



Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Studijní opora k předmětu kombinované formy studia

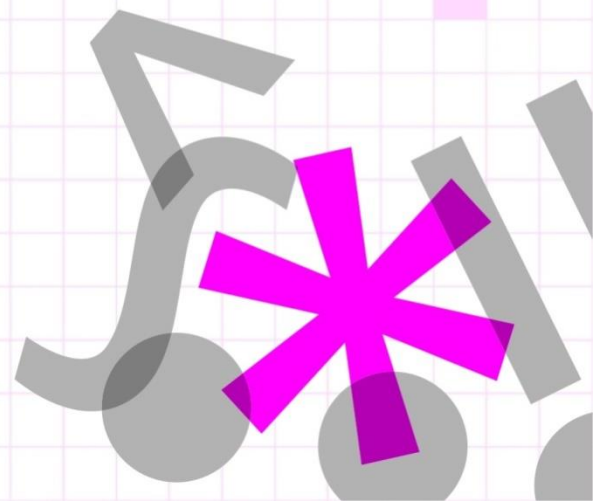
předmět

KRIZOVÁ INTERVENCE

obor

Sociální pedagogika

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta



Vysvětlivky k používaným symbolům



ÚVOD KE STUDIU PŘEDMĚTU NEBO KONKRÉTNÍHO TÉMATU



KONTROLNÍ OTÁZKY A ÚKOLY

prověřují, do jaké míry student text a problematiku pochopil, zapamatoval si podstatné a důležité informace



SHRNUTÍ

shrnutí tématu



POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

vyzdvihuje důležité či nové termíny, nebo hlavní body, které by student při studiu tématu neměl opomenout



LITERATURA

použitá ve studijním materiálu, pro doplnění a rozšíření poznatků



POŽADAVKY NA UKONČENÍ KURZU

student se zde dozví, jakým způsobem bude kurz ukončen (test, seminární práce, projekt, ústní zkouška apod.)



ÚVOD DO STUDIA PŘEDMĚTU (ANOTACE)

Předmět seznamuje studenty s tématy z oblasti krizové pomoci a intervence - duchovní témata a krize, psychospirituální krize, rozšiřuje poznatky z oblastí krizí pramenících z náhlého traumatizujícího stresoru a referuje o krizích v kontextu psychopatologie. Zaměřuje se na praktické využití znalostí v životě a v budoucí praxi v oblasti pomáhajících profesí. Cílem předmětu je porozumění výše zmíněným tématům s ohledem na kognitivní, emocionální a tělové projevy klienta a seznámení s metodami práce a praktické využití v přímé práci s klientem v rámci pomáhajících profesí.

CÍLE PŘEDMĚTU:

Seznámení a získání praktických dovedností v oblasti krizové intervence v kontextu duchovních témat, psychospirituální krize, rozšíření poznatků a dovedností ve vztahu ke krizím pramenících z náhlého traumatického stresoru. Seznámení s krizemi v kontextu psychopatologie s ohledem na rozpoznání tohoto typu krize a možnosti pomoci. Seznámení s tématy krize u drogově závislých, s krizí u poruch příjmu potravy, s problematikou týraných a zneužívaných klientů, pochopení specifik práce s oběťmi domácího násilí. Seznámení se sebevražednou tematikou, pochopení specifik metod práce se suicidálním klientem. Práce na modelových situacích.

OSNOVA PŘEDMĚTU:

1. Duchovní témata a krize - kontext krize a duchovních otázek. Spiritualita jako téma v životě člověka. Spiritualita s ohledem na život věřícího klienta, případně krizového pracovníka.
2. Psychospirituální krize - definice, mimořádné stavy vědomí. Spouštěcí mechanismy psychospirituální krize, projevy psychospirituální krize.
3. Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru - traumatická krize, reakce jedince na trauma, specifika práce s traumatizovaným klientem.
4. Krize v kontextu psychopatologie - psychotický klient, depresivní klient, neurotický klient, klient s nápadnými osobnostními rysy. Rozpoznání a možnosti pomoci.
5. Drogová závislost a krize.
6. Krize a krizová intervence u poruch příjmu potravy.
7. Krizová intervence u týraných a zneužívaných lidí. Práce s klientem s komplexním traumatem.
8. Krizová intervence u obětí domácího násilí.
9. Suicidální krize. Krizová pomoc klientovi se suicidálními tendencemi, krizová intervence při suicidální krizi. Komunikace se sebevražedným klientem.



DOPORUČENÁ LITERATURA A JINÉ ZDROJE

ZÁKLADNÍ ZDROJE

- HERMAN, J., L. *Trauma and Recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror.* 1. vyd. United States: Basic Books, 1997. 339 s. ISBN 10 0-465-08730-2
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování. Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících.* 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9.
- KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým.* 1. vyd. Praha: ISV, 2001. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.
- RONENOVÁ, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-370-6.
- ROTHSCHILD, B. *The Body Remembers, The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment.* 1. vyd. New York: W. W. Norton & Company. 212 s. ISBN 0-393-70327-4
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence.* 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0

DOPORUČENÉ ZDROJE

- ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti.* 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. s. 204. ISBN 80-902614-1-8.
- BARRY, D., B. *The Domestic Violence Sourcebook.* 1. vyd. Los Angeles, Lowell House, 2000. 321 s. ISBN 0-7373-0419-7.
- BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi.* 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-7353.
- BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 117 s. ISBN 80-7169-929-3.
- HAWKINS, P. *Supervize v pomáhajících profesích.* 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
- JONES, A. *Next Time She' ll Be Dead. Battering and How to Stop It.* 1. vyd. Boston: Beacon Press, 2000. 309 s. ISBN 0-8070-6789-X.
- KUSHNER, H., S. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem.* 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 144 s. ISBN 80-7367-053-4.
- PONĚŠICKÝ, J., *Psychosomatika, psychoterapie a neuropsychologie. Psychosomatická medicína.* Roč. 4, č. 2, 2006. ISSN 1214-6102.
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie.* 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.



POŽADAVKY NA UKONČENÍ KURZU

Předmět bude uzavřen udělením zápočtu po splnění všech zadaných zápočtových úkolů (viz dílčí požadavky a úkoly v části Kontrolní otázky a úkoly). Termíny

zápočtového testu budou stanoveny po dohodě s vyučujícím na konci semestru a vypsány ve STAGu. Zkouška proběhne ústní formou. Témata ke zkoušce jsou zároveň témata ke studiu v osnově předmětu. U každého tématu bude součástí zkoušky zpracování kasuistiky s důrazem na postup v krizové intervenci.

Téma č. 1:

Duchovní témata a krize – kontext krize a duchovních otázek. Spiritualita jako téma v životě člověka. Spiritualita s ohledem na život věřícího klienta, případně krizového pracovníka.



ÚVOD A CÍL TÉMATU

Orientace v souvislostech krize a duchovních otázek, duchovní přesah, podoby spirituality, duchovní systémy. Podoby setkání s klientem v krizi s ohledem na spiritualitu.

Způsob výuky: *téma je přednášeno v rámci výuky v plném rozsahu*



POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

- Spiritualita
- Setkání nevěřícího klienta a nevěřícího pracovníka – zrcadlení a provázení
- Setkání věřícího klienta a nevěřícího pracovníka – vyslechnutí, vyjádření pochopení
- Setkání nevěřícího klienta a věřícího pracovníka – bezpečný rámec
- Setkání věřícího klienta a věřícího pracovníka – práce s dilematy, vzhled do problému

Klíčová slova:

Víra, duchovní témata, křesťanství, spiritualita



SHRUTÍ A TÉMATA KE STUDIU

Krizová intervence pracuje s duchovními tématy velmi citlivě s ohledem na možnou ztrátu víry jedinice v důvěru, ve své kompetence. Často se setkáváme s klienty, kteří postrádají smysl toho, co se jim přihodilo, ztrácejí nebo se bojí, že ztratí smysl svého života. Od krizové intervence očekávají pomoc a krizový pracovník, bez ohledu na to, zda je či není věřící, je leckdy kontaktován klientem, který potřebuje hovořit o duchovních otázkách. Předpokládáme, že pomáhající bude mít základní informace o víře a spiritualitě s ohledem na nejrozšířenější podoby spirituality a evropskou tradici. Předmětem studia je základní přehled principů islámské, buddhistické, křesťanské a židovské spirituality. Spiritualita jako taková hraje důležitou roli a je také považována za nezbytnou součást lidské psychiky – každý potřebuje v něco věřit, všichni hledáme smysl života. Právě pocit ztráty smyslu je jedním z častých spouštěčů krize. Je třeba respektovat určitá specifika práce s klientem na duchovním tématu – s ohledem na místo krize v životě věřícího a nevěřícího klienta a způsoby svépomoci a odborné pomoci. Nezbytnou součástí přístupu k věřícímu

klientovi, je práce s předsudky pomáhajícího o věřících a víře. Při setkání nevěřícího klienta i pracovníka se zaměřujeme na pomoc v rovině zrcadlení a provázení. Jako nevěřící pracovníci můžeme věřícímu klientovi nabídnout pohled z odstupů, vyslechnutí klientových obtíží a rovněž lze vyjádřit pochopení ve vztahu k potížím klienta. Doporučíme případně kontakt na někoho konkrétního v křesťanském prostředí. Věřící pracovník může nabídnout nevěřícímu klientovi minimálně bezpečný rámec pro jeho prožívání, prostor pro přeřikání tématu. Pokud jsou oba – klient i pracovník věřící, je v krizové intervenci prosto např. pro práci s dilematem klienta ve vztahu ke „své“ církvi, pracovník poskytne možnost otevřít nový vhled do klientova problému.



DOPORUČENÁ LITERATURA A JINÉ ZDROJE

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0



KONTROLNÍ OTÁZKY A ÚKOLY

1. Uveďte příklady předsudků o věřících a víře, s kterými jste se setkali.

Prostor pro odpovědi:



ÚVOD A CÍL TĚMATU

Orientace ve spouštěcích mechanismech a projevech psychospirituální krize, přehled modelů psychospirituální krize. Východiska pomoci, krizová intervence a návazná terapeutická péče.

Způsob výuky: *téma je přednášeno v rámci výuky částečně a doplněno samostudiem (viz body 1 a 2 v části Kontrolní otázky a úkoly)*



POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

- Psychospirituální krize
- Spouštěcí mechanismy psychospirituální krize – např. ohrožení života, extrémní zátěž, silné emoční prožitky, životní nezdary
- Obrazy a formy psychospirituální krize – např. Šamanská cesta, Aktivace centrálního archetypu jako cesta k probuzení, Psychické otevíření, Channeling
- Krizová intervence u psychospirituální krize – provázení

Klíčová slova:

Vědomí, psychospirituální krize, spouštěcí mechanismy, formy psychospirituální krize



SHRNUTÍ A TÉMATA KE STUDIU

Zážitky, které přesahují běžnou skutečnost a nejsme schopni je integrovat, epizody neobvyklých zkušeností, které zahrnují změny vědomí a změny percepčních, emocionálních, kognitivních a psychosomatických funkcí s přesahy limitů vlastního já definujeme jako psychospirituální krizi. Často se rozvine psychospirituální krize tam, kde se jedinec konfrontuje s těžkou zkouškou, traumatem – tehdy se mohou projevat nestandardní prožitky.

