a skok z výšky u dívek, méně časté jsou ostatní způsoby.

MOTIVY SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

Hledání důvodů, které vedly člověka k tomu, že spáchal sebevraždu či se o ni pokusil, může tak trochu připomínat detektivní práci. U dokonaných sebevražd se motivy někdy dozvídáme z dopisů na rozloučenou, jindy na základě sdělení pozůstalých osob, neznámka však důvody ke spáchání sebevraždy zůstávají tajemstvím.

V případě sebevražděných pokusů lze s postiženým o motivech sebevraždy hovořit. Avšak i tehdy mohou být ventilované motivy pouhým zlomkem z komplexu důvodů, které vedly k sebevražděnému jednání. Při diagnostice a prevenci dalšího potencionálního suicidálního jednání je zapotřebí brát v úvahu různá hlediska a fakta z anamnézy a výpovědi





děti a jejich problémy II

postiženého. Za motivem školního neprospěchu může být skryta těžká rodinná situace a strach z potrestání, atp. Postižený sám si ani všechny důvody uvědomovat nemusí, je pro něj rozhodující právě ta pověstná poslední kapka. U dokonaných sebevražd bývají častěji uváděny motivy intrapsychické a pocity ohrožení, zatímco u pokusů jsou to spíše motivy z oblasti interpersonálních vztahů.

Při zjišťování motivace u dokonaných sebevražd byla dle statistiky Ústavu zdravotnických informací pro rok 2000 určena pouze u necelých 41 % případů, přičemž nejčastějším motivem bylo v 9,8 % případů duševní onemocnění, v 9,3 % to byly zdravotní problémy a tělesná vada. Dále se jednalo o konflikty a rodinné problémy. U mladší věkové skupiny dětí a dospívajících do 19 let jsou to v největší míře u chlapců problémy v rodině, ve škole a v zaměstnání, u dívek pak duševní onemocnění a jiné zdravotní obtíže. U sebevražedných pokusů jsou podle statistiky z roku 1989 nejčastějším motivem pro všechny věkové skupiny konflikty a problémy v rodině.

Kocourková a Koutek (2003) uvádějí vlastní statistiku souboru 127 pacientů, hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice FN Motol v letech 1995–1999 po sebevražedném pokusu. U tohoto souboru byly nejčastěji zjištěny motivy vycházející z konfliktů s rodiči (33 %), školních problémů (31 %), kombinace obou předešlých (18 %), partnerského konfliktu (8 %) a tělesného onemocnění (5 %).

Podle Nocka (2005) většina teenagerů, kteří byli po sebevražedném pokusu dotázáni na motivy, uváděla, že motivem pro ně byla snaha uniknout ze situace, která se jim zdála být neúnosná a bezvýchodná, případně hledali úlevu od špatných myšlenek či pocitů. Dalším motivem může být snaha uniknout před pocity odmítnutí, zranění či ztráty. Jindy mohou být příčinou sebevražedného jednání naštvání, pocity zloby či pocity viny. Významným motivem pro sebevraždu může být zklamaní z rodinných, partnerských a přátelských vztahů, kdy se postižení mohou cítit nechtění, nemilováni, obviňováni a nežádoucí.

OHROŽENÉ SKUPINY DĚTÍ A ADOLESCENTŮ A RIZIKOVÉ FAKTORY

Období přechodu z dětství do dospělosti je pro mladé lidi zásadním životním mezníkem. Je to období velkých možností, ale zároveň může přinášet i zmatení a strach. Na dospívající je vyvíjen tlak, aby se chovali zodpovědně, věnovali se přípravám na své budoucí uplatnění, zapojili se do společenského života. Probouzí se u nich sexuální pudy, hledají vlastní identitu a pociťují potřebu autonomie, což je často v konfliktu s pravidly a očekáváními ostatních.

Teenageři, kteří mají fungující síť sociálních vztahů a oporu v rodině, mezi kamarády, spolužáky a v dalších zájmových skupinách, se dokáží snáze vyrovnat s běžnými každodenními frustracemi a problémy. Rizikovou skupinou z pohledu sebevražedného chování a jednání jsou děti a zejména pak dospívající, kteří vyrůstají v nepříliš harmonickém





a optimálním prostředí, cítí se osamělí a izolovaní. V této skupině narůstá potencionální riziko sebevražděného jednání.

Nock (2005) uvádí tyto **rizikové faktory**, které se podílejí na zvyšování rizika suicidálního jednání mezi dětmi a dospívajícími:

- přítomnost psychického onemocnění, speciálně deprese, bipolární afektivní poruchy, užívání alkoholu a jiných návykových substancí (dle Nocka zhruba 95 % osob, které suicidují, trpí v době smrti psychickým onemocněním),
- silný stres, agitovanost a vyšší iritabilita,
- pocity beznaděje a pocity méněcennosti, které často doprovází deprese,
- suicidální pokus v anamnéze,
- deprese či sebevražda v rodinné anamnéze (depresivní onemocnění může mít genetické komponenty),
- psychické či fyzické týrání, sexuální zneužívání,
- nedostatečná podpůrná sociální síť, nefungující vztahy s rodiči či vrstevníky, pocity sociální izolace,
- vyrovnávání se s homosexualitou a nedostatečné pochopení a podpora ze strany rodiny, komunity,
- impulzivní nebo agresivní tendence,
- snadný přístup ke smrtícím prostředkům,
- zážitek smrti sebevraždou u člena rodiny, přítele či jiné významné osoby,
- interpersonální ztráty, právní a disciplinární problémy,
- nedostatečné zapojení ve škole, v práci.

Některé faktory působí spíše nespecificky, jako například dlouhodobá nepohoda a konflikty v rodině. Jiné působí specificky, což může platit například o duševním onemocnění. Za faktory, které bychom mohli označit za spouštěče suicidálního jednání, můžeme považovat takové, které situačně toto jednání vyprovokují. Může to být například hádka s partnerem či špatná známka na vysvědčení.

Vedle rizikových faktorů existují i **faktory protektivní**, jejichž přítomnost naopak riziko výskytu sebevražděného jednání snižuje. Tyto faktory můžeme analogicky odvodit od faktorů rizikových jejich obrácením v opak, případně negací. Mohou to být například dobrá sociální a rodinná situace a harmonické domácí prostředí, rodina bez psychiatrické zátěže, nezneužívání drog atd.

Dle Kocourkové a Koutky (2003) mezi významné faktory spojené s vyšším rizikem sebevraždy dále patří mužské pohlaví (u dívek a žen je naopak ženské pohlaví rizikové pro suicidální pokus). Vzhledem k tomu, že počet sebevražd je na základě statistik vyšší v určitých ročních obdobích, lze za rizikové označit jaro a podzim. Jak již bylo uvedeno výše, velmi významným rizikem je předcházející suicidální pokus. Právě sebevražděný pokus dle různých údajů a statistik přibližně 25 % teenagerů zopakuje.

Rizikové faktory se samozřejmě mohou kombinovat, případně spolu mohou kauzálně souviset. Děti a adolescenty ohrožené ve větší míře rizikem suicidálního jednání bychom mohli rozdělit do několika skupin podle toho, odkud pramení jejich potíže vedoucí je k suicidálnímu jednání.





děti a jejich problémy II

PROBLÉMY V RODINĚ

Tyto problémy mívají mnoho různých podob. Může se jednat o rodiny na první pohled nefunkční, kde dochází k zanedbání výchovy i základních potřeb dětí, ale také o rodiny, které sice na první pohled velice dobře fungují, nicméně při bližším zkoumání zjistíme různé nepříznivé působící faktory, jako například emoční chlad, perfekcionismus rodičů, přílišná autoritativnost, domácí násilí apod. Mezi základní rizikové faktory v této oblasti patří nefungující rodinné vztahy, ztráta základní citové osoby, citová deprivace. Traumatizující jsou dlouhodobé konflikty v rodině, složitý rozvod rodičů a spory o dítě.

Pfěferová (in: Kocourková, Koutek, 2003, str. 41) míní, že riziko suicidálního jednání u dětí je spojeno se separací rodiny, rozvodem rodičů, alkoholismem rodičů, zneužíváním, depresí a suicidálním chováním u rodičů. Uvádí pět základních charakteristik typických pro rodiny suicidálního dítěte:

- nedostatečné mezigenerační hranice,
- velmi konfliktní vztahy mezi rodiči,
- projíkování pocitů rodiče do dítěte,
- symbiotická vazba rodič-dítě,
- rigidní rodinný systém.

SYNDROM TÝRANÉHO A ZNEUŽÍVANÉHO DÍTĚTE

Syndrom týraného a zneužívaného dítěte, nebo-li Child Abuse and Neglect Syndrome (CAN), je jedním z velmi rizikových faktorů. Jedná se o jeden z nejzávažnějších případů rodinné disharmonie. Tento syndrom zahrnuje psychické a fyzické týrání, sexuální zneužívání a zanedbání dítěte. Nevyskytuje se pouze v rodinách s nižším socioekonomickým statutem, jak je mnohdy mylně předpokládáno, ale prolíná se napříč všemi sociálními vrstvami. Děti dlouhodobě vystavené násilí, ponižování, sexuálnímu zneužívání, nedostatečné výživě atp. si často traumata z těchto zážitků nesou dlouhodobě, zažívají pocity odmítnutí, nelásky, studu, ambivalentní pocity k týrajícímu či zneužívajícímu rodiči, pocity hněvu i rezignace. Toto trauma může vést týrané či zneužívané dítě až k sebevražedným myšlenkám a jednání (Bentovim, 1998).

NEPŘÍZNIVÁ SOCIÁLNÍ SITUACE

Sociální a ekonomická situace rodiny je rizikovým faktorem suicidálního jednání. V dospělém věku jsou nižší sociální statut, horší pozice v zaměstnání a nižší vzdělanost spojeny s větší mírou výskytu suicidálního jednání. Přibližně totéž platí i pro adolescenty. U dětí se promítá celková sociální situace rodiny. Můžeme pozorovat spojitost mezi delikventním chováním a sebevražedným jednáním. Zároveň platí, že delikvence se u mladistvých vyskytuje ve větší míře v sociálně níže postavených rodinách.



PROBLÉMY S VRSTEVNÍKY

Kamarádi a vrstevníci hrají v životě teenagera velmi důležitou roli. Tráví s nimi velkou část volného času a veškerý čas ve škole. Vrstevnické vztahy jsou v životě mladého člověka významné pro svou socializační funkci a získání zdravého sebevědomí. V situacích, kdy jsou kamarádské a vrstevnické vztahy narušeny nebo nedostatečně vybudovány, mohou dospívající pociťovat osamělost, pocity méněcennosti a nedostačivosti, zlost na ostatní vrstevníky, kteří je ignorují apod. Současně může docházet k narušení vývoje sebevědomí a sebeuvědomění. Všechny tyto skutečnosti mohou působit jako dlouhodobé, ale i spouštěcí faktory suicidálního jednání (například hádka s kamarádem).

V kolektivu pubertálních dětí může být pro některé jedince velký problém uspět a zaujmout adekvátně pozitivní pozici. V tomto období současně výrazněji vystupuje do popředí touha zalíbit se opačnému pohlaví a uspět tak i v očích vrstevníků. Důraz je kladen na fyzickou přitažlivost, styl oblékání, sociální pozici jedince i jeho rodiny. Pozitivním protektivním faktorem je velká šíře zájmů a různých aktivit, naopak negativním faktorem je účast v různých „partách“, kde mohou být děti ohroženy delikventním chováním.

ŠIKANA

Zvláště závažným případem narušených vrstevnických vztahů je šikana. Dítě, které je systematicky zesměšňováno, uráženo, ponižováno, kterému kradou peníze a ničí osobní věci, které je bito a jinak fyzicky napadáno, které je vystavováno situacím, ve kterých je zcela pošlapávána jeho lidská důstojnost, pociťuje neustálý strach z dalšího ubližování. Nejprve se pocity strachu pojí přímo se zážitky šikanování, postupně se však dítě může stát úzkostným a upadat do deprese. Dlouhodobá šikana může vést k pochybáváním o vlastních schopnostech a k trvale nízkému sebevědomí. Deprese a pocity ohrožení i opuštěnosti mohou vést až k sebevražednému jednání. Děti ohrožené šikanou mohou být takové, které jsou slabší či se nějakým jiným způsobem odlišují. Ve skutečnosti se oběti šikanování může stát v podstatě jakékoli dítě.

PROBLÉMY SE ŠKOLOU

Problémy se školou a školní neúspěch je třeba nahlížet ze dvou úhů pohledu. Školní neúspěch se může týkat neúspěchu prospěchového a na druhé straně i výchovného, jež může představovat významný rizikový faktor. Mezi děti, ohrožené školním neúspěchem, patří děti s menším nadáním, děti s vývojovými poruchami učení, s hyperkinetickým syndromem, děti zaostalejší, děti školsky přetěžované, případně děti, jejichž rodiče na ně kladou přehnané nároky, neodpovídající jejich schopnostem.

Mnohé z těchto „problémů“ mohou být vyřešeny za pomoci schopných a chápalých pedagogů, popřípadě za pomoci dalších odborníků. Bez vnímavé pomoci a podpory může nadměrná zátěž způsobit přetížení dítěte. Přetížení a „nezvládání“ nezřídka vede k pocitům vlastní nedostačivosti a neschopnosti. Tyto pocity mohou následně vyústit ke vzniku deprese.



děti a jejich problémy II

Právě školní problémy bývají dětmi často uváděny jako důvod sebevražedného jednání. Například v roce 2000 suicidovaly z těchto důvodů dvě děti ve věku do 14 let a pět dospívajících ve věku 14–19 let (Kocourková, Koutek, 2003). Problém někdy může pramenit i z negativního vztahu dítěte a učitele.

PROBLÉMY V PARTNERSKÝCH VZTAZÍCH

Mladí lidé v pubertě začínají navazovat partnerské vztahy a právě neúspěch v těchto vztazích, neschopnost nebo nemožnost najít si partnera, případně konflikty ve vztahu jsou opět jedním z rizikových faktorů suicidálního chování.

ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY

Především u dospělých představuje závažné fyzické onemocnění vysoké suicidální riziko. U dětí je toto riziko nižší, ale do velké míry to může být zapříčiněno i nižší četností těchto onemocnění v dětském věku. U dětí s těžkou chronickou nemocí mohou nastupovat další doprovodné jevy, jako třeba porucha přizpůsobení, dlouhodobá izolace od vrstevníků, psychické potíže spojené se změnou vzhledu vinou choroby, deprese. Většina těchto jevů děti znevýhodňuje v kolektivu ostatních vrstevníků a může nepříznivě působit i na celkový psychický stav, sebevražedné úvahy a jednání nevyjímaje.

Zvláště vysoké riziko představuje onemocnění psychickou poruchou. O této problematice bude pojednáno v samostatné kapitole. Jedná se zejména o onemocnění depresí a další poruchy nálad nebo o psychotická onemocnění dětského a adolescentního věku.

ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

V devadesátých letech minulého století došlo mezi mladými lidmi v ČR k masivnímu rozšíření psychoaktivních látek a tím i k růstu problémů spojených s jejich užíváním. Tzv. měkké drogy, jako například marihuana, jsou dnes běžně rozšířeny. Již na základní škole se velká část dětí s nějakými z nich setká. Tzv. tvrdé drogy také nejsou zdaleka nedostupné. Všechny drogy představují velké riziko pro eventuální výskyt suicidálního jednání.

PROBLÉMY SE SEXUÁLNÍ ORIENTACÍ

Problémy z oblasti sexuální orientace se týkají hlavně adolescentů a dospívajících mladých lidí, ale mohou se vyskytnout již v pubertálním věku, kdy dochází k sexuálnímu uvědomění a případná sexuální nevyhraněnost, tápání či homosexualita může pro dítě představovat problém a mnohdy i výraznou zátěž.

Problémy mohou být jak vnitřní, vycházející z jedince, jako například neschopnost přijmout svou odlišnou orientaci a nesmíření se s tímto faktem, tak způsobené okolními vlivy, což může představovat například nepřijetí rodiči a jinými blízkými, kolektivem, ve kterém člověk doposud bez problémů působil, stigmatizace. To vše může opět vyvolat





pocity viny, ponížení, neuspění, deprese a další stresové stavy, které mohou zvyšovat riziko sebevražedného jednání.

POJETÍ SMRTI Z HLEDISKA VÝVOJE DÍTĚTE

Pokud hovoříme o sebevražedném jednání dětí a adolescentů, musíme se zastavit také u vývojového aspektu, jenž úzce souvisí s psychickým zráním. Chápání pojmu „smrt“ a konečnosti lidského života se s věkem mění. Nezvratnost smrti začíná dítě plně chápat teprve kolem 9.–11. roku (Höschl a kol., 2002; Kocourková, Koutek, 2003). V adolescenci se dále vyvíjí vnímání smrti v jemnějších nuancích, a to na úrovni osobní, etické a metafyzické.

U menších dětí je smrt vnímána reverzibilně, to je jako vratný stav – např. v povědomí dětí je obraz smrti vnímán zejména na pozadí pohádek, kde princ zemře a probudí jej živá voda apod. Děti v raném školním věku smrt personifikují.

Důležitý je také historický posun v chápání smrti u dětí, ale i u lidí obecně. Dříve, v podstatě až do první poloviny dvacátého století, byla smrt přirozenou součástí rodinného života. Rodiny byly početnější, mnozí umírali ještě v dětském věku a se smrtí bylo jaksí počítáno. V dnešní době lidé většinou umírají v nemocnicích, smrt je strašákem a také pro běžné lidi do určité míry jakési tabu, což může zpětně ovlivňovat myšlenky dětí o ní. Kocourková a Koutek (2003) uvádí některé faktory, které ovlivňují aktuální postoje ke smrti u dětí a adolescentů:

- kognitivní a emocionální vyspělost,
- vlastní zkušenost s nemocí a smrtí,
- fantazijní zpracování smrti,
- copingové mechanismy (vyrovnání se stresem),
- objektivní vztahy,
- vývojové a osobnostní poruchy,
- psychiatrické klinické syndromy,
- vliv rodiny a širšího sociálního okolí,
- působení sdělovacích prostředků.

Jak ukazují výzkumy, koncept smrti je u normálních a suicidálních dětí odlišný (Orbach, Glaubman, 1978; in: Kocourková, Koutek, 2002). Normální děti se smrtí zabývají nejvíce na podkladě svých vlastních zkušeností (např. smrt blízké osoby, zpráva o nějaké katastrofě), zatímco u suicidálních dětí bývají myšlenky na smrt často obsahem fantazií, přičemž tyto nesou různé agresivní a autoagresivní charakteristiky. Suicidální děti mají častěji fantazie o vlastní smrti či smrti blízkých osob, také se u nich častěji objevuje představa o posmrtném životě. Normální děti myšlenky na smrt spíše zúskostňují a proto se jim raději vyhýbají, mají ji spjatou především se stářím a nemocí.

U adolescentů je přemýšlení o smyslu života a jeho konečnosti obvyklé, proto je toto období obzvláště citlivé a rizikové pro suicidální jednání. A to i přesto, že z hlediska





děti a jejich problémy II

kognitivního vývoje je ireverzibilita smrti již jasně vnímaná. Velký význam hraje i sociální prostředí, ve kterém se dospívající pohybuje, sdělovací prostředky a jiná masmédia i osobní morální hodnoty a vyspělost každého jednotlivce. Je ale potřeba si uvědomit, že morální odpovědnost za své vlastní jednání je do určité míry omezená (což je dáno postupným vývojem etických a morálních hodnot). To by mělo být apelem pro rodiče a jiné blízké dospělé osoby, stejně jako pro lékaře a další odborníky, kteří jsou s dětmi a dospívajícími v kontaktu, aby věnovali pozornost příznakům, nasvědčujícím pro případné suicidální riziko.

Pro období adolescence je stanoveno několik vývojových úkolů, které se týkají přijetí vlastní sexuální role, hledání identity, odpoutání od primární rodiny, spolupráce s druhými lidmi a přijetí určitých norem a ideálů. Čtyři základní vývojové úkoly pro toto období jsou:

- 1 separace od rodičů,
- 2 vývoj dospělé sexuality,
- 3 formace identity a
- 4 pracovní kompetence.

Jelikož jde o úkoly velmi obtížné, selhávání v jejich plnění může v dospívajícím vyvolávat pochybnosti o sobě samém i o smyslu bytí a může být výrazným rizikem suicidálního jednání.

VAROVNÉ SIGNÁLY HROZÍCÍHO RIZIKA

Sebevražedné jednání v dětství a adolescenci většinou prochází několika vývojovými stádii, známými jako tzv. presuicidální syndrom. Současně je však nutné mít na paměti, že v některých případech se může jednat o zkratkovité chování bez předchozích varovných signálů. Presuicidální syndrom předchází sebevražedné jednání a předznamenává nebezpečí sebevraždy.

PRESUICIDÁLNÍ SYNDROM U DĚTÍ:

- občasné suicidální myšlenky, které postupně nabývají vyšší intenzitu a stávají se více konkrétnější,
- dysforická nálada – dítě je smutné, unavené, nemocné; omezení iniciativy a ztráta zájmů,
- vyhýbání se sociálním kontaktům a dříve oblíbeným činnostem,
- objevují se psychosomatické obtíže (bolesti břicha, hlavy, porucha spánku) a jejich následkem i absence ve škole; změny v jídelních zvyklostech.

Pro děti je příznačné, že nedokáží tak dobře jako dospělí vyjádřit své pocity. Proto je zapotřebí všimát si somatických a dalších příznaků, které mohou napovědět, že dítě má nějaký problém.



V některých případech dochází u dospívajících (zejména u dětí do patnácti let) ke zkratkovitému suicidálnímu jednání. I u těchto případů však mnohdy lze při vyšetření zjistit předchozí sebevražedné fantazie. U adolescentů lze častěji zjistit předchozí období konfliktů a krizí, které je vedou k sebevražednému jednání.

SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ A PSYCHICKÉ PORUCHY

Sebevražedné jednání poměrně často pozitivně koreluje s nějakou psychickou poruchou. Někteří odborníci zastávají názor, že suicidální jednání je vždy projevem duševní poruchy, neboť jde o poruchu pudu sebezáchovy. Jiní se staví za svobodu člověka a možnost zvolit si čas a místo smrti. Přijatelně se jeví kompromisní varianta, která připouští, že kromě těch případů sebevražedného jednání, které pramení z psychických poruch, existuje i suicidium bez patologického podkladu, takzvaná biická sebevražda a také sebevražda bilanční.

Podle zdravotnické statistiky z roku 2000 byla nejčastější poruchou, diagnostikovanou u dokonaných sebevražd, afektivní porucha, a to v 7,19 % případů. V 74 % nebyla žádná porucha diagnostikována, což však neznamená, že nebyla přítomna. Ve statistikách z roku 1989 byla psychiatrická diagnóza uvedena u více než 70 % případů, přičemž se jednalo nejčastěji o poruchy osobnosti a sexuální úchytky, neurózy a poruchy chování v dětství a neorganické psychózy.

Duševní poruchy, se kterými se sebevražedné jednání v dětství a adolescenci pojí nejčastěji, popíšeme podrobněji včetně jejich projevů.

DEPRESE V DĚTSTVÍ A V ADOLESCENCI

Odhaduje se, že afektivní poruchy se podílejí na sebevražedném jednání zhruba v 70–80 % případů, a to i přesto, že statistiky dokonaných sebevražd tak vysoké počty nevykazují. Přesto bývá depresivní symptomatika přítomna u velké části pacientů po suicidálním pokusu (Kocourková, Koutek, 2003).

Charakteristiky deprese jsou stejné u dětí jako u dospělých, klinický obraz se však liší v závislosti na tom, v jakém vývojovém období se rozvine. U menších dětí také vzhledem k jejich snížené schopnosti popsat a reflektovat své pocity často zůstává deprese nediodagnostikována.

Jak dokazují některé studie (Ryan a kol., 1978; in Svoboda a kol., 2001), deprese je u dětí poměrně častá, přičemž často následně pokračuje v atakách až do dospělosti. Při časném začátku je vyšší pravděpodobnost výskytu hluboké deprese. I v případě ústupu poruchy u takto postižených dětí se objevuje horší fungování v dospělosti, vyšší potřeba lékařské péče, častější zneužívání alkoholu a drog a jiné problémové chování.

Základní kritéria deprese u dětí a dospívajících jsou dle Svobody a kol. (2001) následující:





děti a jejich problémy II

- depresivní nálada – pocity beznaděje, podrážděnost, ztráta zájmu a radosti z běžných aktivit, nuda či otrávenost, pocit prázdnoty, smutek, zlost,
- poruchy příjmu potravy – zejména nechutenství, méně často přejídání,
- poruchy spánku – nespavost nebo nadměrná spavost,
- apatie, ztráta zájmu a radosti, ztráta motivace, snaživosti,
- motorický útlum nebo naopak agitovanost,
- ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo pocity viny,
- zhoršená schopnost soustředění pozornosti,
- úvahy o smrti, suicidální myšlenky, sebepoškozování, rizikové a potenciálně sebe-destructivní chování.

Hlavním kritériem je výrazná emoční a behaviorální změna, vedoucí k horšímu fungování dítěte doma, ve škole a mezi vrstevníky. Přítomna musí být porucha nálady, u dětí často neverbalizovaná. Časté jsou somatické potíže a může dojít i k regresi. U dětí bývají přítomny některé z následujících symptomů: dysforické ladění, sebeznehodnocující myšlenky, agitace, poruchy spánku, změny školní výkonnosti, zhoršená socializace, změna postoje ke škole, somatické obtíže, ztráta obvyklé energie, neobvyklé změny chuti k jídlu, náhlá či výrazná změna váhy.

U dospívajících je potřeba odlišit depresivní symptomy od psychické rozlady, která je pro toto věkové období obvyklá, mezi dospívajícími známá jako „depka“. Depresivní symptomatika může být vyjádřena nezřetelně, suicidální jednání takového dítěte pak může překvapit. Riziko sebevraždy u dětí a dospívajících s depresí je zhruba 20krát vyšší než u jejich zdravých vrstevníků. Kocourková a Koutek (2003) uvádějí přítomnost depresivní symptomatiky u 72,5 % případů u dětí a dospívajících, hospitalizovaných v letech 1995–1999 na Dětské psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Motol.

SCHIZOFRENIE

Jedná se o vážné duševní onemocnění, které se projevuje poruchou myšlení, vnímání a afektivity. Zasahuje do integrity osobnosti a příznačná pro ni je ztráta kontroly reality, kdy nemocný své prožitky považuje za skutečnost a řídí se jimi. Přibližně u 60 % pacientů se vedle schizofrenie objevují i depresivní symptomy. Podle různých statistik 2–13 % schizofreniků dokonane suiciduje, riziko sebevraždy je mezi těmito pacienty až 10–20 krát vyšší než v běžné populaci (Kocourková, Koutek, 2003).

Schizofrenie nejčastěji propuká mezi 20. a 30. rokem věku. Může se však projevit už v dětském (nediferencovaná schizofrenie či schizofrenie v dětství) či adolescentním věku (hebefrenní schizofrenie, ale i ostatní formy, typické pro dospělý věk). Mezi 15–20 lety se onemocnění projeví u zhruba 10 % pacientů. Důležitá je skutečnost, že čím dříve se onemocnění projeví, tím výrazněji postihne integritu osobnosti a má vážnější následky v oblasti další socializaci.

Depresivní syndrom v rámci schizofrenie je nejčastěji vyjádřen u smíšených typů, tj. u schizoafektivní poruchy, která se vyznačuje přítomností symptomů schizofrenních a afektivní poruchy. Onemocnění může pacient prožívat natolik subjektivně bezvýhodné, že hledá řešení v sebevraždě. Podle Kocourkové a Koutka (2003) může být obzvláště v adolescen-





ci depresivní syndrom a nemotivované sebevražedné jednání jedním z prvních příznaků schizofrenie. Autoagresivní jednání s úmyslem zemřít musíme v případě schizofrenie odlišit od jiného sebepoškozujícího jednání pod vlivem psychotických prožitků.

ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Děti a dospívající, kteří mají problémy se závislostí, ať už se jedná o drogy či alkohol, případně i tabakismus, jsou ve větší míře ohroženi rizikem suicidálního jednání. Alkohol a některé další drogy mohou při dlouhodobějším užívání způsobovat u dětí a dospívajících depresi. To platí zvláště pro ty děti a dospívající, u kterých je zvýšená tendence k depresi kvůli jejich biologickým a rodinným predispozicím a dalším faktorům.

Problém také nastává tehdy, když člověk, postižený depresí, volí alkohol a drogy jako „lék“ na své problémy s cílem ulevit svým potížím. Efekt drog a alkoholu však může naopak původní depresi ještě více zintenzívnit. Návykové látky navíc kromě svých depresivních účinků mohou změnit osobní úsudek, ovlivnit správnost rozhodování a řešení problémů. Mnoho sebevražedných pokusů se odehraje právě pod vlivem alkoholu a drog.

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Anorexie a mentální bulimie se řadí mezi poruchy příjmu potravy, které postihují převážně dívky a mladé ženy. Poruchy příjmu potravy se nejčastěji začínají objevovat v období puberty a adolescence. Jedná se o poruchu, která průměrně přibližně v 8 % případů končí smrtí, jejíž nejčastější příčinou, kromě komplikací kachexie, je sebevražda. Mentální anorexie je často provázena depresivními příznaky (25–75 %). Kromě deprese je pro tuto poruchu typická úzkost, strach z jídla a četné konflikty v rodině či jinde. Krch a Faltus (1988, in: Kocourková, Koutek, 2003) vyšetřili 60 pacientek s mentální anorexií a bulimií a u šesti anorektiček a pěti bulimiček našli v jejich osobní anamnéze suicidální pokus.

NEUROTICKÉ A ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Neurotické a úzkostné poruchy zahrnují celé spektrum poruch úzkostných, panických, fobických a obsedantně kompulzivních. V dětském věku se tyto poruchy projevují jako separační úzkostná porucha, fobická úzkostná porucha a sociální úzkostná porucha. Projevují se zvýšenou mírou úzkosti, strachu a napětí a zabírají podstatnou část času postiženého jedince. Formou separační poruchy může být například tzv. školní fobie, která se navenek projevuje strachem ze školy a ze selhání. Skrytě může znamenat strach z odloučení od rodinného prostředí, kdy úzkost může vést dítě až k sebevražednému jednání.





děti a jejich problémy II

DISHARMONICKÝ VÝVOJ OSOBNOSTI

Jedná se o určitý předstupeň diagnózy poruchy osobnosti, kterou je podle diagnostických kritérií možné diagnostikovat až po 16. roce věku. Nejedná se o duševní onemocnění, ale spíše o anomální strukturu osobnosti. Vlivy, které působí na vývoj osobnosti jsou různé, například dědičnost, působení rodiny, v případě narušení osobnosti mohou hrát roli i vlivy deprivace. Disharmonický vývoj osobnosti snižuje adaptabilitu nositele a do určité míry ztěžuje jeho zapojení do společnosti. Jak uvádí Kocourková a Koutek (2003) se suicidálním jednáním mohou být spojeny osobnosti s rysy disociálními, histrionskými, anxiózními a emočně nestabilními.

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Sebepoškozování je závažným patologickým jevem, který se vyskytuje ponejvíce v období dospívání a adolescence. Není zde přítomen vědomý a cílený záměr zemřít, nicméně následkem je poškození tělesné integrity. Riziko sebevražedného jednání u sebepoškozujících se pacientů je vyšší vzhledem k prožitkům beznaděje a depresím a často vyšší afektivitě.

DIAGNOSTIKA

Diagnostický přístup musí být vzhledem k širokému okruhu psychopatologických charakteristik dětí a adolescentů s přítomností suicidálního jednání komplexní a musí brát v úvahu vývojové období, ve kterém se dotýčný člověk nachází. Na základě diagnózy mohou být zvoleny efektivní prostředky léčby základního onemocnění, ale také prevence rizikových faktorů pro další suicidální jednání. Těmito rizikovými faktory jsou například další psychiatrické klinické syndromy, patologické osobnostní charakteristiky či problematické psychosociální podmínky. Diagnostika je tedy víceasá a zahrnuje jak posouzení klinických syndromů, tak i vývojových a osobnostních charakteristik dítěte, psychosociálních faktorů a dalších diagnosticky významných okolností, jako může být např. psychosexuální vývoj.

Dle Kocourkové a Koutky (2003) je potřeba u dětí a adolescentů posoudit:

- kognitivní a emocionální vyspělost,
- vývoj osobnosti a charakteristiky osobnostního fungování,
- charakter emocí a afektů (zejména pocity beznaděje a bezmoci, pocity viny, vztek a stud),
- způsoby adaptace, obranné mechanismy a způsob, jakým dítě reaguje na stres,
- oblast interpersonálních vztahů (rodina, škola, vrstevníci),
- psychosexuální vývoj,
- vlastní zkušenosti s nemocí a smrtí,
- fantazijní zpracování smrti,
- traumatické zkušenosti.



Během vyšetření je nejdůležitější podrobný rozhovor vedený s dítětem či dospívajícím. Dále lze využít dotazníkové metody, projektivní metody. Užitečná je anamnéza získaná od rodičů a jiných blízkých osob. Vyšetřující se zaměřuje především na přítomnost suicidálních myšlenek a jejich intenzitu, na zjištění stádia plánování sebevraždy a na posouzení závažnosti suicidálního jednání, přítomnost psychiatrické poruchy, motiv sebevražedného jednání, nebezpečí opakování v případě již proběhlého pokusu. Poté je zapotřebí navrhnout nejvhodnější terapeutický postup (Koutek, 2002).

Na závažnost sebevražedného jednání můžeme usuzovat podle způsobu tohoto jednání, přičemž za alarmující považujeme hlavně užití tvrdé metody. Signifikantní je také dopis na rozloučenou. U dětí je však zapotřebí brát v úvahu, že závažnost současného suicidálního jednání nemusí korelovat s mírou suicidálního rizika do budoucna, protože zejména prepubertální děti mohou mít nejasnou představu o letalitě prostředku, který užily. To platí například pro požití medikamentů, kdy například dítě s vážným sebevražedným úmyslem může spolykat třeba jen pár nepřilíš silných léků v domnění, že dávka je dostatečná, nebo naopak i při nepřilíš jasném úmyslu zemřít vzít letální dávku léků, o jejichž účinku nemá dítě odpovídající představu. Proto je zapotřebí nepodceňovat i zdánlivě nepřilíš závažně vyhlížející suicidální jednání u dětí a dospívajících. Rovněž je důležité se v rámci diferenciální diagnostiky zaměřit na přítomnost suicidálních úmyslů u dětí a dospívajících zraněných při nějaké zdánlivě nehodě, případně možnost suicidálního motivu při abusu návykových látek.

Během vyšetření by měly být zjištěny zejména následující problémy (Kocourková, Koutek, 2003):

- 1 Události předcházející suicidálnímu aktu.
- 2 Důvody a motivy pro suicidální chování.
- 3 Problémy a konflikty, které dítě v současné době projevuje.
- 4 Případná psychická porucha.
- 5 Rodinná a osobní anamnéza, traumatické zkušenosti.
- 6 Psychopatologické problémy, předcházející suicidální jednání.
- 7 Riziko autodestruktivního chování v současnosti.
- 8 Závažnost suicidálního úmyslu.
- 9 Protektivní a pozitivní vývojové faktory a okolnosti.

Při vyšetření a posuzování dítěte či dospívajícího se známkami suicidálního jednání bývá využíváno poměrně široké spektrum diagnostických metod. Je to zejména pozorování, rozhovor, a to zejména polostrukturovaný, který podá dobrý obraz o psychopatologické problematice klienta, jeho způsobech fungování, zdraví a stresorech, které na něj působí. Dále se zvláště u menších dětí často využívá hra, která napomáhá bořit komunikační bariéry.

Somatické vyšetření je součástí každého vyšetření po suicidálním pokusu, a to i proto, že většinou se dostává dítě či dospívající nejprve do péče lékařů záchranné služby, akutní péče jednotek intenzivní péče, pediatriů, chirurgů a dalších somatických oborů a teprve poté následuje psychiatrické a psychologické vyšetření.





ODBORNÁ POMOC

Lékařská a další odborná pomoc, poskytovaná suicidálním pacientům, může mít několik forem v závislosti na aktuálním psychickém stavu a na době, ve kterou je poskytována. Jedná se o:

- první pomoc,
- krizovou intervenci,
- systematickou léčbu.

Lékař by měl rozhodnout, zda je možné a postačující zajistit pacientovi pouze ambulantní léčbu, či zda jeho stav vyžaduje odbornou péči v rámci hospitalizace. Z důvodu prevence dalšího sebevražedného pokusu bývá pacient prohledán a jsou mu odebrány veškeré věci a nástroje, které by mohly být použity k sebevraždě. Dalším opatřením je intenzivní léčba základního onemocnění suicidálního dítěte či adolescenta, pokud je přítomno, a to např. léčba deprese psychofarmaky a různé formy krizové intervence.

První pomoc při sebevražedném jednání musí poskytnout každý člověk, který je takovému jednání přítomen (Kocourková, Koutek, 2003). Nejčastěji to bývá někdo z blízkých osob či přivolaný lékař. Účelem první pomoci je zvládnout akutní stav a zamezit sebe-destruktivnímu jednání. Postiženého je zapotřebí nejprve ošetřit po stránce somatické, poté po stránce psychické.

Krizová intervence a následná péče by měla být poskytnuta odborníkem na duševní zdraví, tedy psychiatrem, psychologem či sociálním pracovníkem. První pomoc ze strany odborníka při suicidálních myšlenkách a tendencích by se měla zaměřit na základní otázky, zda jsou úvahy o sebevraždě myšleny vážně, co je jejich motivem, zda-li je přítomna duševní porucha a jestli je možné nastatou situaci řešit bez nutnosti hospitalizace. V mnoha případech je hospitalizace dítěte nebo dospívajícího nutná.

Při aktuálně hrozícím sebevražedném jednání je třeba rychle zhodnotit situaci a s postiženým člověkem komunikovat a vcítit se do jeho emocí. Pomoci může navenek klidný postoj zasahujícího odborníka a direktivnost při podpoře adaptivních mechanismů řešení krizových situací a zároveň zamezení těch neadaptivních (Koutek, 2002).

Při suicidálním pokusu poté, co již byl postižený člověk ošetřen po somatické stránce a pomínulo nebezpečí akutního ohrožení života, je nutné věnovat náležitou pozornost a péči psychické stránce. Úkolem této odborné pomoci je zaměřit se na základní okruhy problémů. Předně je to závažnost suicidálního jednání, přítomnost psychické poruchy, motivy a možnost opakování sebevražedného pokusu. Následně je třeba navrhnout další terapeutický postup.

Krizová intervence se uplatňuje tam, kde dochází k akutnímu stavu, případně ohrožení života (Eis, 1998). Existují odborné postupy, jak přistupovat k pacientům v krizových stavech. Krizová intervence by měla kromě zvládnutí prvotní krize postihnout i oblast budoucnosti. Orientuje se na vyloučení rizika opakování maladaptivního chování.

Některé psychoterapeutické zásady krizové intervence jsou (Kocourková, Koutek, 2003):

- navázání a udržení kontaktu s postiženým,



- empatický postoj k pacientovi (ne však souhlas s jeho jednáním),
- porozumění suicidálnímu jednání jako volání o pomoc,
- společné hledání alternativního řešení problému,
- hledání alternativy pro budoucnost,
- v případě duševní poruchy zajištění následné péče.

Následná systematická léčba suicidálních dětí a adolescentů, ale i dospělých se odvíjí od celkové diagnózy a posouzení přetrvávajícího rizika sebevražedného jednání. Po absolvování psychiatrického a psychologického vyšetření a zjištění všech potřebných okolností je možné sestavit dlouhodobější terapeutický plán. Opět je zde možnost výběru mezi ambulantní a lůžkovou péčí.