Můžeme se setkat s jedinci, kteří hledají jiný svět než je ten, ve kterém se reálně nacházejí, a emočně do něho unikají. V takovém případě hovoříme o spirituálním by passu. Toto je typické například u adolescentů, kteří mají tendenci k úniku do fantazie.

Jindy limitovaný prostor běžného života se při psychospirituální krizi otevírá směrem

do tzv. pozitivní exkluze (prožitky tzv. nebeské kvality, v extatické rovině – zářivá, svobodná, volná realita, láskyplné, smysluplné zážitky, lehkost, naděje religiozní postavy) a nebo směrem do tzv. negativní exkluze (prožitky a obrazy démonů, podsvětí, očištění – ve dvou podobách tzv. horkého a ledového pekla). Někteří lidé mají tendenci se k výše zmíněnému vztahovat, jiní prožijí takovou zkušenost pouze jednou.

Od psychóz se liší zachovanou schopností prožívat epizody neobvyklých zkušeností, změn vědomí a změn v percepčních, emočních, kognitivních a psychosomatických funkcích jako vnitřní psychologický proces a ten jako vnitřní zážitek spojený s procesem. Klient je schopen nahlížet na proces jako na léčivý, je schopen přijímat pomoc a důvěřovat. Předpokladem odlišení spirituální krize od psychotického onemocnění je dále nepřítomnost vážné psychiatrické historie. Klient procházející spirituální krizí není většinou sebedestruktivní a nebo je schopen o sebedestruktivních myšlenkách a tendencích hovořit a přijímat bezpečnostní opatření.

Psychospirituální krize má více forem. Nejčastější z nich je tzv. probuzení Kundalini, můžeme se setkat i s názvem hadí síla, šakti. Je charakteristický dramatickými fyzickými a psychologickými manifestacemi. Patří sem mj. bezděčné pohyby, třesy, energie zaplavující tělo, aktivace latentních chorob, jogínské fenomény, zaplavující úzkost, hněv, vina, upadání do transu, mimesmyslové zážitky, parapsychologické zážitky, osvícení – mystické stavy jednoty. Iniciační krize se nazývá Šamanská cesta. Je provázena sestupováním do podzemí a následným stoupáním do vyšších pater a setkáním s duchovními průvodci. Aktivace centrálního archetypu jako cesta k probuzení je doprovázena prožitky sama sebe jako někoho, kdo centrem dění. Jedinec se nachází ve světě mýtu, cítí se nepochopený a izolovaný. Objevují se témata smrti, obětování, boje mezi dobrem a zlem, identifikace např. s Pannou Marií, posvátným sňatkem s idealizovanou reálnou osobou nebo s imaginární archetypální bytostí. Dalším typem psychospirituální krize je psychické otevření nebo otevření mimosmyslového vnímání. Pobyt mimo tělo řadíme k nejdramatičtějším prožitkům. Lze sem zařadit předvídání budoucnosti, telepatické zážitky a kontakty s duchy. U této krize je patrné nafouknutí Ega. Výše zmíněné zážitky schopností mohou znamenat zvýšené sebevědomí. Karmické vzorce nebo vzpomínky na minulé životy vyvolávají otázku, proč se domníváme, že život začíná počítím a končí smrtí. Posedlost nám přináší zkušenost prožívání mimiky, hlasu, gest, jako by patřily někomu jinému, zpravidla negativnímu. Provází ji pocity oběti. Část Já je oddělena a potlačena do nevědomí. Tento obraz bývá výsledkem bolestivých traumat v raných vývojových stádiích. Zážitek jednoty s něčím, co nás přesahuje představuje tzv. vrcholné zážitky – pocity jednoty, transcendence času a prostoru, vnímání světa jako posvátné dimenze, prožívání našeho ega jako rozšířeného na celý vesmír... Zážitky blízkosti smrti přinášejí pohled v roli pozorovatele, zážitek dvojí reality, zážitek odpojení od fyzického těla. Zážitky setkání s UFO může být v podobě zkušenosti s určitou formou komunikace a nebo v podobě kontaktu s cizími bytostmi, případně jsou provázeny zkušeností z únosu cizími bytostmi. Typické jsou prožitky ztráty kontroly, vidění světél, telepatická komunikace.

Klient, který prochází nebo prošel psychospirituální krizí potřebuje plnou akceptaci ze strany pomáhajícího pracovníka. Je nezbytné klienta vyslechnout a akceptovat, že je možné mít takovou zkušenost a takové prožitky. Pracujeme zj. s implicitní rovinou paměti, ptáme se klient na prožívání, nepodsouváme objektivní realitu. Cílem krizové intervence není ptát se a zjišťovat to, zda to tak skutečně bylo. Nabízíme klientovi provázení, facilitaci procesu a poskytnutí bezpečného rámce, směřování klienta do kontrolovatelné oblasti psychospirituálních zážitků, edukaci klienta,

pomoc s groundingem, pomoc klientovi v kontaktu s tělem, potvrzení hranic, osobního prostoru, pomoc s vytvořením sociálního kontextu situace, kde lze prožitky akceptovat, nalezení přiměřeného způsobu vyjádření emocí.



DOPORUČENÁ LITERATURA A JINÉ ZDROJE

1. HERMAN, J., L. *Trauma and Recovery. The aftermath of violence – form domestic abuse to political terror.* 1. vyd. United States: Basic Books, 1997. 339 s. ISBN 10 0-465-08730-2
2. ROTHSCHILD, B. *The Body Remembers, The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment.* 1. vyd. New York: W. W. Norton & Company. 212 s. ISBN 0-393-70327-4
3. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie.* 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
4. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence.* 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0



KONTROLNÍ OTÁZKY A ÚKOLY

1. Prostudujte Modely psychospirituální krize
2. Prostudujte rozdíly mezi psychózou a psychospirituální krizí.
3. Jaké dva výkladové modely psychospirituální krize rozlišujeme a čím jsou charakteristické?
4. Vyjmenujte alespoň pět „bodů“, které jsou důležité u provázení klienta psychospirituální krizí.

Prostor pro odpovědi:

Téma č. 3:

Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru – traumatická krize, reakce jedince na trauma, specifika práce s traumatizovaným klientem. Krizová pomoc.



ÚVOD A CÍL TÉMATU

Psychofyzologie traumatu. Rozšíření tématu o možnosti krizové intervence při práci s prožitkovou pamětí traumatizovaného klienta, zmapování projevů u komplexní traumatizace. Práce s vývojovými potřebami u traumatizovaných klientů.

Způsob výuky: téma je přednášeno v rámci výuky v plném rozsahu



POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

- Psychofyzologie traumatu – reakce na úrovni mozkového kmene, podkorových center a mozkové kůry.
- Implicitní a explicitní paměť u traumatu – role amygdaly a hippocampu.
- Vývojové potřeby – potřeba místa, podpory, péče, bezpečí a limitu. Deficity a přesycení potřebami ve vztahu k traumatizaci.
- Práce s tělem – Pesso Boyden terapie, biosyntéza
- Krizová intervence – prostor pro vyjádření emocí, prostor pro přežívání tématu, bezpečný rámec, normalizace a edukace klienta ve vztahu k projevům emocí, k myšlenkám, tělovým projevům u psychického traumatu.

Klíčová slova:

Trauma, komplexní trauma, psychofyzologie traumatu, vývojové potřeby



SHRNUTÍ A TÉMATA KE STUDIU

Psychofyzologie traumatu je důležitou součástí pro pochopení reakcí jedince na náhlý a nečekaný podnět (zpravidla ohrožující bezpečí nebo život). Trauma má neurofyzilogickou a behaviorální složku. Neurofyzilogicky dochází ke zvýšené

dráždivosti a tím pádem zvýšené energii nebo naopak k odtažení a tím pádem se energie sníží. V rovině chování jde buď o opakování, vtíravost (a to v oblasti myšlení, emocí i chování) nebo se jedná o vyhýbání, tendenci nemít s tím nic společného. Pro trauma je příznačné, že se obtíže střídají, což je pro jedince velmi energeticky náročné. Naproti tomu pro léčbu traumatu je větší potíží, když jedinec ulpívá právě v jedné rovině.

Trauma má velkou historii, nacházíme ho v archetypech, v pohádkách. Naši předkové věděli mnoho o tom, jak asistovat těžkým věcem. V některých kulturách pracují s traumatem šamani. Také se někdy liší postoj k traumatu podle archetypu.

Traumatizovaní jsme, když se dostaneme do kontaktu s něčím, co nás zraňuje. Nejvíce jsme zranitelní v interakci s lidským působením a nejhůře vnímáme, když je to způsobeno úmyslně.

Zpravidla rozlišujeme dva typy akutní reakce na stres. První reakcí je typ A (například útok, útěk) a druhou reakcí je typ B (strnulost, nehybnost - tzv. mrtvý brouk). Trauma významně souvisí s druhým typem reakce, zároveň předpokládáme vznik posttraumatické stresové poruchy.

V adekvátním vztahu dvou lidí, jedince a prostředí zažíváme satisfakci – pasují do sebe tvar a proti tvar. Jestliže je vztah neadekvátní ve smyslu frustrace, pak zažíváme nedostatek, deprivaci, něco nebo někdo nám schází. Traumatizace je příkladem neadekvátního vztahu ve smyslu pronikání (intruze) v rovině tělové, citové nebo kognitivní. V tomto případě se jedná o nerespektování našich potřeb a hranic našeho světa – intruzivní působení vnějšího světa do vnitřního světa jedince. Bohužel se toto děje častěji než bychom si rádi připustili a traumata se ukládají dále do genetických informací a přenáší se přes generace. Tak je možný generační přenos traumatu ze světových válek.

Trauma jako zkušenost se objevuje jako část energie zablokovaná v člověku, na kterou daný jedinec nemá mechanismus a nemůže se na ni adaptovat. Traumatická krize postupuje tak rychle, že například oproti zátěži a situační krizi nestihneme využít coping mechanismy. Opět je třeba brát v úvahu, že to, zda bude podnět pro jedince traumatogenní, záleží na jedinci samotném.

Trauma ovlivňuje již samotná událost – její intenzita, délka a frekvence. Dále je důležitým faktorem sám jedinec – jeho věk, odolnost vůči zátěži, předchozí fyzické a duševní zdraví. Roli hraje také životní kontext v době traumatu, zkušenosti z minulosti zahrnující v obecné rovině úspěch a selhání. Do jisté míry je třeba brát v úvahu naučené dovednosti ve zvládnání traumatogenních událostí. Limitující pro vznik traumatu je důvěra jedince v sebe sama a dostupnost zdrojů obrany. Tyto zdroje jsou externí a interní povahy.

Záleží na jedinci, zda podnět bude pro něj traumatizující či ne. K podnětům, které mohou být potencionálně traumatizující patří nitroděložní trauma, porodní trauma a pobyt v inkubátoru (zde jde o deprivaci v kombinaci s traumatem – dítě není v bezprostřední blízkosti matky a je často nutné využít intruzivních přístrojů), hospitalizace a některé lékařské, chirurgické a stomatologické zákroky (například vynětí nosních či krčních mandlí), celková anestezie, při které může dojít k dočasné ztrátě prožitku tělesného schématu. Dalšími podněty jsou choroby, vysoké teploty a náhodné otravy, dlouhodobá nehybnost a zasádrování či fixace končetin. Jako potencionálně traumatizující označujeme ztrátu rodiče nebo blízké osoby, nehody, fyzická zranění, fyzická týrání, sexuální zneužívání, emoční zneužívání, přepadení, únos, nasazení pout, přítomnost při násilném aktu. Do skupiny rizikových podnětů patří neúmyslné zabití (většina řidičů nezabije úmyslně, je jen mizivé procento agresorů, kteří cíleně někoho přejedou autem), trestný čin blízkého člověka, nevěra, rozvod, rozchod, opuštění, přetahování o dítě (v souvislosti například se

syndromem zavrženého rodiče), potrat, interrupce. Dále je třeba zmínit přírodní katastrofy, požáry, ale také zmizení někoho s absencí informací – pro rodiče uneseného dítěte, které se nikdy nenašlo, je nesmírně těžké vyrovnat se s tím, že buď žije, nebo ne. K rizikovým faktorům řadíme také odkrytí tabuizované informace, například o adopci dítěte, trestném činu, sexuální identitě a kromě umírání a pocitu umírání stojí za zmínku také indoktrinace a „vymývání mozků“ (různé sekty, kde postupně ztrácíme svoji identitu).

Zpočátku je trauma provázeno nadměrnou dráždivostí, stažením, disociací včetně popření, pocitu bezmoci. Následuje nutkavé znovuprožívání (flashbacky), nadměrná citlivost na světlo a zvuky, hyperaktivita, nadměrná ostražitost (zvýšená až nutkavá orientační reakce), přehnané emoční reakce (i směrem k pracovníkovi krizové intervence), noční můry a strach ze tmy (zejména v prvních 48 hodinách – je vhodné, aby klient nezůstával v tomto období sám), náhlé výkyvy nálad a energie (tzv. nepřiléhavé emoce), těžkosti se spánkem (strach usnout) a snížená schopnost zvládat stres (máme pocit, že už nic neuneseme, ani v rovině informací...).

O něco později pozorujeme ataky paniky, úzkost, fobii, duševní „prázdnost“ nebo stavy „zamlženosti“, kdy si klient nic nevybaví, vyhýbavé chování v určitých podmínkách a přitahování nebezpečnými situacemi (energie si hledá neadekvátní spouštěč k vybití), častý pláč, zvýšená nebo naopak snížená sexuální aktivita (s tendencí nemít při tom intimní kontakt). Patří sem dále amnézie a zapomnětlivost, neschopnost milovat, pečovat o druhé nebo navazovat kontakt (snížení bezprostřední vřelé náklonnosti, matka se nemazlí s dítětem tak, jako obvykle, partnerka, co necítí nic v intimním prožitku, jedinec necítí lásku k lidem, ke kterým ji dříve cítil, rodiče si přestanou hrát s dětmi...), strach z intimity, strach z toho, že se zblázníme (že jsme nějak a něčím divní) a ztráta zájmů.

K následujícím symptomům patří přílišná stydlivost (klient nemůže sám sebe vidět nebo nesnese, aby ho viděl partner) nebo naopak stud naprosto chybí, chybějící nebo snížené emoční reagování, neschopnost dodržet závazky, chronická únava, respektive nedostatek fyzické energie (často je ale diagnostikován u klienta tzv. únavový syndrom). Trauma bývá také doprovázeno sebepoškozování, sebevražednými myšlenkami, tendencemi a pokusy, problémy s imunitou a endokrinními potížemi, psychosomatickými obtížemi v podobě bolestí hlavy, krční páteře, astmatu, problémů s trávením, premenstruačním syndromem. Klient trpí často pocitem blízkého konce, bývá depresivní, zažívá pocity prázdnoty (tento stav je důležité rozlišit od deprese jako takové, abychom klienta nepoškodili nevhodným podáním medikace), mívá pocity odcizení, izolace (klient drží pouze vnější funkčnost, ale uvnitř nic necítí – u traumatizovaných jedinců se pak setkáváme s tím, že nic necítit je nejhorší, takže se v případě týrání raději nechají bít, případně experimentují s návykovými látkami, které jim zprostředkují alespoň na čas barevné prožitky...) a projevuje snížený zájem o život.

Jako sílu využíváme energii k tomu, abychom upevňovali co je v nás a zároveň reagovali a tvořili okolí kolem sebe. Síla a zranitelnost jsou dva proti póly energie. Svět kolem sebe přijímáme do sebe samého skrze dvě formy – hmotnou (jídlo) a duševní (zážitky).

Traumata, která se dějí v dětství, jsou většinou záměrná. Patří sem zacházení s obětí jako s objektem v rámci zneužívání (fyzické, sexuální, psychické). Rozdíl tkví v tom, že pokud je traumatizován dospělý, trauma narušuje již vytvořenou strukturu osobnosti. V dětství ale trauma vytváří deformovanou strukturu osobnosti, protože struktura osobnosti dítěte je zatím neadaptovaná, ego se teprve vytváří v interakci s okolím, teprve budujeme myšlení a vědomí sebe sama a odlišnost od druhých. O naše hranice se zatím někdo stará, aby nedošlo

k poškození tělesné integrity a aby se mohlo tvořit naše prožívání – identita. Pokud se to děje v souladu s respektováním těchto hranic, jsou adekvátně syceny naše vývojové potřeby, můžeme za pomoci blízkých budovat naše ego, je vše v pořádku. Problém nastává tehdy, když nám blízcí tvořit ego nepomáhají. Pak dochází ke vzniku egem neohraničené energie duše. Můžeme směřovat ke zranitelnosti a bojíme se světa i sebe. Zpětně máme pocit deficitu potřeby opory a bezpečí. Ego je narušováno směrem dovnitř (dochází k masivnímu stažení od vztahů, světa, života) anebo ven (dochází k masivnímu otevření se – vzdáme se, necháme to působit, přizpůsobíme se, sami se sebou zacházíme jako s objektem). Můžeme se ale posunout směrem k síle a vnitřně spoléháme jen na sebe, máme snahu být co nejvíce kompetentní. Ve vztahu k vnějšku jsme v roli spasitele nebo naopak diktátora, jakkoli máme velké charisma.

Trauma je událost, která s sebou nese neschopnost využívat digitální (explicitní) paměť. Jsme-li traumatizovaní, dovedeme využívat paměť implicitní. To je důvodem toho, že si nepamatujeme události ve svém sledu, nemusíme vědět kdy, co a jak se stalo, kdo tam byl, ale jsme schopni si pamatovat, jak jsme událost prožívali. To bývá častým problémem u znaleckých posudků, kdy je kladen důraz na digitální složku paměti. Řada policistů je toho názoru, že by velmi uvítali spolupráci krizových pracovníků v problematice domácího násilí, týrání a zneužívání či v problematice dopravních nehod anebo alespoň krátké proškolení jak pracovat s klientem, který takovou událost prožil.

Sami klienti často přijdou s objednávkou, že chtějí vědět, jak to vlastně bylo, chtějí znát pravdu o tom, co se jim stalo. V tomto případě je namístě nechat klienta hovořit (někdy si klient potřebuje svůj příběh přeříkat) a ubezpečit ho, že je v takové situaci normální, že si všechno přesně nepamatujeme a že něco si pamatujeme pouze na úrovni pocitů. Pracujeme s klientem na tom, aby byl schopen přijmout to, co prožil, a neklademe důraz na rozkrývání detailů příběhu.

Při práci s traumatizovaným klientem respektujeme skutečnost, že nás klient vnímá jako autoritu, nicméně bereme v úvahu také to, že klientova zkušenost s autoritou je nějakým způsobem deformovaná. Může se bát, může se zlobit, protože nás považuje za onipotentní a očekává, že je naší povinností mu pomoci a že bude pouhým konzumentem. Někdy má tendenci krizového pracovníka degradovat, nenávidět a tím ho dostat do svých vlastních pocitů bezmoci a úzkosti. Vývojově traumatizovaní lidé jsou velmi senzitivní na neverbální signály krizového pracovníka, dovedou odčítat předem – brání se tím tomu, aby se nedostali do bezmocné pozice, zkoumají každé slovo a gesto, protože nevěří v dobré úmysly pomáhajícího. U proti přenosu je třeba zohlednit, že zdaleka ne vše, co si o klientovi myslíme a jako ho vnímáme, souvisí pouze s klientem. Je vhodné věnovat se paralelně prožívaným emocím a procesům a dávat si na ně pozor. Někdy je vhodné klienta předat jinému pracovníkovi.

Je důležité dát klientovi prostor hovořit prožívání traumatické události v bezpečném prostředí. Většina klientů není schopna hovořit o události ve smyslu chronologicky řazených skutečností, ale disponuje vědomě prožitky. Krizová intervence nabízí možnost projevení emocí a prožitků klienta ve prospěch „otevření“ vědomí k explicitní složce paměti, která je vlivem traumatické události blokována.



DOPORUČENÁ LITERATURA A JINÉ ZDROJE

1. ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. s. 204. ISBN 80-902614-1-8.
2. BARRY, D., B. *The Domestic Violence Sourcebook*. 1. vyd. Los Angeles, Lowell House, 2000. 321 s. ISBN 0-7373-0419-7.
3. BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 117 s. ISBN 80-7169-929-3.
HERMAN, J., L. *Trauma and Recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. 1. vyd. United States: Basic Books, 1997. 339 s. ISBN 10 0-465-08730-2
4. JONES, A. *Next Time She' ll Be Dead. Battering and How to Stop It*. 1. vyd. Boston: Beacon Press, 2000. 309 s. ISBN 0-8070-6789-X.
5. RONENOVÁ, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-370-6.
ROTHSCHILD, B. *The Body Remembers, The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. 1. vyd. New York: W. W. Norton & Company. 212 s. ISBN 0-393-70327-4
6. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0



KONTROLNÍ OTÁZKY A ÚKOLY

1. Která obranná reakce je typická u psychického traumatu?
2. Vyjmenujte alespoň tři zásady práce s traumatizovaným klientem.
3. Sepište krátkou kasuistiku. Kasuistika bude obsahovat příběh jedince, který přichází s tématem psychického traumatu, dále popis jeho projevů a návrhy postupů krizové pomoci.

Prostor pro odpovědi:

Téma č. 4:

Krize v kontextu psychopatologie – psychotický klient, depresivní klient, neurotický klient s nápadnými osobnostními rysy. Rozpoznání a možnosti pomoci.



ÚVOD A CÍL TÉMATU

Přehled základních psychopatologických jevů, psychických poruch. Přístup k psychotickým klientům, práce s agresí, úzkostí, rozpoznání a práce s projevy deprese, specifické přístupy ke klientům s poruchami osobnosti.