V případě ambulantní péče se sice snižuje možnost kontroly pacienta, na druhou stranu však může příznivě působit přítomnost rodiny, přátel a blízkého prostředí. Ambulantní péče je vhodnější v případech, kdy riziko opakování sebevražedného pokusu pominulo či je jen velmi nízké. U pacientů s přetrvávajícím rizikem suicidálního jednání, stejně tak i při zjištění vážnějších psychických poruch, je vhodnější hospitalizace. Dochází sice k relativně dlouhodobějšímu odloučení od rodiny a přirozeného prostředí, což však v mnoha případech může představovat naopak určitou výhodu či dokonce nutnost – například tehdy, pokud sebevražedné jednání bylo motivováno problémy v rodině. V léčebném zařízení se zvyšuje možnost kontroly stavu pacienta, přičemž je zajištěna pravidelná a intenzivní terapie a psychoterapie.

Z psychoterapeutických metod se často využívají následující způsoby terapie:

- individuální psychoterapie – může mít formu podpůrnou, zaměřenou na zvládnutí krize a posílení pacientova „Já“,
- skupinová psychoterapie – cílem je zlepšení komunikace, korektivní rekapitulace zážitků a korektivní zkušenost. Skupina je zaměřena na oblast interpersonálních vztahů a využívá skupinové dynamiky,
- rodinná terapie – pomáhá zlepšit fungování rodiny jako celku i jednotlivých členů rodiny. Pracuje se na řešení rodinných konfliktů a maladaptivních vzorců, které působí dlouhodobé obtíže. Řeší se i přístup rodičů a dalších členů rodiny k suicidálnímu dítěti. Tato forma může být využita i v případě, že dítě či adolescent sebevraždu dokončil,
- neverbální psychoterapeutické přístupy, jako například arteterapie, muzikoterapie, relaxační techniky, atd.

Farmakoterapie se využívá v případě suicidálního chování především z důvodu zklidnění pacienta a léčby případné zjištěné duševní poruchy. V rámci první pomoci je podání psychofarmak (nejčastěji benzodiazepiny nebo tlumivá neuroleptika) možné poté, co pominula případná původní intoxikace. Pokud pacient vykazuje známky deprese, bývají nasazena antidepresiva. Farmakoterapie je pouze jednou ze složek terapie suicidálního chování a nelze ji považovat za jedinou a kauzální (Kocourková, Koutek, 2003).

Důležitou roli v léčbě kromě specialistů hraje i rodina a další blízké osoby z okolí dítěte. Mohou napomoci lékařům a psychologům při pochopení motivace suicidálního jednání a poskytnout další cenné informace a vhled do problému. Současně však mohou vhodným přístupem napomoci dítěti či dospívajícímu ve zvládnutí problémů.





děti a jejich problémy II

Nicméně někteří rodiče mají naopak sklon problémy svého dítěte bagatelizovat, zkreslují anamnestické údaje a terapii nenapomáhají. Při vyšetření dítěte je proto vhodné zaměřit se i na rodiče a jejich psychopatologické charakteristiky, které mohou oslabovat platnost výroků o dítěti.

PREVENCE SEBEVRAŽD U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

Prevence v oblasti suicidálního jednání dětí a adolescentů je potřebná a důležitá. Jak již bylo řečeno, suicidální jednání je většinou předcházeno varovnými příznaky. Jednou z neefektivnějších strategií prevence sebevražd je dle Brenta (2003) edukace veřejnosti i odborníků v tom, jak rozpoznat a přiměřeně reagovat při výskytu varovných příznaků sebevražedného jednání. Screening psychopatologických charakteristik mezi adolescenty může také významně napomoci v prevenci sebevražednosti, stejně jako léčba psychopatie u rodičů může napomoci snížit riziko psychického narušení dětí.

Jedním z nejdůležitějších a základních cílů prevence sebevražednosti mezi mladými lidmi je redukce rizikových faktorů. Psychopatie, zvláště pak poruchy nálady a další, je spjata se sebevražedností. Velmi důležité je však zdůraznit, že většinu z těchto poruch lze léčit. Jak uvádí Baudiš (1998) „včasná diagnostika + správná léčba = prevence sebevražednosti“, což dokládá na studii uskutečněné v letech 1983–4. Švédský výbor pro prevenci a léčbu depresí, který byl založen pro praktické lékaře v oblasti Gotland, realizoval program zaměřený na diagnostiku a léčbu depresí. V následujících letech došlo k signifikantnímu poklesu výskytu sebevražednosti, což je do značné míry připisováno kromě jiného právě vyšší informovanosti v této oblasti.

To ukazuje na důležitou úlohu praktických (dětských) lékařů, kteří by měli na poli prevence sebevražednosti sehrávat jednu ze zásadních rolí. Podle Fleischmana a kol. (2004) nepřineslo zdůrazňování varovných příznaků rodičům, přednášky pro širokou laickou veřejnost a programy zaměřené na školy, kýžené výsledky. Proto je význam lékařů zásadní. A to i z důvodu, že velká část jedinců, kteří se pokusí či dokonají sebevraždu, v posledním předcházejícím půlroce navštíví z různých důvodů právě svého lékaře.

Důležité je samozřejmě i kvalitní psychiatrické a psychologické působení. Jak uvádí Beck (1999), psychiatrická krizová intervence a periodické monitorování suicidálních myšlenek vede ke snížení realizace sebevražd. V prevenci sebevražednosti hrají roli i jiné odborné instituce, jako například linky důvěry, krizová centra, stacionáře pro mladé narkomany a podobně. Na linkách důvěry pracují odborníci i proškolení laici, kteří dokáží pomoci klientovi v akutní krizi a v případě potřeby ho nasměrovat na vhodnou další odbornou pomoc. Prevence sebevražedného jednání u dětí a adolescentů tedy zahrnuje tyto aspekty (Kocourková, Koutek, 2003):

- Informovanost osob pečujících o děti o výskytu suicidálního chování, rizikových faktorů a podpoře rodin rizikových dětí,
- dostupnost psychiatrické a psychologické péče,





- profesionální trénink odborníků ve schopnosti identifikovat suicidální riziko a vhodně reagovat,
- speciální psychoterapeutický výcvik odborníků pracujících s ohroženou populací v různých zařízeních, která nabízejí pomoc,
- regulace dostupnosti prostředků sebevražedného chování.

Psychoterapeutka Lea Brodová (2004) v rozhovoru pro časopis Psychologie Dnes problematiku shrnuje: „Nejlepší prevence všech podobných problémů je mít od malička otevřené ucho, oko a srdce pro to, co dítě prožívá“. Tedy něco, co se v okamžicích krize už hůře buduje. Krize je samozřejmě možné využít, jestliže členové rodiny najdou způsoby, jak se vzájemně otevřít, jak si vzájemně vyjít vstříc, aby vstřícnost nebyla chápána jako projev slabosti, jak žít s druhými v míru a spolupráci a přitom se necítit zneužívaný. Proto je při práci s rodinami, v nichž se podobně závažný problém vyskytl, snahou vytvořit důvěrné prostředí a otvírat témata, která by mohla být pro účastníky problému prospěšná. Třeba o tom, jak je možné dávat najevo, že je někdo nešťastný, jestli si jednotliví členové rodiny dovolí dát najevo, že jsou nešťastní, jestli to ostatní nebudou brát jako slabost a podobné věci, které jim pomohou porozumět tomu, co se v jejich rodině děje.“

SEBEVRAŽEDNOST U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ V ČR A VE SVĚTĚ

Trend v sebevražednosti dospělých je v posledních letech v naší republice trvale sestupný. U mladší věkové populace do 19 let věku je tomu bohužel zcela naopak. Přestože v dětství ve věku do 14ti let je sebevražedné chování poměrně vzácné, míra sebevražedných pokusů a suicidií dramaticky stoupá v adolescenci.

Podle Centra pro kontrolu nemocí a prevenci je v USA sebevražda na třetím místě v příčinách úmrtí v populaci ve věku 15 až 25 let, přičemž první dvě místa zaujímají nehody a vraždy (Kids Health, 2005). Skutečný počet sebevražd je pravděpodobně ještě vyšší, než udávají oficiální statistiky, protože mezi ně zřejmě patří i některá úmrtí připisovaná úrazům, vraždám či řízení pod vlivem alkoholu.

Ve Francii je sebevražda u adolescentů dokonce druhou nejčastější příčinou úmrtí ve věkové skupině 15–24 let, což odpovídá přibližně počtu 600–700 případů do roka (Pagés a kol., 2004).

V České republice je situace podobná. Od roku 1990 do roku 2000 se počet sebevražd ve věkové kategorii do 19 let zvýšil více než dvojnásobně, přičemž se současně snížil celkový počet osob v této věkové kategorii. Kocourková a Koutek (2003) spekulují o tom, že to může být způsobeno například zvýšeným tlakem na školní úspěch a výkon, vlivem zvyšující se stratifikace společnosti, ale i rozšířením drog mezi mládeží. Rovněž i v těchto případech platí, že u chlapců se setkáváme častěji s letálním koncem sebevražedného jednání, u dívek naopak významně převyšují sebevražedné pokusy. Podle odhadů z různých



děti a jejich problémy II

studií realizovaných v USA připadá u mladých lidí na jeden úspěšný pokus o sebevraždu 50 až 100 neúspěšných suicidálních pokusů (Fleischman a Barondess, 2005). Lze předpokládat, že u nás je situace podobná, což je velice alarmující.

SEBEVRAŽEDNOST A DATA LINKY BEZPEČÍ

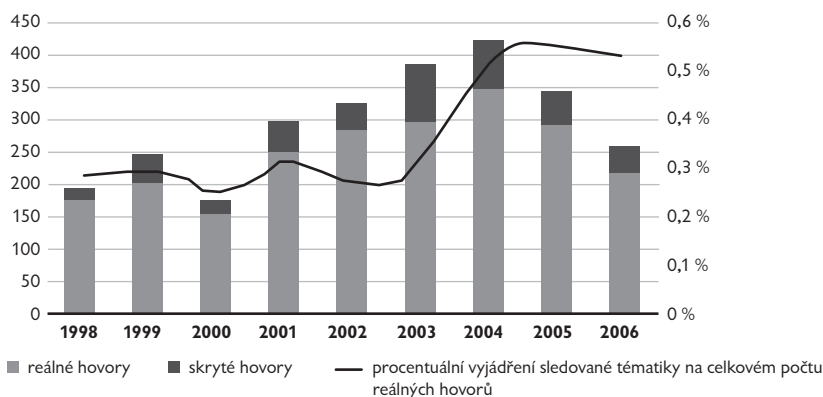
Problematika sebevražedných tendencí a chování představuje jeden z tematických okruhů, které jsou na Lince bezpečí sledovány a zaznamenávány. Statistika Linky bezpečí (dále LB) může napomoci ilustrovat problematiku sebevražedných tendencí u dětí a dospívajících. Podstatnou část tvoří statistiky za posledních 5 let, tj. od ledna 2002 do prosince 2006, pouze v úvodním shrnutí jsou zahrnuta i data od roku 1998.

Celkový počet hovorů na dané téma je rozdělen podle reálnosti hovorů na reálné a tzv. skryté. Skrytými hovory rozumíme imitace hovorů, kdy děti kromě jiných důvodů mají potřebu zjistit, jak by to bylo v případě, že by tento problém skutečně měli. Za uvedené období bylo na LB vedeno celkem 2230 reálných tematických hovorů a dalších 415 tzv. skrytých hovorů na téma sebevražedné tendence, což představuje 0,35 % z celkového počtu tematických hovorů vedených na LB.

Počty hovorů nelze ztotožňovat s počtem klientů, volání na LB je anonymní a je možné, že někteří klienti volali vícekrát. Také je důležité uvědomit si fakt, že statistiky zahrnují pouze volání, kdy klient řešil přímo své sebevražedné tendence. Prvky této tematiky byly zcela jistě přítomny i v mnohých dalších voláních, kdy je však klient zmiňoval pouze jako součást svého problému.

Graf 1. ilustruje vývoj počtu reálných hovorů na téma sebevražedné tendence a jejich procentuelní zastoupení v celkovém počtu reálných hovorů vedených na LB v období 1998–2006.

graf 1: vývoj počtu hovorů vedených na LB na téma sebevražedných tendencí

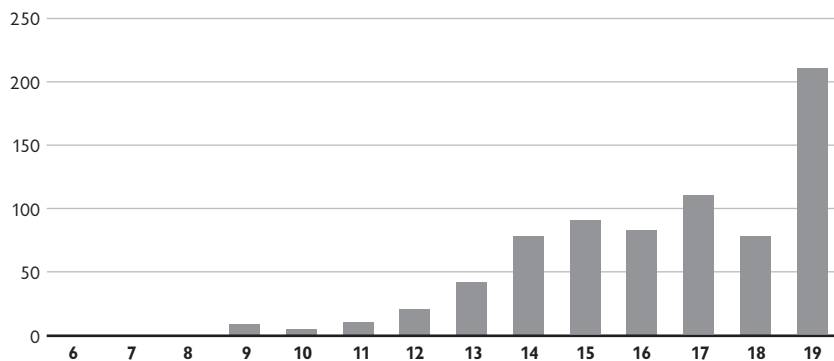




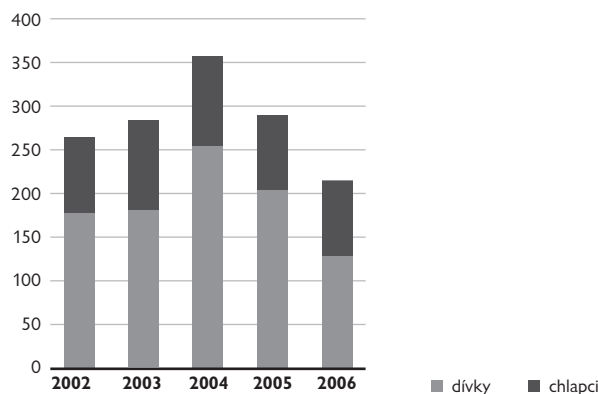
Pokud se zaměříme na věk klientů, kteří se v období let 2002–2006 obrátili na LB s tématem sebevražedných tendencí (viz Graf 2.), můžeme konstatovat, že trend kopíruje všeobecně uváděné statistiky. U dětí do 10 let věku je toto téma spíše ojedinělé. Velmi výrazný nárůst zaznamenává skupina dětí starších třinácti let. Vzestupná tendence je charakteristická pro celé období adolescence.

Vysoký počet dospělých klientů starších 18 let lze zdůvodnit tím, že do této kategorie jsou zahrnuti mladí studující dospělí do 26 let, jimž je určena pomoc LB rovněž zaměřena, a dále dospělí, kteří se na LB obrátili v akutní krizové situaci, kdy je nebylo možné ihned odkázat na linku důvěry pro dospělé či jiné odborné pracoviště a tato jejich akutní krize byla řešena Linkou bezpečí.

graf 2: věkové rozvrstvení klientů volajících s tématem sebevražedných tendencí za sledované období 2002–2006



graf 3: rozvrstvení klientů dle pohlaví v průběhu let 2002–2006





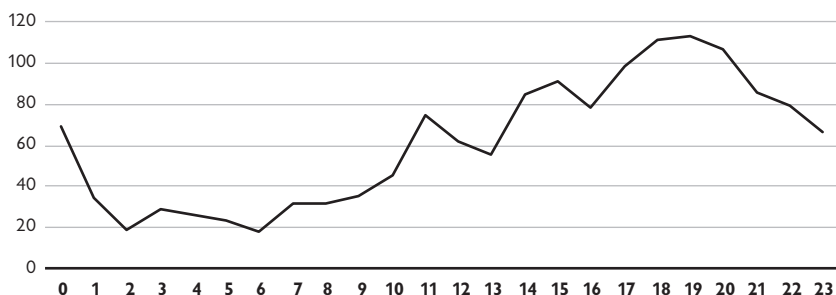
děti a jejich problémy II

Rozdělení volajících z hlediska pohlaví ukazuje, že přibližně dvě třetiny volajících tvoří dívky a jednu třetinu chlapci. Graf 3 prezentuje rozvrstvení klientů dle pohlaví v průběhu jednotlivých let 2002–2006.

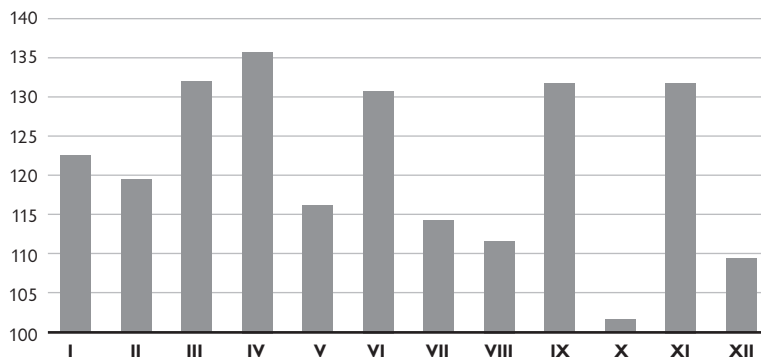
Zajímavý je rovněž i časový aspekt volání klientů LB na téma sebevražedných tendencí. Ze statistik LB vyplývá, že maximum hovorů se uskutečnilo mezi 18.00 až 21.00 hodinou a minimum v brzkých ranních hodinách. V průběhu dne je s různými výkyvy křivka postupně vzrůstající, jak dokumentuje graf 4. Částečně je možné tuto skutečnost zdůvodnit obecným trendem v četnosti volání na LB v průběhu dne, kdy nejvíce klientů volá v pozdních odpoledních a časných večerních hodinách a naopak nejméně v časných ranních hodinách. Časový průběh počtu přijímaných hovorů na téma sebevražedných tendencí, a to ve sledovaném období 2002–2006 prezentuje graf. 4.

Graf 5 pak dokumentuje vývoj počtu vedených hovorů na téma sebevražedné tendence v jednotlivých měsících roku za stejné sledované období. Z údajů LB týkajících se počtů volání v jednotlivých měsících vyplývá, že nejčastější byly hovory v měsících březen, duben, červen, září a listopad.

graf 4: čas volání – souhrn v letech 2002–2006



graf 5: sebevražedné tendence v měsíčních souhrnech v letech 2002–2006





V uvedených letech byly sledovány i počty intervencí na různá zařízení a instituce odborné pomoci. Zcela nejčastěji byla kontaktována rychlá záchranná služba a Policie ČR. Celkem bylo v letech 2004–2006 intervenováno ve prospěch 29 klientů, kteří se na LB obrátili s potřebou řešit sebevražedné tendence.

LITERATURA

MONOGRAFIE

1. BENTOVIM, A.: **Týrání a sexuální zneužívání v rodinách**. Praha, Grada Publishing 1998.
2. GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J.: **Podoby násilí v rodině**. Praha, Vyšehrad 2000.
3. HORT, V., HRDLÍČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. a kol.: **Dětská a adolescentní psychiatrie**. Praha, Portál 2000.
4. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J.: **Psychiatrie**. Praha, Tis 2002.
5. KASTOVÁ, V.: **Krize a tvořivý přístup k ní**. Praha, Portál 2000.
6. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J.: **Sebevražedné chování. Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících**. Praha, Portál 2003.
7. LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J.: **Dětská psychoterapie**. Praha, Portál 2000.
8. SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M.: **Psychodiagnostika dětí a dospívajících**. Praha, Portál 2001.
9. VÁGNEROVÁ, M.: **Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří**. Praha, Portál 2000.
10. VODÁČKOVÁ, D. a kol.: **Krizová intervence**. Praha, Portál 2002.
11. WICK-NELSON, R., ALLEN, C. I.: **Behavioral Disorders of Childhood**. New Jersey, Pearson 2003.

ČLÁNKY V ODBORNÝCH ČASOPISECH

12. BAUDIŠ, P.: **Praktický lékař a sebevražda – rozpoznání rizika, prevence**. Amireport, 6, 28, 1998, s. 40–41.
 13. BOUČEK, J.: **Mohou být linky důvěry užitečné v prevenci sebevražednosti?** Amireport, 6, 1998, č. 28, s. 43–44.
 14. BECK, A. T. a kol.: **Suicide ideation at its worst point: a posture of eventual suicidium in psychiatric outpatients**. Suicide Life Treat Behavior, 29, 1, 1999, s. 1–9.
 15. DRAGOMERICKÁ, E.: **Sebevražda jako jev sociální patologie – hledisko filozofické, sociologické a psychologické**. Amireport, 6, 28, 1998, s. 27–28.
 16. EIS, Z.: **Krizová intervence a sebevražednost**. Amireport, 6, 28, 1998, s. 41–42.
 17. FLEISCHMANN, A., BARONDESS, J.: **Sebevraždy dospívajících. Jak lze předejít kruté dani?** Pediatrie po promoci 5, 2, 2005, s. 18–24.
 18. KASALOVÁ-DAŇKOVÁ, Š.: **Analýza: Metody používané při sebevražedném jednání**. Dostupné na www.demografie.cz.
 19. KOUTEK, J.: **Intoxikace psychofarmaky jako způsob suicidálního jednání**. Praktický lékař, 78, 1998, 2, s. 659–660.
 20. KOUTEK, J.: **Suicidální chování v dětství a adolescenci**. Iatrike techné, 1/2002, s. 68–70.
 21. KOUTEK, J.: **První pomoc při suicidálním jednání z pohledu psychiatra**. Tempus medicorum, 11, 2002, 6, s. 26.
 22. KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J.: **Posuzování suicidálního rizika u dětí a adolescentů**. Československá psychologie, XLVI, 2002/2, s. 178–183.
- PAGES, F. a kol.: **What are the characteristic of adolescent hospitalized suicide attempters?** European Child and Adolesc.







sdružení linka bezpečí



syndrom zavrženého rodiče

Barbora Krčmářová







SYNDROM ZAVRŽENÉHO RODIČE

Zařazení tématu „syndrom zavrženého rodiče“ do publikace, která se věnuje dětem a jejich problémům, se může zdát na první pohled matoucí. Domníváme se ale, že tu má toto téma své místo, a to hned z několika důvodů. Ačkoli pojmenování tohoto fenoménu odkazuje k rodičům a dospělým, jeho následky mají negativní dopad především na děti. Následky na vývoji osobnosti dítěte mohou být mnohdy velmi vážné, někdy nabývají celoživotního rázu.

Se syndromem zavrženého rodiče (dále SZR) se ve své praxi mohou setkat nejen psychologové a další pracovníci pomáhajících profesí, ale také učitelé, vychovatelé a v neposlední řadě také soudci a úředníci podílející se na úpravě rodinných vztahů zejména v rámci rozvodového řízení.

SZR je definován jako porucha, která vzniká primárně v souvislosti se spory o dítě při rozchodu rodičů. Hlavním projevem je výrazné odmítání jednoho z rodičů, kontaktů s ním a jednostranný příklon k rodiči druhému.

Považujeme za důležité, aby se informace nejen o existenci, projevech, důsledcích, ale také o možném zneužití koncepce SZR dostaly do co nejširšího povědomí, a to v podobě pokud možno nezkrácené. Vítráme a považujeme za přínosnou také diskusi, která toto téma provází.

Na Lince bezpečí se, díky jejímu zaměření, s touto tematikou setkáváme zejména v hovorách s dětskými klienty. Stále častěji se ale jak na Linku bezpečí, tak na Rodičovskou či Internetovou linku provozovanou Sdružením Linka bezpečí obrací dospělí, kterých se situace odmítaného rodiče dotýká osobně, případně zasahuje někoho z jejich blízkého okolí.

Uvědomujeme si, že diskuze o SZR může v mnoha případech představovat jakési balancování na tenkém ledě. Tento příspěvek si rozhodně neosobuje právo vynášet kategorické soudy, stanovovat diagnostická kritéria a určovat neměnné intervenční postupy. Jeho cílem je upozornit na jev, který se ve společnosti nepochybně objevuje, a zejména na negativní následky, které může pro dítě představovat.

Jsmo si vědomi také rozporných reakcí, které koncepce SZR vyvolává, ať už je to pozitivní příklon rodičů, kteří prošli náročným rozvodem a z různých důvodů ztráci šanci na kontakt se svými dětmi, tak například strach ze zneužití SZR například při rozvodu s partnerem, který se dopouštěl násilí.

Jsmo si vědomi, že koncept syndromu zavrženého rodiče (SZR), tedy Parental alienation syndrome (PAS) je přijímán s mnoha výhradami a vyvolává rozporuplné reakce. K některým z nich se také vyjádříme. Tato publikace je ale primárně zaměřena na děti a situace, které je mohou potkat, zasáhnout či poškodit jejich vývoj. Není tedy metou tohoto článku vyjasnit diskusi okolo SZR, ale poukázat na to, jaký může mít dopad na dítě.

V první části našeho článku se tedy budeme věnovat původní koncepci SZR vycházející zejména z prací R.A. Gadhnera a jeho následovníků. V další části pak bude pozornost věnována některým námitkám a diskusi, kterou mezi odborníky i laiky tato problematika vyvolala.



RODINA A JEJÍ FUNKCE

Rodina je v kontextu naší civilizace a kultury považována za základní společenskou jednotku. V obecném povědomí je také poměrně pevně zakotvena představa o jejích funkcích. Mezi tyto základní funkce rodiny patří zejména:

- funkce reprodukční – předpokládá se, že jednou z primárních funkcí rodiny je přivádět na svět potomky a zajišťovat podmínky pro jejich další optimální vývoj,
- funkce ekonomicko – zabezpečovací – rodina se podílí na výrobě i spotřebě,
- funkci emocionální – rodina by měla poskytovat svým členům citové zázemí, pocit bezpečí a jistoty,
- výchovnou a socializační funkci – rodina by měla vytvářet vhodné prostředí pro rozvoj potenciálu dítěte, jeho schopností a připravit jej na vstup do společnosti.

Naše společnost počítá i s možností rozpadu rodiny a pomocí právních předpisů zajišťuje naplňování jejích funkcí i v takovém případě. V mnoha případech se rodičům daří i po rozpadu jejich svazku dětem poskytovat potřebné zázemí a zajišťovat jejich zdravý rozvoj ve všech oblastech. Někdy se ale rodič sám dopouští jednání a chování, které jeho dítě může zasáhnout a další vývoj nenapravitelně poškodit. Domníváme se, že takový vliv může mít jak skutečné rozvinutí SZR, tak i neoprávněné obvinění některého z rodičů, že SZR u svého dítěte vyvolal.

SYNDROM ZAVRŽENÉHO RODIČE

Manželský konflikt, rozvod a s ním související změny v životě celé rodiny představuje situaci, která je náročnou a zatěžující jak pro dospělé účastníky, tak i pro jejich potomky. Každému, kdo se v takové situaci někdy ocitl či se s ní setkal ať už v osobní či pracovní rovině, jistě přišlo na mysl, jak konflikt mezi rodiči případně rozvod může zásadním způsobem ovlivnit vztah dítěte k rodičům. Změní se jejich vztah? Jakým způsobem? Jaké je ideální uspořádání života dítěte po rozvodu rodičů? Jak zajistit, aby jednoho z rodičů neztratilo? A také jak může okolí dítěte – známí, přátelé a samozřejmě ostatní členové rodiny, přispět k zachování, udržení nebo naopak zhoršení, narušení či naprosté devastaci vztahu dítěte s rodičem po rozvodu?

Laická veřejnost a zejména pak odborníci, kteří s rodinou spolupracují při uspořádání porozvodových vztahů si je vědoma fenoménu negativního ovlivňování dítěte jedním z rodičů. V osmdesátých letech 20. století americký psycholog a terapeut R. A. Gardner v návaznosti na svou dlouholetou praxi dal těmto myšlenkám jasnější a ucelenější podobu. Impulsem pro koncepci zavrženého rodiče byla skutečnost, že se ve své praxi relativně často setkával s dětmi, které se po rozvodu nebo již v průběhu samotného rozvodového řízení, výrazně přiklonily k jednomu z rodičů a odmítaly kontakt s druhým. Gardner v jejich chování a projevech vystopoval shodné rysy a zavedl pro ně termín **parental alienation syndrom (PAS)**, tedy **syndrom zavrženého rodiče (SZR)**.



ROZVOJ SYNDROMU ZAVRŽENÉHO RODIČE A MOTIVACE

Gardner popisuje dynamiku rozvoje SZR jako postupnou indoktrinaci dítěte myšlenkami, které dítě nakonec přijímá za své a někdy dokonce dále rozvíjí. Výraznou roli hraje fakt, že dítě často není na takové kognitivní a emocionální úrovni, aby bylo schopno rozlišit, co ve výrocích programujícího rodiče je pravda a co přidaný obsah či význam. Je logické, že vliv má také rodičovská autorita a přirozená tendence dítěte přijímat výroky rodičů jako pravdivé, nepochybovat o nich. Osobu, která dítěti takové myšlenky předkládá, nazývá Gardner „programujícím rodičem“ a celý proces „programování“ (brainwashing). Motivy, které programujícího rodiče k takovému jednání vedou, jsou podle Gardnera tyto:

- pomsta,
- touha po moci,
- potřeba trestat partnera,
- nenávist a agrese pocítovaná vůči partnerovi,
- potřeba plně kontrolovat situaci po rozvodu,
- potřeba monopolní kontroly nad dítětem a jeho aktivitami,
- potřeba vnějšího nepřítelů ve smyslu viníka všech těžkostí.

(podle Bakaláře <http://www.iustin.cz/art.asp?art=136>)

R. A. Warshak používá termín „**rozostřené hranice**“, čímž poukazuje na skutečnost, že člověk v náročné situaci rozvodu, v dlouhodobém stresu ztrácí jemnější rozlišovací schopnost. To se projevuje jednak tím, že rodič může své dítě používat coby bojový prostředek a také zároveň není plně schopen oddělit svůj vztah k bývalému partnerovi a vztah k dítěti. Popouzející rodič si tedy nemusí být vždy plně vědom, jaké důsledky jeho chování a vyjadřování pro dítě může mít. Tato skutečnost samozřejmě nezmírňuje závažnost takového chování ani jeho možné důsledky, ale přispívá k jeho pochopení a tím i k možné nápravě.

Motivaci popouzejícího rodiče k programování dítěte pak Warshak rozpracovává v těchto bodech:

- touha pomstít se partnerovi za příkoří ať již domnělá či skutečná,
- narcismus, egoismus a stálá potřeba obdivu jako povahový rys programujícího rodiče,
- pocit viny, který programující rodič cítí vůči dítěti samotnému za své reálné či jen subjektivně pocítované poklesky a slabiny, od nějž se snaží odvést pozornost znevažováním druhého rodiče,
- nejistota a strach, že dítě se přimkne více k druhému rodiči, které ústí do jakéhosi preventivního očerňování druhého rodiče,
- potřeba ventilovat svůj vztek, lítost a získat od okolí potvrzení oprávněnosti těchto pocitů (příčemž adresáty sdělení mohou být přátelé, příbuzní, dítě samo nebo i zcela cizí lidé),
- neschopnost či neochota akceptovat konec manželství, případně nový vztah bývalého partnera,



děti a jejich problémy II

- paranoidní pocity, úzkost a strach ze ztráty loajality okolí, které vedou k hledání a preventivnímu boji proti problémům ještě dříve, než se objeví. Díky efektu sebenaplňujícího se proroctví pak často potíže skutečně nastanou,
- opakování vzorců chování z vlastní rodiny,
- žárlivost vůči vztahu partnera a dětí, která může eskalovat až k pocitům nepřátelství a hostility k vlastním dětem,
- dlouho probíhající či opakované spory v péči o děti.

(Warshak, Rozvodové jedy, 2003)

Je zřejmé, že žádné rozdělení nemůže popsat motivaci k popouzení komplexním a vyčerpávajícím způsobem, protože důvody tohoto chování se mohou měnit, vzájemně prolínat a stávat se více či méně vědomými. Proto je třeba vnímat předchozí odstavec spíše jako náčrt možných motivů, nikoli plný výčet. Zároveň chceme zdůraznit, že i rodič, který v rozvodovém řízení prožívá některou z popsaných emocí, například se cítí zrazen, má strach, že ztratí přátele a blízké či se nemůže vyrovnat s faktem, že byl opuštěn, může být schopen situaci plně zvládnout a je neoprávněné jej podezírat z programujícího chování. Warshakův náčrt možných motivací může současně napomoci sebezpoznaní a sebeuvědomění zejména těm rodičům, kteří se ocitají v krizové situaci a kde povážlivě narůstá riziko programujícího chování vůči dítěti.

PODOBY SYNDROMU ZAVRŽENÉHO RODIČE

V předchozí části jsme s věnovali motivačním činitelům a důvodům, které mohou rodiče vést k programujícímu jednání a chování vůči dítěti. Od motivace k programujícímu jednání se následně odvozuje jeho konkrétní podoba či podoby, způsoby, kterými rodič své dítě, řečeno slovy R. A. Gardnera, „programuje“. Gardner uvádí tyto způsoby:

- výroky o minulosti, současnosti a budoucnosti, které staví druhého rodiče do výrazně negativního světla,
- přímé pomlouvání druhého rodiče,
- negativní informace o druhém rodiči pronášené v přítomnosti dítěte,
- nedodržování dohodnutých pravidel pro návštěvy a pobyt dítěte s druhým rodičem,
- navádění dítěte k podávání zkreslujících informací a údajů druhému rodiči.

Podle Warshaka je základem programování dítěte, které vede k rozvinutí SZR, pozvolná přeměna názorů, myšlenek a vzpomínek dítěte. Stejně jako motivace i nástroje, které programující rodič používá, se mohou měnit a různě kombinovat. Mezi strategie, které programující rodič používá, mohou náležet například tyto:

- **hra se jmény**, která zahrnuje změny v pojmenovávání rodiče, hanlivá jména a podobně. Ačkoli dítě nemusí toto přejmenování přijmout vědomě, často se brzo stane součástí jeho slovníku díky častému používání,



- **opakování** podporuje zdání pravdivosti výroků programujícího rodiče a realnosti příhod, které popisuje. Výsledkem může být, že dítě začne za reálnou považovat zkreslenou verzi událostí, případně přijme za skutečné příběhy, které se nikdy nestaly,
- **selektivní pozornost** označuje fakt, že programující rodič se při vyprávění, vzpomínání, případně jakýchkoli zmínkách o bývalém partnerovi zaměřuje jen na negativní stránky jeho povahy či nepříjemné zážitky, které s ním dítě má či mělo. Tím je i pozornost dítěte strhávána tímto směrem, začne se na aspekty tohoto typu samo zaměřovat. Warshak předpokládá, že v každém vztahu rodič – dítě je vždy přítomen prvek ambivalence, protože rodič je pro dítě zdrojem jak saturace, tak frustrace jeho potřeb. Stejně jako je součástí rodičovské a pečovatelské role povolovat a dávat, náleží do ní i zákazy a odmítnutí. Využívání strategie selektivní pozornosti tedy staví na faktoru, který je pro vztah rodič – dítě přirozený, pokud je dítěti umožněno vnímat obě jeho roviny. Je-li mu znemožněno nahlížet i na pozitivní stránku, negativní část snadno převáží. Model selektivní pozornosti lze vztáhnout i na poukazování na chování či příhody zcela vytržené z kontextu ostatních událostí,
- **přepisování historie, pozměňování významů a čiré fabulace.** Tato strategie programujícího rodiče představuje situaci, kdy programující rodič přímo a vědomě zkresluje události, které život dítěte provázejí, případně přidává zcela nepravdivé smyšlenky. Jeho snahou přitom je vymazat všechny pozitivní vzpomínky, které dítě na druhého rodiče má, případně je nahradit negativními,
- **teorie úplné proměny.** Tato teorie se týká zejména těch dětí, jejichž vzpomínky jsou vůči pozměňování rezistentní, ať již díky jasné převaze těch pozitivních nebo vzhledem k věku a celkové odolnosti osobnosti dítěte. V takovém případě se programující rodič často upíná na domnělé či skutečné změny, kterými prošel druhý rodič od doby rozluky či rozvodu. Z výzkumů sociálních psychologů i praxe manželských a rodinných poradců vyplývá, že změna vzhledu, volnočasových aktivit či životního stylu, je přirozenou reakcí na rozpad partnerského vztahu. V rámci rozvodu je také většinou jeden z partnerů nucen změnit bydliště, někdy i zaměstnání. Vezmeme-li v úvahu tato fakta, je zřejmé, že změn, které lze interpretovat jako negativní, je při rozvodovém řízení nespočet.

Většina výše popsaných strategií zahrnovala především verbální projevy, prostřednictvím nichž bylo docilováno programování dítěte. Pro programování dítěte lze ale využívat i gesta, mimiku či změny intonace hlasu. Ze sociální a ontogenetické psychologie známa teorie zdvojené komunikace poukazuje na možnost posunu či převrácení významu verbálního sdělení mimickým, intonačním či behaviorálním doprovodem. V rovině komunikace s dítětem se jedná většinou o **narážky, náznaky a signály** naznačující, že zavrhovany rodič má nebezpečné či nevhodné vlastnosti a zvyky a že situace, které s ním dítě prožívá, jsou nezajímavé či dokonce nebezpečné.

Mezi další strategie programujícího rodiče lze zahrnout rovněž následující chování a jednání rodiče:

- **vykořisťování** – podle Warshaka označuje snahu prezentovat druhého rodiče jako zdroj snadných příjmů a poskytovatele jakýchkoli statků a výhod. Dítě, které vychází





děti a jejich problémy II

z předpokladu, že mu rodič může, či musí splnit jakékoli přání, je pak vystaveno frustraci a jeho vztah k rodiči se tím opět zhoršuje,

- **rozmazlování** může být nahlíženo jako strategie v jistém smyslu komplementární k vykořisťování. Rozmazlující rodič v podstatě své chování především v oblasti plnění povinností a výchovného řádu odvozuje jako negaci přístupu svého bývalého partnera. Povoluje dítěti to, co je jinak zakázáno nebo omezeno. Ve srovnání s tímto rodičem se pak druhý rodič opět stává zdrojem frustrace,
- rozsáhlou oblastí, v níž se odehrává programování dítěte a které představuje živnou půdou pro rozvoj SZR, jsou **neoprávněné zásahy**. Principem neoprávněných zásahů je mařit aktivity, které dítě provozuje se zavrhaným rodičem tak, aby se staly pro dítě co nejméně příjemnými,
- **špionážní příběhy** – tento termín ve Warshakově pojetí označuje tendence vést dítě samotné k úpravě reality, zamlčování různých faktů z vlastního života, neochotě komunikovat o emocích či přímé lhaní zavrhanému rodiči. Na druhou stranu programující rodič může vyžadovat po dítěti informace ze soukromí bývalého partnera a dále je používat,
- **spiknutí** – v některých případech se na znevažování a očerňování zavrhaného rodiče podílí i širší rodina či okolí dítěte, vytvářející jakési **spiknutí**. Dítě se tím dostává do většího tlaku, díky vědomí, že pokud se nepřizpůsobí, riskuje ztrátu přízně a sounáležitosti s velkou a významnou skupinou lidí.

POPOUZENÍ A SYNDROM ZAVRŽENÉHO RODIČE

R. A. Gardner trvá na rozlišení pouhého popouzení dítěte proti rodiči a rozvinutí SZR. Popouzení je v jeho koncepci jen jednou ze součástí systému, který zahrnuje i další aspekty. Ve své knize *The Parental Alienation Syndrome* definuje rozdíly mezi „pouhým popouzením“ a syndromem zavrženého rodiče takto:

- zatímco popouzející rodič si je do značné míry vědom toho, co dělá a více své jednání kontroluje, u rodiče programujícího předpokládá Gardner i nevědomou složku motivace a tím také menší schopnost sebehodnocení a kontroly vlastního chování,
- dítě, které je „pouze“ popuzeno si ještě do určité míry dokáže uchovat i vlastní představu o druhém rodiči. Dítě s rozvinutým SZR se na dalším přizívání negativního obrazu druhého rodiče již aktivně podílí samo. Je natolik „indoktrinováno“, že přijímá verzi rodiče programujícího za svou vlastní a samostatně ji dále rozvíjí,
- dítě popouzené dovede, samozřejmě v závislosti na věku a dalších okolnostech, vidět na svém rodiči drobné i zásadnější chyby a nedostatky, avšak současně je schopné vnímat i pozitivní stránku jeho osobnosti. Dítě s rozvinutým SZR i drobné nedostatky či chyby neúměrně zveličuje, přikládá jim zásadní váhu a označuje je za důvody, proč se nechce s rodičem stykat.