Způsob výuky: *téma je přednášeno v rámci výuky částečně a doplněno samostudiem (viz bod 1 část Kontrolní otázky a úkoly)*



POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

- Psychotické poruchy – ztráta schopnosti rozlišovat vlastní prožitky a realitu, halucinace, bludy.
- Deprese – stísněná nálada, úzkost, strach, zoufalství, zpomalení a útlum psychických funkcí, pokles koncentrace pozornosti, riziko sebevražedného jednání.
- Neurotický klient – úzkost, obranné mechanismy, neurotická úzkost jako reakce na prožité trauma a nevyřešený vývojový konflikt.
- Nápadné osobnostní rysy (paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histriónská a úzkostná vyhýbavá osobnost)
- Práce s agresí, úzkostí, zranitelností, manipulací, odmítáním a odporem.

Klíčová slova:

Psychóza, halucinace, blud, agrese, deprese, neurotický klient, porucha osobnosti



SHRNUTÍ A TÉMATA KE STUDIU

S tématy z oblasti psychopatologie se v krizové intervenci setkáváme při práci s lidmi, kteří mají psychickou poruchu/onemocnění. Krizový pracovník potřebuje znát základní otázky psychopatologie, aby mohl případně správně a adekvátně směřovat klienta k následné službě.

Psychotický klient nedovede rozlišovat mezi vlastními prožitky a realitou, objevují se u něj bludy – změny myšlenkového procesu s nereálným a nevývratným obsahem a halucinace – nereálné vnímání. Charakteristické je praranoidní (vztahovačné) prožívání. Většinou má podobu bludu pronásledování, stěžování, žárlivosti, je spojený s přesvědčením o ovlivňování nebo vkládání myšlenek zvnějšku. Emoční projevy jsou buď neadekvátní nebo ochuzené a mohou vést k tomu, že se klient od okolního světa izoluje. V případě bludného myšlení nevyvracíme klientovi jeho přesvědčení, blud je nevývratný. Cílem krizové intervence je v tomto případě pracovat s pocity ohrožení a úzkostmi klienta a podporovat zdravé momenty. Při práci s agresivním klientem postupujeme podle předem stanovených bodů, snažíme se co nejvíce strukturovat situaci, věnujeme pozornost výhradně klientovi, udržujeme verbální kontakt.

Depresivní klient přichází se stísněnou náladou, zoufalstvím, bývá úzkostný. Pro depresivní stavy jsou dále charakteristické smutek, strach a pocity prázdnoty. Klient má sklon se nereálně poceňovat, obviňovat, myslí si, že je nemocný, postrádá smysl dění kolem... Z tělesných příznaků jde o poruchy spánku, ztrátu chuti k jídlu, tlak v srdeční krajině, bolesti hlavy, břicha. Rizikem u depresivních klientů je sebevražedné jednání. Krizová pomoc předpokládá především trpělivost ze strany pomáhajícího a rovněž edukování klienta směrem k následné službě.

Neurotický klient je většinou úzkostný a má snahu úzkost odvracet pomocí různých obranných mechanismů. Východiskem pro vznik neurotické úzkosti mohou být prožitá traumata a nevyřešené vývojové konflikty. Opět je zapotřebí trpělivosti krizového pracovníka. Je nutné respektovat klientovy obtíže a prožitky, pracujeme s tělovou rovinou, s dechem, zařazujeme krátké relaxace. Následuje většinou psychotherapeutická, psychologická či psychiatrická péče.

Klient s nápadnými osobnostními rysy se vykazuje něčím zvláštním, nějakým dominujícím rysem jeho osobnosti. Obecně lze pozorovat rigiditu v komunikaci, reakcích a jednání, klient vnímá nápadné projevy jako součást sebe samého a nikoli jako obtíž, projevy vadí spíše okolí než klientovi samotnému, klient má tendenci realitu si přizpůsobovat k obrazu svému (směrem k svým přáním a potřebám). Paranioidní osobnost se chová nedůvěřivě k druhým, vyznačuje se pocitem nespravedlnosti, podezřavostí a sklonem vnímat události jako spiklenectví vůči sobě. Má tendenci se sociálně izolovat. V krizové intervenci máme snahu držet klienta v kontaktu, navzdory nedůvěře klienta zachováváme stabilně vstřícný přístup. Schizoidní osobnosti se vyznačují neschopností vřelého emocionálního výrazu a kontaktu a mívají chudé sociální kontakty. Na úkor reálných vztahů unikají do fantazií a introspekce. V krizové intervenci se soustředíme na instrumentální zásahy. Nedostatek empatie a nedostatečnou schopností sociálního učení, nerespektem k společenským pravidlům a sníženou schopností impulsů je charakteristická disociální osobnost. Často mají tyto lidé tendence manipulovat s druhými lidmi. Při práci s disociálním klientem je třeba vyjasnit si cíl intervence a toho se držet. Uplatníme základní zásady a techniky asertivity. Emočně nestabilní osobnost je charakteristická intenzivními, nestálými a neuspokojivými mezilidskými vztahy, často je impulsivní, sebedestruktivní. Jsou patrné prudké, nepochopitelné a nevypočitatelné změny nálad a obrazu sebe sama. V krizové intervenci se objevují poměrně často, protože mají problémy vydržet v déleodobější terapii, mají tendenci měnit terapeuty. V rámci krizové pomoci řešíme aktuální

situaci klienta, vedeme ho k přechodu do terapie a pomáháme jasně strukturovat dohodu. Historická osobnost je typická sklony k dramatizaci a inscenování do vlastních prožitků. Zatímco jedinec jedná nevědomě, okolí toto jednání vnímá a hodnotí jako úmyslné. Vyžadují pozornost a péči, což působí potíže a proto při práci s tímto typem klienta dodržujeme jasné hranice a nabízíme přiměřenou emocionální podporu. Častými pocity nedostatečnosti, přecitlivělostí vůči kritice, obavami a zábrany v sociálních vztazích, je charakteristická úzkostná, vyhýbavá osobnost. V krizové intervenci dbáme na laskavost, jsme trpěliví a taktní – toto napomáhá spolupráci s klientem.



DOPORUČENÁ LITERATURA A JINÉ ZDROJE

1. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-7353.
2. PONĚŠICKÝ, J. Psychosomatika, psychoterapie a neuropsychologie. *Psychosomatická medicína*. Roč. 4, č. 2, 2006. ISSN 1214-6102.
3. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
4. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0



KONTROLNÍ OTÁZKY A ÚKOLY

1. Prostudujte podrobně projevy psychotických poruch a poruch osobnosti.
2. Sestavte fiktivní kasuistiku, která bude obsahovat projevy chování ve vztahu k vybraným obtížím a postupy krizové pomoci, které lze využít.
3. Jaký je rozdíl mezi halucinací a bludem? Uveďte konkrétní příklady halucinace a bludu.

Prostor pro odpovědi:

Téma č. 5:

Drogová závislost a krize.



ÚVOD A CÍL TÉMATU

Orientace v tématu závislostí, základní přehled návykových látek a jejich účinků. Příčiny a souvislost vzniku závislostí s osobností a rodinou. Přehled principů a metod léčby . Přesahy léčby závislostí a krizové intervence.

Způsob výuky: *téma je přednášeno v rámci výuky částečně a doplněno samostudiem (viz bod 1 v části Kontrolní otázky a úkoly)*



POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

- Vznik a rozvoj závislosti – ranné dětství, porušená schopnost vytvářet vztahy s druhými lidmi, deficity potřeb, nízká schopnost zvládat nepříjemné emoce a afekty, separace a individuace, idealizace a devalvace, co-dependence, rodinná zátěž.
- Formy odborné pomoci – kontaktní centra, ústavní léčba, terapeutické komunity, ambulantní služby, streetwork, substituční terapie.
- Principy péče a léčby závislosti – spolupráce zúčastněných, odborníků a institucí.
- Přesahy léčby závislosti a krizové intervence – motivační pohovor, krizová intervence dalších účastníků kolem závislého klienta, krizová intervence u abstinujících klientů, řešení naléhavých a ohrožujících událostí (např. sebevražedné tendence, bezvědomí, poruchy vnímání), pomoc při vyrovnání se skutečností, které nelze změnit, specifika práce s rodiči, partnery a samotnými uživateli drog.

Klíčová slova:

Drogy, alkohol, závislost, identita, potřeby, motivace



SHRNUTÍ A TÉMATA KE STUDIU

Na vzniku závislosti se podílí typ, charakter a dostupnost drogy, struktura osobnosti, sociální prostředí, podnět – spouštěcí faktory. Přestože nelze definovat typickou osobnost potenciálně závislého člověka, je možné vymezit sociální a psychické faktory, které zvyšují riziko vzniku závislosti. Mezi sociální rizikové faktory patří dysfunkční rodina, nedostatek ekonomického, citového zázemí. K psychickým rizikovým faktorům lze zařadit nedostatek vnitřní pohody, labilitu, napětí, úzkosti, deprese. K drogám inklinují lidé, kteří mají obtíže v orientaci v životních situacích, mají špatné sebehodnocení, nízkou sebedůvěru, neadekvátně posuzují okolí. Dále je typická nižší sebekontrola, tendence jednat impulzivně, neschopnost odložit uspokojení, mají větší touhu po vzrušení, než jaké poskytuje běžný život.

Experimentování s drogou může vycházet z nudy, zvědavosti, touhy po něčem neobyčejném... lidé bez problému experimentují s drogou proto, že nemají problémy, a hledají vzrušení, lidé s vážnými problémy sahají po droze proto, že problémy mají a chtějí od nich uniknout. S přechodem do další fáze se jedinec naučí, že mu droga pomáhá v nouzi nebo z nudy, a proto ji za těchto okolností používá. Návyk zatím, nemá a tak ji neužívá pravidelně. Uvědomuje si, že droga není dobrým řešením, a proto ji zapírá. Ještě mu záleží na vztazích k blízkým lidem a na jeho profesní roli. Následky užívání se projevují jen bezprostředně po aplikaci. Jedinec užívá drogu čím dál častěji, pravidelně (uživatelé berou drogu pravidelně, více než jednou týdně). Nechce si připustit problém s drogou a její závažnost, snaží se přesvědčit okolí, že nedělá nic špatného. Závislý jedinec už neskrývá svůj návyk. Nemá na to čas ani energii, a navíc mu přestává záležet na mínění druhých. Ztrácí svou profesní roli, rozbíjí vztahy s přáteli, s rodinnými příslušníky a nevdává mu to. Stává se nespolehlivým a bezohledným. Udržuje kontakt jen s takovými lidmi, kteří rovněž užívají drogy. Člověk drogu přijme jako trvalou část svého života nebo se jí chce zbavit a nejde to.

Ve vztahu ke krizové intervenci je užívání drog cesta, jak může jedinec na chvíli zmírnit psychickou bolest nebo prázdnotu, vyhnout se důsledkům vlastního jednání a prožívání. Užívání drog vede po čase vždy ke krizi.