Gardner dodává, že o SZR lze mluvit jen tehdy, pokud příčinou odvrácení dítěte od rodiče není žádná forma zanedbávání, špatného zacházení s dítětem, týrání či zneužívání. Aktuální definice SZR podle Gardnera zní: „Syndrom zavrženého rodiče (SZR) je porucha, která vzniká primárně v souvislosti se spory o dítě při rozchodu rodičů. Základním projevem syndromu jsou postoje a chování dítěte, jimiž průběžně ponižuje jednoho rodiče, a to bez reálného opodstatnění. Jde o výsledek programování indoktrinujícího rodiče (provádějícího druh brainwashingu) a současně i vlastního přispívání dítěte ke zlořečení cílového, později zavrženého rodiče. Pokud se však jednalo/jedná o skutečné zanedbávání či zneužití dítěte rodičem, pak nepřátelství dítěte může být oprávněné. V takovém případě nelze city a postoje dítěte vysvětlovat mechanismy syndromu zavrženého rodiče.“ (Gardner, 2001).

PROJEVY SYNDROMU ZAVRŽENÉHO RODIČE

Gardner považuje SZR za psychiatrickou diagnózu svého druhu (k problematice tohoto pojetí se vyjádříme v dalších pasážích – pozn. autora) a vymezuje tyto jeho symptomy:

- **kampaň shazování** – dítě vykazuje známky nenávisti vůči rodiči, vyjadřuje se o něm vulgárně, nevybavuje si žádné příjemné zážitky nebo pozitivní vzpomínky s ním spojené. Nenávistné chování obvykle graduje v situacích, kdy je přítomen programující rodič. Jinak je toto nenávistné chování slabší intenzity či se zcela vytrácí,
- **slabé, neopodstatněné nebo absurdní odůvodnění nenávisti** – dítě zdůvodňuje svůj ryze negativní vztah k rodiči událostmi, které se nejeví závažné, nedokáže své pocity více rozvinout nebo o nich mluvit. Gardner předpokládá, že příčinou je indukování takového odůvodnění nenávisti programujícím rodičem,
- **nedostatek ambivalence** – dítěti je vlastní černobílé vidění vztahů k rodičům, přičemž programující rodič a cokoli, co udělá, je přijímáno bezvýhradně pozitivně. Současně druhý rodič je bez výjimky zavrhován,
- **fenomén nezávislého myslitele** – děti zasažené syndromem zavrženého rodiče deklarují svou nezávislost a vlastní rozhodnutí, které je k takovému typu chování vede. Roli v takovém jednání hraje i strach z reakce programujícího rodiče, případně pocit viny, který by vůči němu dítě zažívalo,
- **reflexivní podpora programujícího rodiče při rodičovských sporech** – dítě podléhá programování tak, že podporuje jakékoli vyjádření programujícího rodiče. Někdy se dokonce staví na jeho stranu ještě dříve, než může názor rodiče znát či vyslechnout.
- **absence pocitů viny** – vzhledem k tomu, že programované dítě se naučí ve vztahu k zavrženému rodiči potlačovat veškeré emoce, logicky vůči němu necítí ani lítost či vinu, pokud mu způsobí těžkosti jakéhokoli rázu,
- **přítomnost vypůjčených scénářů** – v projevech dítěte, zvláště pokud hovoří o vztahu nebo zkušenostech se zavrženým rodičem, se často objevují slova, která neodpovídají jeho věku, znalostem a v jiných momentech se v jeho řeči nevyskytují. Není schopno





děti a jejich problémy II

vyjádřit se o jedné události více způsoby, případně popisuje velmi detailně příhody, které si nemůže s ohledem na věk pamatovat,

- **rozšíření nenávisti na celou rodinu zavrženého rodiče** – naprogramované dítě jakoby samospádem rozšiřuje své negativní emoce ze zavrženého rodiče na další členy jeho rodiny, prarodiče a další příbuzné. Takto vzniklé odcizení pak samozřejmě ztěžuje jakékoli možnosti nápravy a činí situaci komplikovanější.

Gardner uvádí, že dítě zasažené SZR nemusí vykazovat všechny symptomy současně a ani ve stejné míře. Projevy mohou variovat v závislosti na okolnostech, věku dítěte, mohou se měnit a vzájemně prolínat.

FAKTORY, KTERÉ MOHOU OVLIVNIT NÁCHYLNOST DÍTĚTE K PROGRAMOVÁNÍ

Vezmeme-li v úvahu, jakým způsobem ovlivňování dítěte probíhá a jak jsou do něj zapojeny emocionální, kognitivní a sociální mechanismy, dojdeme k závěru, že v podstatě neexistuje dítě plně imunní vůči rozvoji SZR. Současně však lze vystopovat určité **podmínky, které snižují riziko vzniku SZR**. Warshak uvádí následující činitele:

- dostatečný kontakt dítěte s rodičem, který má být zavržen, což představuje nejen návštěvy a společně trávený čas, ale také nepřerušené pozitivní emocionální pouto,
- dítě se výrazně nebojí rodiče, který je iniciátorem útoků a snaží se jej naprogramovat,
- dlouhodobý, vřelý a oboustranně otevřený vztah dítěte a rodiče, který má kořeny ještě v době před rozvojem partnerských problémů rodičů,
- vyzrálá osobnost dítěte, které je zvyklé uvažovat samostatně a důvěřovat vlastnímu úsudku,
- věk dítě – zdá se, že odolnost dítěte se rovněž zvyšuje v závislosti na rostoucím věku dítěte.

Mezi okolnosti, které naopak **mohou riziko rozvoje SZR zvýšit**, je možné zařadit:

- izolace dítěte a omezení možnosti komunikace s jedním z rodičů a zároveň zvýšení závislosti na rodiči programujícím a znemožnění kontaktu dítěte s názory mimo spektrum programujícího rodiče. Dítě, kterému se nedostává komunikace s druhým rodičem a jeho příbuznými, může zároveň dospět k názoru, že jej tento rodič odmítá nebo o něj nejvíce dostatečný zájem,
- přesídlení, tedy vzdálení dítěte od jednoho z rodičů, které vede k narušení vztahu mezi nimi a omezení vlivu rodiče na výchovu dítěte. Změní-li se rodič v návštěvníka svého dítěte, může pro něj zároveň být nevitným a nechtěným narušením jeho pravidelných aktivit,
- únos – je krajní možností, ke které může programující rodič sáhnout a dosáhnout tak nejvyšší možné izolace dítěte od druhého rodiče,
- strach, který dítě pociťuje vůči programujícímu rodiči, může spolu s izolací přispět k rychlému rozvoji SZR.





MOŽNOSTI DIAGNOSTIKOVÁNÍ SYNDROMU ZAVRŽENÉHO RODIČE

R. A. Gardner v návaznosti na své vymezení symptomů SZR definuje základní diagnostická kritéria. Rozlišuje také tři úrovně závažnosti SZR, od nichž se pak odvíjí způsoby možné intervence.

Tato kritéria přebíráme podle E.Bakaláře (<http://www.iustin.cz/art.asp?art=138>).

Diferenciální diagnóza tří typů syndromu zavrženého rodiče

Symptomatické projevy:	Úroveň závažnosti SZR		
	mírná	střední	těžká
1. Kampaň za degradaci rodiče	minimální	mírná až zřetelná	velmi intenzivní, výrazná
2. Slabé, neodůvodněné či absurdní zdůvodňování	minimální	přítomné	četné absurdní racionalizace
3. Nepřítomnost ambivalence	normální ambivalence	žádná ambivalence	žádná ambivalence
4. Fenomén nezávislého názoru	pravidelně nepřítomný	přítomný	přítomný
5. Reflexivní podpora programujícího rodiče v rodičovském konfliktu	minimální	přítomná	přítomná
6. Nepřítomnost pocitu viny	normální pocit viny	žádný nebo minimální pocit viny	žádný pocit viny
7. Vypůjčené scénáře	minimální	přítomné	přítomné
8. Rozšíření nepřátelství na členy původní rodiny zavrženého rodiče	minimální	přítomné	širokých rozměrů, často fanatické
9. Přechodné těžkosti v době styku	pravidelně nepřítomné	střední	velmi velké, případně styk není vůbec možný
10. Chování během styku	dobré	periodicky antagonistické a provokativní	žádný styk, nebo destruktivní a trvale provokativní chování během návštěvy
11. Citová vazba k programujícímu rodiči	intenzivní, zdravá	intenzivní, mírně až středně patologická	intenzivní, těžce patologická, často paranoidní vazba
12. Citová vazba k zavrženému rodiči před jeho zavržením	intenzivní, zdravá či minimálně patologická	intenzivní, zdravá či minimálně patologická	intenzivní, zdravá či minimálně patologická

Ad 1: Kampaň za degradaci zavrženého rodiče – dítě typicky projevuje silnou nenávist k zavrženému rodiči. Na dotaz psychologa (zdravotníka, sociální pracovnice, soudce apod.) argumentuje výčtem záporných charakteristik, zlých činů, špatného chování. Z výčtu je patrné, že část obvinění přebírá od programujícího rodiče. Nicméně značnou část negativního hodnocení zavrženého rodiče samo dítě pravidelně doplňuje vlastními „poznatky“. Výše zmíněná nenávist by měla být v uvozovkách, protože dítě vůči zavrženému rodiči stále chová mnoho pozitivních, avšak potlačených či vytěsňených emocí.





děti a jejich problémy II

Ad 2: Slabé, neodůvodněné či absurdní zdůvodnění degradačních snah – jedná se o charakteristické znaky zdůvodnění nechuti či odporu k setkání se zavrženým rodičem, případně nenávisti k němu.

PŘÍBĚH: „Proč vlastně nechceš jít na návštěvu k tatínkovi?“

„Protože se mně pořád na něco vyptává“.

„A na co například?“

„Tak třeba jak mně to jde ve škole, co jsme probírali. A taky, co se mně líbilo z toho, co jsem přečetla.“

Zdroj: z rozhovoru s desetiletou dívkou.

Ad 3: Nedostatek ambivalence – normální dítě na dotaz uvede kladné povahové vlastnosti otce i matky a také nějaké méně příznivé charakteristiky, např. že rodič trvá na pořádku až moc přísně. Děti postižené SZR si vypěstovaly černobílé hodnocení rodičů – jeden má pouze pozitivní charakteristiky, druhý pouze negativní. Je-li dítěti např. ukázána dřívější fotografie, z níž je patrné, že zavrženého rodiče mělo rádo, pak racionalizuje „tady jsem se musel(a) usmívat, jinak bych byl(a) zbit(a)“ apod.

Ad 4: Fenomén samostatného názoru/úsudku – děti postižené SZR často uvádějí, že nechtějí stýkat se s druhým rodičem je jejich vlastní, že takové chování a pocity po nich nikdo nevyžadoval. Programující rodič to rád zdůrazňuje před jinými dospělými, zejména těmi, kteří SZR mají posoudit: „**Dítě, po tom všem, co vidělo, si samo vytvořilo názor, do toho mu nijak nemluví**“. Dítě (vlastně ve všem závislé) je programujícím rodičem chváleno za „nezávislé“ tvoření úsudku, čímž se mu taková indoktrinace ještě pevněji vštěpuje do citového života.

Ad 5: Reflexivní podpora programujícího rodiče v rodinném sporu – při diagnostických či terapeutických sezeních za účasti obou rodičů a dětí, dítě postižené SZR souhlasí reflexivně, automaticky a bez zaváhání se vším, co programující rodič tvrdí. Nečeká na protiargument rodiče zavrženého nebo jej zcela ignoruje, tedy „nevidí, neslyší“. Dětská argumentace vůči zavrženému rodiči resp. jeho kritika bývá – ve srovnání s programujícím rodičem – dokonce silnější a emotivnější.

Ad 6: Nepřítomnost pocitů viny nad vykořisťováním zavrženého rodiče a nad tvrdostí až krutosti vůči němu – děti postižené SZR nemají žádný pocit viny, že zavržený rodič je postižen, že trpí. Schází jim též i pocit vděku za dárky, za placení různých výdajů. Výdaje a potíže zavrženého rodiče vnímají jako správný trest, který by vlastně měl být ještě větší. Křivé obvinění z pohlavního zneužívání ilustruje, kam až může jít nepřítomnost pocitů viny u dítěte. Příprava takového obvinění také poukazuje na vysokou míru nenávisti a krutosti programujícího rodiče.

Ad 7: Vypůjčené scénáře – přítomnost vypůjčených scénářů signalizuje vysokou pravděpodobnost, že dítě je postiženo SZR. Z kontextu dětských obviňování zavrženého rodiče a z jejich obsahu je patrné, že byly sdělovány programujícím rodičem, dítětem vyslechnuty a reprodukovány. Dětská výpověď pak obsahuje výrazy a obraty, které





děti daného věku ještě nepoužívají, jsou mu cizí. Mnohá dětská obvinění jsou identická s obviňováním programujícího rodiče.

Ad 8: Rozšíření nepřátelství a nenávisti na celou původní rodinu zavrženého rodiče – do tohoto okruhu patří například bratrance a sestřenice, tety, strýčkové a samozřejmě i prarodiče. Postupně se okruh zavržených a nenáviděných, původně blízkých či známých osob rozšiřuje např. i o přátele zavrženého rodiče, jejich děti a na další blízké. Původní, vzájemně láskyplný vztah se u dítěte postiženého SZR změní v nepřátelství, dokonce ještě méně zdůvodnitelné, než je nenávisť k zavrženému rodiči – který třeba dříve vyžadoval plnění nějaké méně příjemné povinnosti.

Zdroj: „Psychologie dnes“ Autor článku: PhDr. Eduard BAKALÁŘ, CSc.

NÁSLEDKY SYNDROMU ZAVRŽENÉHO RODIČE

SZR je považován za multifaktoriální fenomén, a to jak z pohledu svých příčin, tak i širokého spektra jeho následků. Následky SZR mohou zasahovat všechny oblasti života dítěte a vezmeme-li v úvahu vývojové hledisko, tak i jeho dospělost, vlastní partnerské a rodinné vztahy. Mezi následky SZR patří zejména:

- ochuzení dítěte o intenzivní vztah s blízkou a důležitou osobou,
- šok, který může nastat, pokud přerušení kontaktu a programování zavržení druhého rodiče proběhne rychlou a invazivní formou,
- ztrátu sociálních a emočních benefitů, které z takového vztahu mohou plynout (zde máme na mysli zejména možnou ztrátu kontaktu s částí rodiny, příbuzných a známých vázaných na zavrženého rodiče, zážitků a aktivit s nimi spojených),
- stres, kterému je dítě vystaveno, a to buď trvale nebo v momentech, kdy dochází ke konfrontaci ať již se zavržovaným nebo programujícím rodičem,
- deformace vztahu s rodičem, který programování provádí a dítě jej tedy poznává jako manipulujícího, uvádějícího nepravdivé informace a podobně,
- poruchy sebevědomí a sebehodnocení,
- deformaci v emocionálním vývoji – dítě se učí některé emoce a jejich projevy potlačovat, jiné předstírat, je podněcováno k nenávistnému chování vůči osobě, která mu je blízká,
- ztrátu modelu potřebného pro sociální vývoj, přijetí a rozvinutí mužské/ ženské role,
- návazné problémy při navazování a udržování partnerských vztahů, budování vlastní rodiny a výchovy dětí,
- narušení vztahu k autoritám,
- obtíže ve vrstevnických vztazích.

Z výše uvedeného přehledu jasně vyplývá, že syndrom zavrženého rodiče postihuje dítě v rovině sociální, emocionální, prožitkové a v neposlední řadě může mít vliv i na jeho zdravotní stav.



MOŽNOSTI INTERVENCE A NÁPRAVY SYNDROMU ZAVRŽENÉHO DÍTĚTE

Je zřejmé, že i lehká forma SZR může mít pro dítě velmi závažné důsledky. Aby bylo možno jim předejít nebo pracovat na jejich zmírnění, je podle Gardnera nutné syndrom zavrženého rodiče co nejdříve diagnostikovat a započít ozdravný proces.

Gardner předpokládá, že pokud se potvrdí existence rozvinutého SZR, není možné, aby dítě dále zůstávalo ve vlivu programujícího rodiče. Považuje za vhodné, aby dítě změnilo prostředí, v němž se nachází a možnosti dalšího programování bylo zamezeno.

Všechny aktivity by ale měly být vedeny ve spolupráci s terapeutem, který je dostatečně obeznán s problematikou SZR a odborně připraven pro práci s klíčovými aktéry SZR, jimiž jsou především děti, ale i zavržený i programující rodič. Zároveň by na nápravě měli spolupracovat také další odborníci pomáhajících profesí. V případě komplikovaných porozvodových vztahů je vhodná také účast právníků. Opatření, která Gardner navrhuje opět dělí podle závažnosti syndromu, a to následovně (převzato podle PhDr. E. Bakaláře, <http://www.pppbruntal.cz/texty/pas4.html>) dle míry pokročilosti SZR.

MÍRNÝ TYP SZR

- 1 Úřední (právní) opatření – rozsudek soudu – výhradní výchova dítěte zůstává na straně programujícího rodiče.
- 2 **Terapeutická opatření:** obvykle nejsou nutná.

STŘEDNÍ TYP SZR

- 1 Úřední (právní) opatření:

Program A (nejčastější):

- Rozsudek soudu: výhradní výchova zůstává u programujícího rodiče.
- Soud určí terapeuta pro SZR.
- Možné sankce: napomenutí poštou, pokuty, práce prospěšné pro komunitu, podmíněné odsouzení, domácí vězení, vězení.

Program B (nutný příležitostně):

- Soudní rozsudek: změna výchovy – od programujícího k zavrženému rodiči
- Soud určí terapeuta pro SZR.
- Soud nařídí velmi omezený a monitorovaný kontakt dítěte s programujícím rodičem tak, aby se předešlo další indoktrinaci.

- 2 **Terapeutické opatření: pro program A i B je soudem stanoven dohled a péče terapeuta specializovaného na SZR.**

TĚŽKÝ TYP SZR

- 1 Úřední (právní) opatření – rozsudek soudu: změna výchovy a svěření dítěte do péče druhému rodiči tedy změna směrem od programujícího rodiče k zavrženému



- Soud nařídí program pro dočasný pobyt dítěte v lůžkovém reintegračním zařízení.
- 2 **Terapeutické opatření:** program v lůžkovém reintegračním zařízení monitorován soudem určeným terapeutem – specialistou pro SZR.

Warshak poukazuje na velmi pozitivní a prospěšný vliv terapeutické práce zaměřené na dítě, zavrhujičího i zavrženého rodiče:

Zavrhujičí rodič může v terapii své pocity zloby, vzteku, zklamání i obav vyjádřit v bezpečném prostředí. Jako ventil tu slouží terapeut a nikoli dítě nebo další osoby z blízkého okolí. V takové konstelaci je podle Warshaka větší pravděpodobnost, že programující rodič nahlédne na své chování a pochopí, jaké důsledky může mít jeho vlastní jednání na samotné dítě. Pomoc odborníka může usnadnit i restrukturalci vztahů v rodině a nastolení nové rovnováhy. Programující rodič také získá informace o tom, jaké následky jeho chování může mít jak na psychiku dítěte a jeho zdravý vývoj, tak i v rovině právní a v dalším uspořádání péče o dítě.

Zavrhovany rodič v terapii získává zejména podporu při obnovování vztahů s dětmi, případně i s bývalým partnerem. Warshak dále uvádí, že v případě zavrženého rodiče se jedná spíše o poradenskou než terapeutickou činnost, edukaci a předávání konkrétnějších doporučení.

Odcizené dítě se v rámci terapie dostává do neutrálního teritoria, které nepatří ani jednomu z rodičů, není zatíženo očekáváním, předchozími zkušenostmi, ani pocity viny. Tento prostor může být také místem setkání se zavrženým rodičem po dlouhé době.