S ohledem na dynamické teorie osobnosti je závislý typ osobnosti spojován s fixací v orálním stádiu vývoje. Jedinec se stává závislým na podnětech, které přicházejí zvnějšku. Tyto podněty ovlivňují jeho emoce, vnímání i chování. Uspokojení je závislé na vnějších podmínkách, jedinec má tendenci zůstat zdánlivě v pasivitě a od okolí očekává péči. Závislost na drogách nelze přirovnat k závislosti na osobě, byť se jedná v obou případech o silný vztah. Rizikově působí deficity ve vývojových potřebách. Dítě, které nebude mít v dostatečné míře uspokojeny potřeby místa, péče, podpory, bezpečí a limitu, může mít v budoucnu tendenci stát se závislým na drogách. Jako příklad může sloužit traumatizace v dětství, kdy dítě prožívá svět jako nebezpečné místo a má následně tendenci z něj unikat. Jako prostředek často slouží droga.

V krizové intervenci můžeme využít v kontaktu se závislým jedincem techniku motivačního pohovoru. Je třeba se oprostit od předsudků a umožnit klientovi promyslet si vlastní motivy k užívání drog či k abstinenci.



DOPORUČENÁ LITERATURA A JINÉ ZDROJE

1. ROTHSCHILD, B. *The Body Remembers, The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. 1. vyd. New York: W. W. Norton & Company. 212 s. ISBN 0-393-70327-4
2. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0



KONTROLNÍ OTÁZKY A ÚKOLY

1. Prostudujte podrobně druhy návykových látek a projevy jejich zneužívání.
2. Zpracujte fiktivní kasuistiku na téma závislosti v životě konkrétního jedince. Vystihněte okruh blízkých, které závislost ovlivnila a popište jejich chování k závislému jedinci.
3. Jaké chyby dělají nejčastěji rodiče, blízcí závislých, když se snaží jim pomoci?
4. Uveďte konkrétní případy, kdy jedinec ohrožený závislostí vyhledá krizovou pomoc.

Prostor pro odpovědi:

Téma č. 6:

Krise a krizová intervence u poruch příjmu potravy.



ÚVOD A CÍL TĚMATU

Základní přehled poruch příjmu potravy, orientace a pochopení kontextu multifaktoriální etiologie. Zmapování možností krizové pomoci jedinců s poruchou příjmu potravy v kontextu s další následnou pomocí a léčbou. Specifika krizové intervence s rodinou a blízkými.

Způsob výuky: *téma je přednášeno v rámci výuky částečně a doplněno samostudiem (viz bod 1 v části Kontrolní otázky a úkoly).*



POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

- Klasické rozdělení poruch příjmu potravy – mentální anorexie, mentální bulimie vs. kontinuální spektrum poruch příjmu potravy (obezita, psychogenní přejídání, bulimie, purgativní mentální anorexie, restriktivní anorexie).
- Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu.
- Biologické, psychologické, rodinné a sociální příčiny vzniku poruch příjmu potravy.
- Spouštěče, udržovací faktory.
- Projevy poruch příjmu potravy.
- Krizová pomoc – specifika práce s blízkými, hledání možností smysluplné zdravé komunikace rodičů, blízkých s anorektickým či bulimickým jedincem, odkazování na další odborníky, edukace směrem k nutnosti pobytové léčby.

Klíčová slova:

Poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie



SHRNUTÍ A TÉMATA KE STUDIU

Poruchy příjmu potravy mají komplexní povahu. K projevům patří tělesné i psychickými změny, je zde úzká spojitost s životním stylem a vývojovou fází rodiny a podmíněnost sociokulturními aspekty. Zpravidla se poprvé objevuje v období adolescence a trvá do dospělosti, průměrná délka nemoci je 6 let. Mezi základní poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. V převážné většině klientky, jsou extrémně zaujaty svým tělem, vzhledem těla, mají strach z tloušťky.

Pro mentální anorexii je typické vědomé omezování příjmu potravy a následné hubnutí. Toto hubnutí provázejí tělesné a psychické změny. Ve většině případů jde o dívky perfekcionistky, s výbornými výsledky ve škole, spíše vyšší inteligence. Rovněž se jedná o dívky z dobře situovaných rodin. Onemocnění se rozvíjí například vlivem nevhodného hodnocení dospívajícího jedince ze strany okolí, jsou známy případy, kdy byly jednou z příčin vzniku anorexie nenaplněné ambice matky.

Mentální bulimie je charakteristická záchvaty přejídání během krátké doby. Následují pocity viny a zvracení, případně konzumace laxativ. Opět je zde patrný chorobný strach z tloušťky. Počátky onemocnění se váží spíše k pozdní adolescenci či k rané dospělosti, s dlouhodobým přetrváváním. Oproti mentální anorexii tělo tolik nestrádá, ale rovněž i zde je riziko rozvoje poruchy vnitřního prostředí organismu. Předpokládáme vlivy sociální, biologické, individuální.

U dětí můžeme pozorovat zvláštní až atypické variety těchto poruch – jsou jimi vyhýbání se jídlu, vybíravost v jídlu (spíše chlapci jedí např. 3 jídla a jiná ne), odmítání jídla atd. Děti si často stěžují na nechutenství, u tzv. emoční poruchy spojené s vyhýbáním se jídlu děti uvádějí, že mají strach, aby jim nebylo špatně nebo aby se nezadusily. Většinou zde není porušeno vnímání tělového schématu.

Mentální anorexie i mentální bulimie jsou mnohonásobně častější u dívek, v minimální míře se vyskytují u chlapců.

V krizové intervenci se soustředíme na oblast motivace k léčbě, zlepšení mezilidské komunikace jedince s poruchou příjmu potravy a jeho okolím. V rámci krizové pomoci nabízíme a edukujeme klienty směrem k následné službě, např. lékařské péči, nejlépe pobytového typu. Častěji než s klientkami samotnými se budeme v krizové pomoci setkávat s blízkými, kteří mají adekvátní náhled na závažné onemocnění člena rodiny.



DOPORUČENÁ LITERATURA A JINÉ ZDROJE

1. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-7353.
2. RONENOVÁ, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-370-6.
3. PONĚŠICKÝ, J. Psychosomatika, psychoterapie a neuropsychologie. *Psychosomatická medicína*. Roč. 4, č. 2, 2006. ISSN 1214-6102.
4. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
5. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0



KONTROLNÍ OTÁZKY A ÚKOLY

1. Prostudujte téma poruchy příjmu potravy ve vztahu k projevům v oblasti chování.
2. Sepište krátkou kasuistiku na téma Vámi vybrané poruchy příjmu potravy. Kasuistika bude obsahovat popis prostředí, z kterého je klient, možné příčiny vzniku onemocnění/poruchy a konkrétní projevy v kontextu s vnějším okolím. Navrhněte možnosti pomoci.
3. Co bývá důvodem toho, že o pomoc si řeknou spíše blízcí jedince, který má poruchu příjmu potravy?

Prostor pro odpovědi:

Téma č. 7:

Krizová intervence u týraných a zneužívaných lidí. Práce s klientem u komplexního traumatu.



ÚVOD A CÍL TÉMATU

Seznámení s podobami zneužívajícího chování, s možnými následky těchto zkušeností u zneužívaných lidí. Zmapování postupů krizové pomoci směrem k obětem zneužívání a k agresorům/zneuživatelům. Uchopení zneužívání v raných stádiích vývoje jedince ve smyslu komplexního traumatu a možnosti následné krizové pomoci.

Způsob výuky: *téma je přednášeno v rámci výuky částečně a doplněno samostudiem (viz bod 1 v části Kontrolní otázky a úkoly).*



POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

- Formy týrání a zneužívání – fyzické týrání a zneužití, kruté a neadekvátní

trestání, emoční zanedbávání a zneužívání, psychické týrání, zanedbávání, sexuální zneužití dítěte

- Komplexní trauma
- Následky týrání a zneužívání – symptomy v tělesné, psychické a sociální rovině - projevy týrání a zneužívání u dětí – změna vztahu k vlastnímu tělu, bolesti, regrese, negativní změna sebeobranu, bezmoc, pocity viny...
- Krizová pomoc – práce s emocemi, s prožitkovou (implicitní) pamětí, práce s tématem viny, edukace klienta, práce s neuspokojením vývojových potřeb. Při práci se zneužívatelem návaznost na kladnou stránku jeho osobnosti.

Klíčová slova:

Zneužívání, týrání, násilí, zanedbávání, vývojové potřeby, obět, agresor, komplexní trauma



SHRnutí A TÉMATA KE STUDIU

Dítě, které je rodiči či osobami, jimž je svěřeno do péče, zanedbáváno, mívá potíže v oblasti hygienických návyků, v životosprávě, dále mu dělá potíže osvojit si kulturní dovednosti a znalosti. Kromě toho má problém s respektováním a jednáním podle sociálních norem a pravidel. Ve svém nejbližším okolí se například nenaučí básničky, říkanky, jeho nejbližší mu nebudou číst, nebudou si s ním vyprávět, takže takové dítě bude mít s největší pravděpodobností poměrně chudý slovník a bude využívat pouze jednoduchého jazykového kódu. V neposlední řadě se toto promítne později v rámci školy – často se děti s výše zmíněnými problémy potýkají s poruchou analýzy a syntézy. V sociální oblasti směrem k chování a jednání a potažmo respektování sociálních norem lze očekávat potíže směrem k pochopení a respektování toho, co je povoleno a co už je naopak zakázáno.

Psychická deprivace zahrnuje zejména hlubší složky osobnosti, a sice kognitivní a emoční rozvoj. Insuficience či deficit se může manifestovat v psychomotorickém opoždění v útlém věku a především zde bude vývoj řeči neadekvátní věku dítěte (směrem k dřívějším vývojovým fázím) a zároveň můžeme předpokládat deficit v oblasti sociálních dovedností, také směrem k útlejšímu věku. Ve výčtu dalších obtíží je třeba zmínit například projevy deprivovaných dětí v oblasti emoční – deprivované děti se často přátelí snadno a rády, nicméně tyto vztahy jsou leckdy povrchní, což ve svém důsledku může působit v mezilidských vztazích potíže, například směrem k udržení přátelství apod. Jindy jsou tyto děti žárlivé, různými, často nepřilíživými „populárními“ či vhodnými způsoby si vynucují naši pozornost a tím mohou některé typy osobností spíše podněcovat k tomu, aby je naopak ignorovaly anebo na ně upřely pozornost, ovšem ve smyslu potrestání za nevhodné chování. Často jsou deprivované děti agresivní a to např. proto, že stejně se k nim chovají jejich blízcí – tedy se toto chování naučily děti nápodobou, či si mohou vybíjet zlost z toho, že se k nim chová někdo z členů rodiny odmítavě až agresivně a jsou také případy, kdy se takto děti chovají proto, že je pro ně jednodušší být agresivní (manifestovat svoji zlost) směrem k stejně starým vrstevníkům než obrátit svoji agresi ke skutečnému objektu – kterým jsou v tomto případě rodiče. Protipólem agresivity může z části být další projev deprivovaného dítěte a tím je pasivita,

uzavřenost a nezáměr dítěte o okolní vztahy. Oba typy jednání souvisí s deficitem nebo přesycením vývojových potřeb. Jestliže se někdy děti uchýlí k tomu, že svoji agresi obrátí proti náhradnímu objektu, mohou stejně tak nahrazovat neuspokojivé vztahy k lidem například akcentovaným tendencemi vlastnit cokoli – od hraček, přes jídlo... Ve svém důsledku toto v dospívání znamená tendenci zneužívat návykové látky, případně tendenci k jiným závislostem. V adolescenci toto směřuje k problémům v mezilidských vztazích, a to zejména v přátelství, partnerství a potažmo v období pozdní adolescence či dospělosti je toto limitem v manželství a rodičovství. Je třeba upozornit i na potíže ve vztazích pracovních.