SYNDROM ZAVRŽENÉHO RODIČE VE SVĚTOVÉM A ČESKÉM KONTEXTU

První publikací, která se zabývala výhradně SZR byla Gardnerova kniha **The Parental Alienation Syndrome** (1992), v níž na základě klinických zkušeností vysvětluje vznik a rozvoj tohoto syndromu, nastiňuje diagnostická kritéria i možnosti intervencí. Další své zkušenosti z práce s rodinami v rozvodovém a porozvodovém řízení zúročil v dalších knihách, na přednáškách a workshopech pořádaných pro rodiče i pracovníky pomáhajících profesí. Ve Spojených státech se SZR začala systematictější věnovat řada odborníků, vznikla také svépomocná sdružení rodičů, kteří se s touto problematikou setkali na vlastní kůži. Informace o SZR postupně pronikaly do Evropy. SZR se stal tématem pro odborné články a následně i poměrně bouřivé debaty.

Na koncepci R. A. Gardnera navazuje řada dalších prací, z nichž jsou v českém prostředí známy zejména knihy R.A. Warshaka (**The Custody Revolution** (1992) česky jako „Revoluce v porozvodové péči o děti“ a **Divorce poison: Protecting the Parent-Child Bond from a Vindictive Ex** (2002) česky jako „Rozvodové jedy“). V říjnu roku 2002 proběhl také mezinárodní kongres o SZR na evropské půdě, konkrétně ve Frankfurtu nad Mohanem. V českém kontextu na problémy s narušováním vztahu dítěte k jednomu z rodičů po rozvodu začal jako první výrazněji upozorňovat v sedmdesátých letech 20. století V. Trnka.



děti a jejich problémy II

V publikaci Děti a rozvody (1974) hovoří o záměrném popouzení dítěte jedním rodičem proti druhému.

Problematika SZR v pojetí R. A. Gardnera se u nás poprvé dostala do povědomí v roce 1996 zásluhou PhDr. Eduarda Bakaláře a jeho překladům článků věnovaných fenoménu SZR. Tomuto tématu se jako spoluautor věnuje také v publikaci „Průvodce rozvodem pro všechny zúčastněné“. V následujícím období byla pozornost problematice SZR věnována na tématické schůzce Českomoravské psychologické společnosti. V dalších letech se konala řada seminářů, workshopů a školení, kde se s problematikou SZR mohli seznámit odborníci z pomáhajících profesí, a to zejména ti, kteří se podílí na rozhodnutích o úpravě vztahů rodičů a dětí po rozvodu.

Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo zkrácený překlad knihy R.A. Gardnera „The Parental Alienation syndrome“, který je odborníkům i veřejnosti taktéž k dispozici. SZR se také věnují organizace sdružující rodiče, kteří jsou či se cítí být poškozeni rozvodem a následným urovnáním vztahů s dětmi. Koncepce SZR stále prochází vývojem, je průběžně upravována a doplňována.

DISKUSE KE KONCEPCI SYNDROMU ZAVRŽENÉHO RODIČE

SZR je fenoménem s vysokým rizikem závažných následků zejména pro dítě, které se stává obětí konfliktního vztahu rodičů. Dopad, který má SZR na emocionální a sociální vývoj dítěte, jej může ovlivňovat po celý život. Ačkoli část odborné i laické veřejnosti teorii SZR přijímá, vyvolává tato koncepce zároveň i řadu námitek. Považujeme za nutné zmínit v našem příspěvku hlavní otázky, které v diskuzi o SZR zaznívají.

První z nich se týká českého překladu samotného termínu „parental alieation syndrome“ jako „syndrom zavrženého rodiče“. Podle řady kritiků by český ekvivalent měl odpovídat spíše výrazu „odcizený rodič“. Tento termín přesněji vyjadřuje, k čemu v rámci SZR dochází. Současně nevyskytuje tak výrazné negativní konotace.

Další námitka se týká pojmenování tohoto fenoménu jako syndromu, které dítě staví do role nemocného, do pozice nositele patologie. Vzhledem k tomu, že v českém prostředí nebyl dosud proveden žádný reprezentativní výzkum, který by poskytl validní údaje o tomto fenoménu a také proto, že SZR se nevyskytuje v žádné používané klasifikaci nemocí, je taková diagnóza v podstatě nesmyslná a eticky nepřipustná.

Z poznatků, které máme o průběhu a rozvoji SZR zároveň jasně plyne, že je výsledkem patologických vztahů mezi rodiči. Fakt, že se dítě ocitá na straně jednoho z rozvádějících se partnerů, je reakcí na chování, které vůči němu rodiče projevují. Pro dítě v takové situaci je přirozené, že hledá alespoň relativně klidné místo, kde mu nebude hrozit nebezpečí. Jak uvádí například Gjuričová: „Stává se, že v neúnosně napjatém a polarizovaném prostředí rodiny dítě musí volit mezi dvěma odlišnými realitami, otcovou a matčinou. Volbou si pak zajišťuje jistotu aspoň jednoho vztahu.“ Pokud bychom tedy uvažovali o tom, koho označit za nositele patologie, nemělo by to být rozhodně dítě.





Ačkoli Gardner sám ve svých publikacích poukazuje na to, že programujícím rodičem mohou být stejně tak muži jako ženy, hovoří pak většinou o programující matce. Také většina článků a dalších publikací na toto téma dosazuje do role indukujícího rodiče ženu. Řada odborníků se pak obává možnosti zneužití koncepce SZR například při rozvodových řízeních s pachateli domácího násilí. Dítě, které je svědkem nebo dokonce obětí násilného chování svého rodiče, může rozvinout chování, které se v některých rysech podobá projevům indoktrinovaného odvrácení se od rodiče.

SYNDROM ZAVRŽENÉHO RODIČE V KONTEXTU LINKY BEZPEČÍ

Linka bezpečí a přidružená pracoviště evidují všechna přijatá volání ve speciální databázi rozdělené do několika tématických okruhů. Vzhledem k tomu, že koncept SZR je relativně mladý a jak již bylo řečeno výše, není součástí oficiálních medicínských statistik, není ani zahrnut do databáze Linky bezpečí jako samostatně evidované téma problematiky dětí.

Hovory dětí, které se týkají SZR, jsou tedy v tematických hovorech řazeny do kategorií „rozvod v rodině“ a „spor o dítě“. Tato tematika je rovněž zastoupena v hovorech týkajících se komunikačních problémů, osobních problémů, případně i útěku z domova, závisí na kontextu daného hovoru.

Současně vzhledem k zaměření pomoci Linky bezpečí především na dětskou klientelu, jsou dospělí volající odkazováni na jiná pracoviště. Jejich volání spadají většinou do kategorie informačních hovorů a odkazů.

PŘÍBĚH: Na Linku bezpečí se dovolává žena středního věku, pláče a podle hlasu je velmi rozrušená. Postupně se ji daří uklidnit tak, že může poměrně plynule hovořit. Je rozvedená, ve vlastní péči má dvanáctiletou dceru. Čtrnáctiletý syn je v péči otce, k matce jezdil na víkendy a kratší dobu o prázdninách. Za posledního půl roku se ale situace začala měnit. Syn nejprve několik návštěv zrušil, byl na matku hrubý v telefonních rozhovorech, pak přestal odpovídat na jakékoli pokusy o kontakt. Bývalý manžel odmítá s ženou komunikovat. Situace se vyhroutil dnes, když se žena rozhodla za synem zajet. Odmítl ji pustit do domu, verbálně ji napadal, vulgárně nadával a oznámil jí, že ji nepovažuje za svou matku a nikdy ji nechce vidět. Volající neví, co dělat a kde se mohla stát chyba. Konzultant předává informace o možnostech kontaktovat právní poradnu, soud, který vynesl rozvodový rozsudek, OSPOD a také psychologa či rodinné poradce.

Zdroj: z rozhovoru s matkou dítěte, pravděpodobně obětí SZR.





děti a jejich problémy II

Situace, kdy se dítě rodiči vyhýbá či s ním zcela odmítá kontakt, je vůči němu hrubé a vulgární, je silně zátěžová. Pokud se rodič rozhodne prolomit odpor dítěte silou, může mít takové jednání na vztah s dítětem velmi destruktivní vliv. Je proto vhodné v takových situacích postupovat podle právních norem, kontaktovat odborníky a také vyhledat podporu psychologa.

Při kontaktu s prvními náznaky programování se dítě často dostává do situace plné protikladů. Někdo z jeho blízkého okolí očerňuje osobu, ke které má dítě vřelý vztah. Dítě se pak cítí v tenzi a nejjednodušším řešením pro něj je, přiklonit se jasně k jedné ze stran. Programující osobou současně však nemusí být nutně pouze jeden z rodičů. Může jí být také kromě rodiče jiní rodinní příslušníci či osoby z blízkého okolí.

PŘÍBĚH: Na Linku bezpečí se dovolává dívka, přibližně ve věku 10 let. Po rozvodu rodičů žije s matkou, každý druhý víkend tráví u táty a jeho nové přítelkyně. Má tátu moc ráda a líbí se jí u něj. Vždycky si společně užijí spoustu legrace, i jeho přítelkyně je fajn. Při posledních dvou návštěvách ale tátova přítelkyně začala o mámě mluvit ošklivě. Mluvila třeba o tom, že není máma hodná a má svou dceru méně ráda, než táta. Dívce to není příjemné, ale na druhou stranu si vzpomíná, že na ní máma několikrát křičela a minulý týden jí dokonce dala domácí vězení. Neví jestli si takové věci myslí i táta a jestli je máma opravdu zlá.

Zdroj: z rozhovoru s desetiletou dívkou.

PŘÍBĚH: Na Linku bezpečí se opakovaně dovolává dvanáctiletá dívka. V průběhu několika hovorů vedených na Lince bezpečí ventilovala a řešila svůj problém, který se týká porozvodového uspořádání rodinných vztahů a konfliktů s tím spojených. Po komplikovaném rozvodu je v péči matky. Chtěla by být u otce, po kterém se jí velmi stýská a vídá ho jen o víkendech. Několikrát žádali o změnu soudního rozhodnutí, ale bez úspěchu. Dívka dostává kontakty na OSPOD, psychologa a právní poradnu. V dalších hovorech zmiňuje, že se matce o psychologovi bojí říct, protože by ji k němu nevzala. S tátou se dohodla, že k psychologovi půjdou, ale nebudou to říkat mámě. Vyjadřuje se také o několika jednáních se sociální pracovníci, která nevedla k žádnému úspěchu. Říká, že táta se nakonec rozhodl, jedno z jednání nahrát na diktafon, aby měli důkaz, že jsou všichni proti nim. Ted' by se měla s mámou stěhovat do domu matčina přítele, s čímž volající rozhodně nesouhlasí, má obavy ze společného soužití. Také táta si myslí, že stěhování je špatné a bude se mu po ní stýskat. Ke všem potížím se u dívky v poslední době přidaly ještě bolesti hlavy a záživací potíže.

Zdroj: z rozhovoru s dvanáctiletou dívkou.





Porozvodová situace v některých případech může být velmi komplikovaná a často není možné zjistit relevantní informace objektivně mapující situaci bez detailní analýzy. Pokud jsou k dispozici jen vyjádření jedné strany a chybí nezávislý odborný posudek, nemůžeme hovořit o SZR, ani jiné vztahové patologii. Zároveň pokračující patová situace může mít pro dítě následky i v podobě zdravotních problémů.

ZÁVĚR

Z výše řečeného tedy jasně plyne, že pracovníci všech oblastí, kteří se mohou dostat do kontaktu s rozvodovou problematikou, by měli být informováni jak o konceptu „syndromu zavrženého rodiče“, tak i o možnostech jeho zneužití a dezinterpretace.

Dosud neexistují podrobné výzkumy tohoto jevu, není zařazen v žádné z používaných klasifikací nemocí, nemá vymezena jasná diagnostická kritéria. Prevalence v populaci je jen odhadována a to většinou způsoby, které nelze považovat za adekvátní.

Na základě zjištěných skutečností vážících se k jevu zavrženého rodiče je nutné zdůraznit, že ať už tento fenomén nazveme „syndrom zavrženého rodiče“, „syndrom odcizeného rodiče“ nebo zůstaneme jen u „popouzení dítěte proti rodiči“, nemění to nic na jeho závažnosti. Fatální důsledky může mít jak zneužití tohoto konceptu, tak i jeho ignorování.

LITERATURA:

1. E. Bakalář, M. Nováková, D. Novák: **Průvodce rozvedem pro všechny zúčastněné**, Lidové noviny, Praha 1996,
2. E. Bakalář: **Průvodce otcovstvím, aneb bez otce se nedá (dobře) žít**, Nakladatelství Vyšehrad, Praha 2002.
3. R. A. GARDNER: **Syndrom zavrženého rodiče**, stručná verze, odborná příručka, MPSV ČR, Praha 1996.
4. A. Giddens: *Sociologie*, Argo, 2000.
5. R. A. Warshak: **Rozvodové jedy**, Triton, Praha 2003.
6. R. A. Warshak: **Revoluce v porozvodové péči o děti**, Portál, Praha 1996.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. <http://www.iustin.cz/art.asp?art=136>
2. www.cmps.ecn-cz
3. www.rosa.cz
4. <http://unieotcu.aspweb.cz/dnn/Unieotcu/tabid/81/Default.aspx>





děti a jejich problémy II





sdílení linka bezpečí



sebepoškozování

Zuzana Ulbertová







SEBEPOŠKOZOVÁNÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Skutečnost, že si někdo záměrně ubližuje, vypadá nepochopitelně, až děsivě. Od přírody jsme vybaveni vnímavostí k bolesti a naučeným strachem z ní, a to z toho důvodu, abychom zranění předcházeli či zabránili. V tomto kontextu se zdá být záměrné sebeпоškozování nepochopitelné. A právě cílem tohoto článku je nahlédnout na problematiku sebeпоškozování z několika úhlů pohledu a porozumět důvodům, které vedou některé jedince k tomu, aby se úmyslně pořezávali, pálili nebo si jinak ubližovali a při tom cítili úlevu či měli jiné příjemné pocity.

V následujícím příspěvku se pokusíme definovat pojem sebeпоškozování, přičemž pozornost bude věnována i způsobům sebeпоškozování, příčinám a dalším souvislostem. Cílem tohoto textu je srozumitelnou formou nastínit problematiku sebeпоškozování včetně možných způsobů intervence a pomoci zaměřené na sebeпоškozující se děti a mládež.

PŘÍBĚH: „Dobrý den, raději se nepředstavím... Je mi 16 let. Mám zřejmě problém se sebeпоškozováním, jenže ho nechci řešit s psychologem... Na jednu stranu si myslím, že by mi nepomohl, na druhou stranu, že by to bylo zbytečně zavazující, když si se mnou bude jen povídat... Mám občas deprese, kdy se mi chce jen brečet, mám strach, že se nikomu nezavdčím a podobně... Řeším to tak, že se pořezu. Ani mi tolik nejde o to, abych viděla tu krev, jako jiným, ale aby bolest přehlušila tu vnitřní, ten vztek, agresi nebo ponížení, co prožívám... Ještě ke všemu nenávidím svoje tělo. Řezu se tím, co mi přijde pod ruku, střepy, nože, nůžky... Když není nic takového, tak se třeba jen dlouho procházím venku, aby mi byla co největší zima nebo se o něco schválně praštím... Pak se cítím provinile za to, že jsem to udělala znovu a přemýšlím, jak s tím přestat. Ale pak to udělám znovu. Chvilí na tom nevidím nic špatného, pak mě zase začnou hryzat pochybnosti. Ve společnosti přitom zdaleka nejsem introvertní typ, jak by se mohlo z dopisu zdát. To spíš naopak, skoro se bojím být sama, aby mě to zase nepopadlo... Já nevím, jestli mi můžete nějak pomoci... Ale kamarádi o tom vědí, nevím, co si myslí... Ani nevím, jestli já jsem případ pro psychologa, byla bych radši kdyby ne (psycholog je nic, jen povídání, o tom jsem už mluvila). Nevím, nejsem si jistá ničím, stejně ale předem děkuji za odpověď.“

Zdroj: z mailové zprávy dívky kontaktující Internetovou Linku bezpečí.





SEBEPOŠKOZOVÁNÍ VERSUS SEBEVRAŽEDNÉ CHOVÁNÍ

V odborné literatuře se objevují dva odlišné pohledy na sebepoškození. První z nich posuzuje sebepoškození jednáni zcela odděleně od suicidálního a zdůrazňuje rozdílný psychodynamický průběh a motivace. Argumenty, které vedou k tomuto názoru, se opírají o následující rozdíly:

- způsoby sebepoškození nemají letální (smrtelné) důsledky,
- sebepoškození vede k častému opakování takového jednání (u více než 60 % sebepoškozujících se osob opakuje toto chování ve vysokém počtu případů),
- suicidální úmysl (úmysl zemřít) je při sebepoškození spíše výjimečný.

Druhý pohled vnímá celé spektrum autodestruktivního chování a dokladuje, že sebepoškození a sebevražedné chování jsou přinejmenším ve vzájemném vztahu (např. u sebepoškozujících se osob je větší riziko, že se pokusí o suicidium). Přibližně 55–85 % lidí, kteří se sebepoškozují, uskuteční nejméně jeden sebevražedný pokus.

U sebepoškozujících se klientů nacházíme větší riziko suicidálního jednání z několika důvodů. Předně sebepoškozující se osoby:

- jsou depresivní a prožívají pocity beznaděje,
- mají často suicidální myšlenky a fantazie,
- jsou více agresivní, afektivně nestabilní a projevují hraniční osobnostní patologii,
- podceňují riziko autodestruktivního chování, věří, že mohou být zachráněny a mají tendenci pojmát smrt méně definitivně.

V převážně většině odborných pramenů je konstatováno, že nelze jednoznačně považovat sebepoškození za sebevražedné chování. Při posuzování souvislostí mezi sebepoškozením a suicidálním jednáním hraje významnou úlohu osobnost pacienta a typ jeho osobnostní patologie.

Z výše řečeného je patrné, že existují tři rozdílné termíny, a to **sebepoškození**, **suicidální pokus** a **suicidium** (dokonaná sebevražda), mezi nimiž existuje zřejmá souvislost, nicméně je nutné vnímat rozdílné obsahy těchto pojmů a nelze je vzájemně zaměňovat.

Rozdíly mezi suicidiem a suicidálním pokusem (testamen suicidae) jsou následující:

- u žen častěji suicidální pokus, u mužů dokonané suicidium,
- suicidální pokus u obou pohlaví dominuje především v první polovině života, zatímco dokonaná sebevražda v druhé polovině,
- u suicidálního pokusu spíše tzv. „měkká metoda“ (způsob realizace suicidálního pokusu, který nutně nevede ke smrti, např. léky aj.), u dokonané sebevraždy tzv. „tvrdé metody“ (způsoby, které bezprostředně vedou k úmrtí, např. strangulace – oběšení, střelná rána aj.),
- motivy vedoucí k sebevražednému pokusu jsou většinou z oblasti interpersonálních vztahů, u dokonané sebevraždy se mnohem častěji objevují motivy z oblasti intrapsychické a z pocitů ohrožení,
- k suicidálnímu pokusu dochází většinou ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, dokonané suicidium je významně častěji plánováno, přičemž jedinec realizuje již konkrétní přípravy.





Úmysl zemřít nemusí být vždy jednoznačný. Zvlášť pro adolescentní věk je typická nejednoznačnost postoje k přání zemřít. Mohou být přítomny ambivalentní postoje ke smrti a sebevražedný pokus je jistým hazardem, kdy je dáván život v sázku: „Kam až mohu zajít, co se stane, co bude následovat...“ Postoje ke smrti mohou být vědomé i nevědomé a mohou být vyjádřeny i charakterem (a tedy i výsledkem) suicidálního jednání.

Specifický příklad nedokonaného suicidia je **parasucidium**. Parasucidium je definováno jako suicidální pokus, u něhož není přítomen úmysl zemřít. Jedná se tedy spíše o sebepoškození. I takový pokus však může nešťastnou náhodou či nesprávným odhadem způsobu a prostředků skončit letálně, tedy smrtí jedince.

O **protrahované suicidální jednání** se jedná v případech, že se dítě či adolescent opakovaně například intoxikuje medikamenty v průběhu několika dnů. Přičemž velmi často dochází k postupnému zvyšování dávky léků, a to v důsledku původně špatného odhadu množství léků potřebného k letálnímu konci či ambivalentního postoje ke smrti, popřípadě nejisté pevnosti rozhodnutí zemřít. Protrahované suicidální jednání se často objevuje i ve formě opakovaného pořezávání, což rovněž hraničí se sebepoškozováním.