Nejčastěji se setkáváme s dětmi zanedbávanými v rodinách s nižší socioekonomickou úrovní. Bohužel, nacházíme zde děti, které nemohou uspokojit své základní biologické potřeby (jídlo, bezpečí, čistota, potřeba sounáležitosti a lásky...). Takové prostředí limituje děti v uspokojování dalších potřeb (viz Maslowova hierarchie). S deficitem v oblasti potřeb sounáležitosti a lásky blízké osoby se potýkají velmi často děti z dětských domovů (či jiných forem ústavní péče). Při největší lidské i profesionální snaze můžeme dětem nahradit materiální potřeby, dát jim dostatek jídla, při dnešních DD rodinného typu snad i soukromí, nicméně stále platí, že rodiče nahradit nemůžeme. Jde o rodiče psychologického, ve smyslu možnosti pro dítě navázat hluboký emoční vztah s dospělým, který ho bude provázet životem a poskytovat dostatečně mnoho a dostatečně dobré podněty.

Naproti dětským domovům, kde se toto děje při veškeré snaze všech zúčastněných o maximální eliminaci výše zmíněných potíží, se velmi často setkáváme a deprivovanými dětmi z běžných rodin. Je třeba poznamenat, že neúplná rodina nemusí rozhodně znamenat pro dítě deprivaci. Rodina, která má „úplný“ počet členů, může být dalece ohrožující pro dítě svým přístupem a nekvalitními mezilidskými vztahy (viz např. syndrom CAN dále v textu). V současné době se setkáváme často s deprivací v rodinách, které na první pohled působí spořádaně a bezproblémově, mají vysoký socioekonomický status, ale pro dítě zde není dostatek přijetí a rodičovské lásky či alespoň pozornosti a času, který by mu rodiče měli věnovat, aby se rozvíjelo ve zdravou, altruistickou osobnost. Rodiče jsou schopni poskytnout dítěti v podstatě to, co dětský domov – materiální zázemí, dostatek nebo dokonce nadbytek hraček, možnost setrvávat dlouhou dobu u počítače (v poslední době děti tráví zvýšené množství času na sociálních sítích), v extrémní podobě jsou děti z takových rodin často hospitalizované.

Týrání zahrnuje úmyslné fyzické či psychické násilí na dítěti, které mu způsobuje nejčastěji rodič, blízký člen rodiny či jiný dospělý jedinec. Více než kdy před tím jsme zde vázáni ohlašovací povinností. Je třeba dítě s podezřením na týrání předat odborníkovi, který toto může řešit. Opět je třeba poznamenat, že často jsou týrajícími rodiči navenek velmi spořádaní lidé, kteří byli například sami v dětství týráni či byli deprivováni a vyžadují nyní lásku dítěte ve vztahu k sobě. Můžeme se dále setkat s týrajícími rodiči, kteří mají potíže se zneužíváním návykových látek, mají konfliktní manželství či partnerství.

Zneužívané dítě bývá nejčastěji zneužíváno svým vlastním či nevlastním otcem, častěji jsou zneužívány dívky. Jsou známy případy, kdy sexuálně zneužíval mladší sestru starší bratr, případně někdo z okolí dítěte. S rostoucím věkem dětí a rozšiřováním hranic okolního světa, mohou být zneužiteli lidé, kteří pocházejí ze vzdálenějšího okolí. Pro dítě je nejvíce zraňující skutečnost, že je mu takto závažně ubližováno z jeho nejbližšího okolí a ztrácí tím poslední jistotu, kterou má. V útlém věku navíc nechápe smysl toho, co se mu děje a svět vnímá jako nebezpečné místo. Traumatizace je o to nebezpečnější, že v raných stádiích nemá jedinec ještě plně vytvořenou strukturu. Rodina zneužívaného dítěte často mlčí (leckdy zcela vědomě kryje agresora) a popírá tuto skutečnost, protože přetrvává obava ze stigmatizace

rodiny. Není výjimkou, že dítě, i když je rozhodnuto agresora pojmenovat, nakonec na nátlak rodiny svoji výpověď změní, nebo také mlčí. Děti mohou trpět tzv. putujícími bolestmi, odmítají jakékoli dotyky apod. Ve svém důsledku přináší sexuální zneužívání dítěti dalekosáhlé následky, především v oblasti emoční a sexuální. Dítě trpí pocity viny, situace je pro ně natolik iracionální, že jí často nerozumí a nakonec se vnímá jako špatné dítě, které si takové jednání zaslouží. V partnerství mají zneužívané děti problém zejména v adolescenci dospělosti, kdy trpí různými potížemi – nejsou schopné navázat hlubší citové vztahy, jednájí často spíše promiskuitně a výjimkou nejsou problémy přímo sexuálního charakteru. Problematika zneužívání a týrání je komplexní jev, postihující v různých formách a v různé míře všechny věkové kategorie. Oběť je ohrožena mj. prožitkem bezmoci a bezvýchodnosti, malé děti, které jsou oběťmi sexuálního zneužívání, často nemohou vzhledem ke svému věku pochopit smysl toho, co se jim ze strany zneužívatele děje. U velmi malých dětí jsou zneužívatelé velmi často lidé z jejich blízkého okolí. Děti trpí pocity viny - rámci krizové intervence je edukujeme směrem k zodpovědnosti výhradně dospělého – v tomto případě zneužívatele či agresora. Často dítě nejprve několikrát zavolá na linku důvěry a testuje, zda je tam někdo, u koho najde pochopení a pomoc. V přímé práci s dětským klientem je třeba počítat s tím, že dítě nebude schopné o tématu zneužívání mluvit – máme možnost provázet mlčením, nabídnout neverbální techniky. Je nezbytné dát dítěti čas a respektovat jeho potřeby. Je třeba dítě ocenit – za to, že přišlo, zavolalo. Při práci s agresorem je důležité navázat se na kladnou stránku jeho osobnosti, respektovat klienta, ocenit, že hledá pomoc.



DOPORUČENÁ LITERATURA A JINÉ ZDROJE

1. ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. s. 204. ISBN 80-902614-1-8.
2. BARRY, D., B. *The Domestic Violence Sourcebook*. 1. vyd. Los Angeles, Lowell House, 2000. 321 s. ISBN 0-7373-0419-7.
3. BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 117 s. ISBN 80-7169-929-3.
4. ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. s. 204. ISBN 80-902614-1-8.
5. HERMAN, J., L. *Trauma and Recovery. The aftermath of violence – form domestic abuse to political terror*. 1. vyd. United States: Basic Books, 1997. 339 s. ISBN 10 0-465-08730-2
6. JONES, A. *Next Time She' ll Be Dead. Battering and How to Stop It*. 1. vyd. Boston: Beacon Press, 2000. 309 s. ISBN 0-8070-6789-X.
7. KUSHNER, H., S. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 144 s. ISBN 80-7367-053-4.
8. RONENOVÁ, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-370-6.
9. ROTHSCHILD, B. *The Body Remembers, The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. 1. vyd. New York: W. W. Norton & Company. 212 s. ISBN 0-393-70327-4
10. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0

11. SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.



KONTROLNÍ OTÁZKY A ÚKOLY

1. Prostudujte pět vývojových potřeb dle Pessa a Boyden.
2. Uveďte vždy jeden konkrétní příklad neuspokojené vývojové potřeby místa, podpory, bezpečí, péče a limitu, kdy deficit této potřeby může směřovat jedince buď k roli oběti a nebo k roli agresora.
3. Vyjmenujte alespoň tři projevy zneužívání, které můžete u jedince (dítěte/dospělého) pozorovat.

Prostor pro odpovědi:

Téma č. 8:

Krizová intervence u obětí domácího násilí.



ÚVOD A CÍL TÉMATU

Seznámení s charakteristickými rysy domácího násilí. Orientace v druzích domácího násilí a orientace v rozdílných reakcích žen a mužů jako obětí domácího násilí. Seznámení se specifiky poradenství a krizové pomoci obětem domácího násilí.

Způsob výuky: *téma je přednášeno v rámci výuky v plném rozsahu*



POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

- Druhy domácího násilí – fyzické, sexuální a psychické
- Rysy domácího násilí – opakování, dlouhodobost, bezradnost a „dostupnost“ oběti, intimní místo činu, bezpečnost pro násilníka, iracionálnost násilí
- Možnosti pomoci - krizová intervence – pomalý postup, podpora aktivity klienta, respekt ke klientovi, který se rozhodne dále snášet násilí, společné hledání řešení a perspektiv, doporučení ošetření lékařem v případě fyzického násilí, doporučení dalších služeb a forem pomoci.

Klíčová slova:

Týrání v rodině, domácí násilí, oběť agresor, vykázaní, trestní řízení, přestupkové řízení



SHRNUTÍ A TÉMATA KE STUDIU

Domácí násilí bychom mohli vymezit jako veškeré násilí, které se děje v rámci rodiny a u kterého zpravidla nemáme přímé svědky. Nejedná se tedy o násilí páchané výhradně na ženách, hovoříme zde o rodině jako systému vztahů mezi všemi jejími členy. Výbor ministrů Rady Evropy v roce 1985 definoval domácí násilí jako „každé konání či opomenutí, které poškozují život, fyzickou či psychickou integritu nebo svobodu osoby, nebo které závažným způsobem poškozují rozvoj její osobnosti“. Deklarace OSN označuje násilí na ženách za „každý projev rodově podmíněného násilí, který má a nebo by mohl mít za následek tělesnou, sexuální nebo duševní újmu anebo utrpení žen, včetně hrozby takovými činy, zavražďování a úmyslného omezování svobody, a to ve veřejném nebo soukromém životě“. Neexistuje celosvětově jednotná terminologie pro tento jev. Jednak je to dáno kulturními a náboženskými odlišnostmi, potom zde hraje velkou roli chápání domácího násilí jako takového- co ještě není a co už je domácí násilí.

Násilné činy podmíněné genderem, které mají za následek tělesnou, sexuální nebo psychickou újmu, týrání ženy. Násilí zde považujeme za takové jednání, kdy oběť dělá něco, co nechce a které v ní vyvolává strach. Tento typ násilí má své kořeny v nerovnoprávných mocenských vztazích mezi mužem a ženou, hluboko v historii lidstva.

Oproti minulým letům začíná mít násilí proti mužům stupající tendenci. Jedná se o násilí na mužích páchané především intimním partnerem. Pokud nebudeme klást

důraz na jednotlivé formy násilí, pak bude poměr mezi násilím páchaným na ženách a na mužích vyrovnaný. U mužů se jedná především o násilí psychické a ekonomické.

Velmi problematické je sledování a získávání dat o tomto násilí. Stojí za tím společenské a tradiční bariéry, kdy si muži nejen násilí nechtějí přiznat.