Obecně lze sebepoškozování zařadit do **autoagresivního chování**. Do této kategorie patří rovněž abuzus alkoholu a drog či léků, dále poruchy příjmu potravy (mentální anorexie, bulimie). Sebeпоškozování je charakterizováno jako autoagresivní chování s absencí vědomého úmyslu zemřít, jehož výsledkem je porušení tělesné integrity. Charakteristickým znakem sebepoškozování je součinnost více faktorů a motivů, jež vedou k sebepoškozování a které se vzájemně kombinují, ovlivňují a umocňují.

Jedná se o jev, u něhož je zřejmý významný sociální a kulturní kontext. Určité chování je v rámci dané kultury a společenských konvencí považováno za jakousi normu – např. tetování či piercing. Naproti tomu však stojí sebepoškozování v patologickém slova smyslu, které z oné obecně přijímané normy vybočuje. Poškozování v patologickém slova smyslu může nabývat několika podob:

- **Automutilace** – sebepoškozování plynoucí nejčastěji z psychotické poruchy. Může mít symbolický význam, kdy je sebepoškozování zaměřené proti určité části těla jako jsou jazyk, genitálie, oči atd. Často se objevují charakteristická zranění symbolických míst na těle, která vyjadřují pocity viny a způsob sebepotrestání. Do této kategorie patří i poškozování v rámci sadomasochistických praktik či sebepoškozující jednání u lidí s poruchou osobnosti v zátěžových situacích – např. záměrná sebezranění ve vězení či při nedobrovolné hospitalizaci aj.
- **Sebeпоškozování** (self-harm, self-injury, self-wounding) – vědomé, záměrné a často opakované sebepoškozování bez vědomé sebevražedné tendence. Nejčastěji se jedná o řezání, pálení, píchání, opakované předávkování léky atd.
- **Syndrom záměrného sebepoškozování** (deliberate self-harm) – sebepoškozování jako symptom u poruch osobnosti, u pacientů s poruchami příjmu potravy či u závislostí.
- **Syndrom pořezávaného zápěstí** (wrist-cutting, slashing) – dochází k opakovanému pořezání zápěstí a předloktí, a to bez vědomého suicidálního úmyslu.

Posledním třem zmiňovaným typům sebezraňování se budeme v následující části věnovat podrobněji, neboť se jedná o nejčastější typy sebepoškozování. Alarmující je navíc skutečnost, že zejména v posledních pěti letech zaznamenává výskyt této problematiky sebepoškozujících se adolescentů vzrůstající tendenci.





děti a jejich problémy II

Typickým charakteristickým znakem záměrného sebepoškozování je tzv. „začarovaný kruh“. Afektivní projevy, které provázejí sebepořezávání, mají specifickou dynamiku a průběh. Pacienti prožívají tenzi a dysforii (psychické napětí a pokles nálady). Sebe-pořezání vede k úlevě a k opakování tohoto jednání. Takové osoby mají snahu s opakováním sebepoškozováním bojovat, ale při snaze se ovládnout prožívají opět napětí, dysforii a vztek – afektivou kombinací, která vede opět k opakování sebepoškozujícího jednání.

Předávkování léky (self-poisoning, overdosing) – neindikované, nepřiměřené nebo nadměrné užití dávky léků bez zřetelného suicidálního úmyslu, které bývá často opakované.

PŘÍBĚH: „Nevím, co mám už dělat. Už asi dva týdny mám hrozné noční můry. Mám strašné sny – zdá se mi třeba, že mám místo rukou jen holé kosti nebo že padám ze skály. Probouzím se uprostřed noci s hrůzou a děsem a pak mám strach znovu usnout, aby se mi tyto hrůzné sny zase nevrátily. Ze strachu se pak pořezávám, abych neusnula a abych zahнала tyto mé noční můry, abych na to nemusela myslet.

Stávalo se mi to už i dříve. Proto jsem začala chodit k psychologovi. Ale teď mám strach mu říct o tom, že se mi zdají takové strašné sny. Ale hlavně se mu bojím říct, že se pořezávám. Určitě bych musela do nemocnice a to nechci...”

Zdroj: z rozhovoru se šestnáctiletou dívkou.

Přibližně 4 % pacientů umístěných v psychiatrických léčebnách (dále PL) se řeže či jinak sebezraňuje. V literatuře se uvádí, že výskyt sebepoškozování u psychiatrických pacientů je 50krát vyšší než u běžné populace. Zvláště často se sebezraňování objevuje u osob závislých na návykových látkách po přijetí do PL, což lze vysvětlit přetrvávající tendencí k závislosti a velkou tenzí vyvolanou mimo jiné odebráním přístupu k droze.

Podíváme-li se na problematiku sebepoškozování z hlediska pohlaví, objevuje se 3krát častěji u žen než u mužů. Conterio a Favazza odhadují, že 750 ze 100000 obyvatel sebepoškozuje vlastní zkušenost se sebepoškozováním. Ve svých výzkumech z roku 1986 zjistili, že 97 % sebepoškozujících se byly ženy. Zmínění autoři se pokusili kromě jiného sestavit profily typických sebepoškozujících se.

Nejčastěji se jedná o ženu ve věku mezi 20 a 30 lety, která má již dřívější opakovanou zkušenost se sebepoškozováním v období puberty. Pochází ze střední nebo vyšší střední školy, je inteligentní, vzdělaná. Častý je výskyt fyzického týrání nebo sexuálního zneužívání v dětství, popřípadě původní rodina, kde alespoň jeden z rodičů zneužíval alkohol.

Výzkumníci zjistili, že nejčastějším způsobem sebepoškozování je řezání (72 %), dále pak pálení (35 %), sebebití (30 %), nenechat rány, aby se zhojily (22 %), vytrhávání vlasů (10 %), lámání kostí (8 %). V 78 % případů se jednalo o kombinaci více forem sebepoškozování současně.

Ženy mají obecně větší sklony vztahovat problémy na svou osobu a sebeobviňovat se, a proto se zraňují častěji než muži. Naopak muži své nepříjemné pocity a agresivní





tendence většinou směřují do okolí, nikoliv jako ženy proti sobě. Pokud u mužů dochází k internalizaci (vztahování problému na/do sebe), bere na sebe většinou spíše podobu alkoholových a drogových závislostí.

Z výše řečeného plyne, že typickému profilu sebepoškozujícího odpovídá adolescentní dívka, která byla v dětství sexuálně zneužita. Tento obraz představuje samozřejmě jistou generalizaci a zjednodušení. Sebepoškozování se častěji vyskytuje i u osob s poruchami nálady (především úzkostné a depresivní poruchy) a u osob s poruchami příjmu potravy. V případech adolescentních sebepoškozujících se mladých lidí je třeba velmi citlivě a opatrně diagnostikovat. Unáhlená etiketizace např. poruchy osobnosti by mohla být z pohledu dalšího vývoj osobnosti takového jedince riziková.

Ve skupině sebepoškozujících se adolescentů lze vysledovat několik společných charakteristik. Jedná se zejména o nízkou frustrační toleranci, impulzivitu, poruchy sebeovládání, podrážděnost a náladovost. Pro většinu lidí je důležitým momentem sebepoškozením způsobená bolest, která přehluší bolest psychickou.

Fyzická bolest je hmatatelná, člověk ji může snáze vlastní vůlí ovládnout, narozdíl od bolesti psychické. Při pocítění bolesti mozek začne produkovat endorfiny, které, obrazně řečeno, rozpouští stres a úzkost. Většině sebepoškozujících se přináší způsobená bolest úlevu. Mnozí tento stav popisují, jakoby jim spadl obrovský balvan z hrudi a cítí se zase volní, schopní dýchat, schopní života.

V tíživé situaci se sebepoškozování zdá být pro tyto jedince účinným vyjadřovacím mechanismem anebo určitým způsobem řešení. Sebepoškozující užívá ublížení si jako prostředek uklidnění, kontroly anebo procítění něčeho pro něj jinak nedostupného. V případě sebeubližování se však jedná o nezdravý vyjadřovací mechanismus, který poukazuje na to, že se daný člověk ocitá ve složité a zatěžující situaci.

Výrazným rizikovým momentem, který závažnost sebepoškozování ještě více umocňuje, je možnost vzniku závislosti. Sebepoškozování může v mnohých případech poměrně rychle přerůst v jakousi formu závislosti. Sebepoškozením člověk řeší či ventiluje jakýkoli stav napětí, úzkosti, strachu nebo jiných nepříjemných pocitů.

PŘÍBĚH: „Chtěla bych s tím přestat. Už to trvá asi tak rok, co se řežu. Poprvé se mi to stalo, když jsem se rozešla s mým klukem. Jen mě využíval a chtěl jen sex, a to někdy až naléhavě a neodbytně, ačkoli mi v té době bylo jen 14 let... Ted' bych toho ale chtěla už nechat. Mám nového přítele, má mě rád a je to v pohodě. Tak vlastně nemám k řezání žádný důvod... Jenže v sobě cítím takové napětí, jako před nějakou zkouškou, je to hrozný. Nevím, proč se mi to děje. A pak se říznu, teče ta krev a pak cítím strašnou úlevu... A tak se řežu ještě a ještě... A i když se tomu snažím odolat, tak jsou to pro mě strašný ‚psychostavy‘ – když se snažím odolat a pak, když to nevydržím a porežu se, tak zase ty výčitky, že jsem to nezvládla, že jsem to zase udělala...“

Zdroj: z rozhovoru s patnáctiletou dívkou.





děti a jejich problémy II

Obecně se sebepoškozováním může rozumět jakákoli aktivita, kterou si člověk ubližuje, škodí nebo ničí zdraví.

Poměrně vysoký výskyt sebepoškozujícího jednání u dospívajících jedinců lze do značné míry vysvětlit nezralostí osobnosti a nedostatkem schopností a dovedností adekvátním a konstruktivním způsobem překonávat překážky, aniž by zraňoval sebe či své okolí. Sebeпошкоzující se člověk nezná či se nenaučil efektivnější strategii řešení takových překážek a negativních pocitů. Často je to jediný a z jeho pohledu „přirozený“ způsob řešení určité zatěžující situace.

Sebeпошкоzování má tendenci se opakovat. Začátek sebepoškozování je nejčastěji datován do období dospívání a toto jednání s různou mírou intenzity může přetrvávat i několik let. Pořezávání či jiný způsob sebeubližování je většinou realizováno v soukromí. Nejčastěji atakovanými částmi těla bývají zápěstí, paže a nohy.

V souvislosti se sebepoškozováním můžeme v některých případech mluvit o tzv. „psychické nákaze“. Jedná se o rozšíření daného chování zejména v léčebnách, internátech, věznicích atd. Zde lze hovořit o výrazně účelovém chování, kdy cílem sebepoškozujícího se aktu je získat určité výhody. Rituály spojené se sebepoškozováním se někdy objevují u part či sekt, u subkultur jako je v současné době „emo“ či „gothic“, které zahrnují a zpětně ovlivňují styl oblékání a líčení, hudbu, smýšlení a světonázor. V takových případech jde většinou o přechodnou záležitost motivovanou sociálními faktory.

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ Z POHLEDU KLINICKÉ PRAXE

Opakované sebepoškozování bývá často spojováno s osobnostní patologií, zejména s poruchou osobnosti, a to především hraničního typu, eventuálně s disociální, histriónskou či mnohočetnou poruchou osobnosti.

Někteří jedinci během pořezávání necítí bolest. Studie této problematiky dovozují, že v pozadí nepocitování bolesti často stojí zvýšený práh bolesti v důsledku disociativních mechanismů. Mezi ně patří změny citění, pocity derealizace a depersonalizace.

Pokud sebepoškozování přetrvává do pozdějšího věku, kdy sebepoškozující se jedinec překročí věk 30 let, můžeme hovořit o tzv. zafixovaném chování. Dalším negativním jevem je skutečnost, že se tento mechanismus a model jednání velice těžko opouští a nahrazuje adaptivnější formou chování. Podle dalších zdrojů se sebepoškozování nejčastěji objevuje u lidí trpících posttraumatickou stresovou poruchou.

Otto Kernberg se zabýval studiem hraničně organizované osobnosti s agresivními projevy vůči vlastnímu tělu. Nalezl u nich nedostatečnou integraci superega, neschopnost prožívat vinu a pohotovost k afektům hněvu – vyčlenil z nich tři skupiny pacientů:

1. Pacienti s histriónskou či infantilní osobností (nejblíže k dnešní popisované diagnostické jednotce MKN–10 či DSM–IV – hraniční osobnost). Symptomy sebepoškozování se objevují v době, kdy cítí hněv nebo hněv smíšený s depresí a ztrácejí kontrolu nad svými objekty (např. v situaci osamostatňování se, rozchodu s partnerem atd.) Jejich chování evokuje u osob v bezprostředním okolí pocity viny.





2. Pacienti s maligním narcismem – tyto pacienty považuje Kernberg za rizikovější skupinu. Autodestruktivní chování se objevuje ve chvílích, kdy je narušena a znehodnocena jejich patologická grandiozita (velikášství, pocity nadřazenosti a výjimečnosti). Autodestruktivní chování nabývá u těchto pacientů symbolického významu – určitého triumfu, který zpětně působí sadisticky na druhé osoby.
3. Psychotičtí pacienti s bizarními suicidálními pokusy.

Někteří další autoři rovněž pojmají sebezraňování jako manifestaci hraniční poruchy osobnosti (Herpertz & Saß). Zjevný je v každém případě velký podíl diagnózy hraniční poruchy osobnosti u pacientů se sebezraňujícím chováním. Herpertz shledala ve svém průzkumu mezi sebezraňujícími se 50 % pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Hraniční porucha osobnosti, stejně jako sebezraňování, je diagnostikována převážně (až 75 %) u žen.

Současné publikace stále znovu poukazují na souvislost mezi hraniční poruchou osobnosti a sexuálním zneužíváním v anamnéze. Herman a kol. vyvozují ze svého průzkumu, že pravděpodobnost, s jakou se u oběti sexuálního zneužívání rozvinou symptomy hraniční poruchy osobnosti, stoupá s brzkým počátkem a mírou závažnosti forem zneužívání. Hänsli tvrdí, že se v automutilativním jednání zrcadlí mnoho aspektů hraniční poruchy osobnosti. Sebezraňování je nahlíženo jako znamení těžké formy hraniční poruchy osobnosti. Sebeпоškozování je také jedním z devíti diagnostických kritérií, z nichž minimálně pět musí být přítomno, aby bylo možno uplatnit diagnózu právě hraniční poruchy osobnosti. Mezi tato kritéria patří:

1. Zoufalá snaha zabránit skutečnému nebo domnělému opuštění. Sachsse konstatuje, že u sebezraňujících se pacientů, které měl ve své péči, se pravidelně vyskytuje výrazný strach být sám.
2. Vzorec nestabilních, ale intenzivních mezilidských vztahů, který se vyznačuje střídáním mezi extrémní idealizací a znehodnocením. Lidé s hraniční poruchou osobnosti mají často problémy pro sebe uspokojivě regulovat blízkost, resp. odstup k druhým lidem. Typický hraniční mechanismus rozštěpení na jen „dobré“ a jen „zlé“ vede pacienty k tomu, že si vztažné osoby idealizují a při nepatřném reálném nebo vyfantazírovaném odmítnutí je ztratí.
3. Poruchy identity, které se projevují výraznou a trvalou nestabilitou sebeпоjetí nebo vnímání sebe sama. Herpertz soudí, že základní problém sebeпоškozování je velmi těsně propojen s hledáním vlastní identity. Při studii případů 60 pacientů se sebezraňujícím jednáním bylo odhaleno u 67 % z nich oslabené vnímání vlastní hodnoty a u 72 % negativní sebeпоrozumění. Podle Walshe a kol. by mohla samotná skutečnost sebeпоškozování dodávat postiženému jedinci pocit určité identity. Navíc kromě toho může starostlivá, podpůrná reakce okolí krátkodobě zvednout pocit vlastní hodnoty.
4. Impulsivita v minimálně dvou potenciálně sebeпоškozujících oblastech (vydávání peněz, sexualita, zneužívání látek, bezohledné řízení a záchvaty žravosti). Herpertz shledala u pacientů se sebezraňujícím chováním problémy s kontrolováním impulsů. Coidem a kol. uvádí, že deset zkoumaných pacientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří se také zraňovali, vykazovalo následující impulzivní chování (pořadí odpovídá





děti a jejich problémy II

četnosti): anorexie, bulimie, zneužívání alkoholu, nenadálé přehmaty, užívání drog, promiskuita, krádeže.

5. Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. epizodické disforie vysoké intenzity, popudlivost nebo strach, přičemž rozladění trvá obvykle několik hodin a jen zřídka víc než několik dní). Herpertz zmiňuje problémy regulace afektů u sebepoškozujících se pacientů. 65 % jí zkoumaných pacientů vykazuje omezenou kontrolu emocí, případně kontrolu impulsů.
6. Chronický pocit prázdnoty. Mnoho pacientů hovoří o pocitech prázdnoty, často je to stav, který předchází sebepoškozování.
7. Nepřiměřená, prudká zlost nebo problémy zlost kontrolovat (např. časté výbuchy hněvu, trvalá zlost nebo opakované, fyzické hádky). Pacienti s hraniční poruchou v sobě často ukrývají vysoký agresivní potenciál. Sachsse chápe četné výbuchy popudlivosti, mnoho agresivních, autoagresivních, náruživých a sebepoškozujících aktů jako dekompenzaci hraničních pacientů a jejich pokus zabránit zaplavení traumatickými vzpomínkami.

Herpertz odhalila při výzkumech zaměřených na fenomenologii, genezi a psychodynamiku sebezraňujícího chování následný interakční styl u pacientů se sebezraňujícím chováním: interakční styl sebepoškozujících se s jinými lidmi je ovlivněn „zlostně-bojovnou formou konfliktů“. Tento vzorec zahrnuje průběžnou tendenci k dotčenosti, pocitu zlosti, nepřátelství a náročnosti a projevuje se typicky v partnerských vztazích vzájemným ovládním a podřizováním se. U 65 % pacientů našla Herpertz snížené ovládání afektů a kontrolu impulsů.

8. Přechodné, zátěží vyvolané paranoidní představy nebo těžké disociativní symptomy. Změny vnímání jsou také pravidelně popisovány v předběžném stádiu sebezraňování. K paranoidním představám a disociativním symptomům mohou být připočteny i derealizace a depersonalizace, během nichž je okolí nebo vlastní tělo a já vnímáno zkresleně. Oddělení těla od já u hraničních a sebezraňujících se jedinců je podmíněno typickými obrannými mechanismy. Dulz a Schneider uvádějí, že lidé s ranými narušeními, k nimž patří i hraniční porucha osobnosti, disponují spíše nezralými obrannými mechanismy. Ty zahrnují roztěpení, primitivní idealizace, projektivní identifikace a identifikace s agresorem, pocit omnipotence, devalvace a popírání.

PŘÍBĚH: „Řežu se žiletkou do ruky. Trvá to docela dlouho, ale teď s tím chci přestat. Jenže mi to nejde, snažím se už asi tři měsíce, ale pořád se k tomu vracím... Vždycky, když se řežu, tak cítím uvolnění, jakoby se změnil pocit psychické bolesti na bolest fyzickou, ta se dá snáze vydržet, překonat. Ale chtěla bych s tím končit, protože mám hlavně strach, že se to dozví mamka a to bych nechtěla. Nechci, aby si dělala starosti, asi by to nepochopila. Navíc se to dověděla moje nejlepší kamarádka. Moc mi na ní záleží. Ale ona chce, abych s tím přestala a vyhrožuje, že když s tím nepřestanu, tak to řekne mojí mámě... Nevím, asi to bude tím, že se snažím každému pomoci, řeším cizí problémy a na ty mé mi pak už nezbyvá čas a síla. Pak se to nakupí a já to nezvládám





a nejde to vydržet. Pak sáhnu po žiletce, abych si ulevila... Teď se má stěhovat můj starší brácha z domu. Máme spolu hezký vztah, i když poslední dobou se malinko odcizujeme. Nevím, jak to zvládnou, mám z toho trochu strach... Nechci s ním ale o tom mluvit, aby si nemyslel, že mu v tom chci bránit...

Zdroj: z rozhovoru se šestnáctiletou dívkou.

PŘÍČINY A MOTIVY SEBEPOŠKOZUJÍCÍHO JEDNÁNÍ

Všeobecně přijímaná je teorie souvislosti s dětskými traumaty, zvláště se sexuálním zneužíváním, tělesným a psychickým týráním a zanedbáváním (syndrom CAN). Dále na pozadí problému mohou být nefungující či problematické rodinné vztahy či potíže související se školou. Příčiny sebepoškozování jsou dávány do spojitosti i s negativní dětskou zkušeností se špatným zacházením a péčí blízké osoby, která vytváří v člověku pohotovost obracet agresivní impulsy vůči vlastnímu tělu (a manifestuje se především v adolescenci).

Sebepoškozování však nelze považovat pouze za jeden ze znaků hraniční poruchy osobnosti, i když se často vyskytuje právě s touto poruchou. V mnoha případech se sebepoškozování může objevovat i bez osobnostního patologického základu. Pak k němu dochází spíše na podkladu situačního stresu. Další koncept hovoří o již zmíněném návykovém chování.

Charakteristické znaky průběhu aktu sebepoškozování:

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

Sebepoškozování se stává neadaptivní reakcí na nepříjemně prožívanou situaci, doprovázenou zejména pocity bezmoci, lítosti, vzteku, křivdy a přání pomstít se, přičemž je agrese je obrácena vůči sobě samému. Cílem sebepoškozování je především zvládat nepříjemné duševní stavy. Těch může být celá řada – přetížení, pocity frustrace, vztek, lítost, osamělost, ztráta kontroly a také tzv. „flashback“, tedy náhlé a intenzivní vzpomínky na prožitá traumata. Vznik a průběh sebepoškozování může být doprovázen různými fantaziemi, a to i sexualizovanými.

Fyzická bolest velmi úspěšně odvede pozornost či přehluší tyto nepříjemné pocity. Samotné fyzické poranění pak odvádí pozornost postiženého od nežádoucích myšlenek a pocitů – je třeba ránu ošetřit, zavázat, případně vyhledat lékařskou pomoc. Zvláště





děti a jejich problémy II

u jedinců, kteří prožili traumata spojená s tělesným či sexuálním týráním, je vztah k vlastnímu tělu velmi problematický. Vztah k vlastnímu tělu je často charakterizován mimo jiné lhostejností k vlastnímu zevnějšku a odmítáním tělesnosti. Sebepoškozování může mít dva základní cíle – přinášejí vzácné chvíle, kdy si postižený dovolí chovat se ke svému tělu pozitivně (ošetřit si ránu, „pofoukat bolístku“), jindy jde o trestání těla, které je v důsledku předchozího zneužití „špatné“ a „nečisté“ a nezaslouží si laskavé zacházení.

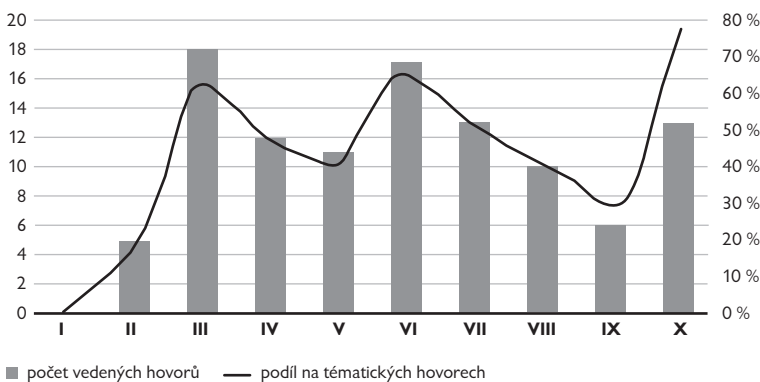
STATISTIKY LINKY BEZPEČÍ

Statistická data týkající se sebepoškozování jako samostatného tématu telefonických hovorů a chatů na Linku bezpečí jsou zaznamenávána od 1. ledna 2007. Vydělení této problematiky jako samostatné tematické kategorie, která původně spadala od skupiny „osobnostních problémů“ bylo způsobeno zejména rostoucím počtem hovorů vedených právě na téma sebepoškozování.

Během prvních deseti měsíců roku 2007 (leden až říjen 2007) Linka bezpečí zaznamenala celkem 25 102 tematických hovorů (tzn. hovorů na určité vážné téma, z nich se sebepoškozování týkalo 105, což představuje 0,42 % z celkového počtu tematických hovorů. Graf 1 ilustruje vývoj počtu telefonátů na téma sebepoškozování a jejich poměrné zastoupení v celkovém počtu tematických hovorů.

Téma sebepoškozování se mnohem častěji objevuje na Chatu Linky bezpečí než v rámci telefonických hovorů. To lze do značné míry vysvětlit skutečností, že chat nabízí ještě vyšší míru anonymity a odosobnění a z toho plynoucí silnější pocit bezpečí a kontroly nad průběhem chatu.

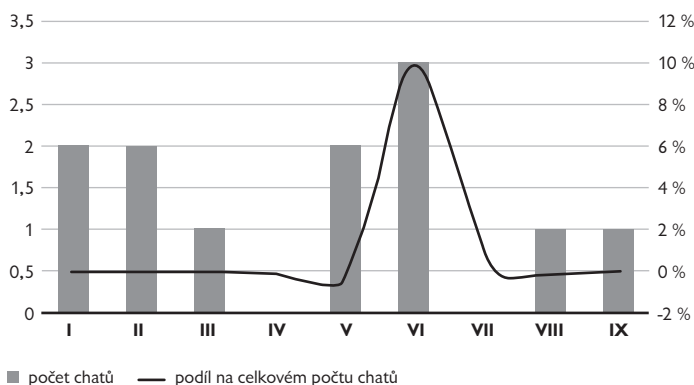
graf 1: vývoj počtu hovorů vedených na téma sebepoškozování v průběhu prvních deseti měsíců roku 2007





Sebepoškozování představuje devátý nejčastější důvod kontaktování dětí a dospívajících Chat Linky bezpečí. Meziměsíční srovnání počtu chatů vedených na Chatu Linky bezpečí na téma sebepoškozování a zastoupení tohoto tématu na celkovém počtu chatů prezentuje graf 2. (sledované období leden – září 2007).

graf 2: vývoj počtu kontaktů v rámci Chatu Linky bezpečí vedených na téma sebepoškozování v průběhu prvních devíti měsíců roku 2007



Je zřejmé, že se sebepoškozování stává nejen u nás v České republice velice aktuálním tématem. Stále více převážně mladých lidí si nějakým způsobem ubližuje a tím „řeší“ své potíže a nepříjemné psychické stavy.

Je zcela zřejmé, že se jedná o velmi závažný jev, který ohrožuje psychické zdraví a dokonce životy sebepoškozujících se lidí. Navíc je s touto problematikou spojeno další riziko, a to vznik závislosti na tomto patologickém jednání. Z toho plyne výrazná problematičnost v oblasti nápravy. Pro mnoho pacientů není v jejich silách se sebepoškozováním přestat bez podpory a odborné pomoci.

Důležitým momentem je odtabuizování tohoto tématu, prezentace rizik spojených s tímto fenoménem a zejména pak nabídka odpovídající pomoci. Je nutné zvyšovat povědomí laické i odborné veřejnosti, pozornost zaměřit na popis projevů, příčin a motivů vedoucích k sebepoškozování. Pro pomoc těm, kteří trpí sebepoškozováním, je klíčové zprostředkování informací, kde lze nalézt odbornou pomoc. Právě tuto důležitou roli sehrávají, mimo jiné, zejména různé linky důvěry, kam se klienti s problémem sebepoškozování poměrně často obracejí.



KRIZOVÁ INTERVENCE A TERAPIE U SEBEPOŠKOZUJÍCÍCH SE OSOB

Pracoviště Linky bezpečí nabízí více forem **krizové intervence**. Krizová intervence obecně nabízí člověku v krizi vyslechnutí, podporu a řešení či nasměrování na další péči v rámci jeho prvotního kontaktu s pomáhající institucí.

Linka bezpečí nabízí pomoc dětem a dospívajícím (ve věku do 18 let, respektive do 26 let v případě studujících), kteří se ocitají v zátěžové či krizové situaci. Svou pomoc nabízí formou telefonické krizové intervence či prostřednictvím Chatu Linky bezpečí a elektronického poradenství Internetové Linky bezpečí.

Základní filozofií krizové intervence je zejména otevřeně přijetí klienta, respekt k jeho pocitům a vytvoření atmosféry důvěry tak, aby se klient mohl se svým problémem svěřit a za podpory speciálně vyškolených konzultantů hledat možné způsoby a konstruktivní formy řešení.

Poznatky o problematice sebepoškozování jednoznačně vypovídají o tom, že sebepoškozování není samoučelným jednáním. Vždy je nutné pátrat po hlubších motivech a příčinách tohoto patologického jednání. Současně je třeba klientovi nabídnout prostor pro potvrzení a legalizaci svých pocitů. Podstatná část kontaktu s klientem by se měla věnovat také zmapování bezprostředních pocitů a spouštěcích mechanismů vedoucích k sebepoškozování.

Důležité je nabídnout klientovi možnost ventilování všech emocí, které ho v souvislosti se sebepoškozováním naplňují, jejich pojmenování a s využitím kotvení pomoci k jeho lepšímu zorientování se v nich. Konstruktivním prvkem je využití předchozí pozitivní zkušenosti klienta při snaze o zvládnutí a řešení problému. Samozřejmou součástí kontaktu by měla být i nabídka odborné pomoci a vysvětlení její podstaty tak, aby pro klienta nebyla zdrojem strachu a pocitu ohrožení.

Psychoterapie sebepoškozujících se je multimodální, zaměřená na klinické poruchy, osobnostní patologii, zátěžové životní okolnosti a subjektivní prožívání dotyčného člověka. V terapeutickém přístupu jsou integrovány metody psychosociální (individuální a skupinová psychoterapie, rodinná terapie) i farmakoterapie (nejčastěji antidepressivního a anxiolytického typu – zmírňující úzkost).

Hospitalizace klienta je indikována tehdy, když se u pacienta paralelně se sebepoškozujícím se chováním objevuje sebevražedné chování, porucha příjmu potravy, závislost na návykových látkách, deprese či další osobnostní psychopatologie.

ZÁVĚR

Sebeпоškozování představuje aktuální téma, neboť se jedná o problém, který ohrožuje zejména zdraví a harmonický vývoj dětí a adolescentů. Výskyt této problematiky zaznamenává v posledních letech rostoucí tendenci. Příčiny jevu sebepoškozování lze spatřovat





zejména ve vlastní zkušenosti s CAN (a to jak pohlavním zneužíváním a tělesným týráním, tak zanedbáváním zejména ve smyslu citového chladu, nezájmu a nepřijetí), dále v problematických rodinných vztazích, v potížích souvisejících se školou a v neposlední řadě pak v psychických problémech či osobnostní patologii.

Dlouhodobé působení těchto vlivů je pak pro klienty zdrojem mnoha negativních emocí, zejména úzkosti, nejistoty, nízké sebevědomí a sebehodnocení aj., které následně vedou k sebepoškozování jako způsobu zvládání nepříjemných a těžkých psychických stavů. Jelikož toto jednání ohrožuje život, psychické zdraví a osobní spokojenost sebepoškozujících se, je nutné podpořit kvalitní informovanost laické i odborné veřejnosti o této problematice.

NĚKTERÉ ODKAZY A ZAŘÍZENÍ, KTERÁ MOHOU SEBEPOŠKOZUJÍCÍM SE PACIENTŮM POMOCI:

- Informace, diskuze a odkazy na: <http://sebeposkozovani.ath.cx/>

Odborná pomoc:

- **Linka bezpečí 800155555**
- Národní linka důvěry pro děti a mládež.
- **Chat Linky bezpečí a Internetová Linka bezpečí** – www.xchat.cz, ilb@linkabezpeci.cz.
- **Česká asociace pracovníků linek důvěry (ČAPLD)** – Seznam linek důvěry pro celou ČR.
- **Dětské krizové centrum (Praha)** – hlavním zaměřením je problematika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, a to v oblasti prevence a diagnostiky, ale také v oblasti terapie.
- **help24.cz** Psychologie/duševní zdraví. Zde je velké množství informací, databáze psychologů, databáze léků, problematika snů a další témata.
- **Modrá linka (Brno)** – linka důvěry pro celou populaci.
- **Spondea (Brno)** – krizové centrum pro děti a mládež, zaměřující se na syndrom CAN a problematiku s ním související. Spondea nabízí krizovou intervenci, terapii i krizová lůžka.
- **Terapeutická komunita Kaleidoskop (Praha)** – TK Kaleidoskop poskytuje až roční terapeutický program pro lidi s poruchou osobnosti. Nabízí rovněž ambulantní péči, kam se mohou přijít poradit nejen ti, kteří mají problém, ale i jejich blízcí.
- **Trigon (Praha)** – jedná se o ambulantní oddělení se stacionářem státního zařízení Střediska výchovné péče Klíčův v Praze. Hlavním cílem činnosti je zajistit účinnou a komplexní pomoc dětem, mládeži a jejich rodinám. Trigon je zaměřen na práci s dětmi a mládeží ve věku od 3 do 18 let (nebo do ukončení vzdělávání) s potížemi ve vztazích k rodičům, vrstevníkům, pedagogům apod.



děti a jejich problémy II

LITERATURA

1. Bumerang – Žiletko, má lásko (2007). In: Reflex, roč. 18, č. 12, s. 76.
2. Dahlke, R. (2000). Nemoc jako symbol. Praha: Pragma.
3. Dahlke, R. (2004). Čím onemocněl svět. Praha: Ikar.
4. Dahlke, R. (2005). Agrese jako šance. Praha: Ikar.
5. Dethlefsen, T. (1992). Osud jako šance. Brno: O. Svoboda.
6. Koutek, J., Kocourková, J. (2003). Sebevražedné chování. Současné poznatky o suiciditě a její specifika u dětí a dospívajících. Praha: Portál.
7. Krbcová, L. Žiletko, má lásko (2007). In: Reflex, roč. 18, č. 7, s. 28.
8. Phelps, L. (2007). červen Psychologie DNES, Praha: Portál.
9. Pinterová M. (2007). Sebeпоškození; seminární práce. Praha: VOŠ sociálně právní.
10. Vodáčková, D. a kolektiv (2002). Krizová intervence. Praha: Portál.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. <http://sebeпоškození.ath.cx/>
2. <http://www.geocities.com/dorisneppert/Dipl.html>





projekt odborný rozvoj linky bezpečí

Projekt Odborný rozvoj Linky bezpečí si klade za primární cíl zvyšovat odbornou úroveň poskytovaných služeb a profesionalizaci Linky bezpečí. Hlavním záměrem projektu je přepracování kariérního a kreditního systému následného vzdělávání pracovníků Linky bezpečí, akreditace programu a vytvoření standardů kvality – pracovních postupů pro linky důvěry. Nedílnou součástí jsou podpůrné aktivity zajišťující odborný růst pracovníků Linky bezpečí – pomocí realizace přednášek, seminářů, besed pro žáky pražských škol.

Projekt Odborný rozvoj Linky bezpečí klade nároky v oblasti publikace odborných článků, studií a příspěvků. Jedním z nich je i tato odborná publikace, kterou nyní držíte v rukou, **Děti a jejich problémy II. Sborník studií.**



Projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem Hlavního města Prahy.





jaké služby nabízí sdružení linka bezpečí?

...Linka bezpečí (podobně jako jiné pomáhající instituce) se ve své funkci „přesahuje“. Tím že pomáhá jedněm, pomáhá i druhým – tj. celé společnosti. Vzdělává ji, vychovává a činí citlivější vůči všemu zlému, co se děti neblaze dotýká. A za to si zaslouží dvojnásobné poděkování!... Prof. PhDr. Zdeněk Matějček

● LINKA BEZPEČÍ 800 155 555

Telefonická krizová intervence určená pro děti a mládež do 18 let (studenti do 26 let). Dostupnost z celé ČR z pevné i mobilní sítě – zdarma; nepřetržitý provoz po celý rok.

- Na Linku bezpečí se může obrátit každé dítě se svým trápením, obtížnou situací.
- V případě nutnosti Linka bezpečí zprostředkuje volajícím dětem odborný kontakt a v závažných případech Linka provádí se souhlasem dítěte intervenci.

● INTERNETOVÁ LINKA BEZPEČÍ ILB@LINKABEZPECI.CZ

Internetová linka je určena pro všechny děti, kterým je bližší komunikace prostřednictvím internetu než po telefonu.

- Linka je tak dostupná i pro české děti v zahraničí nebo pro děti se sluchovým handicapem anebo vadou řeči.
- Internetová linka poskytuje poradenství a kontakt na odborníky – odpovídáme nejpozději do 3 pracovních dnů.

● BEZPEČNĚ NA NETU! WWW.INTERNETHELPLINE.CZ

Linka bezpečí rozšiřuje svoje služby o nově zavedenou poradnu pro bezpečný internet Internet Helpline na pomoc dětským obětem tzv. internetové kriminality. Děti a dospívající mohou ohlásit zneužívání při komunikaci na internetu na stávající kontakty (800 155 555, chat, e-mail).

- Internet Helpline dětem poskytuje nezbytnou psychosociální pomoc a podporu a radí jim, jak bezpečněji internet používat; jde o případy, kdy děti pociťují znepokojení a ohrožení během prohlížení webových stránek, při chatování a hraní her nebo když jsou obtěžovány prostřednictvím mobilu či jiných komunikačních médií.
- Důležité rady a doporučení, jak být na internetu v bezpečí, nabízí samostatné webové stránky www.internethelpline.cz.



● **CHAT LINKY BEZPEČÍ XCHAT.CENTRUM.CZ/LB nebo CHAT.LINKABEZPECI.CZ**

Chat Linky bezpečí je určen pro všechny děti, kterým je bližší on-line komunikace prostřednictvím internetu než kontakt po telefonu.

- Linka je tak dostupná i pro české děti v zahraničí nebo pro děti se sluchovým handicapem nebo vadou řeči.

● **LINKA VZKAZ DOMŮ 800 111 113 nebo 724 727 777**

Telefonická linka určená pro děti a mládež, které situace v rodině, ve škole nebo v ústavním zařízení donutí k útěku, nebo pro ty, kteří o tomto kroku zatím jen uvažují.

- Dostupnost z celé ČR – zdarma z pevné sítě na pevnou linku a na mobilní číslo za běžné tarify operátorů; denně od 8 do 22 hod po celý rok.
- Úkolem Linky vzkaz domů je předávání vzkazů rodičům dítěte, které se nechce vrátit zpět domů, ale chce o sobě zanechat zprávu, že je naživu a zdrávo.
- Linka může pomoci zprostředkovat i umístění v azylovém domě nebo krizovém centru, kde by dítě na útěku našlo prozatímní střechu nad hlavou.
- Na Linku se mohou obrátit i rodiče a příbuzní dětí, které utekly z domova, a mohou jim zanechat vzkaz, např. že se mohou bez obav vrátit zpět domů.

● **RODIČOVSKÁ LINKA 840 111 234**

Rodičovská linka je určena dospělým (rodičům, prarodičům a dalším rodinným příslušníkům, pedagogům apod.), kteří se chtějí poradit s výchovou dětí.

- Rodičovská linka nabízí pomoc a poradenství v případech obtížných rodinných situací, problémů při výchově dětí (konflikty, krádeže, záškoláctví, závislosti) nebo v souvislosti s podezřením na týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte ve vašem okolí.
- Linka je k dispozici každý všední den odpoledne.

Sdužení Linka bezpečí bylo založeno 13. 4. 1994 s cílem pomáhat dětem a mládeži nejen v jejich obtížných životních situacích, ale i při jejich každodenních starostech a problémech.

www.linkabezpeci.cz





děti a jejich problémy II

sborník studií

vydalo: Sdružení Linka bezpečí © 2007
(www.linkabezpeci.cz)
Ústavní 91/95, 181 21 Praha 8

grafická úprava: Studio Marvil, Ječná 29, Praha 2
tisk: JPM tisk, spol. s r. o., Na Popelce 19/1187, Praha 5
Praha 2007
ISBN 978–80–254–1372–2