Podle angloamerických četných výzkumů se nejčastěji stávají senioři oběťmi emocionálního násilí. Staří lidé jsou slovně týráni a omezováni v kontaktu s blízkými a příbuznými. U nás jsou senioři nejčastěji terčem násilníků, zlodějů a podvodníků. Stávají se oběťmi zejména loupežných přepadení.

Z velmi dávné historie můžeme usuzovat na důvod týrání zejména žen- různé typy různě dlouho trvajících společností počítaly s ženami, jako s bytostmi zcela podřízenými mužům.

Kulturní trend podřízenosti žen má své koncepty. Autoritářské systémy: autonomní systém autority několika málo jedinců- mužů, kteří rozhodují o všem a o všech, charakteristické pro Egyptskou civilizaci a Mezopotámské kmeny. Patriarchální systém: založený na přesvědčení, že muž se rodí se schopností ovládat zdroje, ženám toto není umožněno, takže nesmí ani opatrovat vlastní děti. Misogynní systémy: založeny na přesvědčení, že pohlavní rozdílnost muže a ženy je předpokladem pro podřízenost žen, ženy jsou nositelkami záporných charakterových rysů, misogynní dogmata jsou charakteristická pro monoteistická náboženství. Polaritní systémy: postaveny na diametrální rozdílnosti mužů a žen, kdy muži jsou chápáni jako silní, ženy jako slabé a slabost = zlo.

V období člověka lovce- sběrače se žena dostala alespoň na čas na úroveň muže. Byla považována muži za rovnocennou, autorita v malých skupinách byla posuzována podle schopností a věku. Pouze v uspořádání společnosti, kterému říkáme matriarchát, byla žena dominantní. Patriarchální systém přežíval až do počátku dvacátého století, první snahy o zrovnoprávnění ženy sahají do poloviny 19. století a tehdy se začíná hovořit o problematice domácího násilí.

Přístup k domácímu násilí historicky a v datech:

- ❑ r. 753 před n. l., za vlády Romula v Římě je přijatelné bití manželek dle tzv. Chastisementu
- ❑ r. 300 n. l. Konstantin Veliký nechal zaživa upálit svou manželku, protože s ní nebyl spokojený
- ❑ r. 1400 Křesťanství nabádá manžele k větší toleranci a umírněnosti při fyzickém trestání manželek
- ❑ r. 1427 Bernard Siena nabádá své farníky, aby zacházeli s ženami milosrdně, jako by to byli jejich slepice nebo prasata
- ❑ r. 1792 Mary Wollstonecraft usiluje o právo žen na vzdělání a žádá laskavější přístup od manželů a milenců
- ❑ r. 1824 Nejvyšší soud Mississippi dovoluje manželovi manželku jen mírně trestat v případě nouze
- ❑ r. 1866 vzniká Americká společnost pro prevenci krutého zacházení se zvířaty, r. 1875 Společnost pro prevenci krutého zacházení s dětmi, společnost pro prevenci krutého zacházení se ženami neexistuje
- ❑ r. 1871 Alabama jako první stát ruší právo bít manželku
- ❑ r. 1880 v Anglii byla přijata novela zákona, která umožňuje bitou manželku oddělit od manžela, je-li ohrožena na životě, nikoli však rozvod manželů
- ❑ r. 1882 je Maryland prvním státem, který bití manželky považuje za trestný čin a pachatel může být odsouzen k 40 ranám bičem nebo 1 roku vězení
- ❑ r. 1911 v Buffalu je založen soud pro rodinné záležitosti
- ❑ r. 1917 Bolševici dali sovětským ženám plnou politickou sílu a zákonnou rovnost

- ❑ r. 1924 podle výnosu Francouzského dvora nemá manžel právo bít manželku (do té doby platí napoleonské bití manželek, neboť jsou jako ořechové stromy a mají se bít každý den)
- ❑ r. 1936 reformy v Rusku negují dosavadní práva žen, komunisté vrací ženu do domácnosti
- ❑ r. 1966 v New Yorku je bití a nelidské zacházení legální důvod k rozvodu
- ❑ r. 1967 v Maine vznikají první azylы pro týrané ženy
- ❑ sedmdesátá léta – vznik ženských organizací proti domácímu násilí
- ❑ r. 1975 v Brazílii zaveden zákon zakazující manželům manželky prodat či pronajmout
- ❑ osmdesátá léta – změna právních systémů, vytvořeny zákony umožňující zatýkání a odsouzení jedinců dopouštějících se domácího násilí
- ❑ devadesátá léta – výzkumy domácího násilí, tvorby preventivních programů

Domácí násilí nemůžeme chápat jako záležitost odlišností jednotlivých kultur, jde i o vztahy v rodině, o individuální percepci domácího násilí. DN jde napříč sociálně demografickým spektrem.

Také jednotlivá náboženství znamenají kořeny pro domácí násilí či násilí na ženách. Jsou zdrojem bezpečí pro ty, kteří jsou věřícími a zároveň kromě usnadnění cesty k bezpečí pro ty, kteří se setkali s domácím násilím, mohou poskytovat návody jak omlouvat nebo přehlížet chování, které má rysy domácího násilí.

1) Křesťanství: 1, 5 miliardy věřících na světě; proměnilo podle Pernoudové postavení ženy od antiky tím, že jí dalo právo na život (v antice si otec nechával pouze starší dceru, ta plně podléhala jeho vlivu, ostatní dcery usmrtil), i když je stále chápána jako majetek manžela. V 15. století n. l. je v kompilátu Cherubin psáno: „a jestli nebude chtít pracovat, vezmi tyč a bij ji důkladně. Je lepší ztrestat tělo a opravit duši, než poškodit uši a šetřit tělo...“

Dále byly ženy kněžími nabádány k tomu, aby bití přehlížely, aby byly tzv. lepšími... I Martin Luther popsal otevřeně násilí a metody, které používal proti své ženě. Současně je přístup kněží i věřících k DN diametrálně odlišný, i když sporné texty v bibli zůstávají.

2) Islám: znamená vlastně „odevzdání se“, je spojen s prorokem Mohammedem, kdo přijme Islám, stává se muslimem a je odevzdán do vůle boží, základním textem Islámu je Korán. Ten je tzv. uceleným způsobem života, což přeneseně znamená i právním systémem...

Na světě je muslimů asi 1 miliarda a chápání ženy je zde značně problematické- muži zauímají postavení nad ženami a ctnostné ženy jsou oddány, když nejsou poslušné, mohou je muži bít, když jsou poslušné, muž je milostiv, stejně jako Bůh.

I hlasatelé moderního Islámu se shodují na potřebě řešit ve vyhrocené situaci násilím zejména rozpad manželství, za účelem jeho zachování. Podle pravidel islámského bití žen je povoleno způsobit ženě pohmožděniny...

3) Hinduismus: nejčastěji v Indii a Nepálu, 900 miliónů věřících, dominantní postavení muže se vyvíjelo dlouhou dobu, od žen prostitutek, které vyhledávaly muže pro svoje potěšení, až po ženy, které se raději nechaly upálit zaživa, než by byly vdovami. Ženy zde byly chápány jako bytosti pohlavní, někdy klesaly na úroveň zvířat, byly jedny z mnoha- muž měl povolenou polygamii, bráhmané je chápaly jako příčinu všeho zla na světě, i samo narození ženy bylo neštěstí. Po smrti manžela byly vdovy zbaveny i práva na život. Ženy měly jedinou funkci- porodit syny. Svatební obřad podstupovaly dívky v osmi letech, případně s nástupem první menstruace, kdy byly považovány za plodné = schopné rodit syny. Manžel byl vybrán ze zájmu otce dívky.

4) Budhismus: 500 miliónů věřících na světě, Barma, Laos, Thajsko, Vietnam, Tibet,

ženy zde mají rovnost k mužům, co vychází z nejstaršího učení buddhismu, kdy byla na indickém subkontinentě žena jako matka a pokračovatelka rodu uctívána. Proto zde ženy chodí zpříma, jsou spíše přítelkyněmi svých mužů, než aby jim byly podrobeny. V dávných dobách ale bylo období, kdy manu sepsal zákoník, který zakazoval ženám číst védy...v 6. století před n.l. toto změnil Budha, který vyžaduje od manžela respekt, zdvořilost, věrnost, autoritu a trvalé zahrnování ženy pozornostmi...

5) Judaismus: 14 miliónů věřících, zdrojem je hebrejská bible, základem je Pět knih Mojžíšových (Tóra), klade zásadní důraz na rodinu, žena má v ní ústřední postavení a také tam má zůstat- v domácnosti a starat se o ni i o děti. Do 16. století byla ale žena majetkem muže, stejně jako počatý a nenarozený plod. Bylo umožněno bití ženy jako náprava a uchránění od rozvodu a dokonce i vzdělání..., potom začíná být násilí páchané na ženách považováno za špatné, i když ani dnes nepovažuje řada rabínů DN za důvod k rozvedení manželství.

Primárním cílem agresivního chování je získání moci nad druhým člověkem, případně ublížení druhému člověku. Násilí můžeme definovat jako otevřené vyhrožování, použití síly, které znamenají poškození člověka. Kromě definice osobnosti jako jedinečného a specifického jedince, musíme brát na zřetel další charakteristiky- sociodemografické ukazatele, společenské a sociální zařazení pachatele, osobní a rodinná anamnéza, šetření z oborů psychiatrie, sexuologie, podmínky psychického formování pachatele, rozbor sociálně psychických vlastností osobnosti, zjištění předchozí trestné činnosti. Přes toto všechno nelze jednoznačně určit typického pachatele domácího násilí.

Můžeme usuzovat na kombinaci následujících typů. Emocionálně reaktivní typ násilníka: většina násilníků, výbušní, s rychlým přechodem k impulzivní reakci, nechávají se snadno vyprovokovat, často mají špatnou náladu, jsou nedůtkliví, netrpěliví a přecitlivělí na kritiku. Instrumentální typ: uplatňují agresi v souvislosti s vědomým uspokojováním svých potřeb, pro dosažení cíle a moci, programoví tyrani jedné nebo více obětí, jednají takticky, promyšleně, s cílem ublížit. Násilníci nadměrně kontrolující své agresivní impulsy: schopni potlačovat otevřené projevy agrese, extrémně útoční, okolím vnímání jako slušní a zdvořilí lidé. Dlouho trpí, než vybuchnou v záchvatu vzteku a jejich agrese mívá hrůzné následky. Po ukončení eruptivní agresivní fáze se opět vrací k dosavadnímu způsobu chování. Lidé mající potěšení z krutosti: většinou jde o kombinaci dalších násilných typů, mají potěšení z ponižování druhých, radost jim činí pohled na strach jejich oběti, potřebují si dokázat, že je okolí respektuje. Psychopatická osobnost: velmi nápadné agresivní chování, pakované, nadměrné množství nevladatelné agrese a absence kapacity k vytváření vazeb k jiným lidem. Podle Hareovy Škály na měření psychopatie se jedná mj. o patologické hraní, grandiózní pocit vlastní hodnoty, parazitický životní styl, promiskuita, problémy v chování v ranných fázích vývoje, neakceptování odpovědnosti za vlastní činy.

Ve většině případů jsou pachatelé násilí muži. Z výzkumů je patrné, že průměrný věk agresora je kolem 34 let. Muži používají k násilí často zbraň (ze 17%). Necítí tolik intenzivně pocit viny jako ženy. Agrese mužů je větší, pramení- li z bolesti nebo fyzického poškození oběti. Nesmíme zapomínat na podstatu sexuálních rolí u muže a ženy...

Oběťmi domácího násilí se zabývá viktimologie a oběť je podle ní osoba nebo skupina lidí, kteří utrpěli újmu v souvislosti s trestným činem a s diskriminací. Disponovanost člověka stát se obětí nazýváme viktimností - ta existuje u každého člověka, přičemž nejvyšší viktimnost vykazují ženy (závislost na mužích), senioři (nemohoucnost ve stáří) a děti (závislost na rodičích). Oběť se může vykazovat tzv. provokujícími rysy, které podněcují násilí- manžel- alkoholik tak dlouho týrá svoji

ženu, až ho ona nakonec zavraždí apod.

V procesu hledání řešení tématu domácího násilí je vhodné klienta vyslechnout a nehodnotit. Je třeba postupovat velmi pomalu, rozhodnutí, zda je klient ochotný násilí dále snášet, je zcela na něm. Jako krizoví pracovníci můžeme s klientem probrat možnosti řešení, nahlédnout možné důsledky a respektovat klientovo rozhodnutí, i když s ním vnitřně nesouhlasíme. Poskytujeme klientovi podporu a pomáháme mu vyznat se v situaci. Dáváme prostor pro emoce. Máme snahu podpořit aktivitu klienta. Při viditelném fyzickém násilí doporučíme ošetření u lékaře, případně kontaktování policie.



DOPORUČENÁ LITERATURA A JINÉ ZDROJE

1. BARRY, D., B. *The Domestic Violence Sourcebook*. 1. vyd. Los Angeles, Lowell House, 2000. 321 s. ISBN 0-7373-0419-7.
2. BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 117 s. ISBN 80-7169-929-3.
3. ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. s. 204. ISBN 80-902614-1-8.
4. HERMAN, J., L. *Trauma and Recovery. The aftermath of violence – form domestic abuse to political terror*. 1. vyd. United States: Basic Books, 1997. 339 s. ISBN 10 0-465-08730-2
5. JONES, A. *Next Time She' ll Be Dead. Battering and How to Stop It*. 1. vyd. Boston: Beacon Press, 2000. 309 s. ISBN 0-8070-6789-X.
6. KUSHNER, H., S. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 144 s. ISBN 80-7367-053-4.
7. ROTHSCHILD, B. *The Body Remembers, The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. 1. vyd. New York: W. W. Norton & Company. 212 s. ISBN 0-393-70327-4
8. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0



KONTROLNÍ OTÁZKY A ÚKOLY

1. Popište co je to „Vykázání“.
2. Uveďte příklady pracovišť, která se specializují na problematiku domácího násilí.
3. Uveďte příklady institucí, které poskytují pobyt obětem domácího násilí.

Prostor pro odpovědi:

Téma č. 9:

Suicidální krize. Krizová pomoc klientovi se suicidálními tendencemi, krizová intervence při suicidální krizi. Komunikace se sebevražedným klientem.



ÚVOD A CÍL TÉMATU

Seznámení s formami, způsoby a motivy suicidálního jednání. Přehled rizikových faktorů suicidálního chování dětí a dospívajících. Orientace v komunikaci se suicidálním klientem.

Způsob výuky: *téma je přednášeno v rámci výuky částečně a doplněno samostudiem (viz bod 1 v části Kontrolní otázky a úkoly).*



POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ

- Formy suicidálního chování – suicidální myšlenky, suicidální pokus, suicidium.
- Způsoby suicidálního jednání – měkké a tvrdé metody.
- Motivы suicidálního jednání - duševní onemocnění, zdravotní problémy, konflikty a problémy v rodině, osobní konflikty a problémy.
- Rizikové faktory suicidálního chování – nepříznivá rodinná situace, rozpad rodinného soužití, školní neúspěch, osobní neúspěch, vrstevnické vztahy, zdravotní stav, zneužívání alkoholu nebo drog.
- Krizová intervence u suicidálního chování – otevřené otázky, respektování klienta směrem k jeho právu rozhodnout o svém životě, prostor a povzbuzení pro vyjadřování emocí, potvrzení práva jedince na své pocity, edukace o

limitech sebevražedného jednání, dohoda o odložení realizace suicidia.

- Práce s pozůstalými v rámci krizové intervence – pomoc s vyjadřováním emocí, práce s tématem viny, smutku, zlosti.

Klíčová slova:

Suicidium, sebevražedný pokus, sebevražedné fantazie, rizikové faktory



SHRnutí A TÉMATA KE STUDIU

Sebevražda je násilné jednání s úmyslem dobrovolně zničit vlastní život (autoagresivní projev, člověk je subjekt i objekt, je zde porucha pudu sebezáchovy). Sebezabití definujeme jako zničení vlastního života, kterému chyběl vědomý smysl zemřít (většinou patologicky změněna lidská psychika, jednání v afektu, bludy, halucinace, porušené vědomí při intoxikacích). Sebeobětováním rozumíme dobrovolné a svobodné rozhodnutí obětovat život v zájmu hodnot. Hlavním úmyslem není zemřít, ale dosáhnout něčeho jiného.

Adolescenti se nejčastěji pokusí o sebevraždu z nešťastné lásky a pro okolí je to téměř neuvěřitelné, protože jsou to zdánlivě spokojení a šťastní jedinci. V posledních letech se vyskytly sebevraždy adolescentů v souvislosti se školní zátěží, zejména v souvislosti s posledním ročníkem střední školy a maturitní zkouškou. Bohužel, můžeme se setkat také se sebevraždami dospívajících a to z následujících důvodů: nejsou schopni zvládnout své (např. rodinné) problémy a volají o pomoc, chtějí odčinit skutek, který je v jejich očích neodpuštělný, touží se znovu setkat s někým z blízkých, který již nežije (člověk, zvíře), manipulují s lidmi ve svém okolí, touží se zabít.

Dětský věk je charakteristický schopností uvažovat hypoteticky, dítě začíná kolem desátého roku chápat význam smrti. Většinou jsou to sebevraždy jako zkratové reakce, výraz strachu, pokus uniknout ohrožení (problémy v mezilidských vztazích a ve škole).

Adolescence představuje hledání a rozvoj identity, možnost dostat se do situace, kdy se jedinec cítí bezradný a nenachází smysl vlastní existence. Často se jedná o nenaplněný partnerský vztah, citové hodnocení situace převažuje nad racionálním. Jde o sebevraždy především zkratovitěho charakteru či sebevražedné pokusy jako způsob volání o pomoc. Někteří jedinci mají snahu tímto způsobem manipulovat s okolím. Mladí jedinci jsou zranitelní a labilní. Často je důvodem také snaha v posmrtném životě žít lepší život...

Projevy suicidálních tendencí u dětí a dospívajících jsou následující. Dítě například rozdá všechny své hračky. Často objeví tyto tendence pedagog, který se dočte o myšlenkách dítěte na sebevraždu ze slohové práce. Dítě je nápadně jiné. Veselé dítě je nápadně smutné a tiché, naopak tiché dítě je nápadně až přehnaně „hlasité“ a dává o sobě vědět. U menších dětí lze takové projevy najít v kresbách.

V dospělém věku se setkáváme s různými motivy k suicidálním tendencím a chování. Mladí dospělí mohou o sebevraždě uvažovat v souvislosti s tranzitorní krizí, motivem může být vážné onemocnění, ztráta někoho blízkého či jiná velká zátěž. V období středního věku se lidé potýkají s krizí středního věku, řeší a prožívají

syndrom prázdného hnízda, jsou často nuceni hledat nový smysl života. Potřebují protitvar k tomu, co ztratilo smysl a sami ho nedovedou najít. Ve stáří je tendence k sebevraždě tehdy, když se jedinec cítí ohrožen, když má obavu, že nebude soběstačný a obává se změny, na kterou nemá kapacitu. V tomto období jsou lidé smutní z toho, že nemají co nabídnout.

Častěji se setkáváme se sebevraždami v kontextu s tělesným onemocněním než s duševním. Psychiatrických klientů jde nejčastěji o jedince trpící velkými depresemi, schizofrenií, kdy je sebevražda možnost jak se zbavit velkého utrpení.

Demonstrativní sebevražedné pokusy jsou jiné od ostatních v tom smyslu, že chybí touha zemřít. Někdy je to volání o pomoc, upozornění, že se něco zlého děje, výzva pro okolí, že je třeba naslouchat a poskytnout pomoc. Dále může jít o snahu dosáhnout nějakého cíle, manipulovat, vydírat. V obou případech je nutné věnovat takovému jednání zvýšenou pozornost.

V krizové intervenci musíme přijmout rozhodnutí klienta jako jeho právo (stojíme na straně života, ale chápeme, že klient chce zemřít). Není pravda tvrzení, že když někdo o sebevraždě mluví, že mu není pomoci. Na klientovi lze pozorovat presuicidální syndrom (zúžení emočního prožívání v zorném poli klienta je jen to, co se mu nedaří. Snažíme se zjistit co nejvíce informací a pomoci klientovi, aby mohl o svém rozhodnutí mluvit. Můžeme ho povzbudit sdělením, že je pro lidi v takové situaci těžké o takovém tíživém problému hovořit. Často slouží sebevražda k otestování okolí – jak si stojíme, podá nám někdo ruku? Ujistíme klienta o tom, že jsme tam s ním a že není na svůj problém sám. Vyhýbáme se frázím typu: „Já vím, jak Ti/Vám je...“. Nezatěžujeme klienta otázkami, co tomu řeknou blízcí, rodiče, protože v tuto chvíli jde pouze o něj. Je dobré zmapovat situaci kolem klienta – možnost sociální opory.

Základem práce se sebevražednými tématy je vlastní postoj ke smrti a k sebevražedným postojům. V krizové intervenci rozšiřujeme zorné pole jedince se sebevražednými tendencemi tak, aby mohl vidět opět více alternativ. Stojíme na straně života, ale respektujeme právo klienta držet jeho život ve svých rukou. Při setkání s pozůstalými pracujeme s tématy smutku, zlosti, viny a bezmoci.



DOPORUČENÁ LITERATURA A JINÉ ZDROJE

1. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování. Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9.
2. KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1, vyd. Praha: ISV, 2001. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.
3. RONENOVÁ, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-370-6.
4. ROTHSCHILD, B. *The Body Remembers, The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. 1. vyd. New York: W. W. Norton & Company. 212 s. ISBN 0-393-70327-4
5. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0



KONTROLNÍ OTÁZKY A ÚKOLY

1. Prostudujte klinický obraz a suicidální jednání v rámci duševních poruch v dětství a dospívání.
2. Uveďte příklady motivů k sebevraždě u dětí, adolescentů, dospělých, seniorů.

Prostor pro odpovědi:
