

MASARYKOVA UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra speciální pedagogiky

Krizová intervence u dětí s poruchami chování

Diplomová práce

Brno 2014

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Věra Vojtová, Ph.D.

Autor práce:

Bc. Kateřina Štrausová, DiS.

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

V Brně dne 20. dubna 2014

.....

Bc. Kateřina Štrausová, DiS.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. PhDr. Věře Vojtové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za její vstřícnou a podmětnou pomoc a zprostředkování náhledu na danou problematiku.

Dále bych ráda poděkovala kolegům, specializovaným zařízením a informantům za umožnění a poskytnutí rozhovorů a informací důležitých pro realizaci výzkumného šetření.

Obsah

ÚVOD.....	6
1 DÍTĚ S PORUCHOU CHOVÁNÍ	8
1.1 VYMEZENÍ PORUCHY CHOVÁNÍ	8
1.1.2 Vývoj poruchy chování	11
1.2 RIZIKA VE VÝVOJI DÍTĚTE	12
1.3 RESILIENCE U DĚTÍ	14
1.4 SOCIÁLNÍ OPORA U DĚTÍ S PORUCHAMI CHOVÁNÍ	17
1.5 TEORIE ATTACHMENTU	18
1.6 DÍTĚ V KRIZI	21
1.6.1 Dospívající v krizi	23
2 KRIZE.....	26
2.1 VYMEZENÍ KRIZE	26
2.2 KRIZE JAKO ETIOLOGICKÝ FAKTOR PORUCHY CHOVÁNÍ	27
2.3 PŘÍČINY KRIZE	28
2.4 CAPLANŮV MODEL KRIZE	29
2.5 TYPOLOGIE KRIZÍ.....	30
2.5.1 Situační krize	30
2.5.2 Tranzitorní krize	31
2.5.3 Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresu	33
2.5.4 Krize zrání.....	35
2.5.5 Krize pramenící z psychopatologie.....	36
2.5.6 Krize psychiatrické neodkladnosti	36
2.6 PŘIROZENÉ STRATEGIE A ZDROJE ZVLÁDÁNÍ KRIZE	37
2.6.1 Obranné mechanismy	38
2.6.2 Coping strategie	39
2.6.3 Sociální opora jako zdroj laické krizové intervence	41
SHRNUTÍ.....	42
3 ODBORNÁ KRIZOVÁ INTERVENCE	44
3.1 VYMEZENÍ ODBORNÉ KRIZOVÉ INTERVENCE	44
3.2 ETAPY KRIZOVÉ INTERVENCE	46
3.3 TECHNIKY UŽÍVANÉ V KRIZOVÉ INTERVENCI	48
3.4 SPECIFIKA KRIZOVÉ INTERVENCE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH	50
3.5 FORMY KRIZOVÉ INTERVENCE	51

3.5.1	<i>Krizová intervence tváří v tvář</i>	52
3.5.2	<i>Telefonická krizová intervence</i>	55
3.5.3	<i>Internetové poradenství</i>	58
3.6	LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ KRIZOVÉ INTERVENCE	60
	SHRNUTÍ	61
4	KRIZOVÁ INTERVENCE U DĚTÍ S PORUCHAMI CHOVÁNÍ	63
4.1	PROJEKT VÝZKUMU	63
4.2	METODOLOGICKÁ STRÁNKA VÝZKUMU A ZPRACOVÁNÍ	66
4.2.1	<i>Strategie a design výzkumu</i>	66
4.2.2	<i>Metody sběru dat</i>	67
4.2.3	<i>Výzkumný vzorek</i>	68
4.2.4	<i>Realizace výzkumu</i>	69
4.3	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	69
4.3.1	<i>Krizе a proces vyrovnání se s krizí z pohledu dítěte a krizového intervenanta</i>	69
4.3.2	<i>Potřeby dětí ve vztahu k odborné krizové intervenci</i>	77
4.3.3	<i>Nabídka služeb prezenčních a distančních forem odborné krizové intervence pro děti</i>	81
4.4	ZÁVĚRY Z VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	82
	ZÁVĚR	87
	SHRNUTÍ	89
	SUMMARY	90
	POUŽITÉ ZDROJE	91
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	95
	SEZNAM TABULEK	95
	SEZNAM GRAFŮ	95
	SEZNAM PŘÍLOH	96

ÚVOD

Předkládaná diplomová práce se zaměřuje na krizovou intervenci u dětí s poruchami chování. Volba tématu vycházela z propojení poznatků získaných během studia a praxe s dětmi s poruchami chování s poznatky získanými na základě zájmu o oblast krizové intervence a následných profesních zkušeností v této oblasti. Z propojení těchto poznatků a zkušeností vyvstal zájem o odhalení možností využití krizové intervence v rámci podpory dětí s poruchami chování.

Hlavní tezí volby diplomové práce byla známá skutečnost, že dítě se během svého života setkává s řadou rizik, tedy i možných spouštěčů krize, které mají významný vliv na formování následných způsobů chování. Krize představuje situaci, kterou dítě vnímá jako subjektivně ohrožující, k jejímu zvládnutí má však k dispozici omezené zdroje. Může využít vlastní zvládací mechanismy, zdroje sociální opory a v případě selhání těchto vlastních zdrojů je k dispozici odborná krizová intervence, která nese významný potenciál ve smyslu pomoci dětem ve zvládnání náročných situací a tím tedy i zamezení rozvoje maladaptivních vzorců chování. Hlavní vyvstalé otázky pak byly: *„Jaké jsou možnosti krizové intervence? Jaké zdroje a strategie volí děti při zvládnání náročných situací častěji? Co děti potřebují k tomu, aby byly ochotné využít zdrojů odborné krizové intervence? Jaké služby a zařízení mohou využít?.“* Tyto otázky vyústily v předkládanou diplomovou práci.

Diplomová práce má teoreticko-empirický charakter. Jejím cílem je analýza potřeb krizové intervence u dětí s poruchami chování jako součásti provázení a podpory dítěte. Tyto cíle se diplomová práce snaží naplnit v rámci tří teoretických kapitol, na něž plynule navazuje výzkumné šetření zaměřené na odhalení možností krizové intervence u dětí s poruchami chování, jehož zjištění jsou obsažené v kapitole čtvrté.

První kapitola „Dítě s poruchou chování“ se soustředí na vymezení poruchy chování, resilience, sociální opory a teorii attachmentu v kontextu potřeb krizové intervence a problematiku krizí dětského věku. Druhá kapitola „Krize“ se zaměřuje na problematiku krize z psychosociálního hlediska a vlastní zdroje zvládnání krize. Odborná krizová intervence, její základní charakteristiky, principy a především specifika jednotlivých forem jsou obsahem kapitoly třetí.

Empirická část, kapitola čtvrtá předkládá charakteristiku, analýzu a výsledky vlastního výzkumného šetření, které je zaměřeno na odhalení možností krizové

intervence u dětí s poruchami chování a vyhodnocení její dostupnosti v kontextu potřeb dětí, konkrétně tedy na možnosti uplatnění krizové intervence, potřeby dětí vzhledem k využití odborné krizové intervence a analýzu dostupnosti odborné krizové intervence v České republice. Výzkumné šetření využívá kvalitativní výzkumnou strategii, k získání dat volí polostrukturované hloubkové rozhovory s dětmi s poruchami chování toho času pobývajících ve středisku výchovné péče a analýzu dokumentů. Ke zpracování zjištěných údajů využívá design zakotvené teorie na úrovni otevřeného a axiálního kódování.

1 DÍTĚ S PORUCHOU CHOVÁNÍ

Cílem následující kapitoly bude popsat poruchu chování v kontextu potřeb krizové intervence. Zaměří se na vymezení poruchy chování a její vývoj. Podrobněji budou rozebrána rizika ve vývoji dítěte. Vzhledem ke zvládnání náročných situací bude rozvedena problematika resilience u dětí, sociální opory se zaměřením na její zdroje a teorie attachmentu. Celá kapitola bude završena problematikou dítěte a dospívajícího v krizi.

1.1 Vymezení poruchy chování

Vymezením poruchy chování a klasifikací těchto poruch se zabývá více oborů. Každý z těchto oborů si utváří vlastní pohled na poruchu chování i specifickou terminologii. Tyto jednotlivé pohledy se ale vzájemně prolínají a překrývají. Pro celistvé pochopení poruchy chování a uchopení adekvátní intervence a práce s dětmi s poruchami chování je třeba mít přehled o pojetí ze strany všech oborů. S poruchou chování se nejčastěji setkáme v literatuře charakteru medicínského, psychologického, sociologického a pedagogického (speciálně pedagogického).

Medicínské nebo spíše psychiatrické pojetí poruch chování je zaměřeno především na definování poruchy a volbu adekvátní terapie odpovídající typu poruchy (Vojtová, V., 2008). Příčinné vlivy spatřuje v působení vlivů vnitřních (geneticko-hereditární vlivy, neurobiologický substrát-drobné odchylky a poškození CNS), nezapomíná ani na vlivy vnější (disharmonické rodinné prostředí, socioekonomická úroveň a společenská koheze). „*Porucha chování je zde interpretována jako soubor projevů maladaptivního a úzkostného chování, emocí a psychických procesů, které jsou výrazně odlišné od normality*“ (Vojtová, V., 2008, s. 65). Základní klasifikaci poruch chování nalezneme v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10), která definuje poruchu chování jako poruchu projevující se opakovaným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním, které se výrazně vymyká chování odpovídajícímu věku dítěte (MKN, 2013). Poruchy chování zde nalezneme v kategorii poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90-F98). Jednotlivé poruchy jsou zde rozděleny do skupin podle symptomů. Jednotlivými skupinami jsou F90 - Hyperkinetické poruchy, F91 - Poruchy chování, F92 - Smíšené poruchy chování a emocí, F93 - Emoční poruchy, F94 - Poruchy sociálních funkcí, F95 - Tiky a F98 - Jiné poruchy chování a

emocí. Poruchy chování v rámci medicínské klasifikace se dále dělí na poruchy chování s lepší prognózou a poruchy chování se špatnou prognózou. Medicínská klasifikace je velmi užívaná i v pedagogických oborech, jelikož právě medicínská diagnostika je jednou z podmínek pro uznání žáka jako žáka se specifickými vzdělávacími potřebami dle školského zákona 561/2004 Sb. (Hort, V., 2008; MKN, 2013; Vojtová, V., 2010).

V anglosaských zemích je hojně užívanou klasifikací poruch chování Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-IV), vyvinutý Americkou psychiatrickou asociací. Tato klasifikace je užívána především v psychiatrii a jiných humanitních oborech. V klasifikaci nalezneme kategorii poruch diagnostikovanou obvykle v raném dětství, dětství či adolescenci jako druh mentálních poruch zahrnující 1) mentální retardaci, 2) poruchy učení, 3) poruchy motoriky, 4) komunikační poruchy, 5) poruchy pozornosti a poruchy chování, 6) pervazivní vývojové poruchy, 7) poruchy příjmu pozornosti, 8) tikové poruchy, 9) poruchy vylučování a 10) ostatní poruchy (selektivní mutismus, separační úzkostná porucha, reaktivní porucha přichylnosti v dětství, stereotypní pohyby). V rámci kategorie poruch pozornosti a poruch chování popisuje poruchu pozornosti s hyperaktivitou, řízenou poruchu chování, opoziční vzdorovité chování. Postupně je tento manuál zaváděn i do prostředí Evropy (Vojtová, V., 2010; BehaveNet® Inc).

V psychologické literatuře nalezneme poruchu chování definovanou jako „*odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, eventuelně na úrovni svých rozumových schopností*“ (Vágnerová, M., 2004, s. 779). Obecně pak lze poruchu chování charakterizovat projevy jako chování nerespektující sociální normy, neschopnost navazovat a udržovat adekvátní sociální vztahy a neschopnost pociťovat vinu. Psychologická literatura však nezapomíná na perspektivní pohled v tom, že porucha chování může být přechodného charakteru. Podobně jako medicínský pohled nazírá na etiologii poruch chování z multifaktoriálního pohledu, kde hrají roli biologické (genetické dispozice, biologické dispozice, narušení CNS, inteligence) i sociální faktory (vlivy sociálního prostředí, rodiny, sociální skupiny a subkultury). V psychologické literatuře se setkáme s užíváním klasifikací poruch dle MKN-10, DSM-IV. Dále zde nalezneme dělení poruch chování dle jejího charakteru vzhledem k míře agresivity na neagresivní porušování sociálních norem (lži, záškoláctví, toulání, útěky) a agresivní poruchy chování, které se však mohou vzájemně kombinovat (Vágnerová, M., 2004).

V psychologii a speciální pedagogice se také užívá dimenzionální klasifikace poruch chování, která se zaměřuje především na odlišení poruchy chování a jejích projevů od normy. Nejčastěji užívanými dimenzionálními klasifikacemi jsou Revised Behaviour Checklist (RBCL) a ASEBA¹ systém. Dimenzionální klasifikace založená na posuzovací škále RBCL² rozděluje poruchy chování do čtyř skupin dle základních vzorců chování na 1) poruchy chování, 2) osobnostní problémy a psychické problémy, 3) nevyzrállost, 4) socializovaná agrese.

V rámci pedagogické či speciálně pedagogické oblasti i v pedagogické praxi je ke klasifikaci poruch chování užívána dimenzionální klasifikace ASEBA³, jelikož je vhodná právě pro vyhodnocování problémů chování ve školách. Poruchy chování jsou zde děleny na externalizované poruchy chování, kam je zařazena kategorie porušování norem a pravidel a kategorie agresivní chování. Druhou oblastí jsou internalizované poruchy chování s dílčími kategoriemi depresivní symptomy projevů a úzkostné chování; uzavřenost s depresivními projevy; psychosomatické obtíže. Třetí oblastí jsou neseskupené dimenze s kategoriemi sociální problémy; psychické problémy; problémy pozornosti. U všech kategorií jsou popsány konkrétní projevy v chování. Tato klasifikace je považována na jednu stranu za nedostačující vzhledem k prolínání jednotlivých projevů poruch chování, na druhou stranu se jedná o klasifikaci odpovídající konceptu inkluzivního vzdělávání (Vojtová, V., 2010; Kaleja, M., 2013). Další pedagogická klasifikace je spojována s konfliktem, násilím a závislostmi. Kritériem pro určení typu poruchy chování jsou projevy daného chování. Jde o poruchy vyplývající z konfliktu (záškoláctví, lhaní, krádeže), poruchy chování spojené s násilím (agrese, šikana, loupeže) a poruchy chování související se závislostí (toxikomanie, gamblerství), (Kaleja, M., 2013; Vojtová, V., 2009).

Definice, akceptující vzdělávací potřeby žáka a odhalující bariéry v přístupu ke vzdělání, užívané jak v pedagogické sféře, tak ve sféře speciálně pedagogické, ukazují nejen kritéria odlišnosti, ale také možnosti intervence. Americký psycholog Eli Bower definoval poruchu chování na základě jejích charakteristik. Porucha emocí a chování je charakterizována neschopností se učit bez jiných zjevných příčin; neschopností navazovat uspokojivé sociální vztahy; nepřiměřeným chováním a emotivními reakcemi v běžných podmínkách; výrazným pocitem neštěstí nebo depresí; tendencí vyvolávat

¹ Achenbach System od Empirically Based Assessment.

² Podrobněji viz Příloha A.

³ Podrobněji viz Příloha B.

somatické symptomy ve spojení se školními problémy. Druhou užívanou a rozšířenou definicí, respektující zájmy žáků s poruchami chování, vytvořilo Sdružení pro Národní duševní zdraví a speciální vzdělávání. „*Pojem porucha chování nebo emocí je výrazem pro postižení, kdy se chování a emocionální reakce žáka liší od odpovídajících věkových, kulturních nebo etnických norem a mají nepříznivý vliv na školní výkon, včetně jeho akademických, sociálních, předprofesních a osobnostních dovedností*“ (Vojtová, V., 2010, s. 121). Podmínkou pro definování poruchy jsou nejen uvedené projevy, ale též výskyt daných projevů minimálně ve dvou sociálních prostředích, přičemž jedním je škola, tyto projevy přetrvávají i přes intervenční postupy a nejsou pouze důsledkem předvídatelné reakce na náročnou situaci (Vojtová, V., 2010).

1.1.2 Vývoj poruchy chování

Dítě se s poruchou chování nerodí, ale porucha chování se vyvíjí během jeho života, na základě působení vlivů multifaktoriálního charakteru. „*V případě poruch chování u dětí převažuje vývojový aspekt poruchy, určený vývojovou charakteristikou dětství*“ (Vojtová, V., 2010, s. 99).

Bower (in Vojtová, V., 2009) zavádí pětistupňovou škálu vývoje poruchy chování dle intenzity problémovosti. V prvním stupni dítě svým problémovým chováním reaguje na potíže denního života během svého vývoje, jeho chování se nevymyká normě a jeho projevy odpovídají jeho věku. Do druhého stupně poruchy chování se již zařazují takové projevy v chování, které se objevují v reakci na krizové životní situace. Toto chování je však vysvětlitelné na základě zhodnocení jeho momentální krizové situace. V třetím stupni se již chování vymyká očekáváním a je způsobené neschopností adaptace na nové podmínky, zejména v blízkém sociálním prostředí. Do čtvrtého stupně se již řadí zafixované a opakované nevhodné chování, které se však ještě dá ovlivnit cílenou intervencí a působením pozitivního sociálního vztahu. V páté, čili v poslední fázi vývoje poruchy chování se již objevují takové zafixované, opakované a nevhodné projevy v chování, které vyžadují intenzivní a celistvou intervenci v segregovaném školském prostředí (Vojtová, V., 2009).

Vývoj poruchy chování tedy postupuje od počátečního působení rizikových faktorů multifaktoriální povahy. Zpočátku je chování reakcí na náročné situace způsobené právě vnějšími vlivy. Postupně se projevy v jeho chování zvnitřňují, dítě se dostává do fáze problémového chování se stoupající intenzitou. Dítě však své problémy vnímá a chtělo by je odstranit. Tyto problémy vyplývají nejčastěji z konfliktu mezi požadavky

společnosti a jeho vnitřními potřebami. Postupně si dítě zvyká na svůj negativní sebeobraz a chápe ho jako neměnný. V poslední fázi se již dlouhodobě projevuje porucha chování, kdy dítě ignoruje společenské normy, nepřijímá je a nevnímá vinu za vlastní jednání (Vojtová, V., 2009).

Koncept „At-risk youth“ se zaměřuje na děti v riziku, jejichž socializace se vyvíjí rizikově, a hrozí tedy rozvoj poruchy chování. Cílem tohoto konceptu je odhalení rizikových faktorů působících na dítě, a nastínit tak možnosti působení na dítě ve smyslu minimalizace působení těchto vlivů, a tím zamezení rozvoje poruchy chování (Vojtová, V., 2009).

1.2 Rizika ve vývoji dítěte

Vlivy vedoucí ke vzniku poruchy chování, jsou multifaktoriální povahy. Na vznik poruch chování nahlížíme jako na kombinaci bio-psycho-sociálních faktorů, které působí na jedince dlouhodobě. Bio-psycho-sociální model poruchy chování akcentuje skutečnost, že biologické faktory působící na dítě nejsou směrodatné a neměnné. Porucha chování je determinována kombinací vlivů biologických, ale i vlivů sociálního prostředí, kvalita sociálních vztahů, individuálních postojů, sebedůvěry a kompetencí jedince (Vojtová, V., 2010).

Dítě se během svého života vyvíjí, a prochází tak řadou zákonitých změn. Tyto změny nastávají v zákonitém pořadí. Pokud dojde k náhodnému a násilnému zásahu do vývoje dítěte, vývoj se nezastaví, ale je poznamenán, a proto bude pokračovat jinak, než jak by měl (např. při odloučení dítěte od matky v raném věku), (Říčan, P., 2006).

Činitelů, kteří zasahují do vývoje dítěte, a mohou tak negativně ovlivňovat jeho chování, je mnoho. Na tyto vlivy je třeba, jak již bylo řečeno, nahlížet z bio-psycho-sociálního hlediska, jelikož právě porucha chování je určována jedinečnou souhrou těchto vlivů (Presová, J. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012). Pro přehlednost můžeme tyto negativní vlivy rozdělit do čtyř oblastí (podle Vojtová, V., 2008).

První oblastí jsou **rizika vycházející z osobnosti dítěte**. Elliot, J. a M. Place (1998) na prvním místě uvádějí významný vliv genetické výbavy dítěte na jeho chování. „*S genetickými vlivy souvisí též tělesná stavba a především komplex chemických struktur, které řídí všechny naše tělesné systémy a ovlivňují emoce a chování*“ (Elliot, J., M. Place, 1998, s. 12). Vysoce rizikovým faktorem z pohledu genetiky jsou právě genetické abnormality a psychopatologie rodičů. S těmito genetickými vlivy pravděpodobně souvisí i další činitel – obtížný temperament dítěte. Z vnitřních dispozic

dítěte má negativní vliv také nízká inteligence, hyperaktivita, impulzivita. Nermalou roli hraje osobní historie dítěte, jeho sociální zkušenost. Zkušenosti ze svého vývoje si dítě přenáší do dalších období. Tyto rané zkušenosti se podílejí na dalším rozvoji dítěte. Pokud se dítě setká během svého vývoje s nějakými problémy či zvraty, mohou se důsledky těchto činitelů projevit až později a ovlivňovat tak život po mnoho dalších let. Pokud se však dítě zdárně vypořádalo se svými vývojovými úkoly, nese si do dalšího vývoje potřebné dovednosti k zvládnání dalších úkolů (Elliot, J., M. Place, 1998; Šolcová, I., 2009). Konkrétními riziky spojenými se sociální zkušeností a sociálními kompetencemi jsou slabé vazby, malá schopnost řešit problémy, malé sociální dovednosti. Mezi rizikové faktory vztahující se k emocionálnímu zaměření a prožívání se řadí obdiv k násilí, nízká sebeúcta, nedostatek empatie, egocentrismus, neschopnost prožívat štěstí, vnímat sympatie a pozitivní signály ze sociálních vztahů. V neposlední řadě nesmíme zapomenout na rizika spojená s oblastí fyzického zdraví dítěte, např. nedonošenost, nízká porodní váha, nemoc, postižení, perinatální postižení mozku, úraz při porodu, vývojové nenapravitelnosti a zpoždění, chronická onemocnění (Vojtová, V., 2010).

Druhou oblastí jsou **rizika spojená s rodinou dítěte**. Rodinná atmosféra a problémy v rodině mají výrazný vliv na chování dítěte. Pokud jsou v rodině problémy, může se dítě snažit s nimi vypořádat vyzývavým nebo zoufalým chováním (Elliot, J., M. Place, 1998). Rizikové faktory mohou vycházet ze systému rodiny (výskyt vážné choroby, psychického onemocnění či handicapu u některého z členů, narození sourozence do dvou let věku, nezaměstnanost rodičů, chudoba, kriminalita rodičů); ze změn ve struktuře rodiny (např. odchod jednoho z členů rodiny, absence otce, rozvod a příchod nového partnera, úmrtí); z fungování vztahů a interakcí v rodině (např. spory, násilí, sociální izolace, chronické rodinné neshody), z výchovných stylů v rodině (např. nesprávný rodičovský vzor, týrání, příliš direktivní či naopak liberální výchova, zanedbávání). Riziková je pro dítě změna bydliště rodiny a s tím i související změna školy. Do rizik spojených s rodinou bychom mohli zařadit i významný rizikový faktor ovlivňující vývoj dítěte, kterým se zabývalo již mnoho autorů, tímto vysoce rizikovým faktorem je absence rané citové vazby⁴. Nermalým rizikovým faktorem je též umístění dítěte do pěstounské péče (Vojtová, V., 2008; Šolcová, I., 2009).

⁴ Více viz kap. 1.5 Teorie attachmentu.

Třetí oblastí jsou **rizikové faktory spojená se společností, s komunitou, s působením subkultury**. Vývoj dítěte je určován také prostředím, které hraje významnou roli ve vývoji dítěte. Vliv na dítě mají jak životní podmínky, např. hustota zalidnění, socioekonomické podmínky, výskyt patologického chování v jeho okolí, nedostatek podpůrných sítí, ale zejména také interpersonální vztahy dítěte s druhými lidmi, s kterými přichází dítě do kontaktu. Mimo blízkých osob dítěte, zejména v pozdějších fázích vývoje, hraje významnou roli vrstevnická skupina dítěte. Pokud je působení této skupiny negativní může dojít k rozvoji problémového chování u dítěte (Elliot, J., M. Place, 1998; Vojtová, V., 2010).

Čtvrtou oblast tvoří **rizika spojená se školou**. Škola jako subkultura má také významný vliv na chování a emoční stav dítěte. Negativně dítě ovlivňuje tlak na výkony, nepřiměřené požadavky na dítě, zažívání neúspěchu, užívání nevhodných kázeňských prostředků, ale také negativní klima školy, agrese, šikana (Elliot, J., M. Place, 1998; Vojtová, V., 2010).

Problematikou příčinných vlivů a rizik ve vývoji dítěte, vedoucích k rozvoji poruch osobnosti a chování, se ve svém díle zabývá i Koukolík, F. a J. Drtilová (1996). Vycházejí z epidemiologických studií a vyjmenovávají obdobné rizikové vlivy: psychiatrické onemocnění jednoho z rodičů, alkoholová závislost či kriminalita jednoho z rodičů, bída, nízký sociální status rodiny, pozdní věk rodičů, nízký intelekt rodičů, úmrtí dítěte v rodině, týrání a zneužívání dítěte, časté stěhování, rozvod, těžké tělesné onemocnění v rodině, nechtěnost dítěte, lhostejná a zanedbávající výchova dítěte, nekvalitní škola.

Vystavení dětí riziku a působení rizikových faktorů na dítě ještě nemusí znamenat, že se negativní důsledky těchto vlivů během vývoje projeví. Dítě má schopnost resilience neboli schopnost odolávat nepříznivým okolnostem.

1.3 Resilience u dětí

Teorie resilience v sobě propojuje jak negativní působení na dítě, tedy rizikové faktory zvyšující pravděpodobnost vzniku poruchy chování, tak i pozitivní působení, tedy protektivní faktory, které tuto pravděpodobnost snižují (Presová, J. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012).

Resilienci můžeme chápat jako „*dynamický proces, kterým jedinec dosahuje pozitivní adaptace při vystavení a nepřízni*“ (Šolcová, I., 2009, s. 12-13). Každý jedinec má k dispozici osobnostní rysy související s resiliencí, které můžeme popsat jako

„*odolnost ve smyslu hardiness, odolnost ve smyslu sebeuplatnění, smyslu pro soudržnost*“ (Šolcová, I., 2009, s. 12-13). Resilience má charakter obyčejnosti, vychází z obyčejných, přístupných a běžných faktorů, dopracuje se k ní velká část dětské populace a má celoživotní význam (Šolcová, I., 2009).

Na dítě během jeho života negativně působí celá řada rizik neboli environmentálních stresorů. V rámci adaptace na tyto nepříznivé podmínky negativně působí na dítě zcitlivující či oslabující faktory neboli charakteristiky, které činí dítě zranitelnější při působení rizikových faktorů. Naproti tomu dítěti napomáhají ve zvládnání těchto obtíží faktory protektivní, které oslabují negativní účinek rizikových faktorů, napomáhají tak resilienci, která předpokládá úspěšnou adaptaci. Tyto protektivní faktory můžeme dále rozdělit na faktory kompenzační (umožňují neutralizovat škodlivý vliv prostředí) a faktory z odolňující (získané zkušenosti, zvládnuté stresující situace, napomáhají resilience). Dítě má možnost čerpat protektivní faktory ze tří zdrojů a to z interakce genetických faktorů a faktorů prostředí, dále z kontrolovaného vystavení dítěte nepříznivým okolnostem a dále ze zkušeností se stavy či okolnostmi, které mají za běžných podmínek neutrální charakter (Šolcová, I., 2009).

Podobně jako rizika působící na dítě, můžeme i protektivní faktory rozdělit do čtyř oblastí. První oblastí jsou **protektivní faktory spojené s individualitou dítěte**, tedy vnitřní konstituční charakteristiky dítěte (pozitivní temperament, stabilní neurobiologický systém) a osobnostní charakteristiky dítěte (tolerance k negativním emocím, sebevědomí, pozitivní sebepojetí, smysl pro humor, strategie zvládnání stresu, mravní síla, odhodlání, hodnotový systém, tvárnost a pružnost, dovednost řešení problémů). Významným protektivním faktorem je sociabilita (empatie, prosociální postoje, citová vazba), inteligence a komunikační dovednosti. Významným protektivním faktorem je též dobrý zdravotní stav dítěte (Šolcová, I., 2009). Druhou oblast tvoří **protektivní faktory spojené s rodinou**. K resilienci dětí přispívá kvalitní raná citová vazba, podporující rodina, rodičovská vřelost, povzbuzení, pomoc, soudržnost a péče v rodině, blízký vztah s pečujícím dospělým, víra v dítě, respekt k dítěti, neobviňování, pocit přináležení k rodině, láska. Dítě potřebuje ke svému pozitivnímu vývoji bezpečné zázemí a vazbu na domov, pevnou vazbu na rodiče a také stimulující prostředí. V rodině by měl být také definován jasný režim a pravidla a přesné rozdělení rolí. Souhrnně řečeno je pro dítě z hlediska jeho pozitivního vývoje důležitá fungující rodina, která respektuje dítě jako osobnost a v případě potřeby mu poskytuje emoční i instrumentální podporu (Šolcová, I., 2009; Vojtová, V., 2010). Třetí

oblastí jsou **protektivní faktory spojené s komunitou**. Pro dítě je významný pocit přináležet nejen k rodině ale též ke společnosti, ke komunitě, k vrstevníkům. Komunita dává jedinci jistou životní filozofii, hodnoty, přesvědčení, možnost identifikovat se se skupinou. Zdroji resilience jsou na úrovni komunity také různé zájmové, sportovní a náboženské organizace, které učí děti trávit vhodným způsobem volný čas. Dávají dítěti zažít úspěch, možnost seberealizace, sebeuplatnění, rozvoj kladných schopností a dovedností. Umožňují jedinci tedy rozvíjet jeho pozitivní osobnostní charakteristiky a tím i schopnost resilience (Šolcová, I., 2009). Čtvrtou oblastí jsou **protektivní faktory spojené se školou**. Školu je možné také zařadit na úroveň komunity, ale jako významný zdroj resilience u dětí byla vyčleněna jako samostatná oblast. Škola vybavuje děti kognitivními i sociálními kompetencemi potřebnými pro zvládnání jejich každodenního života. Škola poskytuje dítěti stabilitu a hranice, dává jasná pravidla, řád, jasné uspořádání pozic i stabilitu vztahů. Dítě zde získává nové sociální kontakty, zažívá pocit soudržnosti a přináležetosti. Získává zde prostor k osobnímu rozvoji (Šolcová, I., 2009).

Na základě analýzy několika longitudinálních studií sledujících ohrožené děti definovali obdobné protektivní faktory propůjčující odolnost dětí i Koukolík, F. a J. Drtilová (1996). Tyto faktory rozdělují na vlivy dědičné a vlivy prostředí. Mezi vlivy dědičné řadí autonomii, schopnost spolupracovat a navazovat pozitivní vztahy, vědomí vlastní hodnoty a intelektové schopnosti, energičnost, pracovitost, schopnost kontroly vlastní impulzivity. Vlivy prostředí spojují zejména s výchovou a sociálním prostředím: hluboký citový vztah k jednomu z rodičů, jasná a pevná pravidla v rodině, společné hodnoty, důvěra a otevřenost v rodině, prvorozenectví (Cimrmanová, T., 2009; Koukolík, F., J. Drtilová, 1996).

Podobné definování faktorů podporujících zdraví dítěte a jeho kvalitu života se zabývá i Vaníčková, která zavádí pojem Big-five. Jedná se o soubor vlastností dítěte, které posilují jeho zdraví a tím i kvalitu jeho života ve smyslu vyrovnání se s působícími riziky. Mezi tyto vlastnosti řadí: 1) inteligenci, především pak zvědavost a otevřenost, 2) svědomitost, 3) extroverzi, zejména pak schopnost navazování vztahů, 4) přívětivost, ve smyslu schopnosti říci si o sociální podporu a 5) citovou stabilitu, vyrovnanost a vnitřní jistotu (Vaníčková in Cimrmanová, T., 2009).

Dítě se během svého vývoje setkává s řadou těžkostí a nepříznivých podmínek. Příroda jej však vybavila dispozicí, které mu umožňují vyrovnat se i s těmi nejtěžšími skutečnostmi, zejména dostane-li se mu pomoci (Šolcová, I., 2009). Ungara (in Šolcová,

I., 2007, s. 12): „*Definice resilience obsahuje dvě komponenty: směřování ke zdraví, schopnost dítěte získat zdroje, a současně připravenost rodiny, obce a kultury tyto zdroje poskytnout.*“

1.4 Sociální opora u dětí s poruchami chování

Někteří autoři chápou sociální oporu jako přirozenou součást každodenního života, jejíž potřeba se během vývoje mění. Během života se mění i samotný charakter sociální opory pod vlivem osobnostních, vztahových a situačních faktorů. „*V širším smyslu se sociální oporou rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci*“ (Křivohlavý, J., 2003, s. 94). Speciálně pedagogická literatura pak vnímá sociální oporu jako dynamický proces využívání pomoci sociální opory dítětem během zvládnání náročné životní situace (Křivohlavý, J., 2003; Matochová, J. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012).

Jedinci se širokým a silným systémem zdrojů sociální opory jsou lépe vybaveni ke zvládnání náročných situací. Sociální opora je tedy součástí individuálních zvládacích strategií při náročných životních situacích - funkčních copingových strategií⁵. Významným pojmem spojeným se sociální oporou je vědomí dosažitelnosti sociální opory neboli subjektivní představa o možnostech poskytnutí sociální opory v případě střetu s náročnou situací. Jde tedy o anticipovanou sociální oporu, která vychází z přesvědčení, že má dítě ve svém okolí osoby připravené v případě potřeby mu pomoci. Proti tomu získaná sociální opora je již konkrétní pomoc poskytnutá v případě krizové situace, je založená na konkrétní zkušenosti. Anticipovaná a získaná sociální opora se od sebe mohou ale výrazně lišit (Křivohlavý, J., 2003; Lašek, J., 2011; Matochová, J. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012).

Zdroje sociální opory Křivohlavý, J. (2003) dělí na tři úrovně. Na makroúrovni poskytuje dítěti pomoc celá společnost svým systémem sociální podpory. Zdroji na mezoúrovni jsou sociální skupiny, jichž je dítě členem (náboženská sdružení, zájmové kroužky, spolužáci). Nejvýznamnější je mikroúroveň sociální opory poskytovaná nejbližšími, tedy rodinou, případně nejbližšími přáteli. Široká síť zdrojů sociální opory má vliv nejen na efektivitu zvládnání náročných životních situací, ale má i pozitivní vliv na psychickou pohodu a kvalitu života. Zdroje sociální opory tedy vycházejí nejen z přirozeného systému dítěte, s nimiž má dítě blízký vztah (rodina, přátelé) ale i

⁵ Viz kap. 2.3.2 Coping strategie.

z formálních sítí (učitelé, vychovatelé, státní pomoc), (Křivohlavý, J., 2003; Matochová, J. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012).

Odbornou veřejností akceptovaným a užívaným dělením sociální opory je typologie dle J. House (in Křivohlavý, J., 2003). Instrumentální opora vyjadřuje konkrétní formu pomoci, konkrétní činnosti či věcnou pomoc. Informační opora poskytuje podporu právě nasloucháním nebo podáním potřebné informace z vlastní zkušenosti nebo informace profesionální. Emocionální opora je poskytována prostřednictvím emocionální blízkosti, laskavého jednání, náklonností. Hodnotící opora vychází z efektu sdílení, úcty, posilování kladného sebehodnocení a sebevědomí a schopnosti autoregulace.

Dítě si během svého vývoje a socializace utváří síť sociálních vztahů, tedy zdrojů sociální opory. Pokud dítě získá během svého vývoje pozitivní zkušenosti v rámci působení této sítě, je schopno v případě střetu s problémovou situací, kterou nedokáže řešit samo, vyhledat tuto sociální oporu. Děti s problémovým chováním mají narušené vztahy s druhými lidmi, mají špatné vztahy s rodiči, s vrstevníky, nevytváří se standardní citová vazba. Vzhledem ke svému chování bývají odmítáni a neoblíbení. Během jejich vývoje se jim mnohdy nedostává kladných zdrojů sociální opory (např. chybění pečujícího dospělého v raném věku dítěte, přátelství). Pro získání sociálního zázemí a tím i sociální pomoci se pak obrací k jiným osobám, skupinám, mnohdy i k patologickým (Křivohlavý, J., 2003; Vágnerová, M., 2004). Přitom u dětí s poruchou chování je potřeba pozitivní sociální opory vysoká zejména „*vzhledem k jejich negativnímu citovému ladění a emoční labilitě, kvůli kterým neumějí problémy adekvátně emocionálně zpracovat*“ (Matochová, J. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012, s. 76).

1.5 Teorie attachmentu

Attachment, v české literatuře citové pouto, citové přilnutí, symbiotická vazba či citová vazba, představuje zcela specifický vztah mezi dítětem a pečující osobou, který se utváří v počátečních fázích vývoje dítěte a pokládá základní kámen pro další život, zdravý vývoj dítěte, socializaci a budování dalších mezilidských vztahů. Novodobé hypotézy vychází ze skutečnosti, že citová vazba je procesem, na kterém se podílí reakce pečující osoby, ale i schopnost dítěte projevit své potřeby, utváří se tedy na základě vzájemné interakce. Toto pojetí přináší perspektivní pohled v tom smyslu, že „*primární citová vazba není nezvratná, ale může dojít k její modifikaci vlivem dalších*

dyadických vztahů objevujících se ve vývoji dítěte“ (Linhartová, V. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012, s. 47).

Základy teorie attachmentu⁶ položil britský psychiatr a psychoanalytik J. Bolwby, který svoji teorii založil na výzkumu vzájemného vztahu dětí a matek (1977). Citové přilnutí Bolwby (1969 in Kulísek, P., 2000, s. 406) definuje jako „*trvalé emoční pouto, charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu.*“ V psychologické literatuře je attachment neboli připoutání definováno právě jako ústřední potřeba dítěte vázat se psychicky na blízkou pečující osobu. Základní funkcí utvořené citové vazby je vytvoření pocitů bezpečí a jistoty. Vytvoření tohoto pouta je považováno za zásadní pro socializaci dítěte a jeho zdravý vývoj, dítě si na základě této vazby utváří vzorce chování a zpracovává zkušenosti (Helus, Z., 2007; Kulísek, P., 2000; Linhartová, V. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012). „*Způsoby, jakými jedinec prožívá a reaguje během pozdějšího vývoje především v oblasti citových vztahů, mají kořeny právě v raném dětství*“ (Kulísek, P., 2000, 406). Kvalita rané citové vazby má také výrazný vliv na vývoj emocionální regulaci a schopnost adaptace v průběhu života. „*Dle výzkumu J. Langmaiera a D. Krejčířové má attachment přímý vliv i na utváření sebedůvěry a rozvoj prosociálního chování*“ (Linhartová, V. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012, s. 46).

Řada autorů považuje za významné pro utvoření kvalitní citové vazby již období prenatalního vývoje dítěte. Vedle hormonálních a neurochemických vlivů mají významný podíl i očekávání matky a chtěnost dítěte. V postnatálním období se citová vazba utváří na základě interakce mezi pečující osobou a dítětem. Pro utvoření citové vazby jsou významné reakce pečující osoby na signály dítěte, která tyto signály vnímá, správně je interpretuje, přiměřeně a včas na ně reaguje. Bolwby rozděluje utváření citové vazby na čtyři fáze. Ve fázi před vznikem citové vazby probíhající v prvních týdnech po narození dítěte jsou významné právě citlivé reakce pečující osoby na signály dítěte. V druhé fázi se utvářejí zárodky citové vazby, dítě je již schopno rozlišovat známé tváře od cizích. Třetí fáze neboli vyhraněné citové přilnutí, nazývané též „období strachu z cizince“ je charakterizováno výrazným vyhledáváním přítomnosti matky. V tomto období má separace od matky nejtěžší následky. Poslední fází je období cílesměrného vztahu a partnerství, kdy se již utvořila identita dítěte a dítě se začíná

⁶ Bolwbyho teorie attachmentu koresponduje s teorií psychosociálního vývoje dle Eriksona a jeho pojetím bazální důvěry (srov. Vojtová, V., K. Červenka, 2012; Kulísek, P., 2000). Více viz kap. 2.2.2.1 Teorie psychosociálního vývoje dle Eriksona.

stávat autonomnější, odpoutává se od pečující osoby, potřebu blízkosti matky je schopno odložit (Kulíšek, P., 2000).

M. Ainsworthová na základě svých pozorování interakcí matek a dětí vytvořila techniku na zjišťování kvality citového přilnutí, tzv. Strange Situation Test, kdy je sledováno chování a reagování dítěte při opakované separaci od matky a jeho chování k matce po jejím návratu. Na základě těchto pozorování vytvořila tři typy citového přilnutí:⁷ optimálním typem je 1) jistý typ citového přilnutí, kdy je utvořeno bezpečné a spolehlivé pouto, dítě vyhledává a vyžaduje blízkost matky; 2) úzkostně vyhýbavá, nejistá vazba se objevuje u vztahů kdy matka je sice fyzicky přítomná, ale psychicky a emocionálně méně angažovaná, dítě se vyhýbá kontaktu s matkou; 3) úzkostně vzdorující, odmítavé, nejisté přilnutí - děti mají potřebu přítomnosti matky a zároveň ji odmítají, mají tendenci k maladaptivnímu chování. Poslední typ byl objeven a zařazen až později jde o 4) dezorganizované přilnutí. Jedná se o nejnebezpečnější typ, kdy je vazba výrazně narušena. U dítěte se objevují protichůdné, neobvyklé a bizarní způsoby v chování (agrese, stereotypní pohyby a gesta, ambivalence). Do této kategorie nejčastěji spadají týrané a zneužívané děti, děti traumatizované, děti matek alkoholiček, či depresivních. Typ dezorganizovaného přilnutí se často pojí s agresivním chováním a poruchami chování u dětí (Helus, Z., 2007; Kulíšek, P., 2000; Linhartová, V. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012).

Citové přilnutí se ne vždy vyvíjí optimální cestou a dochází tak k poruchám citového pouta. Příčina poruchy může spočívat v lehkém narušení interakce, absenci pečující osoby, v zanedbávání péče, zneužívání či v týrání dítěte, ale i v separaci dítěte. Dítě s narušenou citovou vazbou během svého života opakovaně selhává v navazování citových vztahů, má nižší schopnost emocionální regulace, nižší schopnost sociální adaptace, objevují se psychické poruchy. U úzkostných, nejistých typů přilnutí (2 až 4) pokračuje úzkostné ladění dítěte i v jeho pozdějším životě. V rámci adaptace na porušenou citovou vazbu se může objevovat lhostejnost, bezstarostnost, náklonnost k cizím osobám, sebepoškozování, nebo naopak výrazná fixace na matku a strach z nového. Dítě se také může jevit a chovat jako předčasně vyspělé. Fraibergová (in Kulíšek, P., 2000) jmenuje tři okruhy problémů objevující se u dětí s poruchou citového pouta. Děti s porušenou citovou vazbou mají 1) sníženou schopnost vázat se na určitou osobu, 2) během vývoje se objevuje opoždění zejména v oblasti jazykového vývoje

⁷ Tato typologie se shoduje s typy přilnutí neboli attachmentových vzorců dle Bowlbyho (Helus, Z., 2007).

a pojmového myšlení, 3) mají sníženou schopnost kontroly zejména agresivních impulsů (Kulíšek, P., 2000; Linhartová, V. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012).

Dítě si prostřednictvím kognitivního zpracování zkušeností se vzájemnou interakcí mezi ním a pečující osobou utváří tzv. model fungování citové vazby. Tento vnitřní model v sobě zahrnuje postoje, očekávání, názory a představy ve vztahu k pečující osobě. Modely mimo jiné zahrnují i „*způsoby interpretace a zpracování informací, očekávání spojená s chováním druhých a v návaznosti na ně také regulaci vlastního chování a emocí*“ (Linhartová, V. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012, s. 51). Dítě si na základě svých vnitřních modelů fungování utváří strategie chování v náročných situacích (coping strategie) a mentální reprezentaci primární osoby (její dostupnost v případě potřeby a ochotu pomoci) a mentální reprezentaci sebe sama, svých možností a kompetencí. Vnitřní modely mají přímý vliv na osobní charakteristiky dítěte a schopnost seberegulace. Citová vazba pokládá mimo jiné základ pro zvládání a emoční regulaci v náročných situacích. Dítě s jistou citovou vazbou využívá efektivní strategie zvládání zátěže, dokáže se obrátit pro pomoc na významnou osobu. Dítě s nejistou vyhybavou citovou vazbou vyjadřuje své city minimálně, nedokáže si říct o sociální oporu, zevně působí klidně a adaptovaně. Dítě s nejistou odmítavou citovou vazbou nápadně vyjadřuje své city, které neumí regulovat. U dětí s dezorganizovanou citovou vazbou je schopnost regulace narušena nebo úplně chybí, objevují se poruchy chování, zejména agresivní projevy, poruchy emocí a adaptace (Linhartová, V. in Vojtová, V., K. Červenka, 2012). Z předchozího vyplývá, že kvalitní raná citová vazba je významná nejen pro socializaci dítěte, ale též pro zvládání náročných situací během jeho vývoje a života.

1.6 Dítě v krizi

Během života dítěte se často vyskytují krizové situace, které mají významný vliv na formování způsobu chování. Těmito významnými činiteli mohou být například smrt rodiče, vážná nemoc sourozence, zneužívání či zanedbávání rodiči. Dle Elliot, J. a M. Place (1998) si dítě pak vytváří specifické emoční reakce a způsoby chování, které následně mohou přetrvávat jako ustálené reakce. Tuto skutečnost potvrzuje i Koukolík, F. a J. Drtilová (1996, s. 156-159): „*duševní poranění během vývoje dítěte mohou vést k nepříznivým následkům, jako jsou opakující se druhy chování, změna postojů k lidem, k budoucnosti, poruchy citového života a zejména k porušenému vývoji osobnosti a chování.*“

Krise dětství má svá specifika zejména ve velmi širokém spektru spouštěčů krize multifaktoriálního charakteru. Situace, které jsou pro dospělého člověka na každodenním pořádku, mohou u dítěte vést k rozvoji krize (Špatenková, N., 2004). Mlčák, Z. (2005) zasazuje precipitory krize především do kontextu problémů dítěte zejména ve vztahu k rodině a škole. Uvádí výčet situací, které mohou vést k rozvoji psychické krize, jsou jimi školní obtíže (nástup do výchovně-vzdělávacích institucí, šikana, konflikty, špatný prospěch), nesplněné touhy a přání, vztah ke spolužákům a vrstevníkům (konflikty, neoblíbenost), nehody a ztráty (úmrť domácího mazlíčka, ztráta věci), vztahy dítěte a rodičů (nepřiměřené požadavky, zanedbávání, týrání a zneužívání dítěte, adopce), vztahy k sourozencům (narození sourozence, žárlivost, konflikty), rodinné problémy (alkoholismus, úmrť člena rodiny, nemoc v rodině, rodinné krize, stěhování), vztahy mezi rodiči (konflikty, nevěra, rozchod či rozvod). Špatenková, N. (2004) tyto náročné situace rozšiřuje o separaci od rodičů, umístění dítěte do ústavního zařízení a přítomnost nevlastního rodiče⁸.

Odlišné jsou též symptomy krize u dětí. Krize se může projevovat ve všech sociálních prostředích, ve kterých se dítě vyskytuje nebo se mohou projevy omezit pouze na specifické prostředí (např. rodina, škola, zájmový kroužek). Děti v krizi jsou v napětí, přecitlivělé, neklidné, urážlivé, uzavírají se do sebe, jsou úzkostné, vystrašené, postupně dochází k rozvoji neurotických poruch. Specifickými projevy, které by měly varovat o možné přítomnosti krize u dětí, jsou např. řečové poruchy (koktavost, mutismus), tiky, pomočování po 4. roku věku dítěte, neurotické návyky (dumláním prstu, trhání vlasů, okusování nehtů), sexuální projevy u dětí (např. masturbace u předškolních dětí), pokusy o sebevraždu, sebepoškozování, poruchy spánku (neklidný spánek, noční děsy), problémy při hře (vyhýbání se hrám), školní selhávání, fobie (ze školy, ze tmy), fantazírování a lhaní, krádeže, afektivní poruchy (agresivita, emocionální dráždivost), časté konflikty, příznaky deprese, psychosomatické projevy (bolesti hlavy, břicha, nechutenství, zvracení, kolapsové stavy, poruchy srdečního rytmu, dechové poruchy), poruchy příjmu potravy, křeče, afektivní záchvaty. Někdy však může krize probíhat také skrytě, kdy je dítě tiché a klidné, paradoxně je však takové chování považováno za žádoucí a ne za projev krize. Jakékoliv odlišné projevy od běžného chování obvyklého u dítěte mohou být projevem prožívání náročné životní situace. Při hodnocení těchto

⁸ Tyto situace korelují s rizikovými faktory v pojetí etopedie jako rizika působících na dítě ve smyslu rozvoje poruchy chování (viz kap. 1.2 Rizika ve vývoji dítěte).

symptomů je třeba přihlížet k věku dítěte a odlišit, které chování je pro daný věk přiměřené a specifické a které je již pro daný věk nespecifické. Je třeba zhodnotit nejen vývojovou fázi dítěte⁹, ale též brát v potaz kontext jeho rodiny (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2004).

Dítě je bezmocné, samo nedokáže objektivně identifikovat a reflektovat situaci, ve které se nachází, proto je důležité sledovat jeho signály a symptomy krize. Těchto symptomů si nemusí všimnout pouze rodič či příbuzný, ale jakákoliv osoba přicházející s dítětem do častějšího kontaktu (učitelé, vychovatelé, lékaři). Rodiče sice představují nejvýznamnější osoby v životě dítěte, problém však nastává v případě, když rodiče neplní svou funkci, sami se nacházejí v krizi, případně jsou sami zdrojem krize dítěte. Vzhledem k pomoci dítěti se zvládnutím krize není důležité jen rozpoznat projevy, ale také dokázat tyto projevy správně interpretovat a zajistit včasnou pomoc. Mnohdy je dítě za projevy krize trestáno a dochází tak ke zvyšování psychické jeho tenze (Špatenková, N., 2004).

1.6.1 Dospívající v krizi

Specifickým obdobím vývoje dítěte vzhledem ke krizi je období jeho dospívání¹⁰, které je považováno samo o sobě za období kritické, jelikož dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech jejích oblastech. Jde o přechod mezi dětstvím a dospíváním, kdy jsou kladeny vysoké požadavky na adaptaci dítěte vzhledem k množství vývojových úkolů, které musí zvládnout. „*Je to období hledání, přehodnocování, v němž musí jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout uspokojivého sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralější formu identity*“ (Vágnerová, M., 2008, s. 321). V období rané adolescence se dítě srovnává s tělesným dospíváním a hormonálními změnami (tj. pubertou), změnou zevnějšku. Dochází ke změnám emočního prožívání ve smyslu kolísavosti emočního ladění, snižuje se frustrační tolerance, objevuje se vztahovačnost, impulzivita, egocentrické zaměření, což vede k častým konfliktům. Dospívající se začíná se separovat od rodičů a na významu nabývá vrstevnická parta, přátelství, objevuje se první zamilovanost. V tomto období také začíná budování vlastní identity a budování vlastní přijatelné

⁹ K zhodnocení vývoje dítěte a aktuálních vývojových krizí daného věku se nejvíce užívá teorie psychosociálního vývoje dle Eriksona (Špatenková, N., 2004). Viz kap. 2.5.2.1. Teorie psychosociálního vývoje dle Eriksona.

¹⁰ Vymezení období adolescence se v psychologické literatuře různí. Pro potřeby diplomové práce bude použito pojetí užívané celosvětově (např. Vágnerová, M., 2008) kde se adolescencí tedy dospíváním rozumí období mezi dětstvím a dospělostí (od 12 do 20 let), (Skorunková, R., 2008).

pozice ve světě. Období pozdní adolescence je obdobím komplexnější psychosociální proměny, dochází k dovršení změn osobnosti i sociální pozice ve světě. Završuje se budování identity, hledání odpovědi na otázku kdo jsem, objevují se snahy o seberealizaci a experimenty, nové zážitky a zkušenosti. Dospívající podrobují kritice svět dospělých, završuje se odpoutání od rodičů, jsou ke svým rodičům kritičtí, dochází tedy k častým konfliktům. Dospívající dokončuje svou přípravu ke společenskému uplatnění v zaměstnání, či se rozhoduje o dalším studiu, hledá partnerský vztah. Všechny tyto úkoly a hledání bývají spojeny s vážnými psychickými krizemi (Skorunková, R., 2008; Vágnerová, M., 2008; Říčan, P., 2006).

Dospívající tedy musí řešit řadu vývojových krizí, úkolů a problémů. Jedná se o sexuální problémy, např. hledání sexuální identity, experimenty, obavy z homosexuality, onanie spojená s pocity viny, antikoncepce, sexuální násilí, sexuální promiskuita, předčasný sexuální styk. Střetává se s erotickými problémy spojenými s odmítnutím, rozchody, neopětovanou zamilovaností. Problémy s budováním vlastní identity a hledání odpovědi na otázku kdo jsem. Objevují se pocity nespokojenosti s vlastním tělem, které mohou vést až k poruchám příjmu potravy. Řeší také potíže v přizpůsobování se požadavkům okolí a z toho plynoucí konflikty, záškoláctví, útoky z domova či jiné sociálně patologické jevy. Mohou řešit problémy s násilím ať z pohledu oběti násilí ze strany dospělých či vrstevníků (šikana) nebo jako samotní agresori a násilníci. Objevují se též krize pramenící z psychopatologie, např. juvenilní schizofrenie, sebepoškozování, sebevraždy. Všechny tyto krize typické pro dané období jsou navíc komplikovány krizemi situačními. Zvládání všech těchto krizí bývá ztíženo výše popsanými změnami, kterými dítě prochází během dospívání (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2004).

Důsledky krize si může dítě nést po celý svůj další život (Špatenková, N., 2004). Zkušenosti ze svého vývoje si přenáší do dalších období a tyto zkušenosti se pak podílejí na jeho dalším rozvoji. Pokud se dítě setká během svého vývoje s nějakými problémy či zvraty mohou se důsledky těchto činitelů projevit až později a ovlivňovat tak život po mnoho dalších let (Elliot, J., M. Place, 1998). V případě nerozpoznání projevů krize, jejich nesprávné interpretace a nezajištění včasné pomoci a intervence může snadno krize u dětí vést k rozvoji poruch chování (Mlčák, Z., 2005).

Shrnutí

Poruchu chování lze definovat z několika hledisek, taktéž klasifikace jsou rozdílné vzhledem k oborům vymezujícím poruchu chování. Vzhledem k možnostem intervence se ukazuje jako nejvhodnější definice Bowera, který definoval poruchu chování na základě jejích charakteristik: neschopností se učit bez jiných zjevných příčin; neschopností navazovat uspokojivé sociální vztahy; nepřiměřeným chováním a emotivními reakcemi v běžných podmínkách; výrazným pocitem neštěstí nebo depresí; tendencí vyvolávat somatické symptomy ve spojení se školními problémy.

Dítě se na své cestě životem setkává s řadou rizik, které vycházejí z jeho osobnosti, z rodinného prostředí, z prostředí školního a ze společnosti a mohou výrazně ovlivnit další vývoj dítěte a zvyšovat pravděpodobnost vzniku poruchy chování. Dítě však není vůči těmto vlivům bezbranné, má k dispozici vlastní zdroje odolnosti neboli resilienci. Resilience má charakter obyčejnosti, vychází z obyčejných, přístupných a běžných faktorů. Podobně jako zdroje rizik vychází i resilience z individuality dítěte, z rodinného, školního, společenského prostředí. Při odolávání vůči negativním vlivům může dítě využít i zdroje sociální opory, která je považována za součást individuálních zvládacích strategií při náročných životních situacích. Jedinci se širokým a silným systémem zdrojů sociální opory jsou lépe vybaveni ke zvládnutí náročných situací. Pokud dítě získá během svého vývoje pozitivní zkušenosti v rámci působení této sítě, je schopno se v případě střetu s problémovou situací, kterou nedokáže řešit samo, vyhledat tuto sociální oporu. Vytvoření kvalitní citové vazby v raném dětství je dalším faktorem pro zvládnutí náročných situací a pro socializaci dítěte. Kvalitní citové připoutání pokládá základní kámen pro další život, zdravý vývoj dítěte, socializaci, budování dalších mezilidských vztahů i zvládnutí náročných životních situací a emoční regulaci.

Dítě se během svého života setkává s velmi širokým spektrem možných spouštěčů krize, to co pro dospělého znamená běžnou součást života, může u dítěte vést k rozvoji krize. Tyto krize mají významný vliv na formování způsobů chování, které mohou přetrvávat. Pokud se dítě setká během svého vývoje s nějakými problémy či zvraty mohou se důsledky těchto činitelů projevit až později a ovlivňovat tak život po mnoho dalších let (Elliot, J., M. Place, 1998).

2 KRIZE

Na pojem krize můžeme nahlížet z mnoha hledisek a užívat jej v různých kontextech. Pojem krize je ve slovníku cizích slov vymezen jako vyvrcholení děje, rozhodující chvíle, nebezpečný stav, obrat ve vývoji, těžká situace, zmatek a potíže (Encyklopedický dům, 1996). Psychologický slovník definuje krizi jako situaci selhání regulativních mechanismů, extrémní psychickou zátěž, nebezpečný stav, životní událost, nebo jako období přechodu mezi vývojovými stádii. Přídavné slovo krizový je zde pak definován jako „*nacházející se v nesnázích, v těžké, rozhodující situaci*“ (Hartl, P., H. Hartlová, 2000, s. 776).

Následující kapitola bude pojednávat o problematice krize z psychosociálního hlediska. V úvodu se zaměří na vymezení pojmu krize a jejího dopadu do socializace dítěte a poruch chování. Dále se zaměří na spouštěče vedoucí ke krizím a vývoj krize dle Caplanova modelu. Podrobněji nastíní nejužívanější typologii krizí dle Baldwina. V závěrečné části se zaměří na přirozené strategie a zdroje vyrovnání se jedince s krizí, na možnosti svépomoci a zdrojů sociální opory jako laické krizové intervence.

2.1 Vymezení krize

Z psychosociálního hlediska je krize chápána jako „*důsledek střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi, eventuelně za pomoci nám blízkých lidí, zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem.*“ (Vymětal in Vodáčková, D., 2002, s. 29). Krize tedy představuje situaci, kterou nejsme schopni řešit pomocí obvyklých strategií zvládnání zátěže (Špatenková, N., 2004a). Krize je přirozenou součástí života jedince, zejména ve fázích vývoje a růstu, je tedy „*normální reakcí na nenormální situaci*“ (Špatenková, N., 2004a, s. 17; Cimrmannová, T., 2013).

Krize sebou přináší negativní emoce a prožitky jako je úzkost, pocit ohrožení identity, pocit nekompetentnosti zacházet se svým životem, pocit bezmoci (Kastová, V., 2000). Vodáčková, D. (2002, s. 29) popisuje krizi jako „*subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem a potenciálem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zrání.*“ Krize tedy představuje výzvu ke změně, šanci k novému prožívání identity, k novému chápání sebe i světa (Kastová, V., 2000). Pokud je krize zvládnuta, dojde k vyvinutí nových adaptačních mechanismů, které pak jedinec může využít k řešení dalších krizových situací (Špatenková, N., 2004a). Jedinec pak získává

pocit kompetentnosti za řízení svého života (Kastová, V., 2000). Nezpracovaná krize může vést k negativním důsledkům, jako je vznik sociálně-patologických jevů nebo propuknutí duševního onemocnění či sebevražedné tendence. (Vymětal, in Cimrmanová, V., 2009).

2.2 Krize jako etiologický faktor poruchy chování

Dítě se během svého vývoje stává společenskou bytostí. Již od jeho raného věku dochází k procesu socializace, tedy k jeho vrůstání do společnosti. Socializace je v podstatě procesem učení, zejména sociálního učení. Výsledkem socializace je jedinec schopný plnit své role a očekávání společnosti. Albert Bandura se své sociálně kognitivní teorii učení zabývá modelem triadického recipročního determinismu. Chování jedince, jeho utváření a vývoj je determinován třemi skupinami faktorů, které na sebe vzájemně působí. Jde o faktory chování (behaviorální), osobnostní (kognitivní a biologické), sociální (vnější prostředí, enviromentální). Bandura také zdůrazňuje skutečnost, že většina lidského chování je utvářena právě individuální zkušeností. Podobně i Říčan, P. (2006, s. 33) v rámci vývojové psychologie uvádí vliv zkušenosti s vlastním jednáním na utváření osobnosti a determinaci dalších činů a jednání touto předchozí zkušeností: „*To, jak jsme se naučili jednat, determinuje naše další činy a jimi se dále formuje naše osobnost.*“ Říčan, P. (2006) se zabývá determinací vývoje osobnosti. Během tohoto vývoje působí na jedince biologické vlivy (neurohormonální systém, dědičnost), vlivy sociální (prostředí, společnost) a vlivy samotné osobnosti, kam řadí právě individuální zkušenost. Oba autoři se tedy shodují v determinaci chování a utváření osobnosti vzájemně působícími vlivy vnitřními i vnějšími, tedy faktory biologickými, sociálními a osobnostními (v neposlední řadě tedy i vlivy zkušenostními), (Janoušek, J., 1992; Říčan, P., 2006; Vojtová, V., 2010)

Socializace jedince neprobíhá vždy harmonicky. Jedinec se pod vlivem výše uvedených působících faktorů ocitá v řadě náročných životních situací, během nichž je třeba docílit adaptace a zvládnutí situace a tím zvýšení odolnosti. Je třeba dosáhnout toho, aby jedinec byl i nadále schopný plnit své role a očekávání ze strany společnosti (Lašek, J., 2011).

Jak již bylo řečeno, vývoj jedince a jeho socializace, tedy i utváření chování je ovlivňováno několika determinanty. Pokud se tyto vzájemně působící determinanty dostanou do rozporu, dochází k rozvoji krize. Krize představuje výzvu, jde o stav, kdy již není možné setrvat v současném stavu a cesta před námi je uzavřená nebo nesnadná.

Během krize je vždy zasažena osobnost jedince. Pokud dojde ke zdárnému zvládnutí krize, objevují se nové kvality (např. vznik nových adaptačních mechanismů, přechod do dalšího vývojového stádia). Pokud však krize zvládnuta není, dochází k poruše socializace, neplnění sociálních rolí, ztrátě normálního kontaktu s realitou, citovému strádání (Říčan, P., 2006). Podobně i Elliot, J. a M. Place, uvádí, že nepříznivé či traumatizující události mohou souviset se vznikem psychického onemocnění v dospívání. Zejména pak krize plynoucí ze ztrát mohou u dětí vést k maladaptivním reakcím (Elliot, J., M. Place, 1998). Nezpracovaná krize tedy může vést ke vzniku sociálně-patologických jevů a projevů v chování (jak bylo řešeno výše, porucha chování představuje odchylku v oblasti socializace), (Vymětal in Cimrmannová, V., 2009; Vágnerová, M., 2004).

2.3 Příčiny krize

Ke vzniku krize může vést řada příčin neboli spouštěčů krize. Renné Thom (in Vodáčková, D., 2002) rozděluje příčiny krizí na vnitřní a vnější. Mezi vnější příčiny krizí řadí ztrátu, změnu a volbu. Ztráta zahrnuje ztrátu něčeho (oblíbené věci, ale i domova, pracovní pozice) nebo někoho (blízké osoby). Jde o dlouhodobé a nevratné odloučení od významného objektu nebo funkce (Špatenková, N., 2004b). Změna vnějších podmínek představuje další významnou příčinu krizí, jedná se např. o změnu zdravotního stavu, rodinného stavu či pracovního místa. Poslední vnější příčinou je volba mezi dvěma stejnými kvalitami (např. mezi dvěma partnery).

Mezi vnitřní příčiny krizí řadí Thom neschopnost jedince vyrovnat se s jednotlivými vývojovými úkoly během života. Druhým vnitřním spouštěčem jsou tzv. náhradní opatření, respektive jejich následná selhání. V případě, že jedinec ke zvládnutí plynulého vývoje využije ne zcela vhodného regulačního mechanismu, vyřeší svou krizi náhradním opatřením pouze dočasně. Ve chvíli, kdy náhradní opatření selže, dochází ke krizi (Vodáčková, D., 2002; Špatenková, N., 2004a).

Příčiny krizí též můžeme rozdělit na spouštěče individuálního charakteru (např. autonehoda, loupež, vážná nemoc, smrt blízké osoby) a spouštěče komunitní (např. požár, povodně, terorismus, kriminalita), (Špatenková, N., 2004a).

K identifikaci spouštěčů krizí, odhadu míry zátěže a míry ohrožení jedince krizí můžeme využít klasifikaci životních událostí Holmese a Rahea – Škála sociální readaptace (Příloha C). Tato klasifikace byla původně vytvořená pro medicínské potřeby v r. 1964. Škála obsahuje 43 zátěžových situací, ke kterým je přiřazen počet

bodů, dle míry jejich ohrožujícího charakteru. Ke zjištění míry ohrožení se provádí součet všech bodů u všech situací prožitých za poslední rok, čímž zjistíme míru stresu působící na jedince. Pokud celkový počet bodů za poslední rok přesahuje hranici 250 bodů, ocitá se organismus již na hranici svých rezerv. DeMause tuto škálu upravil a obohatil ji o dalších sedm životních situací, jež představují možnou příčinu krize. Při použití této škály nesmíme zapomínat, že krize je charakteru subjektivního, jde tedy o to, jakým způsobem jedinec situaci prožívá, jak velkou subjektivní hodnotu situaci přisuzuje, a ne o situaci samotnou (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2004a; Vodáčková, D., 2007). „*Krize je taková situace, kterou klient za krizi považuje*“ (Špatenková, N, 2004a, s. 21).

Při zjišťování a identifikaci příčin a spouštěčů krize nesmíme zapomínat, že krize je ryze subjektivní. Každý z nás má jiné obranné a adaptační mechanismy, jinou míru frustrační tolerance, každý je individualitou. Situace, která u jednoho jedince vyvolá krizi a dezintegraci osobnosti, pro druhého může znamenat běžnou životní situaci zvládnutelnou běžnými adaptačními mechanismy bez vědomé kontroly (Špatenková, N., 2004).

2.4 Caplanův model krize

Gerard Caplan, jeden z nejvýznamnějších teoretiků v oblasti krize, definoval krizi jako střet jedince s neřešitelným problémem, kdy dochází ke zvyšování napětí, objevují se příznaky úzkosti, emocionálního neklidu a neschopnost normálně jednat (Dass-Brailford, P., 2007). Caplanova teorie krize vychází z principu homeostázy a z principů sociálního učení. Dle tohoto modelu má jedinec neustálou tendenci udržovat emoční rovnováhu navzdory působení ohrožujících faktorů, k čemuž využívá společensky ověřené strategie řešení (Mlčák, Z., 2005). Krize tedy představuje dynamický proces, který má své zákonitosti a posloupnost. Tento proces vývoje krize rozfázoval G. Caplan do čtyř po sobě jdoucích stádií:

- 1) V prvním stádiu dochází k mírnému nárůstu napětí a zvýšení úzkosti jako odpověď na vnímanou ohrožující situaci. Dochází k narušení emoční rovnováhy, vzrůstá pocit napětí a úzkosti, jež si jedinec ani nemusí uvědomovat. Trvá krátce a nepozorovaně. Emoční rovnováha může být obnovena zažitými vzorci chování a automatickými vyrovnávacími strategiemi. Pokud k vyrovnání nedojde, krize přechází do druhého stádia.

- 2) Emoční nerovnováha stále narůstá, jedinec si již plně uvědomuje narůstající tenzi a pocity nepohody, zranitelnosti a neschopnosti danou situaci zvládnout. Naučené strategie řešení již nejsou účinné, přesto se jedinec snaží situaci řešit metodou pokus-omyl a tím obnovit emoční rovnováhu. Postupně dochází k narušení běžného denního života.
- 3) Tenze, úzkost a pocity ohrožení stále narůstají. Jedinec se snaží o maximální mobilizaci psychických rezerv. V tomto období je jedinec otevřen pomoci, je schopen si připustit své selhání a neschopnost řešit situaci. Snaží se o inovaci metod řešení a objevují se nové vzorce chování. Pokud však jedinec nenalezne pomoc a nové vzorce chování přechází do čtvrté fáze.
- 4) V posledním stádiu se již jedinec nachází ve stavu psychického ohrožení. Dochází k celkové dezorganizaci a dekompenzaci. Objevují se poruchy chování (např. užívání alkoholu, drog) a psychické změny a poruchy (např. sebevražedné tendence). V této fázi nemá jedinec sílu vyhledávat pomoc, proto je třeba ji aktivně nabízet či jej směřovat k odborné pomoci (Dass-Brailsford, P., 2007; „D“, 2012; Mlčák, Z., 2005; Vodáčková, D., 2002).

2.5 Typologie krizí

Klasifikační systém založený na závažnosti krize vytvořil Baldwin. Baldwin představuje šest tříd krizí, přičemž čím výše se v pořadí krizí jedinec nachází, tím je jeho situace závažnější, zvyšuje se závažnost psychopatologie. S posunem k vyšší třídě se mění i zdroj stresu od vnějšího k vnitřnímu. Dle třídy krize se mění i přístup krizové intervence k jedinci v krizi. Tato typologie je v České republice v současnosti jednou z nejvíce užívaných typologií krizí („D“, 2012).

2.5.1 Situační krize

Zdroje situační krize vychází především z vnějších příčin. Jedná se o situace změny či jejího předvídání (např. rozvod, stěhování, změna v životním rytmu), situace volby (např. rozhodování mezi dvěma partnery, příležitostmi) a situace ztráty nebo její hrozby (např. ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, obava z neúspěchu při zkoušce). Problematická situace, ve které se jedinec nachází, v něm vyvolává pocit tísně a budí dojem neodkladnosti (Špatenková, N., 2004a; Vodáčková, D., 2002). Průběh a závažnost situační krize vychází ze síly příčinného faktoru a z kognitivního zpracování

situace jedincem. Záleží také na osobnostních a environmentálních faktorech (charakteristika rodinného prostředí); (Mlčák, Z., 2005)

Při zvládání situačních krizí je důležitá sociální opora ze strany blízkých osob i ze strany pomáhajících organizací, pracovníků (Mlčák, Z., 2005). U situační krize se krizová intervence zaměřuje především na objasnění spouštěčů krize, poskytnutí informací, vedení a podporu („D“, 2012).

2.5.2 Tranzitorní krize

Tranzitorní neboli přechodová krize vychází z očekávaných, předvídatelných životních změn. Jedná se o překážky dané vývojovými nároky v rámci vývoje jedince (např. puberta, adolescence) nebo vývoje rodiny (např. sňatek, narození prvního dítěte). Jedinec se na tyto očekávané situace může připravit, ale nemusí nad nimi mít kontrolu (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2004a; Vodáčková, D., 2002). Situace vedoucí k tranzitorní krizi obsahují prvek změny, který vyžaduje adaptaci. Konkrétní příklady těchto životních změn, které mohou vést ke vzniku krize, uvádí Mlčák, Z. (2005). Jsou jimi např. nástup dítěte do školy, školní nesnáze, pubescence, adolescentní krize, konflikty s rodiči, problémy s vrstevníky, rozchody, změna školy, sňatek, narození prvního dítěte, odchod dětí z domu, stárnutí.

Základní přechodovou krizí je přechod z dětství do dospělosti nazývaný také jako adolescentní moratorium, kdy dítě ještě není dospělým a svůj přechod do dospělosti odkládá. Problémem u přechodových krizí je často chybění jasných přechodových rituálů, které umožňují jedinci nalézt uspokojení v novém společenském postavení (Baštecká, B., 2013).

Krizová intervence se při tranzitorních krizích zaměřuje především na orientaci, porozumění a zvládnutí vývojového úkolu a změny, hledání alternativ řešení situace (Špatenková, N., 2004a).

2.5.2.1 Teorie psychosociálního vývoje dle Eriksona

Během svého života jedinec prochází na sebe navazujícími různě dlouhými vývojovými fázemi, během nichž dochází k charakteristickým změnám. Přechod z jedné do druhé fáze však nemusí být vždy plynulý, může docházet k tzv. vývojovým krizím. Vývojové krize představují napětí mezi původní fází vývoje a další fází vývoje, které má jedinec dosáhnout (Vágnerová, M., 2008).

K. H. Erikson rozdělil ontogenetický vývoj jedince na osm stádií – Osm věků člověka. Každé stádium vývoje má svůj cíl, kterého má jedinec dosáhnout. Aby dosáhnul svého cíle a postoupil do vyššího stádia, musí vyřešit specifický úkol pro dané vývojové stádium. Pokud je v tomto snažení neúspěšný, dochází k poruchám socializace a může dojít až k hlubokým vývojovým krizím. Úspěšné zvládnutí těchto vývojových úkolů však nezáleží pouze na jedinci samotném, ale také na podmínkách jeho prostředí. Významnou roli hraje prostředí, ve kterém jedinec žije a pomoc blízkých osob především v raném dětství jelikož právě v období do tří až pěti let je položen základ vývojových otázek potřebných pro další vývoj.

Každé stádium vývoje dle Eriksona je vyjádřeno psychosociálním konfliktem, který musí jedinec postupně během vývoje vyřešit, jedná se o konflikt:

1) základní důvěry proti základní nedůvěře;

Úkolem prvního vývojového období dítěte od narození do jednoho roku je získání základní důvěry ve svět, získání pocitu bezpečí a jistoty. Získání této důvěry se děje prostřednictvím kvalitního emočního vztahu s matkou. Kvalita primárního důvěrného vztahu má výrazný vliv na emoční prožívání dítěte a na rozvoj sociální adaptability.¹¹ Utváří se tak základní postoj dítěte ke světu.

2) autonomie proti studu a pochybám;

Toto období můžeme nazvat také fází první emancipace dítěte, odpovídá věku od jednoho roku do tří let. Cílem je dosažení základní důvěry v sebe sama, ve své schopnosti, pocitu jistoty a rozvoj sebevědomí. Dítě se snaží být nezávislé a autonomní a učí se vyrovnávat s pochybnostmi o své osobě a pocitu studu. Vymezuje se v chování především vůči rodičům. Pokud se během snah o osamostatnění setká s nepříjemnými zkušenostmi, ztrácí sebedůvěru.

3) iniciativy proti vině;

Základním úkolem období od tří do šesti let je naučit se přijímat odpovědnost za své chování. Dítě má silnou potřebu aktivity, učí se normám a pravidlům chování, v případě nežádoucího chování se objevují pocity viny. Pokládají se tak první základy svědomí dítěte. Pokud je svědomí příliš silné, dochází k omezení iniciativy dítěte. Pokud je příliš slabé či chybějící může docházet k poruchám zařazení dítěte do společnosti.

¹¹ Více informací viz kapitola 1.3 Teorie attachmentu.

4) příčinnosti proti méněcennosti;

Období čtvrté odpovídá školním věku, čili od šesti do dvanácti let. Ve školním věku dítě usiluje o dosažení úspěchu, o své uplatnění a prosazení se. Úkolem období je tedy osvojit si úspěšnost v činnostech a v dosahování svých cílů. Vztah k sobě si dítě rozvíjí na základě svého výkonu a vnějšího hodnocení druhými lidmi. Velkou roli v tomto období tedy hraje školní zkušenost, jež významně ovlivňuje vývoj osobnosti dítěte, především jeho sebehodnocení. V případě nezvládnutí tohoto období se objevují pocity méněcennosti a neschopnosti, dítě si utváří nízké sebehodnocení. Na druhou stranu v sobě dítě může vypracovat pocit, že vše je měřeno pouze výkonem.

5) identity proti zmatení rolí;

Během dospívání (od 12 do 20 let) dochází k hledání identity, významně se rozvíjí a mění sebepojetí člověka. Dospívající se snaží o vymezení, o získání odpovědí na existenciální otázky typu „kdo a proč jsem“, „jaký je smysl mého života“, „kam patřím“. Úkolem dospívajícího je tedy nalezení vlastní identity a smyslu života. *„Nezvládnutí tohoto vývojového úkolu vede k pocitům nejistoty o své vlastní roli mezi lidmi“* (Skorunková, R., 2008, s. 18).

6) intimity proti osamělosti;

Úkolem období od 20 do 25 let je vytvoření párové identity, tedy vytvoření intimního vztahu s druhou osobou. V případě vybudování pevné osobní identity je člověk schopen vztahu, důvěry a s tím spojené intimity. Naopak, není-li jedinec ochoten vzdát se vlastní svobody a identity, dochází k izolaci a v dalším životě se vyhýbá jakýmkoliv intimním a emočně důvěrným vztahům.

7) generativity proti stagnaci;

Období od 25 do 50 let je produktivním obdobím, kdy by měl člověk něco vytvořit (ve smyslu plození, výchovy dětí či vykonávání jiných činností prospěšných pro druhé).

8) integrity proti zoufalství;

Úkolem poslední fáze života dospět k integritě a k získání pocitu smysluplnosti prožitého života (Mlčák, Z., 2005; Skorunková, R., 2008; Vágnerová, M., 2008; Vodáčková, D., 2002).

2.5.3 Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresu

Krize traumatické jsou způsobeny extrémně silným vnějším faktorem nebo dlouhotrvající stresující situací. Tyto situace vznikají náhle, nepředvídatelně a jedinec nad nimi nemá žádnou kontrolu. Přesahují běžnou lidskou zkušenost a mají výrazný

vliv na psychický stav jedince. U jedince se objevují znaky psychického traumatu - zažívá pocity ohrožení jeho tělesné i psychické integrity a ohrožení vlastního života. Vyrovňovací strategie jsou zcela ochromeny a jedinec se cítí bezmocný, zažívá pocit ztráty moci a vlivu nad situací. Jedná se například o situace znásilnění, týrání, autonehodu, náhlé úmrtí blízké osoby, šikana, přírodní a společenské katastrofy, války, hromadná neštěstí, ale také rozvod provázený častými hádkami a agresivními scénami.

Fyziologické změny, změny v prožívání a v chování, které se objevují u jedince po působení mocného traumatizujícího stresoru (maximálně do dvou až tří dnů po prožití situace), můžeme shrnout pod pojem akutní reakce na stres (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2004a; Vodáčková, D., 2002).

2.5.3.1 Akutní reakce na stres

Aby organismus zachoval svou integritu a zdraví, objevují se v náročných situacích obranné a ochranné reakce organismu. Tyto reakce se objevují ihned po působení traumatické události nebo po dvou až třech dnech. Rozlišujeme dva typy reakce, jde o reakci aktivního charakteru tedy o útok či útěk, méně často jde o reakci charakteru pasivního, nazýváme ji též „mrtvý brouk“ (např. mdloby či disociace od svých myšlenek a emocí).

V případě obranné reakce aktivního charakteru je aktivován nervus sympatikus, který vyvolává celkové zrychlení organismu i chování, objevují se příznaky jako svalové napětí, zrudnutí, pocení, zrychlené fyziologické funkce, psychomotorický neklid, zvýraznění emocí zejména zlosti a smutku, třes, nesoustředěnost, potíže s komunikací, agresivní či autoagresivní tendence a chování.

Nervus parasympatikus je aktivován u obranné reakce charakteru pasivního. Aktivace parasympatiku u jedince způsobí celkové zpomalení fyziologických funkcí i chování. Objevuje se strnulost, zblednutí, nevýrazná mimika, nulové prožívání či projevy emocí, snížená percepce těla, prožitky derealizace a depersonalizace, snížená schopnost chápání verbálních sdělení (Vodáčková, D., 2002).

Opožděná či protrahovaná reakce objevující se měsíce až roky po prožití traumatizující události se nazývá posttraumatická stresová porucha (Vodáčková, D., 2002).

2.5.3.2 Posttraumatická stresová porucha

Jak již bylo uvedeno, jedná se o opožděnou reakci na traumatizující událost, která se projevuje na úrovni emoční, sociální a fyzické. U jedince se objevuje nutkavé znovuprožívání traumatické události ve snech, v myšlenkách, ve velmi živých představách, prožívá intenzivní úzkost. Tyto nutkavé představy se nedají potlačit. Jedinec se snaží těmto myšlenkám a pocitům vyhýbat různými cestami, např. vyhýbá se určitým místům, objevuje se otupělost, ztráta zájmu o oblíbené aktivity, emoční oploštělost, pocity depersonalizace a derealizace. Ztrácí chuť do života, ztrácí smysl života, nemá zájem o své sociální okolí, objevují se sebevražedné myšlenky. Velmi častým příznakem je také celková dráždivost, jelikož stále prožívá ohrožení, objevuje se psychomotorický neklid, nesoustředěnost, sklon k agresivním reakcím, zvýšená lekavost, změny nálady. Na fyziologické úrovni se projevuje zrychlení fyziologických funkcí, často dochází také k somatizaci nevyjádřených emocí a trvalého tělesného napětí, které se projeví jako bolesti v různých částech těla či rozličné tělesné obtíže a výraznou únavou (Mlčák, Z., 2005; Vodáčková, D., 2002).

Krizová intervence u krizí pramenících z náhlého traumatizujícího stresu se zaměřuje na navození příznivé atmosféry a bezpečného rámce k provedení klienta přes šokovou reakci a umožnit mu emoční prožívání a autentické vyjádření pozitivních i negativních pocitů, ventilaci emocí. Napomáhá klientovi v hledání nových metod k vyrovnání se s prožitou situací a se změnami, které přinesla. Poskytuje mobilizaci a podporu (Špatenková, N., 2004a; Vodáčková, D., 2002).

2.5.4 Krize zrání¹²

Krize zrání neboli krize vývojové vyplývají z vnitřních zdrojů, tedy z psychodynamiky jedince. Jedinec selhává v mezilidských vztazích, které jsou důležité pro jeho další vývoj a ve snaze dosáhnout citové zralosti. Toto selhání může mít původ v nezvládnutých základních vývojových úkolech z předchozích vývojových období. Jde o případy, kdy vývojové úkoly¹³ nebyly zvládnuty, nebo byly řešeny náhradním opatřením¹⁴. Objevují se tedy zejména tam, kde nebyla zvládnuta krize tranzitorní¹⁵.

¹² Mnoho autorů spojuje krize zrání s krizemi tranzitorními (např. Vodáčková, D., 2002; Mlčák, Z., 2005). Přičemž krize tranzitorní pramení z očekávaných životních změn a příčiny jsou spíše vnější. Krize zrání neboli vývojové naopak pramení spíše ze zdrojů vnitřních, především z psychodynamiky jedince a objevují se tam, kde nebyla zvládnuta krize tranzitorní. Krize zrání neboli vývojové také mohou mít přesah do krizí pramenících z psychopatologie (Vodáčková, D., 2002).

¹³ Viz kap. 2.5.2.1 Teorie psychosociálního vývoje dle Eriksona.

¹⁴ Viz kap. 2.1.1 Příčiny krize.

Jedná se o témata jako je jistota, bezpečí, důvěra, závislost, moc, hodnotové konflikty, intimita, partnerství, sexuální identita, partnerství, gravidita, žárlivost, láska, apod. Krize zrání se pak projevují např. opakovanými nevhodnými partnerskými vztahy, častou nevěrou, incesty, zneužíváním dětí. Vodáčková, D. (2002, s. 36) v krizi zrání vidí také pozitivní prvek v tom, že se jedinec snaží řešit úkoly, které nevyřešil či řešil dočasným způsobem a „*dorovnává se tak do přirozeného toku života.*“

Krizová intervence se snaží vést klienta k přijmutí vývojového úkolu jako výzvy, k jeho pochopení a porozumění. Pomoci klientovi rozvíjet vhodné vyrovnávací strategie, budovat svou vlastní identitu, mobilizovat možnosti využití sociální opory z přirozených zdrojů. Mnohdy je však třeba pokračovat v práci na nevyřešených vývojových otázkách formou psychoterapie (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2004a; Vodáčková, D., 2002).

2.5.5 Krize pramenící z psychopatologie

Vznikají na podkladě psychických zvláštností či poruch, vyplývají tedy ze zdrojů vnitřních. Mohou mít podklad v nedořešených vývojových otázkách či řešených náhradním opatřením, lze tedy říci, že jsou kontinuem krizí zrání. Tyto psychické zvláštnosti či poruchy mohou samy o sobě krizi urychlovat nebo výrazně ztěžovat a komplikovat její řešení. Mezi psychické zvláštnosti a poruchy řadíme osobnostní, neurotické, charakterové, či psychotické poruchy, ale také závislosti na návykových látkách, deprese a neorganické psychózy.

Krizová intervence se zaměřuje především na aktuální problém, zpřehlednění situace pro klienta a zapojení rodinného systému a tím stabilizovat klienta a obnovit jeho fungování. Po odeznění akutní fáze je doporučováno odkázání klienta na dlouhodobou léčbu v péči psychiatra či psychoterapeuta (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2004a; Vodáčková, D., 2002).

2.5.6 Krize psychiatrické neodkladnosti

Krize psychiatrické neodkladnosti neboli neodkladné krizové stavy jsou vyvolány situacemi s vysokým potenciálem naléhavosti, které mohou vznikat na podkladě psychiatrického onemocnění. Jedinec nad sebou ztrácí kontrolu a přestává být odpovědný za své jednání. Do této skupiny krizí se řadí akutní psychotické stavy, intoxikace návykovými látkami, sebevražedné chování, vražedné chování,

¹⁵ Viz kap. 2.2.2 Tranzitorní krize.

nekontrolovatelná agrese, panická úzkost, disociativní stavy jako je ztráta vědomí. Dále také akutní stresové reakce spojené s extrémním vypětím a různé typy dezorganizovaného chování.

V rámci krizové intervence je třeba jednat rychle. Významné a zároveň náročné je navázání kontaktu s klientem a jeho získání ke spolupráci, klást důraz na stabilizaci klienta a snížit jeho bezprostřední ohrožení. Po odeznění akutního stavu ohrožení nabídnout následnou péči dle potřeb jedince (Špatenková, N., 2004; Vodáčková, D., 2002).

2.6 Přírozené strategie a zdroje zvládnání krize

Průběh zvládnání krize můžeme připodobnit k modelu Elizabeth Kübler-Rossové známého jako pět fází umírání nebo pět fází smutku. Pro potřeby krizové intervence jde o pět fází, během nichž se jedinec adaptuje na vzniklou krizi. Jednotlivé fáze na sebe nemusí přesně navazovat, nemusí být ani prožity všechny. První fází je šok z nastalé situace, který poté přechází do popírání vzniklé situace. Následuje fáze hněvu a agrese, jedinec je zmatený, plný hněvu, poté nastává fáze deprese. Cílem a vyvrcholením celého procesu je pak poslední fáze, fáze akceptace a smíření se s náročnou situací (Špatenková, N., 2004a; Vodáčková, D., 2002).

Během života si jedinec prostřednictvím procesu učení vytváří škálu vyrovnávacích strategií užívaných ke zvládnání stresových situací a krizí. V případě situace krize pak využívá k jejímu řešení právě osvědčené postupy z minulosti, nebo zkouší nové a tím si dále rozšiřuje svůj repertoár vyrovnávacích strategií. V procesu zvládnání krize je v počátečních fázích významná právě svépomoc. Jak již bylo řečeno, krize je ryze individuálního charakteru. Vyrovnání se s krizí tedy záleží na individuálních vlastnostech, předchozích zkušenostech, vědomostech, dovednostech a schopnostech. Důležitou roli při vyrovnání se s krizí hraje také pomoc sociálního prostředí tedy sociální opora (Špatenková, N., 2004a; Vodáčková, D., 2002).

I když je krize individuálního charakteru je možné popsat jisté determinanty (dle Špatenkové, N.), nebo tzv. moderátory (dle Mlčáka, Z.) ovlivňující vznik krize, její průběh i způsob zvládnání krize. Jsou jimi věk (existují krize typické pro určitý věk např. adolescentní krize) a pohlaví (ženy jsou otevřenější a emotivnější na rozdíl od mužů, kteří jsou tak více náchylnější k závislostem a sebevraždám). Špatný zdravotní stav ovlivňuje psychickou rovnováhu a možnost rozvoje krize. Významné jsou osobnostní rysy – charakter, temperament, extroverze, introverze, míra neuroticismu

a impulzivitu. Vliv na vyrovnání se s krizí mají i dřívější nevyřešené krize, které oslabují schopnost řešit další krize, taktéž spolupůsobení sekundárních krizí působí negativně na průběh krize. Významným zdrojem k vyrovnání se s krizí je také náboženské přesvědčení a v neposlední řadě naděje. Posledním uváděným determinantem je schopnost zvládat náročné životní situace, kam řadíme obranné a vyrovnávací strategie (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2004a).

2. 6. 1 Obranné mechanismy

Základní dvě vrozené a vývojově nejstarší reakce organismu na zátěž, jejichž cílem je udržení nebo obnovení psychické rovnováhy, jsou útok a únik. Tyto reakce vznikají na základě určité části vegetativního nervového systému - sympatiku nebo parasympatiku a představují tak stabilní dispozice jedince reagovat určitým způsobem.

Útok je aktivní variantou obranné reakce a vyplývá z aktivace sympatiku. Objevují se aktivní tendence bojovat přímo se zdrojem ohrožení nebo s náhradním objektem, nebo může být agrese obrácena i vůči sobě samému (sebeobviňování, sebevraždy). Útok může mít řadu projevů od verbální agrese, až po agresi fyzickou. Socializovanou formou útočného chování je asertivní chování neboli jít si za svým cílem v rámci platných norem.

Únik představuje tendenci utéct ze situace fakticky, symbolicky, prostřednictvím fantazií, únik do nemoci, k droze, alkoholu, přenesení odpovědnosti na jiného, rezignace na uspokojení, nebo úplný únik ze života prostřednictvím sebevraždy (Špatenková, N., 2004a; Vágnerová, M., 2004; Vodáčková, D., 2002).

Další ne zcela uvědomované obranné reakce jsou například:

- **Represe** prožité situace s cílem udržení psychické rovnováhy z vědomí do nevědomí. Jedinec vytěšňuje komplexně celou prožitou situaci, myšlenky, vzpomínky i pocity.
- **Suprese** představuje záměrné a úmyslné potlačování vzpomínek stranou což často naopak způsobuje častější myšlenky na prožitou situaci.
- **Regrese** je návrat do ranější fáze ontogenetického vývoje a tím návrat k raným vývojovým vzorcům chování. Představuje pouze dočasné řešení situace. Jedinec se stává nesamostatným a potřebuje tak pomoc od jeho sociálního prostředí.
- **Fantazie** umožňuje nahradit nesnesitelné zážitky jinými nereálnými zážitky. U dětí se projevuje jako bájevá lhavost, dítě si tak vytváří příběhy, prostřednictvím nichž se vyrovnává a kompenzuje si své nedostatky a problémy.

- **Popírání** znamená odmítnutí reality. Jedinec akceptuje pouze ty informace, které neohrožují jeho psychickou rovnováhu.
- **Racionalizací** si jedinec uspokojivě vysvětlí prožitou situaci prostřednictvím zdánlivě logického přehodnocení této situace nebo logickým opodstatněním jindy nerozumného chování, např. útěku od nehody.
- Prostřednictvím **identifikace** s jinou osobou si jedinec zvyšuje svou hodnotu, posiluje sebevědomí a tím i možnosti vyrovnání se s krizí. Tato identifikace však nemusí být vždy pozitivního charakteru, pokud je zvolen nesprávný vzor (např. únik k drogám, alkoholu, agrese).
- **Sublimace** představuje zvolení jiného sociálně přijatelného způsobu dosažení uspokojení potřeby.
- **Substituce** neboli nahrazení nedosažitelného cíle cílem dosažitelným, který však nemusí být sociálně přijatelný. Dochází tak alespoň ke snížení pocitu tísně, ale ne k jejich úplnému odstranění.
- **Projekce** představuje promítání vlastních obav, názorů, jednání a chyb do druhých lidí.
- **Rezignace** na dosažení svého cíle, který se zdá být nedosažitelný.
- **Izolace** psychického zážitku od jeho citového doprovodu.

Jak již bylo uvedeno výše, tyto obranné reakce nejsou plně uvědomované a liší se mírou jejich účinnosti v rámci vyrovnání se a zvládnutí krize. Některé z nich jsou méně zralé a účinné (např. projekce, popření), některá vedou pouze k vytvoření náhradního opatření (např. regrese), jiné jsou považovány za zralé a účinné (např. sublimace). (Špatenková, N., 2004a; Vágnerová, M., 2004; Vodáčková, D., 2002).

Plně uvědomované vyrovnávací strategie, jež jedinec užívá k vyrovnání se s krizí, se nazývají souhrnně coping strategie.

2. 6. 2 Coping strategie

Coping neboli zvládnání zátěže „*vychází ze snahy porozumět požadavkům života a vědomě na ně reagovat. Copingové strategie se utvářejí od raného dětství a upevňují se sociálním učením*“ (Cimrmannová, T., 2013, s. 22).

V odborné literatuře se setkáme nejčastěji se dvěma základními copingovými strategiemi dle Lazaruse a Folkmanové. Jde o copingovou strategii zaměřenou na sebe a copingovou strategii zaměřenou na problém. Cílem **strategie zaměřené na sebe** je

udržet psychickou pohodu a rovnováhu jedince. Jelikož se problém zdá neřešitelný, volí jedinec změnu postoje a vytvoření nové interpretace tohoto problému, např. smíření se s problémem. Jedinec se soustřeďuje na své emoce, může volit různé únikové strategie. Cílem **strategie jedince zaměřené na problém** je situaci řešit prostřednictvím svého působení na prostředí. Jedinec usiluje o definování problému, hledání alternativ řešení a jeho samostatné řešení, vyhledává pomoc či podporu svého jednání.

Vhodnou copingovou strategií jedinec volí na základě svých předchozích zkušeností, efektivnosti dříve užitých strategie, na základě posouzení nastalé situace a vědomého zhodnocení vlastních možností. Často je užívána kombinace obou typů copingových strategií (Cimrmannová, T., 2013; Špatenková, N., 2004a).

Výčet konkrétních efektivních a neefektivních copingových strategií uvádí například Caplan (in Špatenková, N., 2004a, s. 37). Mezi efektivní copingové strategie zahrnuje:

- *„aktivní přístup k realitě;*
- *ventilaci emocí;*
- *aktivní hledání pomoci;*
- *strukturalizaci problémové situace a její řešení po jednotlivých krocích;*
- *schopnost včasného rozpoznání příznaků únavy a dezorganizace s cílem udržet každodenní aktivitu;*
- *schopnost vyrovnání se s vlastními pocity a jejich akceptace;*
- *pružnost a ochotu změnit se;*
- *sebedůvěru a důvěru k druhým;*
- *naději.“*

Neefektivní copingové strategie jsou opakem strategií efektivních: odmítání problémové situace, potlačování emocí, dezorganizace každodenních činností, neschopnost sebeovládání a ovládání emocí, nehledání pomoci, pocit deprimace¹⁶.

Vodáčková, D. (2002, s. 48-53) uvádí obdobný, podrobněji popsany a rozsáhlejší výčet efektivních vyrovnávacích strategií, které je třeba podporovat a rozvíjet:

- 1) *„kontakt s pocity, schopnost ulevit si pláčem a hněvem, zorientovat se v ambivalentních pocitech, respektovat emoce druhých.*
- 2) *schopnost sdílet a sdělovat s druhými;*

¹⁶ Deprimace – „pocit stísněné nálady zpravidla z vnějších příčin“ (Hartl, P., H. Hartlová, 2000, s. 107).

- 3) *dobrý kontakt s tělem neboli schopnost vnímat své tělesné signály, umět využít možnosti psychohygieny;*
- 4) *kontakt s vlastními potřebami;*
- 5) *vědomí vlastních hranic;*
- 6) *orientace v situaci s využitím dostupných prostředků a informací;*
- 7) *schopnost využít vlastní starší zkušenosti a dovednosti (potřebné jsou jak zkušenosti negativní, tak zkušenosti pozitivní);*
- 8) *schopnost využít existence a zkušenosti blízkých lidí;*
- 9) *schopnost využít potenciálu přirozené komunity, využití zájmových skupin, církevních či jiných společenství;*
- 10) *schopnost využít vzorců kolektivního chování, především společenských rituálů (např. svatba, pohřeb, křtiny);*
- 11) *inspirace literárními příběhy;*
- 12) *otevřenost neobvyklým tvořivým řešením, zapojení fantazie;*
- 13) *víra a naděje ve zlepšení a v budoucnost.“*

Jak již bylo několikrát zmíněno, krize je ryze subjektivního charakteru a vyrovnání se s krizí záleží na individuálních vlastnostech, schopnostech a dovednostech jedince. Velkou roli však při zvládání krize (jak vyplývá i z předchozích efektivních copingových strategií) hraje sociální prostředí jedince, tedy dostupná sociální opora.

Současná literatura považuje vnímání dostupnosti sociální opory (dokonce i jednoho spolehlivého zdroje) za významný faktor a součást vyrovnávacích strategií, tedy copingových mechanismů. Vědomím dosažitelnosti pomoci ze strany druhých se mění náhled jedince na situaci a snižuje se tak napětí (Cohen, S., 2004).

2. 6. 3 Sociální opora jako zdroj laické krizové intervence

Sociální opora v rámci zvládání krize představuje pomoc ze strany blízkých osob, ale též pomoc institucí. V tomto pojetí je sociální opora vnímána jako nárazník, kdy je úkolem sociální opory tlumit negativní dopad působení stresoru svými různými nástroji (funkcemi). Sociální opora má pozitivní vliv na psychický stav jedince, na snížení stresu a napomáhá tak ke zvládání krizových situací. Má funkci emocionální opory, umožňuje jedinci ventilaci jeho emocí a problémů a tím jedince motivuje k řešení krize, zvyšuje jeho sebedůvěru, ukazuje jiný možný pohled na krizovou situaci. Instrumentální funkce sociální opory představuje poskytnutí materiální, praktické či finanční podpory

jedinci a pomoci mu tak řešit praktické problémy. Poskytnutím rady, informací a doporučení nebo konkrétních pokynů při řešení situace poskytuje sociální okolí jedinci informační oporu potřebnou k efektivnímu zvládnutí jeho situace (Špatenková, N., 2004a; Křivohlavý, J., 2003; Cohen, S., 2004). Významná je pro jedince též opora poskytovaná sociálním společenstvím zejména pocit sounáležitosti jedince se skupinou. Jedinec v rámci zvládnání krize také potřebuje zpětnou vazbu na svůj pohled na svou situaci na jeho chování a způsoby řešení krize což mu poskytuje pocit normality jeho pocitů a pocity akceptace ze strany společenství (Špatenková, N., 2004a).

Laická krizová pomoc je součástí svépomoci. Pokud jedinci selžou jeho vlastní vyrovnávací strategie, často se obrací s žádostí o pomoc právě na své blízké. Každý laik může jedinci pomoci s vyrovnáním se s krizí tím, že ho trpělivě vyslechne, dá najevo porozumění, umožní mu ventilaci jeho emocí, promyslí s ním společně další možnosti řešení jeho situace, případně napomůže dalším krokům v řešení jeho situace. Zdrojem sociální opory při zvládnání krize a zároveň tedy zdrojem laické krizové pomoci mohou být vedle blízkých osob také pedagogové. Mnohdy pedagog může být zdrojem první pomoci v krizi a na jeho přístupu může záviset i další odhodlání dítěte svou situaci řešit. Cílem pomoci by mělo být dítě stabilizovat, uklidnit a nasměrovat ho k dalším možnostem řešení, např. k odborné pomoci. Pedagog by měl být schopen dítěti naslouchat a být empatický (Lazarová, B., 2002).

Pomoc blízké osoby má v rámci zvládnání krize nezastupitelný význam. Je však vždy třeba zvažovat své kompetence a možnosti a zejména hranice možné pomoci a případně zavčas využít pomoci odborníka (Vodáčková, D., 2002).

Shrnutí

Vývoj jedince a jeho chování je ovlivňováno faktory vnějšími a vnitřními - behaviorálními, kognitivními, biologickými a enviromentálními. Pokud se tyto vzájemně působící faktory dostanou do rozporu, dochází k rozvoji krize, při které je zasažena celá osobnost jedince. Pokud je krize zdárně zvládnuta, objevují se nové schopnosti a dovednosti, pokud však krize zvládnuta není, může docházet k poruchám socializace a neplnění sociálních rolí či vést k rozvoji maladaptivního chování.

Krize představuje situaci, kterou nejsme schopni zvládnout vlastními silami v přijatelném čase. Je normální součástí našeho života zejména během vývoje a růstu. Krize nemá jen negativní charakteristiky, ale představuje také šanci ke změně vlastní identity i náhledu na svět. Ke vzniku krize mohou vést příčiny vnější – změna, ztráta,

volba a příčiny vnitřní vycházející z neschopnosti jedince vyrovnat se s jednotlivými vývojovými úkoly během života.

Krize je ryze subjektivního charakteru, zda se situace stane spouštěčem krize, záleží na našem hodnocení a prožívání dané situace. Situaci, kterou hodnotíme, jako krizovou, může pro jiného znamenat běžnou životní situaci.

Krize můžeme třídit dle klasifikačního systému Baldwina. Tento klasifikační systém zahrnuje šest tříd – krize situační, krize tranzitorní, krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresu, krize zrání, krize pramenící z psychopatologie a krize psychiatrické neodkladnosti. Společně s rostoucí třídou roste závažnost krize, zdroj přechází od vnějšího k vnitřnímu a mění se též přístup krizového intervanta.

Zvládání, průběh a vyrovnání se s krizí záleží na naší individualitě, na vlastnostech, předchozích zkušenostech, vědomostech, schopnostech a dovednostech, ale také na dostupnosti a možnostech využití přirozené sociální opory. „Právě svépomoc a vzájemná pomoc jsou nejčastějšími reakcemi na mimořádnou událost“ (Baštěcká, B., 2013, s. 166).

Je třeba však nezapomínat, že možnosti svépomoci a laické krizové pomoci nejsou neomezené a v některých situacích je třeba využít odborné pomoci, tedy pomoci v rámci odborné krizové intervence či psychoterapie případně jiných odborníků.

3 ODBORNÁ KRIZOVÁ INTERVENCE

Proces intervence u dětí v riziku i s poruchou chování představuje speciální podporu dítěti, která se zaměřuje na krizové situace v životě dítěte a na užívané strategie řešení těchto situací. Požadavkem konceptu intervence je její včasné zahájení ještě předtím než dojde k rozvoji poruchy chování, která již přesahuje hranici tolerance (Vojtová, V., 2008). Krizová intervence napomůže dítěti v rámci zpracování krize a poté umožní snadnější nástup další intervenci. Pomáhá naplnit aktuální cíl, tedy pomoci uklidnit jedince v krizi, stabilizovat jeho stav, snížit nebezpečí a nasměrovat ho k dalším možnostem řešení (Lazarová, B., 2002).

Většina odborníků vymezuje pojem krizové intervence pouze pro její odbornou formu, tedy jako poskytování specializované pomoci jedinci v psychické krizi ze strany odborně vyškoleného pracovníka (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2011; Vodáčková, D., 2007). Proto se následující kapitola podrobněji zaměří na vymezení pojmu krizové intervence především ve smyslu odborné pomoci. Nastíní její základní charakteristiky a principy, jednotlivé etapy průběhu poskytování pomoci. Poukáže na základní techniky používané v procesu krizové intervence a specifika tohoto procesu u dětí a dospívajících. Podrobněji se zaměří na odlišení forem krizové intervence a jejich specifika tedy krizové intervence tváří v tvář, telefonické krizové intervence a internetového poradenství. V závěru vymezí zakotvení krizové intervence v současné legislativě.

3.1 Vymezení odborné krizové intervence

Přední autoři v oblasti krizové intervence se shodují na definování krizové intervence jako odborné, specializované pomoci a metodě práce s klientem v krizové situaci, či v situaci, kterou vnímá jako zátěžovou, nepříznivou a ohrožující. Můžeme ji pojímat v širším a užším slova smyslu (Špatenková, N., 2011; Vodáčková, D., 2007; Hellebrandová, K., P. Hanuš, 2006).

Mlčák, Z. (2005) a Špatenková, N. (2011) zachycují komplexní charakter krizové intervence ve smyslu zapojení různých forem pomoci, jejichž cílem je stabilizace jedince a obnovení jeho psychické rovnováhy (pojetí v širším smyslu slova). Rozlišují krizovou pomoc lékařskou (psychiatrická pomoc, farmakoterapie, hospitalizace), sociální (materiální, finanční, informační pomoc, sociální poradenství, sociální služby), právní (sociálněprávní poradenství) a krizovou pomoc psychologickou, jejímž cílem je

především návrat klienta do předkrizového stavu, znovuoobnovení psychické rovnováhy přičemž je užíváno metod odvozených z psychoterapie. Kastová, V. (2000) dodává, že krizová intervence, jakožto pomoc při řešení vnějších problémů, nespočívá jen v psychoterapeutické pomoci, ale i v pomoci instrumentální ve smyslu využití dalších sociálních služeb.

Vodáčková, D. (2007) definuje krizovou intervenci také jako odbornou metodu práce s klientem v krizi a definici dále rozšiřuje o cíle a zaměření krizové intervence: „*Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Zaměřuje se jen na ty prvky klientovi minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisí s jeho krizovou situací. Podporuje klienta v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek*“ (Vodáčková, D., 2002, s. 60). Podobné cíle a zaměření krizové intervence uvádí i Cimrmannová, T. (2013), která pojímá krizovou intervenci jako odbornou metodu, jejímž cílem je eliminace maladaptivních mechanismů v chování, zpřehlednění situace a zplnomocnění klienta v řešení své situace. Tato vymezení krizové intervence mají blíže k pojetí v užším slova smyslu, zaměřují se především na techniky a strategie pomoci jedinci v krizi.

Při vymezení pojmu krizové intervence si můžeme pomoci jejími specifickými znaky a principy (Špatenková, N., 2011; Vodáčková, D., 2007):

- **individuální charakter a přístup**, jak již bylo řečeno, krize má ryze subjektivní charakter, přístup tedy musí být také individuální;
- **zaměření „tady a teď“**, těžištěm práce je řešení klientova aktuálního problému a situace. V rámci pátrání po příčinách krize se zaměřujeme i na blízkou minulost;
- krizová intervence by měla postihnout celý **bio-psycho-sociálně-duchovní prostor** jedince v krizi. Taktéž by se měla zaměřit na celý jeho vztahový systém;

- **časová ohraničenost a krátkodobost**, krizová intervence se poskytuje po dobu trvání krizového stavu.¹⁷ Měla by také v případě potřeby kontinuálně přecházet na další odbornou práci s klientem;
- **intenzivní kontakt** mezi klientem a interventem;
- **posílení kompetencí klienta** a jeho zplnomocnění k vlastnímu řešení je hlavním cílem krizové intervence;
- **strukturovaný, aktivní a direktivní přístup** ze strany krizového intervenanta. Krizový intervent vnáší do klientovy situace strukturu a oporu, nepřebírá však aktivitu za klienta.

Jak již bylo řečeno cílem krizové intervence je zpřehlednit a strukturovat prožívání a situaci klienta, posílit jeho kompetence a tím ho zplnomocnit k vlastnímu řešení a využití vlastních zdrojů (Vodáčková, D., 2007). Špatenková, N. (2011) považuje za hlavní cíl krizové intervence podporu využívání vnějších zdrojů pomoci nebo zajištění jejich dostupnosti, zaměřuje se tedy na nalezení vlastních intrapsychických rezerv a podporu schopností k jejich využití.

3.2 Etapy krizové intervence

Krizová intervence je procesem, dochází při ní k interakci mezi pracovníkem a klientem v krizi. Zpravidla tento proces probíhá ve třech fázích a to od výchozího navázání kontaktu po ukončení a zhodnocení intervence. Tyto fáze se však v praxi mohou rozdělovat na řadu sub-etap. Průběh jednotlivých fází a samotné intervence je také závislý na formě krizové intervence¹⁸ a také na skutečnosti, zda je krizová intervence poskytována jednotlivci, páru, skupině či komunitě. Pro přehlednost jednotlivých etap se v této fázi textu zaměříme právě na třífázový model krizové intervence (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2011).

První neboli úvodní částí je vlastní **zahájení krizové intervence**. V této fázi je třeba rychle navázat kontakt s klientem a vytvořit dobrý vztah a zajistit bezpečí. Vytvoření onoho dobrého vztahu a navázání spolupráce klienta je klíčovým momentem pro celý proces krizové intervence vzhledem k řešení klientova problému. V této fázi se

¹⁷ Špatenková, N. (2011) uvádí v rámci ambulantní krizové intervence možnost šesti až deseti setkání, v rámci hospitalizace také šest až deset dní. Naproti tomu Vodáčková, D. (2007) možnost jednoho až tří sezení v ambulantní péči, při hospitalizaci maximálně pět dní. V případě šesti sezení se dle Vodáčkové již jedná o emergentní neboli krátkodobou psychoterapii tedy o mezičlánek mezi krizovou intervencí a psychoterapií.

¹⁸ Specifika hlavních forem krizové intervence budou charakterizovány v kap. 3.5 Formy krizové intervence.

nejvíce užívá akceptace klienta se všemi jeho projevy (agrese, úzkost, strach) a umožnění ventilace a abreakce emocí. Jde o to klientovi dát „svolení, aby se choval tak, jak chce, jak může, respektive jak je schopen“ (Špatenková, N., 2011, s. 17). Významnou součástí k navázání dobrého spolupracujícího vztahu je také zajištění bezpečí a to nejen fyzického, ale především psychického, tedy získání důvěry ze strany klienta. Dalšími užívanými technikami jsou poskytnutí sociální opory a uklidnění. Významná je úvodní orientační diagnostika osobnosti a problému klienta. Celý průběh úvodní fáze směřuje k odhalení klientovy zakázky neboli ústředního problému. Završením je pak vytvoření kontraktu mezi interventem a klientem o vzájemných očekáváních a o účelu a cíli rozhovoru (Kopřiva, K., 2006; Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2011; Vodáčková, D., 2007).

Úvodní etapa plynule přechází do fáze vlastní **realizace krizové intervence**. Hlavním úkolem je provést hlubší diagnostiku klientova problému a získat tak relevantní informace, jejichž cílem je posouzení rozsahu krizové reakce, příčin krize a posouzení kontraproduktivních způsobů chování. Obsahem je práce s klientovým příběhem, během něhož by měl intervent odhalit spouštěcí událost, vnímání situace jako ohrožující a selhávání v obvyklých copingových strategiích. Během této fáze se intervent zaměřuje na aktuální psychický stav klienta, na získání informací o subjektivním chápání příčin krize klientem, o době trvání příznaků a jeho aktuální úroveň fungování, o vlivu krize na klientovo okolí, dostupnost sociální opory, na předchozí zkušenosti s řešením podobných problémů a na možné současné způsoby řešení. Vzniká tak plán řešení krizového stavu a odhalení vlastních podpůrných zdrojů v sociálním prostředí klienta a možnost jejich využití (blízcí lidé, ale i instituce). „*Dostupnost sociální opory má rozhodující vliv na hloubku a trvání krizového stavu*“ (Špatenková, N., 2011, s. 17). Cílem průběhu celé fáze je společná identifikace realistických, krátkodobých a dosažitelných cílů, společné vypracování plánu řešení krizového stavu klienta, jeho aktivizace, posílení jeho schopností a kompetencí samostatně se rozhodovat. K dosažení cíle někdy stačí samotná explorace problému a jeho zpřehlednění pro klienta. Jindy je třeba klientovi pomoci i při samotné realizaci plánu řešení krizového stavu, zejména poskytnutím emocionální opory, potvrzením konstruktivního jednání a oceněním úspěchů při řešení krize (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2011).

K závěrečné fázi, tedy k **ukončení krizové intervence**, může dojít ve chvíli navrácení psychické rovnováhy, stabilizace a naplnění kontraktu mezi interventem a klientem. Klient by měl mít náhled na svou situaci, její příčiny, projevy a způsoby

řešení. V rámci ukončení krizové intervence je třeba se zaměřit na upevnění pozitivních změn v chování, analýzu a naplánování blízké budoucnosti ve smyslu dalších kroků, úkolů a plánů. Někdy je nutné nabídnout další možnosti péče a pomoci, např. ve formě psychoterapie, psychiatrické či lékařské péče, právní pomoci. Klient by měl nabýt pocitu uzavřenosti celého procesu krizové intervence (Špatenková, N., 2011; Vodáčková, D., 2007). Vodáčková, D. (2007, s. 65) k ukončení procesu krizové intervence uvádí: *"Krizová intervence končí ve chvíli, kdy se klient cítí být schopen svou situaci konstruktivně řešit - získal užitečné nástroje a díky rozšíření sféry možností jsou pro něj dostupnější jeho přirozené zdroje podpory."*

3.3 Techniky užívané v krizové intervenci

Proces krizové intervence je postaven na vedení rozhovorů s jedincem v krizi orientovaných na aktuální problém. Jednotlivé dílčí prvky krizové intervence vycházejí z integrace prvků z jednotlivých psychoterapeutických škol, zejména jde o prvky z dynamické psychoterapie, systemické terapie (konstruktivní dotazování, provázení a vedení v rozhovoru), rogersovské psychoterapie (aktivní naslouchání a empatické vedení rozhovoru). Vedle prvků psychoterapie se využívají i autoregulační techniky jako je např. autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, práce s dechem, prvky jógy (Špatenková, N., 2004b; Vodáčková, D., 2007).

K vedení hovorů v rámci krizové intervence a k dosažení jejich cílů se užívá technik provázení či aktivnější techniky vedení. *„Tyto techniky vychází z předpokladu, že vše potřebné je obsaženo v klientovi, i změna vychází z něj“* (Dvořáček in Vodáčková, D., 2007, s. 97). Během celého procesu dochází k plynulému střídání obou technik v závislosti na průběhu rozhovoru. Smyslem provázení je následovat klienta v jeho chování na verbální i neverbální úrovni a navázat tak kvalitní spolupracující a důvěrný kontakt. Provážíme klienta na verbální, neverbální i paraverbální úrovni. Významné pro provázení je poskytnutí prostoru pro ventilaci klienta a empatické naslouchání. Hlavní metodou provázení je zrcadlení neboli napodobování verbálních i neverbálních projevů klienta s cílem umožnit mu náhled na své prožívání a také projevit účast interventa. Špatenková, N. (2004b) vnímá reflexi pocitů jako ústřední metodu k vytvoření dobrého kontaktu, která dává klientovi zážitek bezpečného prostoru pro vyjádření jeho pocitů z prožívané situace a jejich akceptace. Na provázení plyně navazuje technika vedení, která již aktivně řídí klienta žádoucím směrem. Vedení je založeno na aktivním dotazování v podobě rozvíjejících otázek. Cílem je zprostředkovat klientovi náhled na

jeho situaci, strukturovat ji a umožnit mu kontakt se sebou samým. Metodami užívanými ve fázi vedení jsou rekapitulace, parafráze, kotvení, zhodnocující formulace. Rekapitulace (shrnutí či sumarizace) toho, co klient sdělil, umožňuje interventovi vyjádření aktivního naslouchání, ověření si správného pochopení informací, zřehlednění situace klientovi a možnost posunutí hovoru dále. Parafráze neboli interpretace slyšeného vlastními slovy poskytuje klientovi pohled na jeho situaci z jiného úhlu. Kotvení neboli zpevnování, zdůrazňování pozitivních odpovědí, vnitřních i vnějších zdrojů klienta (vlastnosti, schopnosti, úspěchy, zdroje sociální opory, zázemí) je užíváno za účelem posílení jistoty klienta. Zhodnocující formulace je užívána za účelem vyjádření důležitosti určité informace. Další užívanou technikou, jejímž cílem je navození změny, je pozitivní konotace neboli přeznačkování. Jde o pozitivní přeformulování skutečnosti, nejčastěji však chování s cílem umožnění jiného přijatelnějšího náhledu (Špatenková, N., 2004b; Vodáčková, D., 2007).

Uměním vedení procesu krizové intervence je zvládnutí techniky efektivního dotazování. Efektivní dotazování umožňuje získání potřebných informací nejen o klientovi ale i o základních souvislostech za účelem naplnění cílů hovoru a zakázky klienta. Efektivní dotazování je založeno na umění kladení vhodných otázek s jasným cílem. Vodáčková, D. (2007) vymezuje čtyři skupiny otázek vedoucích ke změně náhledu klienta, tedy k cíli krizové intervence. 1) Lineární otázky neboli přímé zjišťují konkrétní fakta, nejvíce jsou užívány v úvodních částech hovoru za účelem zorientování se v daném problému. 2) Strategické otázky jsou užívány za účelem převzetí iniciativy a posunutí hovoru, k mobilizaci klienta či k nabídnutí možných řešení. Další dva typy jsou otázkami konstruktivními, vycházejí z předpokladu plnomocnosti klienta k pochopení vlastního světa a k nalezení smysluplného vysvětlení. 3) Cirkulární otázky jsou užívány za účelem umožnit klientovi náhled na situaci z jiného úhlu, rozšíření pohledu a otevření nových variant. Úlehla, I. (2005) uvádí, že cirkulární dotazování zapojuje i vztahovou síť klienta a jejich podstatou je zjistit rozdíl v náhledu na situaci a zjistit vnímání z pohledu třetí osoby. 4) Reflexivní otázky „ *bezpečně mapují pomyslný prostor*“ (Vodáčková, D., 2002, s. 108). Úlehla, I. (2005) tyto otázky pojmenovává jako zázračné, které zapojují fantazii a umožňují klientovi představit si svou budoucnost.

Škála různých technik a metod užívaných v krizové intervenci je variabilní. Vždy je však cílem těchto technik poskytnout klientovi bezpečí, emocionální oporu, naději, usnadnit mu komunikaci a abreakci jeho emocí, identifikovat hlavní problém a zakázku

klienta, vytvořit plán řešení a zplnomocnit klienta k vlastnímu řešení využitím vlastních zdrojů (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2011).

3.4 Specifika krizové intervence u dětí a dospívajících

Krizová intervence u dětí a dospívajících je odlišná zejména v tom, že povětšinou je dítě závislé na dospělých a bez jejich pomoci svou situaci dokáže jen těžko řešit. Možnosti a zdroje získání pomoci u dětí jsou omezené. Dítě má možnost se obrátit na některou z forem odborné krizové intervence. Často tomuto způsobu pomoci předchází kontakt s blízkou osobou (rodiče, prarodiče) či s jiným dospělým člověkem, zejména s učiteli, psychology lékaři či sociálními pracovníky, kteří by se jim měli stát oporou (Cimrmanová, T., 2013; Špatenková, N., 2004b).

Proces krizové intervence a její jednotlivé fáze se vzhledem k věku klienta víceméně nemění. V rámci rozhovoru s dětmi je však vždy nutné přihlížet k vývojové etapě dítěte a k jeho kognitivním, emočním a verbálním schopnostem, zkušenostem a též k právním aspektům v oblasti dětských práv (Cimrmanová, T., 2013; Vodáčková, D., 2007). Špatenková, N. (2004b) doplňuje přihlídnutí k rodinnému kontextu a jeho respektování a zapojení při intervenčním procesu. Znalost vývojových specifíků, ale i odchylek od normy, je základním požadavkem na krizového intervenanta.¹⁹ Vzhledem k práci s rodinným kontextem je nezbytná i znalost životního cyklu rodiny (Vodáčková, D., 2007).

Více než u dospělých je u dětí důležité vytvořit vhodný a bezpečný prostor pro komunikaci s dítětem. Hlavním cílem je s dítětem navázat důvěrný vztah. K tomu je třeba vždy dítěti důvěřovat a vyjadřovat mu pochopení a důvěru jak na verbální tak neverbální úrovni. Zejména u dospívajících je nosným základem celého procesu intervence vzájemná akceptace mezi dospívajícím a interventem a nedirektivní symetrická komunikace. Intervent by měl být dítěti emoční oporou a pomáhat mu se orientovat v jeho emocích a poskytnout dostatečný prostor pro jejich ventilaci. K vytvoření pocitu bezpečí též využíváme dětských jistot, např. v podobě oblíbené hračky. Pro dítě je důležité vědomí, že podobné situace zažívají i jiní lidé a vrátit se tak k pocitu vlastní „normálnosti“. Stejně jako orientace dítěte v jeho emocích je důležité pomoci dítěti orientovat se v realitě a vracet „tady a teď“. Dítě nikdy nehodnotíme, ale hodnotíme pouze jeho situaci. V rámci komunikace s dítětem je nutné přizpůsobit

¹⁹ Vodáčková, D. (2007) doporučuje znalost vývojové teorie K. H. Eriksona a teorii kognitivního vývoje dle Piageta.

komunikaci a volbu slov věku dítěte. Taktéž je třeba věnovat pozornost slovníku dítěte a nepojmenovávat skutečnosti dříve než je dítě pojmenuje samo. Využívají se zázračné otázky, pozitivní konotace. Při hledání možností řešení aktivizujeme dítě a zapojujeme jej do procesu, nabízíme možnosti řešení prostřednictvím příběhů či větší škálu možností řešení, ze kterých si dítě vybírá samo, dochází tak k mobilizaci vlastních zdrojů dítěte a vnitřní motivaci. Oceňujeme dítě za jeho chování a možnosti, které již vyzkoušelo. Hledáme vhodného dospělého spojence v řešení situace dítěte, zjišťujeme různé možnosti sociální opory (např. rodiče, prarodiče, učitelé, rodiče kamarádů). Vždy vracíme dítě do reality a neslibujeme nejjistě (Cimrmannová, T., 2013; Mlčák, Z., 2005; Vodáčková, D., 2007).

3.5 Formy krizové intervence

V obecné rovině se krizová intervence dělí na formy prezenční a formy distanční. Většina odborníků je přesvědčena o výhradním postavení osobního kontaktu s klientem, ale i distanční formy mohou být stejně účinné. Obě formy mají tedy své hranice a úskalí, avšak obě mají své místo v krizové pomoci a mohou se efektivně vzájemně doplňovat (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2011)

Prezenční formy krizové intervence jsou založeny na osobním a přímém kontaktu klienta a krizového pracovníka. Můžeme říci, že se jedná o **krizovou intervenci tváří v tvář**. Mezi prezenční formy zahrnujeme **terénní služby**, poskytované samotným krizovým interventem nebo celým mobilním týmem v místě potřeby klienta v krizi. **Ambulantní pomoc** je poskytována v rámci institucí zaměřených na poskytování krizové pomoci a krizové intervence. **Pobytové služby** jsou poskytovány zejména v krizových centrech ve formě krátkodobé hospitalizace nebo pobytu na tzv. krizovém lůžku. Krizová centra vedle pobytových služeb obvykle poskytují i služby ambulantní, případně i formy distanční krizové intervence (Špatenková, N., 2011). Nevýhodou prezenčních forem pomoci může být právě jejich formálnost, institucionalizace a vysoký práh nabízených služeb.

Distanční formy krizové intervence jsou také založeny na kontaktu mezi klientem a krizovým interventem, avšak oba účastníci procesu krizové intervence jsou od sebe prostorově vzdáleni. Tyto formy zahrnují telefonickou krizovou pomoc a internetovou pomoc. **Telefonická krizová intervence** je poskytována nejčastěji linkami důvěry a je založená na přímém kontaktu krizového intervenanta s klientem prostřednictvím telefonu. Na pomezí mezi telefonickou formou a internetovou formou pomoci stojí využití

telefonického kontaktu prostřednictvím peer-to-peer programu Skype. **Internetové poradenství** je realizováno prostřednictvím využití internetu, zejména chat a e-mailové poradenství (Špatenková, N., 2011). Distanční formy krizové intervence jsou charakteristické svou nízkoprahovostí: permanentním oddělením krizového intervenanta a klienta, deinstitucionalizací, využíváním technických prostředků, nízkými náklady, vysokou mírou dostupnosti a širokou škálou využití. Hellebrandová, K. (in Hellebrandová, K., P. Hanuš, 2006) ze své praxe uvádí, že děti často využívají právě distanční formy pomoci, vzhledem k jejich nedostatečné znalosti a informovanosti o úřadech či institucích a jejich formách pomoci. Podobně i Špatenková, N. (2011) spatřuje v telefonickém či internetovém kontaktu často jedinou možnost pomoci pro dětské klienty, klienty imobilní či seniory. Efektivita poskytované pomoci v rámci distančních forem může být stejná jako u forem prezenčních. Mlčák, Z. (2005) uvádí tabulku srovnání efektivnosti jednotlivých forem krizové intervence v různých oblastech na základě statistické četnosti v hlavních rysech (Příloha D).

3.5.1 Krizová intervence tváří v tvář

Krizová intervence tváří v tvář je založena na osobním kontaktu krizového intervenanta a klienta a je poskytována ve formě terénní, pobytové či ambulanti. Nejčastěji užívaným typem je ambulanti krizová intervence poskytovaná v krizových centrech. Krizová intervence tváří v tvář většinou umožňuje vytvořit určitý časový rámec celého procesu a systematickou práci v rámci domluvy dalších konzultací. Frekvence těchto sezení se řídí dle akutnosti stavu a potřeb klienta (Hellebrandová, K., P. Hanuš, 2006; Špatenková, N., 2011; Vodáčková, D., 2007).

Výhody krizové intervence tváří v tvář spočívají ve vlastním osobním kontaktu s klientem, kdy má intervent k dispozici nejen verbální informace, ale i řadu neverbálních signálů (vizuálních, hmatových, ale i čichových), (Vodáčková, D., 2007). Na základě těchto informací si pak intervent může „*vytvářet úsudky o momentálním emocionálním stavu klienta, adaptačních možnostech a schopnostech vypořádat se s náročnou životní situací v závislosti na jeho věku, sociálním postavení, kulturním zázemí a charakteristikách osobnosti*“ (Špatenková, N., 2011, s. 27). Osobní kontakt umožňuje interventovi poskytovat klientovi verbální i neverbální zpětnou vazbu. Vzhledem k větší časové dotaci a možnosti opakovaných setkání je zde dostatečný prostor pro podrobnější získávání informací vztahujících se ke krizi klienta a k možnostem jejího řešení. Osobní kontakt s klientem také umožňuje volbu a využití

širokého spektra technik a metod při práci s klientem (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2011).

Nevýhodou je především nízká anonymita klienta i intervenanta. Zejména ve zdravotnických zařízeních je po klientovi požadováno sdělení alespoň základních osobních informací. Institucionální ráz těchto služeb je také nevýhodou z pohledu výběru adekvátního zařízení, nutnosti dopravit se na určené místo, případně se i objednat na konzultace. Samotná skutečnost dostavit se do určeného zařízení může být problémem pro některé typy klientů, např. seniory, osoby s handicapem, děti (Špatenková, N., 2011).

Specifika průběhu krizové intervence tváří v tvář

Jedním ze specifíků konzultace tváří v tvář v úvodní části procesu krizové intervence je vytvořit bezpečné a přátelské podmínky pro rozhovor. Vzhledem k citlivosti a hloubce rozhovoru je třeba vytvořit vhodný prostor, mělo by zde být zajištěno sezení pro oba účastníky, tak aby navozovalo symetrii vztahu mezi oběma účastníky. Pokud je konzultace domluvena předem, měl by být stanoven přesný čas a jeho délka by měla být dodržena vzhledem k udržení hranic²⁰. Rozhovor by též měl být nepřerušovaný a nerušený vnějšími zásahy a vlivy (např. telefonát). V úvodní části by měly být klientovi sděleny informace o možnosti nebo nemožnosti zůstat v anonymitě, o bezplatnosti sezení, informace o délce sezení²¹ (Kopřiva, I., 2006; Vodáčková, D., 2007). Vzhledem k samotnému osobnímu kontaktu je třeba nezapomínat ani na neverbální projevy.

Ve fázi realizace krizové intervence a zjišťování údajů je zde větší časový prostor, intervenant se zaměřuje na podstatné údaje o klientovi, sociální zázemí a situaci, předchozí léčbu. Zaměřuje se i na precipitory krize a základní souvislosti případně i na širší životní kontexty. Využíváme techniky aktivního naslouchání i efektivního dotazování s cílem odhalit klientovu zakázku. Častou užívanou technikou je také katastrofický scénář, tedy využití fantazií katastrofického rázu, kterými intervenant bezpečně klienta provází. Klient si představuje tu nejhorší variantu, která by se mohla v jeho situaci stát, situace se tak pro klienta stane jasnější a odhalí se skutečné riziko (Mlčák, Z., 2005; Vodáčková, D., 2007).

²⁰ Kopřiva, I. (2006) rizika nedodržení časové hranice, klient získává pocit zvláštního zacházení a výjimečnosti a může tak docházet k opakovanému vyžadování překračování hranic a zvláštního zacházení.

²¹ Vodáčková, D. (2007) doporučuje vhodnou délku 60 minut.

V závěrečné fázi rozhovoru v případě potřeby klienta, a pokud to vyžaduje proces krizové intervence, uzavírá intervent s klientem kontrakt o dalším sezení. Vzhledem k prevenci prohlubování krizového stavu může intervent s klientem uzavřít dohodu o konkrétním a splnitelném cíli a postupu do další konzultace. Intervent poskytne klientovi podrobné informace o termínu dalšího setkání a dalších potřebných náležitostech. Nabídne také možnost kontaktu v případě potřeby i mimo domluvené setkání, vhodné je dát klientovi telefonní číslo na linku důvěry či jiná důležitá telefonní čísla (Vodáčková, D., 2007).

V případě akutního stavu či situace klienta (např. sebevražedné tendence, dekompenzace duševního stavu, týrání, domácí násilí) je možné nabídnout klientovi krátkodobý pobyt na tzv. krizovém lůžku. Pobyt zde trvá okolo pěti dnů. S klientem je zde intenzivně pracováno v rámci multidisciplinárního týmu. Cílem je eliminace rizikových faktorů, zpracování klientova akutního stavu a umožnit mu přestát nejtěžší fáze krize. Hlavními metodami práce dle Vodáčkové, D. (2007) jsou uspokojování základních potřeb, emergentní psychiatrie, krizová intervence, individuální i skupinové metody práce, autoregulační techniky. Klient má možnost využít konzultací se sociálním pracovníkem, právníkem či jinými externími odborníky. Po ukončení hospitalizace je třeba nabídnout klientovi možnost v pokračování intervence, v rámci ambulantní péče (Vodáčková, D., 2007; Špatenková, N., 2011).

Krizová centra

První krizové centrum v České republice vzniklo v r. 1989 při Psychiatrické klinice LF MU v Brně. Následně (r. 1991) bylo založeno Centrum krizové intervence Bohnice, Praha a Centrum krizové intervence RIAPS²² (r. 1992) s oddělením pro děti a dospívající v Praze. V r. 1991 vzniklo Krizové centrum pro mládež MOST poskytující pomoc mladým lidem v nouzi a na útěku. O rok později také vzniká první Dětské krizové centrum zaměřené na poskytování péče dětem týraným, zanedbávaným a zneužívaným. V současné době jsou krizová centra zřizována v rámci sektoru zdravotnictví, sociálního, církve či sektoru neziskového. Vodáčková, D. (2007) rozděluje krizová centra na krizová centra s ambulantním a lůžkovým programem, krizová centra ambulantní a krizové programy specializovaných zařízení (Vodáčková, D., 2007).

²² RIAPS-Regionální institut psychiatrických a psychosociálních služeb.

Krizová centra poskytují ambulantní služby případně i služby pobytové (tzv. krizová lůžka), mohou také poskytovat telefonickou krizovou intervenci, některé rovněž zahrnují i služby výjezdové. Poskytují diagnostické a terapeutické služby a představují také významný zdroj sociální opory pro klienty bez těchto zdrojů pomoci. V krizových centrech zabezpečuje péči o klienta multidisciplinární tým složený z odborných pracovníků, poskytujících psychologickou a psychiatrickou pomoc (psychologové, sociální pracovníci, krizový interveni, zdravotnický personál a případná spolupráce s dalšími externími odborníky). Špatenková, N. (2011) uvádí další možnosti aktivit krizových center, jsou jimi např. spolupráce s dalšími institucemi, organizace podpůrných a svépomocných skupit, propagace informací na téma krize a její zvládnání (Mlčák, Z., 2005; Špatenková, N., 2011).

3.5.2 Telefonická krizová intervence

Telefonická krizová intervence (dále jen TKI) představuje jednu z distančních forem krizové intervence a jedná se o poskytování pomoci osobám v krizových situacích prostřednictvím telefonu. „*Jedná se o soubor metod a technik krizové práce s klientem založený na jednorázovém nebo opakovaném telefonickém kontaktu s pracovištěm*“ (Hellebrantová, 2006, s. 13). Telefonickou krizovou intervenci nalezneme též pod názvy telefonická krizová pomoc, linka důvěry či help-line.

Jak již bylo řečeno každá z forem krizové intervence má své výhody a nevýhody. Největší výhodou TKI je okamžitá pomoc, tedy její dostupnost v jakoukoliv denní i noční dobu. Poskytuje okamžitou pomoc klientovi v akutní situaci v momentě, kdy ji sám potřebuje z jakéhokoliv místa či z bezpečí svého domova. Se snadnou dostupností souvisí i bezbariérovost a to interpersonální i geografická. TKI poskytuje klientovi nezávazný kontakt, kdy klient má moc a kontrolu a rozhoduje o začátku, době trvání i ukončení kontaktu. Bezpečí navozuje též anonymita klienta, která redukuje strach klienta z otevření se druhé osobě. Nízké náklady jsou dalším kladem, telefonické krizové služby jsou poskytovány zdarma, klient platí běžné telefonní poplatky nebo může využít bezplatných linek důvěry (Špatenková, N., 2011; Vodáčková, D., 2007).

Největší nevýhodou telefonického kontaktu je absence vizuálního klíče. Klient i interveni se musí spoléhat na pouze na verbální a paraverbální složky komunikace (např. tempo řeči, plynulost, smích, pláč, srozumitelnost, křik, důraz na určitá slova, ale i mlčení). V důsledku absence vizuálního klíče má možnost interveni získat pouze omezené množství informací o klientovi. V rámci telefonického kontaktu hraje

významnou roli časový stres. Délka hovoru se řídí potřebami klienta, záleží na jeho rozhodnutí, kdy hovor ukončí, limit může být dán také finančními prostředky klienta k uskutečnění hovoru. K přerušení spojení může dojít i vlivem výpadku spojení, slabého signálu či vybití baterie. Takové situace pak mohou být významným zdrojem úzkosti pro intervenanta i klienta samotného. Nedostatečná zpětná vazba může být dalším zdrojem frustrace pro intervenanta. Většina kontaktů je jednorázových a intervenant tak nemá žádnou informaci o účinnosti jeho snažení (Špatenková, N., 2011; Vodáčková, D., 2007).

Specifika průběhu telefonické krizové intervence

U TKI velmi záleží na navázání kvalitního a srozumitelného kontaktu již v úvodu hovoru, proto první slova vyslovená intervenantem („*Linka důvěry, dobrý den.*“) determinují další průběh hovoru. Rozhodnutí o pokračování hovoru a případném zavěšení závisí pouze na klientovi, proto je třeba pracovat na navázání kvalitního kontaktu a usnadnit klientovi komunikaci. V úvodní části hovoru se často vyskytují komplikace, které znesnadňují navázání kontaktu s klientem, může jít o projevy ambivalence, úzkosti, strachu, stud, smích, pláč, které znesnadňují komunikaci, proto se v úvodní fázi zaměřujeme na abreakci emocí. Mlčení je dalším faktorem znesnadňujícím navázání kontaktu, krizový pracovník by měl umět poskytnout volajícímu dostatek prostoru pro jeho mlčení a umět klientovi usnadnit komunikaci poskytováním dostatečného prostoru a přiměřené opory.

Aktivní naslouchání by mělo provázet celý proces TKI. Vzhledem k okolnosti absence vizuálních podnětů je třeba tuto skutečnost kompenzovat v rovině verbální, tedy verbálně reflektovat (např. „hmm“, „ano“) a dávat klientovi najevo naši angažovanost a aktivní naslouchání např. technikami parafrázování, rekapitulace, zrcadlení. Prostřednictvím těchto technik dáváme klientovi nejen zpětnou vazbu o naší účasti, ověřujeme si, zda jsme správně porozuměli, ale dáváme klientovi též možnost zorientovat se ve svých pocitech a situaci. Podobně i Kopřiva, I. (2006, dle Gendlinema) uvádí důsledek a projev účinku správného aktivního naslouchání hlubší vcítění se klienta do svého problému a jeho snahu o přesnější uchopení či pocity uvolnění. Efektivní dotazování je dalším vztyčným bodem TKI. Vzhledem k časové tísní je třeba pracovat s velkou intenzitou, zaměřuje se na aktuální problém a získávání údajů významných pro daný rozhovor a zakázku klienta. Cílem je zmapování situace a rychlé zorientování intervenanta v klientově problému.

Ukončení hovoru je někdy signalizováno samotným klientem, někdy je třeba hovor aktivně ukončit ze strany intervenanta. Vždy je však třeba rozhovor stručně zrekapitulovat a nabídnout možnost opakovaného kontaktu v případě potřeby. Pokud klient nesignalizuje ukončení hovoru, můžeme začít pracovat s časovým limitem, po který budeme ještě hovořit, vracíme se zpět k původní zakázce a naplnění klientova očekávání, případně doporučíme klientovi kontakt s příslušným odborníkem a můžeme hovor slušně ukončit (Špatenková, N., 2011; Vodáčková, D., 2007; Hellebrandová, K., P. Hanuš, 2006).

Linky důvěry

První linka důvěry v České republice byla založena v r. 1964 MUDr. Miroslavem Plzákem v Praze pod Psychiatrickou klinikou ke Karlovu. O rok později v r. 1965 vznikla Linka naděje v Brně. Následovala Linka důvěry mládeže při Psychiatrické klinice FVL UK (1967), Linka důvěry v Olomouci (1971). Všechna pracoviště byla zdravotnická a též pracovníky na linkách důvěry byli odborní pracovníci ve zdravotnictví. Po roce 1989 došlo k mohutnému rozvoji linek důvěry a přesunutí i do jiných rezortů (sociálního, školského, církevního). V současné době nalezneme státní, městské linky důvěry zřizované okresními, městskými, obecními úřady, magistráty či ministerstvy a nestátní linky zřizované neziskovými subjekty (Vodáčková, D., 2007). Špatenková, N. (2011) rozlišuje linky důvěry na pracoviště úzce specializované na určitou skupinu obyvatel (např. Linka bezpečí, Modrá linka), linky orientované na specifický problém (např. DONA linka, Help line AIDS, Senior telefon) a pracoviště poskytující služby celé populaci bez vymezení (např. Linka důvěry STŘED, Linka důvěry Liberec). Mlčák, Z. (2005) uvádí dělení linek důvěry dle typu dalších nabízených služeb: linky důvěry jakožto součást krizových center, linky důvěry jako součást pracoviště s krizovým programem a samostatné linky důvěry. Hellebrandová, K. (in Hellebrandová, K., P. Hanuš, 2006) k těmto poskytovatelům TKI doplňuje ještě kontaktní linky při kontaktních centrech či občanských poradnách, jež slouží klientům pro navázání prvního kontaktu.

V r. 1994 vzniklo občanské sdružení Česká asociace pracovních linek důvěry (ČAPLD), jehož cílem je sdružování linek důvěry, zabezpečení metodické podpory a profesionality linek důvěry a jejich pracovníků, ochrana pracovníků i klientů²³. Linky důvěry se řídí dle Etického kodexu pracovníka důvěry a pracoviště linky důvěry, který

²³ Více viz <http://www.capld.cz/>.

byl vydán občanským sdružením ČAPLD. V tomto kodexu nalezneme základní principy telefonické krizové intervence jako je např. požadavek aktivního naslouchání klientovi, kontinuity poskytované péče, pravidlo mlčenlivosti a zachování anonymity klienta, kvalifikační požadavky na pracovníka LD tedy absolvování výcviku akreditovaného orgány ČAPLD, dostupnost pomoci (Příloha E), (Špatenková, N., 2011).

3.5.3 Internetové poradenství

Internetové poradenství (dále jen IP) vyplynulo z potřeb linek důvěry vyjít vstříc současným dětským klientům a dospívajícím, kteří v současné době komunikují mnohem více prostřednictvím internetu a klientům s handicapem, pro které je verbální komunikace obtížná či nemožná. V rámci zavedení IP a praxe na linkách důvěry vzniká definice zaměřená na cíle IP: *"Hlavním cílem je nabídnout službu klientům, kteří používají internet nebo k němu mají přístup, ocitli se v náročné situaci a zároveň nechtějí nebo nemohou komunikovat po telefonu či osobně"* (Rašticová, Lásková in Horská, B., A. Lásková, L. Ptáček, 2010, s. 31). Ve svých počátcích se IP zaměřuje především na e-mailové poradenství, v současné době dochází k rozšíření i na jiné formy kontaktu. Stávající definici vytvořenou na základě předchozích zkušeností vytváří Horská, B. (in Horská, B., A. Lásková, L. Ptáček, 2010, s. 33): *"Internetové poradenství je poradenskou službou klientům, kteří se ocitli v situaci, a pro jejíž řešení vyhledávají pomoc odborníků prostřednictvím internetu a zároveň nechtějí nebo nemohou komunikovat s odborníkem po telefonu nebo osobně."*

Základním principem internetového poradenství je vysoká anonymita a nezávaznost služby (záleží pouze na klientovi, jaké údaje o sobě uvede), tím je navozen i další důležitý princip, princip bezpečí. Významná je také dostupnost služby zejména vzhledem ke zvyšování pozice internetu v našem životě, především v životě mladých lidí. Specifickým principem IP je trvalost, klient se může k procesu krizové intervence vracet a opětovně si procházet obsah kontaktu (Horská, B., A. Lásková, L. Ptáček, 2010).

Dle Veselského (in Špatenková, N., 2011) lze k dělení forem IP přistupovat ze dvou hledisek. Prvním hlediskem jsou nabízené služby, tedy internetové poradenství nebo krizová intervence, hranice mezi těmito službami není stále úplně vymezena. Z hlediska použité formy komunikace dělí IP na 1) komunikaci přes webové stránky (diskusní skupiny), 2) e-mailová korespondence, 3) chatová komunikace, 4) internetová telefonie.

Obdobné dělení prostředků realizace IP uvádí i Horská B. (in Horská, B., A. Lásková, L. Ptáček, 2010): 1) e-mail, 2) web-based message systém založený na e-mailové komunikaci prostřednictvím formulářů na webových stránkách, 3) chat, 4) VOIP, tedy telefonní hovory přes internet, 5) videokonference.

V českém prostředí se povětšinou setkáme se třemi typy poskytovatelů IP. Nejčastějšími poskytovateli jsou linky důvěry, z nichž většina je zastřešena organizací ČAPLD, která také vydává závazný Etický kodex internetové poradny (Příloha F). Dalšími poskytovateli jsou internetové poradny, které jsou zřízené jako součást služeb specifických organizací (např. o. s. Sananim), krizových center, nízkoprahových zařízení, psychologických zařízení či jako samostatné specializované organizace přímo na IP (např. InternetPoradna). Poskytovateli IP mohou být také jednotlivci, zejména psychologové, psychoterapeuti, jejich služby jsou však většinou placené. Služby internetového poradenství tedy mohou být jak bezplatné tak placené, záleží na typu poskytovatele (Horská, B., A. Lásková, L. Ptáček, 2010).

E-mailové poradenství je považováno za nejrozšířenější formu poskytování IP. Jedná se o jednorázovou či vícečetnou výměnu e-mailových zpráv. Intervent musí pracovat s omezeným množstvím informací, které je obsaženo v e-mailu a potýká se s nedostatkem či úplnou absencí zpětné vazby od klienta. Nevýhodou je také časové zpoždění odpovědi, proto je tato forma IP nevhodná pro práci s klientem v akutní krizi. Cílem je tedy orientace klienta v jeho situaci, povzbuzení a nabídka řešení povětšinou formou zprostředkování jiné formy intervence (Veselský in Špatenková, N., 2011; Horská, B., A. Lásková, L. Ptáček, 2010).

Chatové poradenství představuje elektronickou obdobu rozhovoru, který probíhá v reálném čase. Výhody a nevýhody chatového poradenství jsou obdobné TKI, avšak tato forma komunikace je ještě více nízkoprahová. Poskytuje vhodnou formu komunikace například pro osoby se sluchovým postižením či vadou řeči.²⁴ Oproti TKI je zde nevýhodou absence jakýchkoliv neverbálních informací o emočním stavu klienta, kontakt je také zdlouhavější, a proto je povětšinou poskytovateli dopředu délka kontaktu omezena.

Internetová telefonie (VOIP) se víceméně neliší od TKI, proto zde platí stejné techniky a pravidla a stejně tak jsou obdobné i výhody a nevýhody. V prostředí České Republiky je kontakt nejčastěji realizován prostřednictvím programu Skype, kde

²⁴ Dle statistik E-linky vyplývá, že chatové poradenství je oblíbenou formou komunikace u mladší generace (Veselský in Špatenková, N., 2011).

telefonický kontakt probíhá zdarma (Veselský in Špatenková, N., 2011; Horská, B., A. Lásková, L. Ptáček, 2010).

IP představuje flexibilní, bezbariérovou a bezpečnou formu krizového poradenství, může poskytovat klientovi emoční podporu, legitimizovat pocity a prožívání klienta, poskytnout anonymní, důvěrný a bezpečný kontakt, nabízet možnosti řešení a ověřené informace. Internetové poradenství může být ideální formou prvního kontaktu, prostřednictvím něhož klient získá důvěru v další instituce nabízející krizovou intervenci (Horská, B., A. Lásková, L. Ptáček, 2010).

3.6 Legislativní zakotvení krizové intervence

Legislativní vymezení krizové intervence je zakotveno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon). Zákon mimo jiné upravuje podmínky pro poskytování pomoci osobám v nepříznivé sociální situaci v rámci sociálních služeb. Upravuje také povinnosti ze strany poskytovatelů sociálních služeb. Úprava poskytování služeb krizové pomoci je zahrnuta pod služby sociální prevence, jejichž cílem je napomáhat ohroženým osobám v překonání nepříznivé životní situace a chránit společnost před společensky nežádoucími jevy. Prováděcí ustanovení tohoto zákona upravuje vyhláška č. 505/2006 Sb. (dále jen vyhláška).

Krizovou pomocí (§ 60) jsou dle zákona rozuměny terénní, ambulantní a pobytové služby poskytované na přechodnou dobu osobám v situaci ohrožení zdraví nebo života či obtížné situaci, kterou nejsou schopni zvládnout svými silami. Základními službami poskytovanými v rámci této pomoci dle zákona jsou: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí. Vyhláška (§ 25) pak vymezuje vlastní krizovou intervenci jako sociálně terapeutickou činnost poskytovanou v rámci krizové pomoci s cílem překonání krizového stavu a zahájení následného terapeutického procesu. V rámci krizové pomoci v zákoně (§ 60a) je také vymezena činnost intervenčních center poskytujících pomoc a podporu osobám ohroženým či vystaveným domácím násilím.

Telefonickou krizovou pomoc vymezuje zákon jako terénní službu. Charakteristiku základní činnosti definuje vyhláška (§ 20). Telefonická krizová pomoc představuje krizovou práci s osobou v jednorázovém nebo opakovaném kontaktu. V rámci služby telefonické krizové pomoci je také poskytována pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při vyřizování běžných záležitostí.

Další právní předpisy řídící samotný proces poskytování krizové intervence, které vymezují povinnosti krizového intervenanta a krizového pracoviště uvádí Špatenková (2011):

- povinnost zachovávat mlčenlivost (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 100);
- povinnost ochrany osobních údajů (Listina základních práv a svobod, článek 10, odst. 3; zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů; zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník);
- povinnost překazít trestný čin (zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník § 367);
- povinnost oznámit trestný čin (zákon 40/2009 Sb., trestní zákoník § 368);
- povinnost zachovávat lidskou důstojnost (Listina základních práv a svobod, článek 10; zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 2);
- povinnost zabezpečit kvalifikovanou právní pomoc (zákon č. 85/1996 Sb., o advokacii).

Dalšími legislativními dokumenty, se kterými by měl být krizový intervent obeznámen, zejména v rámci potřeb krizové intervence u dětí jsou zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí a Úmluva o právech dítěte (Cimrmanová, T., 2013).

Shrnutí

Krizová intervence je odborná a specializovaná pomoc zaměřená na stabilizaci stavu a obnovení psychické rovnováhy jedince. Proces krizové intervence cíleně pracuje s aktivizací vlastních zdrojů pomoci jedince v krizi a s dostupnými zdroji sociální opory. Proces krizové intervence postupuje od navázání kontaktu, přes mapování aktuální situace až po hledání možných řešení krizové situace a následného ukončení krizové intervence. Celý proces je založen na rozhovoru mezi interventem a klientem s využitím technik vedení a provázení. Předpokladem pro naplnění cílů krizové intervence je vytvoření důvěrného a bezpečného kontaktu s klientem, který je důležitý zejména u dětí.

Krizová intervence je poskytována ve formě prezenčních či distančních služeb. Prezenční formy poskytující krizovou intervenci tvář v tvář zahrnují ambulantní pomoc, pobytové služby a terénní. Největším institucionálním zástupcem prezenčních služeb jsou krizová centra. Distanční formy jsou nejčastěji poskytovány v rámci linek důvěry

a jedná se o telefonickou krizovou intervenci a internetové poradenství. Jednotlivé formy krizové intervence mají své výhody i nevýhody.

Dítě má omezené možnosti ve zdrojích získání pomoci, může se obrátit na své blízké či jiné dospělé osoby, ke kterým má důvěru, nebo se obrátit na některý ze zdrojů odborné krizové intervence. Vzhledem k dětským klientům se jeví jako nejvyhledávanější služby formy distanční krizové intervence pro jejich nízkoprahovost a dostupnost.

Krizová intervence představuje jednu z možných cest jak pomoci dítěti v počátečních fázích jeho krizové situace s cílem stabilizovat dítě a umožnit nástup dalším možnostem řešení, případně i další intervenci a zabránit tak rozvoji maladaptivního chování (Lazarová, B., 2002).

4 KRIZOVÁ INTERVENCE U DĚTÍ S PORUCHAMI CHOVÁNÍ

Dítě se během svého života setkává s velmi širokým spektrem možných spouštěčů krize. Tyto krize mají významný vliv na formování způsobů chování, které mohou přetrvávat. Pokud se dítě setká během svého vývoje s nějakými problémy či zvraty mohou se důsledky těchto činitelů projevit až později a ovlivňovat tak život po mnoho dalších let (Elliot, J., M. Place, 1998). Krize představuje situaci, kterou dítě není schopno zvládnout vlastními silami v přijatelném čase. Zvládnutí, průběh a vyrovnání se s krizí záleží na individualitě, na vlastnostech, předchozích zkušenostech, vědomostech, schopnostech a dovednostech, ale také na dostupnosti a možnostech využití přirozené sociální opory. Svépomoc a laická krizová pomoc nejsou neomezené a v některých situacích je třeba využít odborné krizové intervence. Odborná krizová intervence je specializovaná pomoc zaměřená na stabilizaci stavu a obnovení psychické rovnováhy jedince, cíleně pracuje s aktivizací vlastních zdrojů pomoci jedince v krizi a s dostupnými zdroji sociální opory. Dítě má omezené možnosti ve zdrojích získání pomoci, může se obrátit na své blízké či jiné dospělé osoby, ke kterým má důvěru, nebo se obrátit právě na některý ze zdrojů odborné krizové intervence. Odborná krizová intervence může představovat jednu z možných cest jak pomoci dítěti v počátečních fázích jeho krizové situace s cílem stabilizovat dítě a umožnit nástup dalším možnostem řešení (Lazarová, B., 2002). Uvedené informace shrnují v několika větách teoretická východiska řešené problematiky tedy problematiku poruch chování u dětí a problematiku krizí a krizové intervence. Za účelem rozkrytí problematiky možností krizové intervence u dětí s poruchami chování byl stanoven cíl diplomové práce - **analýza potřeb krizové intervence u dětí s poruchami chování jako součástí provázení a podpory dítěte**. Pro naplnění cíle práce byl realizován výzkum zaměřený na odhalení možností krizové intervence u dětí s poruchou chování.

4.1 Projekt výzkumu

Kapitola se zaměří na základní potřeby a definice pro realizaci vlastního výzkumu. Bude popsán cíl výzkumu, charakterizován vlastní výzkumný projekt, v jehož rámci budou vymezeny jednotlivé dílčí výzkumné otázky a otázky tazatelské potřebné pro získání dat potřebných pro naplnění cílů diplomové práce.

Cíl výzkumu

Výzkumné šetření plynule navazuje na teoretickou část diplomové práce. Na základě studia odborné literatury a profesních zkušeností a vyvstalého zájmu o možnosti využití krizové intervence jako součásti podpory dětí s poruchami chování byl stanoven cíl diplomové práce: **Analýza potřeb krizové intervence u dětí s poruchami chování jako součásti provázení a podpory dítěte**, na jehož podkladě byl vymezen hlavní výzkumný cíl: **Odhalit možnosti krizové intervence u dětí s poruchami chování a vyhodnocení její dostupnosti v kontextu potřeb dětí**. Na základě hlavního výzkumného cíle byla vytvořena hlavní výzkumná otázka pro vlastní výzkumné šetření: **Jaké jsou možnosti krizové intervence v případě krizových situací u dětí s poruchami chování?** Výzkumné šetření se soustředí na odhalení krizových situací v životě dítěte s poruchami chování, tedy možných situací pro zásah krizové intervence, na užité způsoby řešení v těchto případech. Dále se zaměřuje na odhalení potřeb dětí ve vztahu k využití odborné krizové intervence, na které navazuje provedení analýzy dostupnosti prezenčních i distančních forem krizové intervence v České republice.

Výzkumný projekt

V obecné rovině projekt výzkumu vycházel z hlavního výzkumného cíle (HVC), z něhož byla vyvozena hlavní výzkumná otázka (HVO), která byla transformována do dílčích výzkumných otázek (DVO). Ke každé DVO (DVO1-DVO5) byly formulovány tazatelské otázky (TO), zjišťující informace potřebné k řešení jednotlivých výzkumných otázek. K DVO 5 byly vytvořeny kategorie k provedení analýzy dostupných zařízení krizové intervence. Přehled přiřazených TO a kategorií k DVO přináší Tab. 1.

Cíl diplomové práce

- Analýza potřeb krizové intervence u dětí s poruchami chování jako součásti provázení a podpory dítěte.

Hlavní výzkumný cíl (HVC)

- Odhalit možnosti krizové intervence u dětí s poruchami chování a vyhodnocení její dostupnosti v kontextu potřeb dětí.

Hlavní výzkumná otázka (HVO)

- Jaké jsou možnosti krizové intervence v případě krizových situací u dětí s poruchami chování?

Dílčí výzkumné otázky

- DVO 1 Jakými krizemi děti s poruchou chování během svého života prochází?
- DVO 2 Jakým způsobem jsou tyto situace řešeny?
- DVO 3 Jaké jsou následky v řešení těchto situací?
- DVO 4 Jaké jsou potřeby ze strany dětí vzhledem k využití odborné krizové intervence?
- DVO 5 Jaká je dostupnost odborné krizové intervence v kontextu potřeb dětí s poruchami chování?

DVO 1 Jakými krizemi děti s poruchou chování během svého života prochází?	
TO 1	Co rozumíš pod pojmem krize, krizová situace, náročná životní situace?
TO 2	Setkal/a ses během svého života s takovou situací?
TO 3	Jak taková situace probíhala?
TO 4	Jaké to pro tebe bylo ocitnout se v takové situaci?
DVO 2 Jakým způsobem jsou tyto situace řešeny?	
TO 5	Co jsi v té situaci dělal/a?
TO 6	Byl někdo, kdo ti v té situaci pomohl?
TO 7	Co myslíš, že ti nejvíce pomohlo?
TO 8	Hledal/a jsi pomoc sama nebo ti někdo nabídl pomoc?
DVO 3 Jaké jsou následky v řešení těchto situací?	
TO 9	Jak se situace vyřešila?
TO 10	Co se událo potom?
TO 11	Myslíš si, že řešení zanechalo nějaké následky?
DVO 4 Jaké jsou potřeby ze strany dětí vzhledem k využití odborné krizové intervence?	
TO 12	Slyšel/a jsi někdy o lince důvěry, krizovém centru nebo internetovém poradenství? Co si o takových zařízeních myslíš?
TO 13	Využil/a jsi někdy služeb linky důvěry, krizového centra nebo internetového poradenství?
TO 14	Jaký byl důvod, že jsi oslovil/a; neoslovil/a odborné zařízení?
TO 15	Co bys očekával/a od zařízení, které by ti v obtížné situaci mělo pomoci?
TO 16	Za jakým podmínek by ses obrátil/a o pomoc na takovouto odbornou instituci?
DVO 5 Jaká je dostupnost odborné krizové intervence v kontextu potřeb dětí s poruchami chování?	
Analýza dostupných prezenčních forem odborné krizové pomoci-krizových center nabízejících služby dětem.	
<ul style="list-style-type: none"> Název instituce/Adresa,web adresa/Kontakty/Cílová skupina a služby 	
Analýza dostupných distančních forem odborné krizové pomoci-linek důvěry nabízejících služby dětem.	
<ul style="list-style-type: none"> Název instituce/Specializace/Kontakty/Nabídka internetového poradenství 	

Tab. 1: Dílčí výzkumné otázky a tazatelské otázky

4.2 Metodologická stránka výzkumu a zpracování

Vzhledem k potřebě vymezení teoretického základu před realizací vlastního výzkumu bude tato kapitola pojednávat o zvolené strategii výzkumu, designu výzkumu a metodách sběru dat a jejich základních teoretických východiscích. Zaměří se také na výzkumný vzorek a průběh realizace vlastního výzkumu.

4.2.1 Strategie a design výzkumu

Kvalitativní výzkum

Pro realizaci výzkumného šetření byla od počátku zvolena **strategie kvalitativního výzkumu**. Tato strategie byla preferována vzhledem k možnostem kvalitativního výzkumu odhalit hloubková data a získat tak komplexní obraz studovaných jevů a dat. V kvalitativním výzkumu „jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev“ (Švaříček, R., K. Šeďová, 2007, s. 24). Kvalitativní strategie také umožňuje vytvoření specifického vztahu mezi výzkumníkem a informantem (Švaříček, R., K. Šeďová, 2007). Jak uvádí Gavora, P. (2010) cílem kvalitativního výzkumu je porozumění člověku a jeho osobním postojům. Taktéž Hendl, J. (2005) vyjadřuje užitečnost kvalitativního výzkumu jako prostředku při odhalování interpretací účastníků výzkumu. Výstupem kvalitativního výzkumu je pak vytvoření nových hypotéz případně teorií.

Zakotvená teorie

Vzhledem k potřebám práce byl využit design **zakotvené teorie**, především **analýza zjištěných údajů na úrovni otevřeného a axiálního kódování**. Zakotvená teorie propojuje jednotlivé techniky získávání dat (pozorování, rozhovory a shromažďování dokumentů), umožňuje souběžný sběr dat a jejich analýzu. Zakotvená teorie poskytuje rozpracované systematické kroky výzkumu vedoucích ke generování teorie, která se týká jistým způsobem vymezené populace (v případě našeho výzkumu jde o děti s poruchami chování). Volba této strategie vycházela ze skutečnosti, že zakotvená teorie vychází z práce v terénu a zaměřuje se na studium jednotlivých případů nebo skupin a je užitečná v oblastech, které jsou málo teoreticky rozpracovány. Umožňuje prostřednictvím analytických kroků vytvořit teorii užitečnou pro určitou vědní disciplínu. Základním procesem je kódování, tedy proces analýzy dat, následně

konceptualizace a syntézy novými způsoby. Tento proces kódování se skládá ze tří typů, které se vzájemně prolínají v celém procesu (Hendl, J., 2005).

Otevřené kódování

Otevřené kódování představuje tu část analýzy, která se soustředí na označování a kategorizaci pojmů. Získané údaje jsou v této fázi rozebrány a prozkoumány, jsou zjišťovány případné rozdíly a podobnosti mezi jednotlivými částmi. Cílem otevřeného kódování je vytváření pojmů, jež se následně na základě odhalování vlastností a dimenzí a vzájemného porovnávání seskupují do kategorií (Strauss, A., J. Corbinová, 1999).

Axiální kódování

V rámci axiálního kódování dochází k znovu uspořádání kategorií a subkategorií získaných v otevřeném kódování do kódovacího paradigmatu. Kódovací paradigma je tvořeno subkategoriemi - příčinnými podmínkami ve smyslu dějů vedoucích ke vzniku jevu tedy ústřední myšlenky; vlastnostmi vztahující se k tomuto jevu, tedy jeho kontext; intervenujícími podmínkami usnadňujícími nebo znesnadňujícími následné jednání nebo interakci tedy volené strategie řešení a ve výsledku následky tohoto jednání. Schematicky lze toto paradigma znázornit: příčinné podmínky → jev → kontext → intervenující podmínky → jednání → následky. Cílem axiálního kódování je vytvoření a bližší určení kategorie (jevu) na základě sub-kategorií (Strauss, A., J. Corbinová, 1999).

Selektivní kódování

Selektivní kódování představuje závěrečné integrování kategorií vytvořených v rámci axiálního kódování do zakotvené teorie. Jedná se o integraci na vyšší abstraktní úrovni. Proces vytvoření zakotvené teorie probíhá v několika krocích. V prvopočátku je zvolena centrální kategorie, k níž jsou následně vztahovány ostatní hlavní kategorie, které jsou zároveň uváděny do vztahů mezi sebou. Cílem selektivního kódování je „*vytvořit takový obraz reality, který bude pojmový, srozumitelný a hlavně zakotvený*“ (Strauss, A., J. Corbinová, 1999, s. 87).

4.2.2 Metody sběru dat

K získání relevantních dat bylo využito několik metod sběru dat. Hlavní metodou výzkumu se stala metoda **polostruturovaného hloubkového rozhovoru** s dětmi aktuálně pobývajících ve středisku výchovné péče. Tato metoda byla zvolena především pro možnost hlubšího proniknutí do postojů informantů v porovnání

s pouhým zachycováním faktů. Cílem těchto rozhovorů je získat detailní a komplexní data o zkoumaném jevu, tedy o možnostech krizové intervence u dětí s poruchami chování. Hlubkový rozhovor umožňuje odhalení pohledů a postojů členů určité sociální skupiny aniž by jejich postoje ovlivňoval (Švaříček, R., K. Šedřová, 2007). Hendl, J. (2005) vymezuje rozhovor pomocí návodu, tedy dle předem připravených témat a odpovídajících otázek. Rozhovor byl obohacen o prvky problémově zaměřeného rozhovoru, který umožňuje postupné zjišťování, ověřování a analýzu směrem k odhalení podstaty a vzájemných vztahů.

Doplňující technikou pro ujasnění a doplnění získaných údajů byla **analýza dokumentů**. Konkrétně dostupné dokumentace o dítěti získané v zařízení ústavní a ochranné výchovy pro děti a mládež. Analýza dokumentů zprostředkovává údaje, které se těžko získávají v rámci jiných metod, umožňuje také získání informací zproštěných od chyb a zkreslení, ke kterým dochází během rozhovorů, jde tedy o nereaktivní způsob sběru dat. Její uplatnění je spatřováno především při zjišťování časově vzdálených dat a faktů (Hendl, J., 2005). V rámci analýzy dokumentů se využívá stejných postupů jako při analýze rozhovoru, pro účely této práce tedy analytických kroků zakotvené teorie (otevřené a axiální kódování).

Na základě **analýzy dokumentů**, zejména virtuálních dat a úředních dokumentů byl vytvořen přehled dostupných služeb odborné krizové intervence pro děti v České republice na základě předem daných kategorií.

4.2.3 Výzkumný vzorek

Pro výběr výzkumného vzorku byla využita metoda záměrného neboli účelového výzkumu. Gavora, P. (2010, s. 79) tento postup definuje jako „výběr uskutečněný na základě určení relevantních znaků, tj. těch znaků základního souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání.“ Vzhledem k potřebám diplomové práce a cíle výzkumu byla kritériem výběru přítomnost projevů poruchy chování u dítěte, schopnost dítěte komunikovat a vést rozhovor. Pro realizaci výzkumu bylo zvoleno osm dětí (pět chlapců a tři dívky) s poruchou chování ve věku od 14 do 16 let, v té době v péči střediska výchovné péče. Všem informatům byla zaručena plná anonymita a byl uzavřen informovaný souhlas k použití získaných materiálů pro potřeby diplomové práce.

4.2.4 Realizace výzkumu

Jak již bylo uvedeno, v rámci výzkumu byla zvolena kvalitativní strategie. K získání potřebných dat byla využita metoda analýzy dokumentů a polostrukturovaného hloubkového rozhovoru.

S jednotlivými informanty byly provedeny polostrukturované hloubkové rozhovory v délce 30-45 minut. Vlastním rozhovorům vždy předcházela analýza dokumentace dítěte s cílem odкрыtí krizových situací v životě dítěte, užitých způsobů řešení a následků. Vzhledem k potřebám výzkumu a k zhodnocení krizových situací v životě dítěte, byla informantům na začátku vlastních rozhovorů předložena Škála sociální readaptace dle Holmese a Rahea (Příloha C), která byla upravená k potřebám dětských informantů. Získaná data v rámci analýzy dokumentace dítěte společně se škálou sociální readaptace následně tvořily oporu při vlastní realizaci rozhovorů.

Na základě souhlasu informantů probíhala administrace rozhovorů prostřednictvím audiozáznamu. Získaná data byla převedena do textového procesoru Microsoft Word.

4.3 Analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření

Na základě realizace polostrukturovaných hloubkových rozhovorů a analýzy dostupné dokumentace vyvstalo několik výzkumných zjištění o krizových situacích v životě dítěte s poruchou chování, tedy o možnostech zásahů krizové intervence, užívaných způsobů řešení krizových situací a jejich následcích, potřebách dětí ve vztahu k využití odborné krizové intervence.

Zjištěná data byla analyzována prostřednictvím otevřeného a axiálního kódování, na jehož základě byly vytvořeny paradigmatické modely. Následně byla provedena analýza dostupných distančních a prezenčních služeb krizové intervence pro děti. Kapitulu uzavírá shrnutí výsledků výzkumného šetření a závěry na základě provedené analýzy.

4.3.1 Krize a proces vyrovnání se s krizí z pohledu dítěte a krizového intervenanta

Krize jako tíživá situace spojená s pocity bezmoci

Děti vymezují krizi jako problémovou situaci, která je obtížně zvladatelná. Tato situace s sebou přináší těžkosti, pocity bezmoci, bezradnosti a ztracenosti. Nejčastěji spojují krizi s finanční tísní a s problémy vztahovými.

V:²⁵ „Co rozumíš pod pojmem krize nebo krizová situace, náročná životní situace?“

I4: „Něco co se těžce nese. Něco co se těžce zvládá. Může být třeba finanční krize, krize v manželství, krize nebo problém ve škole.“

I3: „Třeba když jsme ve finančních potížích nebo v ohrožení života. Nebo když je někdo blízký v ohrožení života tak tu krizi přebíráme na sebe. Neusneme třeba v klidu, protože nad tím přemýšlíme, co se může stát a jak to vyřešíme. Je toho na nás moc a nenechá nás to spát.“

Na reálné krize, se kterými se ve svém životě setkávají, mají děti vytvořen náhled. Ve většině případů (pět z osmi dětí) dokážou reálně zhodnotit a odhalit krizové situace v jejich životě.

Na základě vyhodnocení náročných situací, vyskytujících se v jednotlivých příbězích dětí a v dokumentaci, jež mohly a mohou vést k rozvoji krize, se děti nejčastěji potýkají s **krizovými precipitory vnějšími tedy situačními**. Jedná se o situace změny, volby či ztráty. Především jde o krizové situace spojené s rozvodem rodičů a změny ve styku s jedním z rodičů. Rozvodová problematika vyznívá v podání dětí jako nejpálčivější. Nejvýraznější kategorií jsou tedy **rodinné problémy**²⁶ zahrnující konflikty dítěte s rodiči či jedním rodičem, rozvod, závislostní chování u rodičů, konflikty mezi rodiči, nezáměr ze strany jednoho z rodičů, nový partner rodiče, úmrtí člena rodiny. Druhou nejvýraznější kategorií, kterou děti samy uvádí a hodnotí, jako krizovou jsou **vztahové problémy**²⁷ tedy rozchod s partnerem, konflikty s přáteli, ztráta přátel. Třetí kategorií, jež může přinášet situaci krize, jsou **školní problémy**²⁸ zejména špatný studijní prospěch, konflikty s učiteli, konflikty se spolužáky, šikana (častěji z pozice agresora, v jednom případě z pozice oběti), změna školy, opakování ročníku. Mezi dalšími vyskytujícími se vnějšími krizovými momenty jsou adaptace na nové rodinné prostředí, rozhodování o budoucnosti.

Ve dvou případech se vyskytla situace psychicky náročného rozvodu spojeného s domácím násilím a dlouhotrvajícími hádkami, tato situace může vést k rozvoji **krize pramenící z traumatizujícího stresu**. Do této kategorie můžeme zařadit i krizový moment autonehody, hrozbu ublížení na zdraví, sebevražedné jednání otce před očima dítěte a šikanu z pozice oběti.

²⁵ K označení citací výroků výzkumníka bude užíváno pouze počáteční písmeno V. Vzhledem k zachování anonymity informantů, bude užívána v těchto případech zkratka I1-I8.

²⁶ Řazeno sestupně dle počtu výskytů.

²⁷ Řazeno sestupně dle počtu výskytů.

²⁸ Řazeno sestupně dle počtu výskytů.

Vzhledem k věku informantů můžeme odhadovat i vyšší míru možného rozvoje krizí vnitřních tedy **krizí tranzitorních**. Informanti se nacházejí v období pubescence a adolescence, tedy v období hledání identity, kdy dochází k vymezování jedince a hledání osobnosti²⁹.

Tyto tíživé situace mají výrazný vliv na prožívání dítěte. Děti samy hodnotí prožívání těchto situací jako pocity bezmoci („nevěděl jsem co dělat; nevěděl jsem jak pomoci; nevěděl jsem co teď“). Hodnotí také změny nálady na skleslou a anxiózní („nemám náladu na nic; nic mě nebaví; jsem smutný; jsem nervózní; jsem zamlklý“).

Obranné a vyrovnávací mechanismy jako cesta k zvládnutí náročné situace

V rámci zvládnutí a vyrovnání se s náročnou situací je možné u informantů nejčastěji spatřit **obranné mechanismy únikové**, a to jak faktický únik („raději jsem byl venku; utekla jsem; odešla jsem ze školy; raději jsem do školy nechodil“), tak únik symbolický („snažil jsem se myslet na něco jiného; dal jsem si polštář na hlavu“). Zejména u chlapců pak lze pozorovat rezignaci na uspokojení a jakoukoliv aktivitu směrem k vyrovnání se s obtížnou situací. V polovině případů děti samy verbalizovaly také únik k návykovým látkám především k marihuaně, alkoholu a cigaretám.

I3: „Pomáhá mi si zakouřit trávu. Nemusím pak myslet na žádné starosti a jsem v pohodě.“

I2: „Ještě vlastně jak mi umřela teta. To bylo poprvé, co jsem poprvé kouřila, pak jsem zvracela. Pak jsem se také poprvé opila.“

Téměř ve všech případech lze odhalit **útočné obranné mechanismy**, a to jak samotnou aktivitu a snahu bojovat se zdrojem ohrožení tedy agresí vnější („zmlátil jsem ho hokejkou; tak jsem ho zmlátil; přišel jsem a zařval“), tak ve dvou případech dříve i autoagresi - sebepoškozování jako formu psychické úlevy.

I2: „Bolelo to, chvíli se mi ulevilo, ale pak zas ne. To je jako s marihuanou, chvíli je vám dobře, ale jen než to z vás vyprchá.“

I7: „Fyzická bolest je lepší než ta psychická. Je to úleva.“

V rámci vědomých vyrovnávacích strategií děti volily strategie zaměřené na sebe s cílem udržení psychické pohody, nejčastěji ve formě aktivit k uvolnění se a odreagování (např.: procházka venku, poslech hudby, práce, psaní do deníku). Mezi aktivitami zaměřenými na problém a hledání pomoci či podpory nejčastěji volily

²⁹ Ve dvou případech byla skutečnost krize identity a krize sexuální identity hodnocena psychologem.

možnost ventilace problémů druhé osobě, ve dvou případech pak i vlastní aktivitu zaměřenou na hledání řešení problémů.

I5: „Tátovi jsem pak řekl, ať se po nějakém zařízení podívá.“

I6: „Snažil jsem se ji nějak kontaktovat.“

V rámci analýzy dostupné dokumentace a příběhů dětí lze konstatovat, že děti častěji volí méně efektivní vyrovnávací strategie, nehledají pomoc, odmítají problémovou situaci, objevuje se neschopnost sebeovládání, obracejí se k návykovým látkám, k agresi a k sebepoškozování.

I3: „Já jsem vlastně nikdy nic neřešil, vždycky jsem to raději odkládal. Chodil jsem do školy a snažil jsem se soustředit víc na školu. Byl jsem venku s kamarády. Snažil jsem se, si to moc nepřipouštět. Třeba to, že se táta odstěhuje. Šlo o to přečkat tu dobu. Musel jsem to prostě zvládnout. Stejně kdybych za někým šel tak by mi to nepomohlo.“

Ve více než polovině příběhů lze však také vyzorovat snahu o sdílení problému s druhými a aktivní hledání pomoci tedy vyrovnávací strategie efektivní.

I8: „Snažila jsem se o tom s někým mluvit. Třeba jsem o tom mluvila s nejlepší kamarádkou, to mi pomáhalo. Bylo to lepší, než kdybych to dusila v sobě. Nebo jsem si zakouřila trávu, to mi také pomohlo na uklidnění.“

Sociální opora jako součást vyrovnávacích strategií

V rámci vyrovnání se s krizí informanti volí přirozené zdroje sociální opory na mikroúrovni. Na základě výpovědí informantů jsou nejčastěji využívaným zdrojem sociální opory přátelé. Tato opora je často přirozeně nabízená. Podpora ze strany přátel je nejčastěji využívána v tématech spojených se vztahovými problémy. V menším počtu jsou pak voleny zdroje opory ze strany rodinných příslušníků. Pokud se obrací na rodinu, jedná se nejčastěji o matky (případně vychovávající osobu) a témata jsou nejčastěji limitována na školní prostředí a školní problémy.

I8: „To ne. Spíš babičce. Ohledně přitele se svěřuji spíš kamarádům nebo kamarádce. To raději než babičce. Za babičkou chodím spíš kvůli škole. Nebo i za tátou kvůli škole než abych se svěřovala s tím co je venku nebo s tím přítelem, to se raději svěřím kamarádce.“

Ve třech případech se také vyskytlo limitování využití sociální opory obavou z obtěžování blízkých svými problémy.

I3: „Mamka ta měla svých problémů dost. Řešila spoustu věcí.“

I2: „Za mamkou ne. Mám pořád pocit, že jí otravuji, i když to tak není. Vím, že to tak není, ale mám ten pocit.“

Ze strany přátel se nejčastěji jedná o poskytnutí opory informační tedy naslouchání a případné poskytnutí rady a oporu emocionální.

V: „Co ti pomohlo?“

I4: „Asi kamarádi, nebo spíš kamarád. Popovídal si se mnou o tom, ukázal jsem mu třeba, co jsme si psali, zkusil mi poradit. Takoví kamarádi jsou nejlepší.“

V: „Mluvíš s nimi o tom, jak ti je, co se děje?“

I2: „Jo. Vlastně mi pomáhají víc ti kluci než ty holky. Mám v nich tu podporu a důvěru, protože když jim něco řeknu tak to nikde neřeknou. A je to oboustranné.“

Samy děti jsou schopny verbalizovat následnou úlevu na základě sdílení problému s druhou osobou.

I8: „Úleva, když se můžu někomu vypovídat, když si můžu pustit písničky nebo se projít. Že se vám uleví, když už jste rozmyšlená, co a jak.“

V případech, kdy zdroje sociální opory nebyly využity, a docházelo k rezignaci a potlačování, děti při otázce na opětovnou možnost řešení verbalizovaly případnou změnu ve smyslu ventilace a sdílení svých problémů.

I3: „Asi bych si to ulehčil tak, že bych o tom více mluvil, abych to nějak vypudil z hlavy, možná abych to odložil někam vedle a jel bych dál. Udělal něco, abych se zbavil toho břemena.“

Rodinní příslušníci v rámci poskytnutí pomoci kromě informační a emocionální opory jsou aktivnější a vyhledávají pro své ratolesti pomoc instrumentální ve formě spolupráce s odbornými institucemi. Nejčastěji jsou využívány služby psychologů, v případě rozvinutého problémového chování pak služby kurátora a následně střediska výchovné péče. Zpočátku děti tuto formu pomoci vnímají negativně, později ji však hodnotí pozitivně. Pozitivní hlediska spatřují především v možnosti uvědomění si svých problému a náhledu na jejich situaci.

V: „Máš pocit, že to že jsi tady, je dobré řešení?“

I4: „Určitě. Myslím si, že si toho tady člověk hodně uvědomí. Třeba ty hlouposti, které už nemám dělat, že ta tráva se nesmí přehánět, že do školy musím chodit, že tím se to nevyřeší ten problém.“

V rámci analýzy dostupné dokumentace a rozhovorů s dětmi lze vypořádat následné zmírnění negativních projevů v chování po spolupráci s odbornou institucí.

V případě vyskytnutí se další krizové situace dochází opět k relapsu a k negativním projevům v chování.

Nevhodné projevy v chování jako důsledek prožité krizové situace a užitých obranných a vyrovnávacích mechanismů

Na základě analýzy dokumentace dětí a rozhovorů lze ve všech případech odhalit návaznost prožité krizové situace a užitých vyrovnávacích mechanismů na počátek nevhodných projevů v chování dítěte. V polovině případů si děti skutečnost návaznosti a propojenosti mezi prožitou krizovou situací a nevhodnými projevy v chování uvědomují a dokážou ji verbalizovat.

V: „Jak je to dlouho co se vaši rozešli?“

I4 (16 let): „To bylo někdy kolem páté třídy, takže je to asi 6 let.“

Z dokumentace dítěte: Problémy začaly ve 4. třídě, kdy vzal rodičům peníze a koupil matce náramek, zbytek vrátil. Další peníze vzal v 5. třídě.

I3 (16 let): „Když se táta podřezal. To bylo tak tři nebo čtyři roky zpátky. To už bylo ale i dřív předtím. Věděl jsem, že se rodiče rozvádí, protože byly časté hádky a tak. Táta hrál hodně automaty a přišel třeba opilý domů, pak se třeba s mámou bili. To vedlo k tomu.“

V: „Kdy sis poprvé zakouřil trávu?“

I3: „To bylo asi tak v šesté nebo sedmé třídě. Bylo to až po rozvodu našich. Všechno bylo až po. Když byl ten rozvod a tak, tak jsem teprve začal kouřit. Jak začal rozvod a tak, tak se mi zhoršily známky ve škole a pak jsem začal mít poznámky a začal jsem být divočejší. Nikdy jsem nedělal moc špatností, učil jsem se v pohodě, známky jsem měl úplně bez problémů, škola mě i bavila. Potom se ale všechno obrátilo.“

II: „Já jsem to v tom věku moc nevnímal. Až když mi bylo tak deset nebo jedenáct až potom jsem to asi začal vnímat. Byl jsem na ně naštvaný, na tátu i na mámu. Na tátu jsem naštvaný v podstatě ještě teďka za to. Třeba jak jsem dělal ty průšvihy tak jsem to zezáátku dělal skrz to, že se rozvedli.“

Z dokumentace dítěte: Problémy začaly v 5. třídě, kdy odcizil větší obnos peněz.

Spojitosť mezi prožitou krizovou situací a jejich následků lze vypořadovat v jednom případě i z psychosomatických potíží dítěte.

I2: „Rodiče se rozvedli před pěti nebo šesti lety.“ (pozn. r. 2007).

Z dokumentace dítěte: V r. 2007 docházelo k inkontinenci stolice-uzavřeno jako psychosomatická problematika.

Nejčastěji se tedy jedná o reakce na krizové situace spojené s rozvodem rodičů. Druhou nejčastější krizovou situací vedoucí k negativním projevům v chování je rozchod s partnerem. Třetí nejčastější situací pak změny školy.

I4: Z dokumentace dítěte: Dle matky se s nástupem na střední školu chování zhoršilo a také po rozchodu s přítelkyní.

I4: „Celkově mi to změnilo osobnost. Hodně ke špatnému, protože jsem to potřeboval něčím zaplnit tak jsem začal chodit s klukama, kouřil trávu a takové. Dělal jsem blbosti.“ (pozn. rozhovor o rozchodu s partnerkou)

V: „Proč jsi nechodil do školy?“

I5: „Protože ta holka chodila do stejné třídy. Dřív to byla radost do školy chodit.“

V: „Proč jsi začal kouřit marihuanu?“

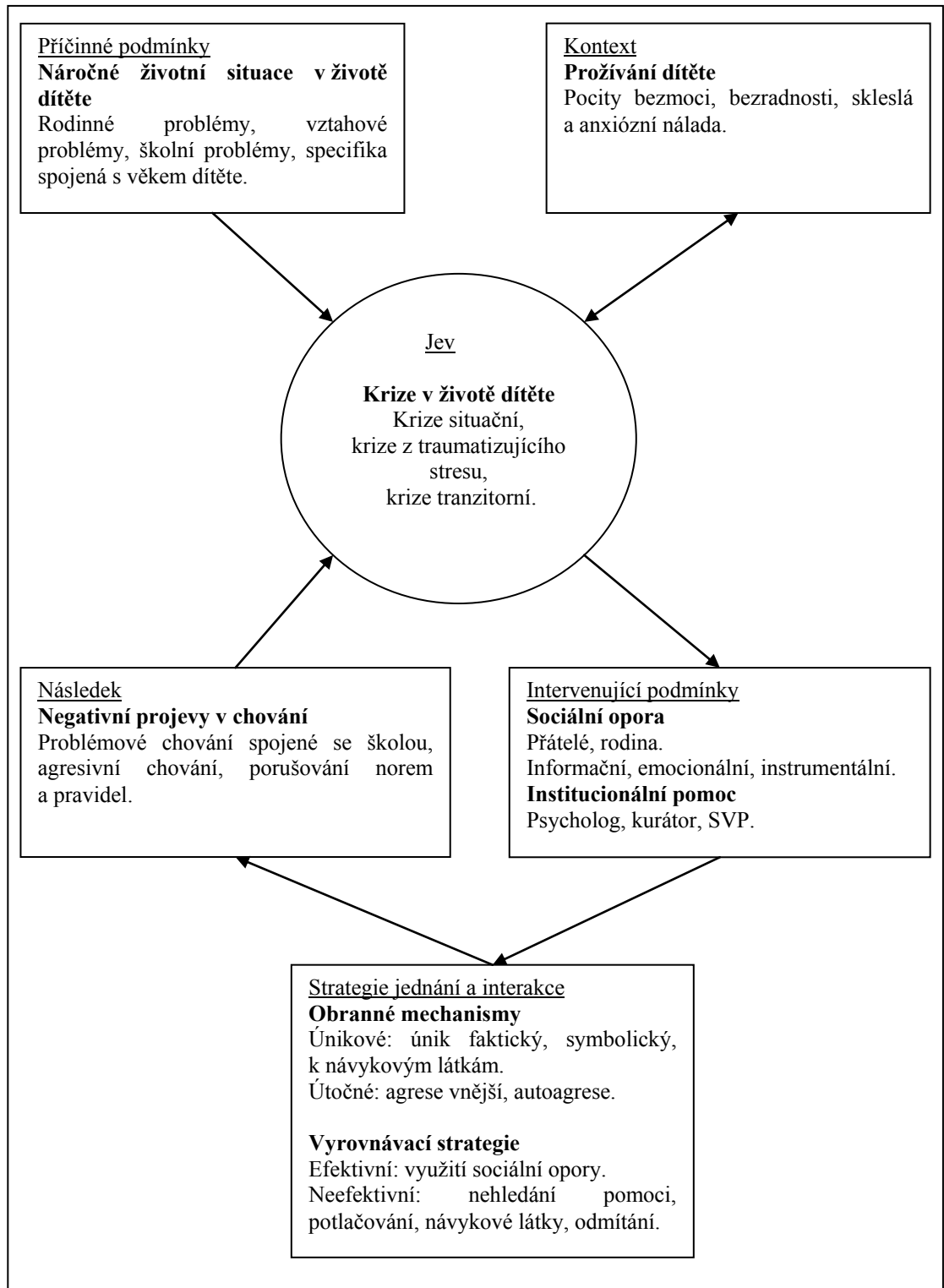
I5: „Také kvůli holce. Měl jsem ještě jednu holku před touto a rozešla se se mnou a kvůli ní jsem začal kouřit trávu.“

I6: Z dokumentace dítěte: M. byl do loňského roku bezproblémový, změna přišla s ukončením ZŠ a s přestupem na další stupeň vzdělávání.

V chování dětí se nejčastěji objevují nevhodné projevy v chování spojené se školou: záškoláctví, zhoršení studijního prospěchu, konflikty s učiteli, konflikty se spolužáky. Dále pak agresivní chování: šikana, fyzické konflikty se spolužáky, sebepoškozování, vandalství, vyhrožování, rvačky. Vícečetný je též výskyt porušování norem a pravidel, zejména toulání se venku, užívání návykových látek (marihuana), nevhodná společnost, krádeže, nerespektování rodičů. Nejčastěji se tedy jedná o projevy externalizovaných poruch chování.

Paradigmatický model krize

Vzájemné vztahy mezi prožitou situací a krizí, užívanými obrannými a vyrovnávacími mechanismy a nevhodnými projevy v chování lze paradigmaticky znázornit.



Graf 1 Paradigmatický model krize

Paradigmatický model graficky znázorňuje hlavní výstupy z výzkumného šetření vztahující se ke kontinuitě mezi krizí a poruchou chování. Na základě modelu se tedy můžeme domnívat, že náročné životní situace, se kterými se dítě setkává, vedou k rozvoji krize u dítěte, která vyvolává v dítěti pocity bezmoci a změny nálad. Dítě má v těchto případech pouze omezené zdroje, které mohou zvýšit možnosti vyrovnání se s krizí. Může využít zdrojů sociální opory případně institucionální pomoci. Ve spojení s těmito zdroji pomoci se pak dítě snaží vyrovnat se vzniklou krizí prostřednictvím přirozených obranných mechanismů a častěji neefektivních vyrovnávacích strategií. Následkem těchto neefektivních způsobů vyrovnání se s krizí dochází k negativním projevům v chování, které následně mohou být zdrojem krizí sekundárních.

Z výše uvedeného se tedy můžeme domnívat, že krize u dětí vede k rozvoji poruchy chování, přičemž porucha chování a její projevy se stávají zdroji krizí dalších, krizí sekundárních. Dítě se tak dostává do bludného kruhu na sebe navazujících krizí, které není schopno přerušit vlastními silami a potřebuje pomoc druhé osoby, odborníka či odborné instituce. Krizová intervence tedy může představovat ideální krok ve smyslu přerušení bludného kruhu a nasměrování dítěte k adekvátní pomoci.

4.3.2 Potřeby dětí ve vztahu k odborné krizové intervenci

Krizová intervence jako pomoc a podpora člověku

Ve všech případech děti již alespoň jednou obdržely informaci o existenci zařízení krizové intervence, podrobnější informace však nemají. Výpovědi dokládají, že nejvíce informací o existenci služeb krizové intervence získávají ve školním prostředí. Služby krizové intervence jsou dětmi vnímány a hodnoceny pozitivně jako služby potřebné a nápomocné především pro osoby, které se nacházejí v těžké krizové situaci.

V: „Co si o takových zařízeních myslíš?“

I4: „Určitě je to dobrá věc, když je někdo v hodně krizové situaci. Může se tam někomu svěřit. Může mu někdo poradit, navést ho správnou cestou, nějak mu pomoci.“

Ve dvou případech se však také vyskytl negativní postoj k existenci tohoto druhu služeb. Na základě následných výpovědí daných informantů se však můžeme domnívat, že tento negativní postoj k existenci tohoto druhu služeb je zapříčiněn především vnímáním a hodnocením těchto služeb jako služeb neužitečných pro vlastní potřebu.

I7: „Protože je to podle mě k ničemu. Podle mě je to nepodstatné, to zařízení. Není to důležité. Nepotřebuju to.“

V: „Za jakých podmínek by ses obrátila na takové zařízení?“

I7: „Za žádných, nikdy bych to neudělala. Nikdy bych se na ně neobrátila.“

Povědomí informantů o průběhu poskytování krizové intervence je na dobré úrovni. Děti dokázaly odhalit způsoby práce s klientem v rámci krizové intervence. Nejvíce tuto formu pomoci spojují s možností sdílení a verbalizace problémů, pocitů a s následným hledáním řešení a pomocí při řešení situace.

I2: „Pobaví se s ním o těch problémech. Řeknou jim, jaké mají problémy. Snaží se jim pomoci a podobně. Nebo když mám nějaký problém, tak mi s ním pomohou, pomohou mi ho vyřešit.“

Krizová intervence jako pomoc, která není pro mě

Navzdory zhodnocení dobrého povědomí o hlavní myšlence a průběhu poskytování pomoci v rámci služeb krizové intervence, děti služeb krizové intervence nevyužívají. Na základě výpovědí se lze domnívat, že tato skutečnost vyplývá především z hodnocení situací, v nichž se ocitají, jako situací nedosahujících závažnosti adekvátní pro využití služeb krizové intervence a z vědomí dostupnosti přirozené sociální opory od přátel, kterou jsou ochotny využívat spíše než služeb krizové intervence.

I3: „Nikdy jsem neřešil něco tak náročného a těžkého, že bych to potřeboval řešit. Říkal jsem si, že je to v klidu, že to zvládnou, že se to vyřeší a nějak se to rozplyne.“

I2: „Ne. Myslím si, že nemám zas až takové problémy, že bych je s tím musela otravovat.“

V některých výpovědích se vyskytla i nedůvěra ke službám krizové intervence. Z této skutečnosti lze usuzovat na významnost vytvoření důvěrného vztahu pro využití pomoci.

I8: „Raději to řeknu kamarádům, než abych se svěřovala někomu koho vůbec neznám.“

Ve třech případech informanti odhalili využití služeb linky důvěry za účelem pobavení se ze své strany či ze strany přátel. I z těchto výpovědí však lze usuzovat na pozitivní vnímání služby jako pomoci pro osoby v krizi vzhledem k negativnímu hodnocení tohoto způsobu zneužití služeb.

I4: „Ted' už bych to asi neudělal, ted' už mi to nepřijde jako rozumná věc. Ti odborníci se tam snaží asi na něco soustředit nebo poradit těm lidem, a když tam

někdo zavolá a dělá si jenom srandu, tak jim to asi celkově musí znechutit tu práci.“

II: „My jsme s kamarádem uvažovali, že zrovna když on tam zavolá a nějaké dítě by se třeba potřebovalo svěřit, tak se nedovolá. Tak dostal po čuni skrz to, že si dělá srandu z té linky a blokuje jí.“

Očekávání důvěry a možnosti se svěřit

Situace a podmínky, za nichž by informanti využili služeb krizové intervence, by měly dosahovat vysoké míry ohrožení osoby dítěte, především fyzické („*kdyby mě někdo mlátil; šikanovali mě; vyhrožovali mi, že mi ublíží*“). V jednom případě se vyskytla i skutečnost využití těchto služeb v případě nedostupnosti jakékoliv přirozené sociální opory. Ve dvou případech bylo případné využití této formy služby výrazně negováno.

I8: „Třeba kdybych neměla vůbec žádné kamarády a ani rodiče bych neměla. Až kdyby bylo vážně nejhůř tak bych se teprve obrátila.“

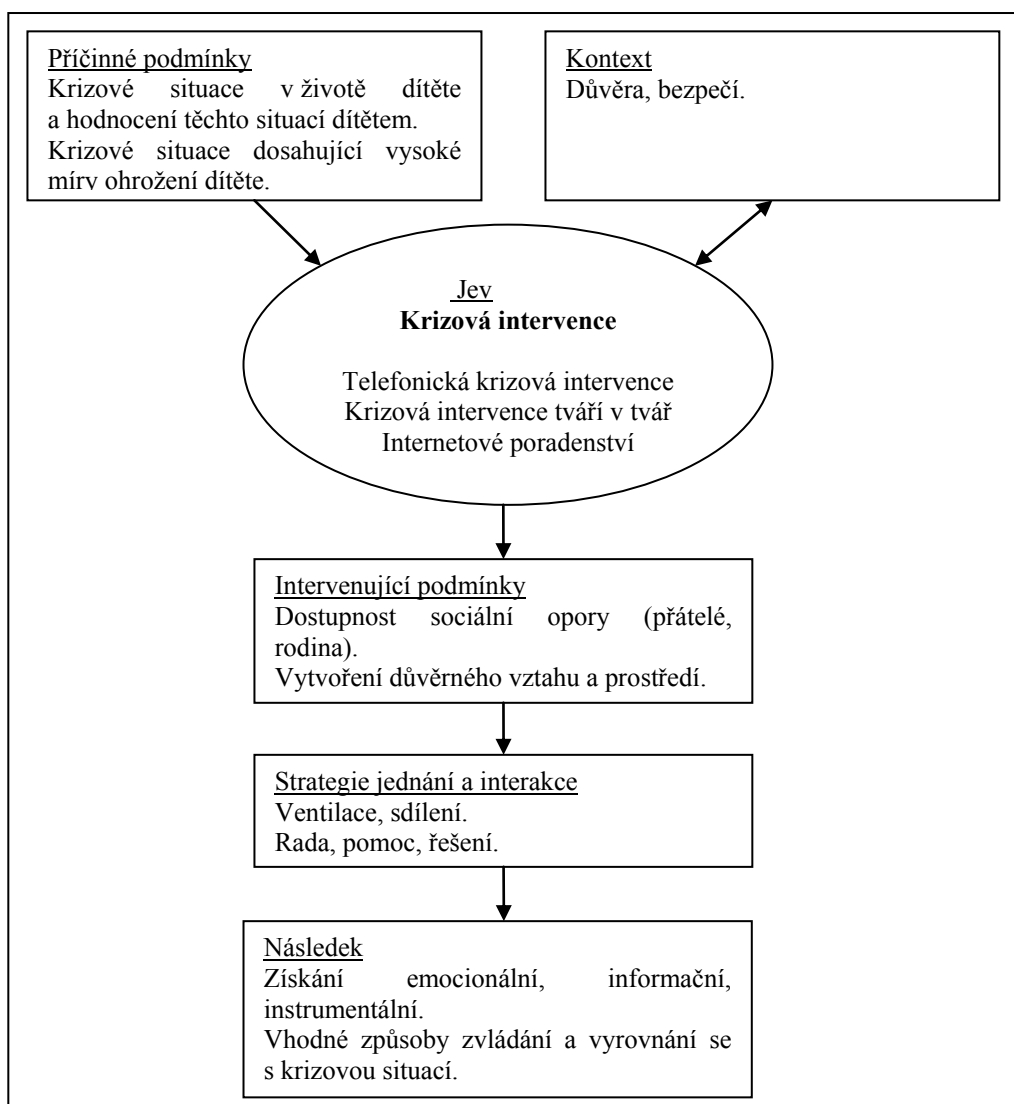
V rámci využití služeb krizové intervence je pro děti významný právě požadavek důvěry a vytvoření důvěrného vztahu. Tuto skutečnost lze odhadnout z kontextu výpovědí informantů i na základě vyjádření nedůvěry k tomuto druhu služeb. Pro děti není tak důležitá anonymita jako právě důvěra a vytvoření důvěrného a bezpečného vztahu a prostředí.

I8: „Kdybych viděla vážně tu důvěru, že si to nechají jenom pro sebe a že se mi vážně snaží pomoci. Teprve potom bych jim začala říkat svoje problémy.“

Očekávání plynoucí z potřeb dětí ve vztahu k pomoci ze strany služeb krizové intervence zahrnují možnost ventilace a sdílení, zejména však získání rady a pomoci s řešením situace. Tedy získání emocionální, informační i instrumentální opory a pomoci.

Paradigmatický model možností krizové intervence

Na základě analýzy výzkumných rozhovorů lze říci, že využití služeb krizové intervence je limitováno hodnocením situace ze strany dítěte, dostupností přirozených zdrojů sociální opory, nedostatečnou důvěrou k tomuto druhu služeb. Potřeby dětí ve vztahu k využití služeb krizové intervence pak spočívají v získání důvěry, vytvoření důvěrného vztahu a následného získání emocionální, informační a instrumentální opory.



Graf 2 Paradigmatický model možností krizové intervence

Paradigmatický model možností krizové intervence znázorňuje hlavní výstupy výzkumného šetření k potřebám dětí ve vztahu k využití krizové intervence.

Děti jsou ochotny využít služeb krizové intervence zejména v situacích, kterou ony samy vyhodnotí jako situaci dosahující vysoké míry vlastního ohrožení. Významné je též vytvoření důvěry k poskytované službě. Dalším faktorem ovlivňujícím využití služeb je dostupnost sociální opory, která ne vždy bývá adekvátní či využitá. Za těchto podmínek pak krizová intervence může jedinci poskytovat bezpečný prostor pro ventilaci, sdílení a nabídnout tak emocionální, informační a instrumentální podporu.

Na základě tohoto modelu můžeme usuzovat, že krizová intervence tedy představuje jednu z cest jak poskytnout dítěti adekvátní podporu a navést je k efektivnímu vyrovnání se s krizovou situací. K tomu je však nutné pozměnit náhled dětí na situace, v kterých se ocitají a zvýšit informovanost dětí o hlavních principech

poskytovaných služeb krizové intervence ve smyslu anonymity a důvěrnosti poskytovaných informací a především o tématech adekvátních pro pomoc v rámci krizové intervence.

4.3.3 Nabídka služeb prezenčních a distančních forem odborné krizové intervence pro děti

Vzhledem k odhalení dostupnosti odborné krizové intervence v kontextu potřeb dětí byl na základě analýzy dokumentů dle předem daných kategorií vytvořen přehled dostupných krizových center a linek důvěry nabízejících služby dětem v České republice (Příloha G, H). V rámci analýzy dostupných linek důvěry se analýza zaměřovala i na nabídku forem internetového poradenství.

Na základě této analýzy byly vymezeny oblasti, které tyto služby ve vztahu k dětským klientům pokrývají. Jedná se o zařízení specificky se zaměřující na dětskou klientelu nebo o zařízení poskytující služby celé populaci včetně dětí.

Nabídka prezenčních služeb krizové intervence tedy krizových center zabezpečuje celé věkové rozpětí dětského věku a adolescence od 0 do 18 let i mladé dospělosti až do 26 let a studující, taktéž nabízí i služby pro matky s dětmi. Nabízené služby jsou jak ve formách ambulantních tak pobytových. Služby krizových center pokrývají nejen oblast vlastní krizové intervence, ale také rodinné a partnerské poradenství, psychologické, sociální a sociálně-právní poradenství, trestně-právní poradenství, psychoterapeutickou činnost, poradenství pro rodiče, mediace. Specificky se pak některá zařízení zaměřují na oběti domácího násilí (např. Krizová poradna v Děčíně; Krizové centrum J. J. Pestalozziho, o.p.s; Poradna Acorus, o.s.), problematiku závislostí (např. Krizové a kontaktní centrum "Pod slunečníkem"), syndrom CAN (např. Dětské krizové centrum, Praha). Podrobná analýza dostupných prezenčních forem odborné krizové pomoci pro děti (krizových center), poskytovaných služeb a kontaktů na daná zařízení je obsažena v příloze G.

Nabídka distančních služeb krizové intervence tedy linek důvěry taktéž zabezpečuje celou oblast dětského i adolescentního věku a mladé dospělosti do 26 let a studující. Linky důvěry poskytují telefonickou krizovou intervenci, ale téměř ve všech zařízeních i služby internetového poradenství prostřednictvím e-mailu či chatu. Vedle obecných linek důvěry pokrývajících celou škálu krizových situací jsou dětem k dispozici i linky specializované pokrývající specifické oblasti a cílové skupiny, jimiž jsou: poruchy příjmu potravy (Linka Anabell), děti a mládež na útěku či vyhozené (Linka vzkaz

domů; Linka Ztracené dítě), syndrom CAN (Linka důvěry Dětského krizového centra), oběti a svědci trestných činů (Bílí kruh bezpečí), pomoc dětským obětem internetové kriminality (InternetHelpline), problematika závislostí (Poradenská linka K-centra Sananim, Anonymní AT linka), dívky a ženy v obtížných situacích souvisejících s těhotenstvím a mateřstvím (Linka pro ženy a dívky; Linka pomoci pro ženy v tísní), domácí násilí (DONA linka; Krizová telefonní SOS linka). Ve vztahu k dětské populaci můžeme uvést i rodičovskou linku poskytující rodinné a výchovné poradenství pro rodiče, prarodiče a ostatní členy rodiny a pedagogy. Podrobná analýza dostupných distančních forem odborné krizové pomoci pro děti (linek důvěry), poskytovaných služeb a kontaktů na daná zařízení je obsažena v příloze G.

Na základě vyhodnocení výročních zpráv nejvýznamnějších poskytovatelů prezenčních a distančních služeb krizové intervence lze říci, že nejčastějšími zakázkami, s kterými se děti na tato zařízení obrací, jsou rodinné problémy zahrnující rodinné vztahy a rozvodovou problematiku. Druhou nejčastější je problematika spojená s láskou a partnerstvím, do které lze zařadit také prostou sexuální problematiku. Třetí oblastí je problematika osobní a existenciální zahrnující mimo jiné sebepoškození a sebevražedné myšlenky. Čtvrtou oblast tvoří problematika spojená se zanedbáváním, týráním a zneužíváním dítěte (syndrom CAN). Následují zakázky, které nemají tak významnou četnost výskytu, jsou nazývány jako ostatní problematika, do této oblasti se řadí šikana, sociálně-právní problematika, závislosti, zdravotní problematika. Tato skutečnost koresponduje s provedeným výzkumným šetřením, kde byl odhalen nejčastější výskyt krizových situací spojených s rozvodovou problematikou a problematikou partnerskou, taktéž je pozorovatelný jejich významný dopad na prožívání a chování dítěte.

4.4 Závěry z výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo **odhalení možností krizové intervence u dětí s poruchami chování a vyhodnocení její dostupnosti v kontextu potřeb dětí**. Pro výzkumné potřeby byla stanovena hlavní výzkumná otázka: **Jaké jsou možnosti krizové intervence v případě krizových situací u dětí s poruchami chování?** Výzkumné šetření se konkrétně zaměřovalo na odhalení krizových situací v životě dítěte, užité způsoby řešení těchto situací, jejich následky a zjištění potřeb dětí ve vztahu k využití služeb krizové intervence s následnou analýzou dostupnosti služeb krizové intervence v České republice.

Výzkumné šetření využívalo strategie kvalitativního výzkumu, konkrétně design zakotvené teorie. Data byla získána metodou polostrukturovaných hloubkových rozhovorů a obsahové analýzy dokumentace. Výzkumný vzorek tvořilo osm dětí (pět chlapců a tři dívky) s poruchou chování ve věku od 14 do 16 let, v té době na internátním pobytu ve středisku výchovné péče. Získaná data byla následně analyzována prostřednictvím otevřeného a axiálního kódování.

Hlavní témata vnesená do polostrukturovaných rozhovorů tvořily dílčí výzkumné otázky: Jakými krizemi děti s poruchou chování během svého života prochází?; Jakým způsobem jsou tyto situace řešeny?; Jaké jsou následky v řešení těchto situací?; Jaké jsou potřeby ze strany dětí vzhledem k využití odborné krizové intervence?. K těmto hlavním okruhům byly stanoveny tazatelské otázky (viz Tab. 1).

Výstupy z výzkumného šetření jsou pak rozděleny do tří oblastí: **1. Krize a proces vyrovnání se s krizí z pohledu dítěte a krizového intervenanta; 2. Potřeby dětí ve vztahu ke krizové intervenci; 3. Nabídka služeb prezenčních a distančních forem odborné krizové intervence pro děti.** Z výzkumných zjištění lze pomocí indukce vyvodit výsledné závěry o vztahu mezi krizovou situací a negativním chováním dítěte, o možnostech krizové intervence a její dostupnosti.

Děti se během svého života setkávají s řadou krizových situací, na které mají vytvořen náhled. Nejčastějšími krizovými situacemi jsou rodinné problémy (zejména rozvod rodičů), vztahové problémy (zejména rozchod s partnerem), školní problémy (zejména konflikty ve školním prostředí). Vzhledem k věku jsou děti ohroženy i krizemi tranzitorními. Tato zjištění korespondují i s výsledky analýzy nejčastějších zakázek v rámci služeb krizové intervence. Krizové situace pak mají vliv na prožívání dítěte, objevují se pocity bezmoci a změny nálad. V rámci zvládnutí a vyrovnání se s krizovou situací je možné u informantů nejčastěji spatřit obranné mechanismy únikové (zejména únik faktický, rezignaci na jakoukoliv aktivitu, únik k návykovým látkám) i obranné mechanismy útočné (zejména pak agrese vnější, ale i autoagrese). V rámci vědomých vyrovnávacích strategií volí děti aktivity s cílem udržení psychické rovnováhy (procházka, poslech hudby), aktivity zaměřené na problém nejčastěji zahrnují využití sociální opory. Informanti nejčastěji volí sociální oporu ze strany přátel méně často pak ze strany rodiny. Poskytovaná sociální opora pak zahrnuje emocionální a informační podporu. Pomoc instrumentální ze strany odborných institucí (psycholog, kurátor, středisko výchovné péče) děti vnímaly také jako pozitivní zdroj pomoci.

Na základě vyhodnocení výpovědí dětí a dostupné dokumentace lze však říci, že uvedené volené strategie k vyrovnání se a zvládnutí prožívaných náročných situací jsou nedostačující a neefektivní, jelikož je možné ve všech případech odhalit návaznost prožité situace na rozvoj negativních projevů v chování, nejčastěji pak projevů externalizovaných poruch chování. Na základě těchto výstupů a jejich srovnání s teorií se můžeme domnívat, že u dítěte na základě prožitých situací dochází k rozvoji krize. Teorie definuje krizi jako důsledek střetu s překážkou, přinášející negativní emoce a prožitky bezmoci, kterou nelze zvládnout vlastními vyrovnávacími strategiemi v přijatelném čase, nezvládnutá krize pak může vést k negativním projevům v chování a vzniku sociálně-patologických jevů.

Můžeme tedy vznést domněnku o existujícím vztahu mezi prožitou krizovou situací, neefektivními strategiemi vyrovnání se s touto situací a rozvojem poruchy chování, která se stává možným zdrojem sekundárních krizí (viz Graf 1). Dítě se tak dostává do bludného kruhu na sebe navazujících krizí, které není schopno přerušit vlastními silami.

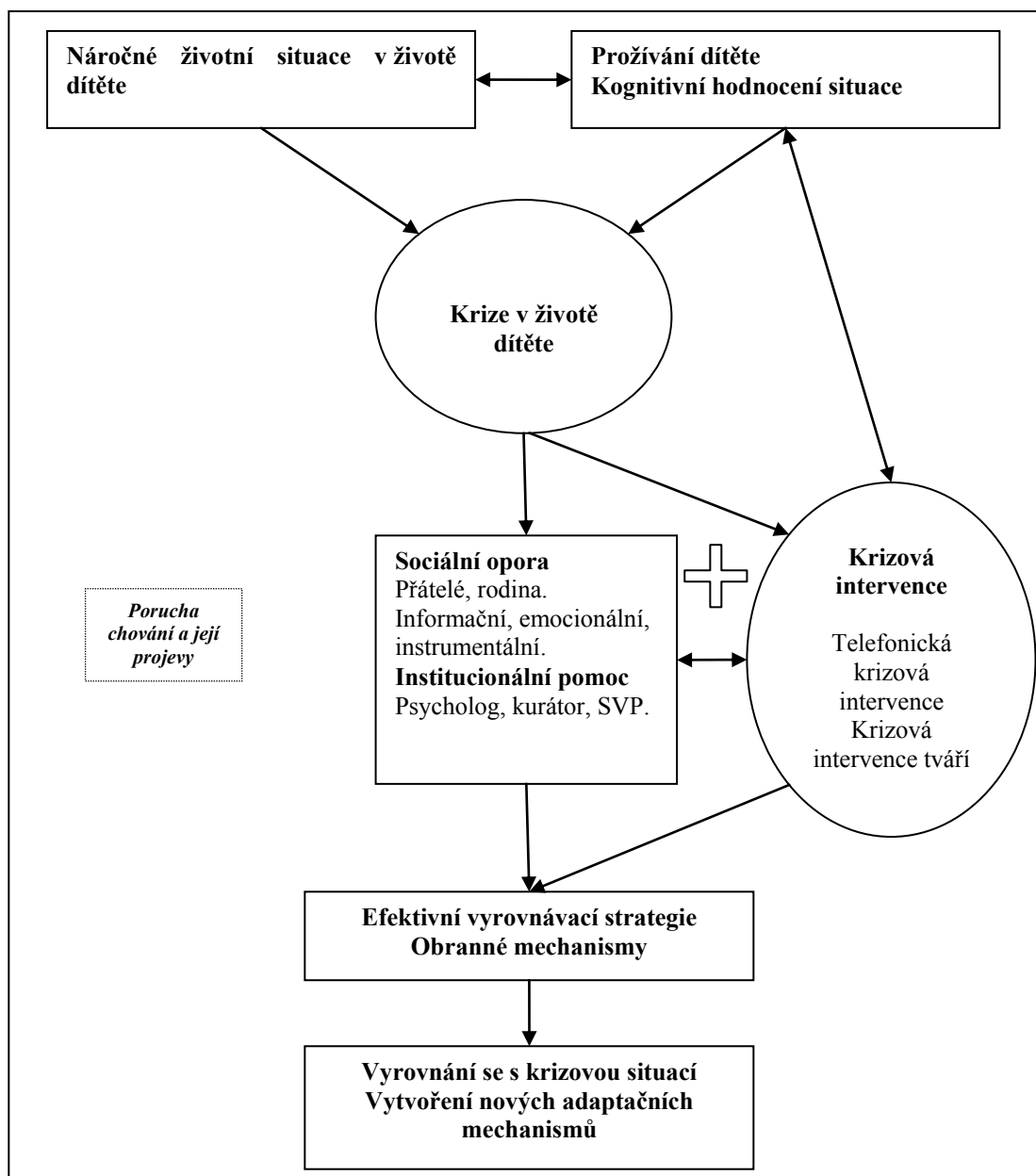
Krizová intervence je většinou informantů pozitivně vnímána jako pomoc člověku v krizi prostřednictvím poskytnutí emocionální a informační opory. Její využití je však limitováno vědomím dostupné přirozené sociální opory, nedostatečnou důvěrou k těmto službám a především pak hodnocením prožitých situací jako situací nedosahujících dostatečné míry pro oslovení služeb krizové intervence. Můžeme se domnívat, že potřeby dětí ve vztahu ke službám krizové intervence jsou důvěra a vytvoření důvěrného vztahu, získání emocionální, informační a instrumentální opory (viz Graf 2). Dle poznatků získaných na základě studia teorie i praktických zkušeností a provedené analýzy dostupných služeb můžeme říci, že služby krizové intervence jsou schopny tyto potřeby naplnit³⁰ jak kvalitativně tak kvantitativně.

Z výše uvedených výstupů lze vyvodit, že krizová intervence může představovat jednu z cest přerušení bludného kruhu na sebe navazujících krizí, které dítě není schopno zvládnout vlastními silami a potřebuje pomoc druhé osoby, odborníka či odborné instituce. Může poskytnout dítěti adekvátní podporu a navést jej k efektivnímu vyrovnání se s krizovou situací a poskytnout dítěti požadovanou instrumentální, informační a instrumentální oporu³¹ (viz Graf 3). K tomu je však třeba vytvoření důvěry dítěte k nabízeným službám, zvýšení povědomí o tématech adekvátních pro užití těchto

³⁰ Srov. kap. 3 Odborná krizová intervence.

³¹ Srov. Lazarová, B., 2002, s. 19.

služeb. Toho lze částečně dosáhnout zvýšením informovanosti o hlavních principech poskytovaných služeb ve smyslu anonymity a důvěrnosti poskytovaných informací a především o tématech adekvátních pro pomoc v rámci krizové intervence.



Graf 3 Možnosti krizové intervence u dětí s poruchami chování

Možnosti krizové intervence jsou spatřovány v poskytnutí adekvátní podpory a pomoci dítěti v krizových situacích za spolupráce se zdroji přirozené sociální opory, či jako náhrada neefektivní či nedostupné přirozené opory. Krizová intervence by tedy mohla nalézt své uplatnění jako jedna ze složek systému podpory a provázení dítěte v krizových situacích.

Nabízené dostupné služby prezenčních i distančních forem krizové intervence pokrývají celé rozpětí dětského věku a adolescence od 0 do 18 let i období mladé dospělosti až do 26 let věku. Dětem jsou k dispozici zařízení specificky zaměřené na dětskou populaci nebo zařízení nabízející služby celé populaci včetně dětí. Dětem jsou k dispozici v rámci celé České republiky krizová centra nabízející ambulantní i pobytové služby a linky důvěry nabízející telefonickou krizovou intervenci a internetové poradenství. Služby pak pokrývají nejen oblast vlastní krizové intervence, ale také rodinné a partnerské poradenství, psychologické, sociální a sociálně-právní poradenství, trestně-právní poradenství, psychoterapeutickou činnost, poradenství pro rodiče, mediaci. Vedle zařízení zaměřených na běžnou dětskou populaci jsou dostupné i instituce orientované na specifické oblasti a cílové skupiny (např. syndrom CAN, domácí násilí, závislostní problematika). Přehled dostupných distančních i prezenčních forem odborné krizové pomoci pro děti, poskytovaných služeb a kontaktů na daná zařízení je obsažen v příloze G a H.

Výzkumné šetření ukázalo na spojitost mezi prožitými krizovými situacemi, volenými strategiemi a mechanismy zvládnání krize a rozvojem poruchy chování, která může být zdrojem sekundárních krizí. Poukázalo na potřeby dětí ve vztahu ke krizové intervenci, které jsou služby krizové intervence schopny naplnit za předpokladu zvýšení informovanosti dětí a zvýšení důvěry dětí k této formě pomoci. V dalším šetření proto doporučujeme zhodnocení míry informovanosti o službách krizové intervence dětí většinové populace, taktéž u dětí s poruchami chování a identifikaci možných zdrojů zvýšení informovanosti. V rámci praxe je třeba se zaměřit na zvyšování informovanosti o možnostech, principech, dostupnosti a způsobech práce v rámci služeb krizové intervence a tím směřovat ke zvýšení důvěry k těmto službám. Výzkumné šetření také odhalilo a potvrdilo potřebu utváření a podpory funkčních a efektivních strategií užívaných v rámci zvládnání náročných situací u dětí.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřovala na krizovou intervenci u dětí s poruchami chování konkrétně na analýzu potřeb krizové intervence u dětí s poruchami chování jako součásti provázení a podpory dítěte. Hlavní teze k vytvoření diplomové práce vycházely z poznatků získaných během studia, praxe a pracovních zkušeností v oblasti krizové intervence. Teoretická východiska pro naplnění cíle diplomové práce jsou obsažena v prvních třech kapitolách, na něž navazuje čtvrtá kapitola empirického charakteru shrnující provedené výzkumné šetření a jeho výstupy.

V teoretické části byla porucha chování vymezena jako možný následek rizik působících na dítě během jeho života. Byly odhaleny dostupné zdroje dítěte k adaptaci a vyrovnání se s působícími riziky, tedy resilience, attachment a sociální opora. Teoretická východiska psychosociální krize, strategií a zdrojů zvládnutí krize byly dány do kontextu dětského věku a jejich následného negativního dopadu do socializace dítěte a projevů v chování. Krizová intervence byla pojímána jako včasná odborná pomoc a podpora dítěti v krizové situaci umožňující další návaznost odborné či jiné pomoci a tím i předcházení rozvoje poruchy chování. Teoretická část poskytla hlavní poznatky pro realizaci výzkumného šetření.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo odhalit možnosti krizové intervence u dětí s poruchami chování a vyhodnocení její dostupnosti v kontextu potřeb dětí. Výzkumné šetření vycházelo ze strategie kvalitativního výzkumu, konkrétně designu zakotvené teorie. Data byla získávána metodou polostrukturovaných hloubkových rozhovorů a obsahové analýzy dokumentace. Výzkumný vzorek tvořilo osm dětí s poruchou chování ve věku od 14 do 16 let.

Z výzkumného šetření vyplynula významná souvislost mezi krizovými situacemi v životě dítěte, užitými obrannými mechanismy, neefektivními vyrovnávacími strategiemi a následným rozvojem poruchy chování. Přičemž porucha chování a její projevy se mohou stát zdrojem krizí sekundárních. Dítě se tak dostává do bludného kruhu na sebe navazujících krizí, který není schopno vlastními silami přerušit. Naše zjištění jsou tedy v souladu s bio-psycho-sociální teorií poruch chování jako výsledku působení vnitřních determinantů, ale především determinantů vnějších (srov. kap. 1.2). Výstupy z výzkumného šetření také potvrzují teorii, že krize dítěte mají výrazný vliv na formování způsobů chování a nezpracované krize mohou vést k rozvoji sociálně patologických jevů i k rozvoji poruch chování (srov. s. 26, 28).

Krizová intervence pak může představovat jednu z cest jak přerušit bludný kruh na sebe navazujících krizí, může dítěti poskytnout adekvátní podporu a nevést jej k efektivním způsobům vyrovnání se s krizí. Ve vztahu ke krizové intervenci informanti vyjadřovali potřebu důvěry a získání emocionální, informační a instrumentální opory. Dle poznatků získaných na základě studia teorie, praktických zkušeností a provedené analýzy zařízení jsou služby krizové intervence schopny tyto potřeby naplnit jak kvalitativně tak kvantitativně. Bylo zjištěno, že služby krizové intervence pokrývají celé rozpětí dětského věku a adolescence od 0 do 18 let i období mladé dospělosti až do 26 let věku. Dětem jsou k dispozici v rámci celé České republiky krizová centra nabízející ambulantní i pobytové služby a linky důvěry nabízející telefonickou krizovou intervenci, internetové poradenství.

Využívání služeb krizové intervence je limitováno kognitivním vnímáním situace dítěte jako situace nedosahující míry akceptovatelné krizovou intervencí, vědomím dostupnosti sociální opory a nedůvěrou k tomuto druhu služeb. Můžeme se tedy domnívat, že zvýšení informovanosti o hlavních principech služeb krizové intervence a tématech adekvátních pro pomoc v rámci krizové intervence by mohlo vést ke zvýšení důvěry dětí k tomuto druhu služeb a tím i ke zvýšení uplatnění krizové intervence jako jedné ze složek systému podpory a provázení dítěte v krizových situacích.

V dalším šetření proto doporučujeme zhodnocení míry informovanosti o službách krizové intervence dětí většinové populace, taktéž dětí s poruchami chování ve větším rozsahu a identifikaci možných zdrojů zvýšení informovanosti. V rámci praxe navrhuje se zaměřit na zvyšování informovanosti o možnostech, principech, dostupnosti a způsobech práce v rámci služeb krizové intervence a tím směřovat ke zvýšení důvěry k těmto službám. Výzkumné šetření také odhalilo a potvrdilo potřebu utváření a podpory funkčních a efektivních strategií aplikovaných v rámci zvládnutí náročných situací u dětí.

Hlavní přínos diplomové práce je spatřován v celistvém shrnutí teorie krizové intervence v kontextu problematiky poruch chování, v potvrzení již existující teorie, v odkrytí krizové intervence jako jedné z možných cest podpory a provázení dítěte a odhalení možných cest jak tohoto uplatnění dosáhnout. Za jeden z hlavních výstupů je též možné považovat vytvořený souhrnný přehled dostupných distančních i prezenčních forem odborné krizové pomoci pro děti, poskytovaných služeb a kontaktů na daná zařízení.

SHRNUTÍ

Předkládaná diplomová práce má teoreticko-empirický charakter. Věnuje se problematice krizové intervence u dětí s poruchami chování. Cílem práce je analýza potřeb krizové intervence u dětí s poruchami chování jako součásti provázení a podpory dítěte. Práce je rozdělena do několika kapitol. První tři kapitoly shrnují teoretické vymezení problematiky, která zároveň tvoří teoretická východiska potřebná pro realizaci následného výzkumného šetření, jež je shrnuto v kapitole čtvrté. Teoretická část se zabývá problematikou poruch chování v kontextu potřeb krizové intervence, vymezením krize v psychosociálním pojetí a problematikou odborné krizové intervence se zaměřením na specifika jejích jednotlivých forem. Vlastní výzkumné šetření, založené na kvalitativní strategii, se zaměřuje na odhalení možností krizové intervence u dětí s poruchami chování a vyhodnocení její dostupnosti v kontextu potřeb dětí. Výzkumné šetření odhalilo souvislost mezi krizovými situacemi v životě dítěte, užitými obrannými mechanismy, neefektivními vyrovnávacími strategiemi a následným rozvojem poruchy chování. Poukázalo na potřeby dětí ve vztahu ke krizové intervenci, které jsou služby krizové intervence schopny naplnit za předpokladu zvýšení informovanosti dětí a zvýšení důvěry dětí k této formě pomoci. Z výzkumu vyplývá požadavek zvýšení informovanosti dětí o krizové intervenci a potřeba utváření efektivních strategií vyrovnání se s krizí.

SUMMARY

Presented thesis has theoretical and empirical character and concerns crisis intervention for children with behavioral disorders. The aim is to analyze the needs of crisis intervention for children with behavioural disorders as a part guidance and child support. The thesis is divided into several chapters. The first three chapters summarizes theoretical definition which also forms theoretical basis required for the subsequent implementation of research in chapter four. The theoretical part deals with behavioral disorders in context of needs for crisis intervention, defines crisis in psychosocial view and addresses professional crisis intervention in focus on the specifics of its various forms. The research, based on a qualitative strategy aims to unlock the potential use of crisis intervention for children with behavioural disorders and evaluates its availability in the context of needs for children. The survey revealed a link between crises in the life of a child, used coping mechanisms, ineffective compensatory strategies and subsequent development of behavioural disorder. It highlights needs of children related to crisis intervention, which crisis intervention services are able to fulfill, assuming raised awareness among children and increased trust of children to this form of assistance. Research indicates high demand to increase awareness of crisis intervention among children and need for shaping effective strategies for dealing with crises.

POUŽITÉ ZDROJE

1. BAŠTECKÁ, B. *Psychosociální krizová spolupráce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 320 s. ISBN 978-80-247-4195-6.
2. BEHAVENET® INC. *BehaveNet: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* [online]. © 1995-2013 [cit. 2013-12-04]. Dostupné z: <http://behavenet.com/>
3. CIMRMANNOVÁ, T. Pedagog jako odborník prvního kontaktu v situaci krize žáka. *Studia paedagogica*. 2009, roč. 14, č. 2, s. 41-50. Dostupné z: <http://www.phil.muni.cz/journals/index.php/studia-paedagogica/article/view/83>
4. CIMRMANNOVÁ, T. *Krize a význam pomáhajícího prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2013. 197 s. ISBN 978-80-246-2205-7.
5. COHEN, S. *Social Relationship and Health*. *American Psychologist*. 2004, vol. 59, pp. 676-684. Dostupné z: <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/AmerPsycholpaper.pdf>
6. ČESKÁ ASOCIACE PRACOVNÍKŮ LINEK DŮVĚRY ČESKÉ REPUBLIKY. *ČAPLD: Česká asociace pracovníků linek důvěry České republiky* [online]. © 2014 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.capld.cz/>
7. DASS-BRAILSFORD, P. *A practical approach to trauma: Empowering interventions*. California: Sage Publications, Inc., 2007. 384 pages. ISBN 9781412916387.
8. "D" OBČANSKÉ SDRUŽENÍ. *Kompletní krizová intervence*. Liberec, 2012.
9. ELLIOT, J., M., PLACE. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 206 s. ISBN 80-247-0182-0.
10. ENCYKLOPEDICKÝ DŮM, spol. s. r. o. KOLEKTIV AUTORŮ. *Slovník cizích slov*. 2. dopl. vyd.. Praha: encyklopedický dům, spol. s. r. o., 1996. ISBN 80-90-1647-8-1.
11. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. 2. rozš. vyd. 207 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
12. HARTL, P., H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
13. HELLEBRANDOVÁ, K., P. HANUŠ. VZDĚLÁVACÍ INSTITUT OCHRANY DĚTÍ O.P.S. *Krizová intervence* [online]. Praha: Vzdělávací institut ochrany

- děti, 2006 [cit. 2014-01-19]. ISBN 80-86991-84-9. Dostupné z: <http://www.viod.cz/editor/assets/download/krizovka.pdf>
14. HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 280 s. ISBN 80-247-1168-3.
 15. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
 16. HORSKÁ, B., A. LÁSKOVÁ a L. PTÁČEK. *Internet jako cesta pomoci: Internetové poradenství pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7419-034-6.
 17. HORT, V a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
 18. JANOUŠEK, J. Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie*. 1992, roč. 36, č. 5, s. 385-398. Dostupné z: <http://web.ff.cuni.cz/~hosksaff/Janousek.pdf>
 19. KALEJA, M. *Teorie a praxe etopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. ISBN 978-80-7464-419-1. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/svp/opory/PdF_Kaleja_Teorie.pdf
 20. KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 168 s. ISBN 80-7178-365-X.
 21. KOPŘIVA, I. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367181-6.
 22. KOUKOLÍK, F., J. Drtilová. *Vzpouza deprivantů: O špatných lidech, skupinové hlouposti a uchvácené moci*. 1. vyd. Praha: Makropulos, 1996. ISBN 80-901776-8-9.
 23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
 24. KULÍSEK, P. *Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment)*. *Československá psychologie*. 2000, roč. 45, č. 5, 404-423.
 25. LAŠEK, J. *Sociální psychologie II*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 142 s. ISBN 978-80-7435-116-7.
 26. LAZAROVÁ, B. *Základy pedagogicko-psychologického poradenství pro učitele*. Brno: Ústav pedagogických věd, 2002. Elektronické studijní texty.

- Dostupné z: <http://www.scribd.com/doc/211370914/Lazarova-B-Zaklady-pedagogicko-psychologickeho-poradenstvi-pro-u%C4%8Ditele-kniha>
27. MLČÁK, Z. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě - Filozofická fakulta, 2005. 64 s. ISBN 80-7368-036-X.
 28. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.
 29. ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7.
 30. SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. 69 s. ISBN 978-80-7041-490-3.
 31. STRAUSS, A., J. CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert a Brno: Podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
 32. ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a v dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 102 s. ISBN 978-80-247-2947-3.
 33. ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004a. 197 s. ISBN 80-247-0586-9.
 34. ŠPATENKOVÁ, N. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004b. 129 s. ISBN 80-247-0888-4.
 35. ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 200 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
 36. ŠTRAUSOVÁ, K. *Specifika trávení volného času osob s roztroušenou mozkomíšni sklerózou*. Hradec Králové, 2012. Bakalářská práce. Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové.
 37. ŠVAŘÍČEK, R., K. ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
 38. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální práce*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.
 39. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
 40. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 467 s. ISBN 978-80-246-0956-0.

41. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
42. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0.
43. VOJTOVÁ, V. *Přístupy k poruchám chování a emocí v současnosti*. 2.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 136 s. ISBN 978-80-210-4573-6.
44. VOJTOVÁ, V. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 330 s. ISBN 978-80-210-5159-1.
45. VOJTOVÁ, V., K. ČERVENKA et al. *Edukační potřeby dětí v riziku a s poruchami chování*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-6134-7.
46. *Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, MKN-10*. Akt. vyd 2013. Zpracoval Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2013. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>

Legislativní dokumenty

1. Česká republika. Listina základních práv a svobod. In: Ústavní zákon. 1993, roč. 1993, č. 2. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
2. Česká republika. Zákon o advokacii. In: Sbírka zákonů. 1996, roč. 1996, č. 85. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?r=1996&cz=85>
3. Česká republika. Zákon o ochraně osobních údajů. In: Sbírka zákonů. 2000, roč. 2000, č. 101. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z101_2000o
4. Česká republika. Zákon o sociálních službách. In: Sbírka zákonů. 2006, roč. 2006, č. 108. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.2006.
5. Česká republika. VYHLÁŠKA ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: Sbírka zákonů. 2006, roč. 2006, č. 505. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6196/vyhlaska_505_2006.pdf
6. Česká republika. Trestní zákoník. In: Sbírka zákonů. 2009, roč. 2009, č. 40. Dostupné z: www.mvcr.cz/soubor/sb011-09-pdf.aspx

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<i>Zkratka</i>	<i>Význam</i>
ASEBA	Achenbach System od Empirically Based Assessment
CNS	centrální nervový systém
ČAPLD	Česká asociace pracovních linek důvěry
DSM-IV	diagnostický a statistický manuál duševních poruch
IP	internetové poradenství
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize
RBCL	Revised Behaviour Checklist
RIAPS	Regionální institut psychiatrických a psychosociálních služeb
TKI	telefonická krizová intervence

SEZNAM TABULEK

TAB. 1: Dílčí výzkumné otázky a tazatelské otázky	65
---------------------------------------------------------	----

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1 PARADIGMATICKÝ MODEL KRIZE	76
GRAF 2 PARADIGMATICKÝ MODEL MOŽNOSTÍ KRIZOVÉ INTERVENCE	80
GRAF 3 MOŽNOSTI KRIZOVÉ INTERVENCE U DĚTÍ S PORUCHAMI CHOVÁNÍ	85

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A: Dimenzionální klasifikace poruch emocí a chování RBCL
- Příloha B: Dimenzionální klasifikace poruch emocí a chování ASEBA
- Příloha C: Škála sociální readaptace dle Holmese a Rahea
- Příloha D: Srovnání různých forem krizové intervence
- Příloha E: Etický kodex pracovníka linky důvěry a pracoviště linky důvěry
- Příloha F: Etický kodex internetové poradny
- Příloha G: Analýza dostupných služeb prezenčních forem krizové pomoci pro děti:
krizová centra
- Příloha H: Analýza dostupných služeb distančních forem krizové pomoci pro děti:
linky důvěry

PŘÍLOHA A

Dimenzionální klasifikace poruch emocí a chování RBCL³²

1) Poruchy chování	Verbální nebo fyzická otevřená agrese Ničení věcí Negativismus Nezodpovědnost Vzdorovité chování Odmítání autority
2) Osobní problémy, psychické problémy	Úzkostné chování Uzavřenost Přehnaná úzkost Sociální uzavřenost, izolace Stydlivost, senzibilita Tendence uzavírání se sociálnímu prostředí a její projevy
3) Nevyzrálost	Roztržitost Problémy s pozorností Pasivita Denní snění Lenost (pomalost) Další projevy v chování, které jsou v rozporu s vývojovou normou
4) Socializovaná agrese	Skupinová agrese Loupeže Záškoláctví Identifikace s delikventní skupinou

³² Zdroj: VOJTOVÁ, V. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 330 s. ISBN 978-80-210-5159-1.

PŘÍLOHA B

Dimenzionální klasifikace poruch emocí a chování ASEBA³³

EXTERNALIZOVANÉ PORUCHY CHOVÁNÍ		
<i>Porušování norem a pravidel</i>	<i>Agresivní chování</i>	
Špatná společnost Nedostatek pocitu viny při špatném chování Lhaní, podvádění Krádeže mimo domov	Ničení cizího majetku Odmítání poslušnosti ve škole Rvačky Vyhrožování	
INTERNALIZOVANÉ PORUCHY CHOVÁNÍ		
<i>Depresivní symptomy projevů s úzkostným chováním</i>	<i>Uzavřenost s depresivními projevy</i>	<i>Psychosomatické potíže</i>
Plačtivost Pocity zbytečnosti, neschopnosti Tematizace sebevraždy Ustrašenost, úzkostnost	Málo se raduje Nechává si věci pro sebe Nešťastný, smutný, depresivní Bez zájmu, nezapojuje se, je stažený do sebe	Závratě Bolesti hlavy Nevolnosti Častá únava
NESESKUPENÉ DIMENZE		
<i>Sociální problémy</i>	<i>Psychické problémy</i>	<i>Problémy v pozornosti</i>
Stížnosti na osamělost Pocity, že jej ostatní zneužívají Žárlí na vrstevníky Není mezi vrstevníky oblíben	Ulpívá na různých myšlenkách Slyší různé věci Divně se chová Má divné myšlenky	Neumí se soustředit Neumí klidně sedět Impulzivita špatné školní výkony

³³ Zdroj: VOJTOVÁ, V. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 330 s. ISBN 978-80-210-5159-1.

PŘÍLOHA C

Škála sociální readaptace³⁴

Událost	Počet bodů
1. Úmrtí manžela/manželky	100
2. Rozvod	73
3. Rozchod s partnerem	65
4. Pobyť ve vězení	63
5. Smrt příslušníka rodiny	63
6. Osobní úraz nebo nemoc	53
7. Svatba	50
8. Propuštění z práce	47
9. Manželské usmírování	45
10. Odchod do důchodu	45
11. Zdravotní změny příslušníka rodiny	44
12. Těhotenství	40
13. Sexuální problémy	39
14. Příchod nového člena rodiny	39
15. Změny ve finančním postavení	38
16. Smrt blízkého přítele	37
17. Přechod na nový způsob práce	36
18. Přibývání manželských hádek	35
19. Větší zadlužení	31
20. Ztráta velkého obnosu peněz	30
21. Změny odpovědnosti v práci	29
22. Syn nebo dcera opouští domov	29
23. Potíže s příbuzenstvem z partnerovy strany	29
24. Mimořádný osobní úspěch	28
25. Partner/ka začíná nebo končí s prací	26
26. Začátek nebo konec školy	26
27. Změny životních podmínek	25
28. Změny v osobních návycích	24
29. Potíže se šéfem	23
30. Změny v pracovních hodinách nebo podmínkách	20
31. Změna bydliště	20
32. Změna školy	20
33. Změna v rekreování	19
34. Změny v náboženských aktivitách	19
35. Změny ve společenských aktivitách	18
36. Zadlužení	17
37. Změny ve spánkových návycích	16
38. Velké změny v počtu rodinných příslušníků	15
39. Změny v návycích v jídle	15
40. Prázdniny, dovolená	13
41. Vánoce	12
42. Drobná porušení zákona	11

³⁴ Zdroj: Scoring for the Holmes-Rahe social readjustment scale. DOCSTOC®INC. *Quicken docstoc* [online]. © 2013 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: <http://www.docstoc.com/docs/52816814/SCORING-FOR-THE-HOLMES-RAHE-SOCIAL-READJUSTMENT-SCALE>

PŘÍLOHA D

Srovnání různých forem krizové intervence³⁵

Forma krizové intervence	Tváří v tvář	Telefonní	Internetová
Hloubka explorační práce	+++	++	+
Časová strukturace	+++	+	++
Informace od klienta	+++	++	+
Anonymita klienta	+	++	+++
Zpětná vazba od klienta	+++	++	+
Dostupnost služby klientem	+	+++	++
Zábrany klienta vyhledat pomoc	+++	++	+
Spektrum metod použitelných intervencí	+++	++	+
Potřebná erudice intervencí	+++	++	++
Systematičnost práce s klientem	+++	++	+
Anonymita intervencí	+	++	+++

Legenda	
+++	vyšší úroveň
++	středně vysoká úroveň
+	nízká úroveň

³⁵ Zdroj: Mlčák, Z., 2005, s. 25.

PŘÍLOHA E

Etický kodex pracovníka linky důvěry a pracoviště linky důvěry³⁶

1. Linka důvěry umožňuje bezprostřední telefonický kontakt s klienty a kvalifikovanou pomoc klientům v tísní.
2. Pracovník LD aktivně klientovi naslouchá, hovoří s ním a neomezuje ho v jeho svobodě vyjádření.
3. Nabízená pomoc se netýká jen prvního kontaktu, platí po celou dobu krizového stavu a informuje i o možnostech následné péče, případně je se souhlasem klienta zprostředkovává.
4. Pomoc pracovníka LD spočívá především v poskytnutí podpory klientovi a v jeho zplnomocnění k vlastnímu řešení jeho problémů a snášení jeho starostí.
5. Povinností pracovníka LD je zachovávat naprostou mlčenlivost a respektovat anonymitu klienta i pracovníka. Pokud tato pravidla v naléhavých případech poruší, klienta o tom informuje. Zprávu pro orgány činné v trestním řízení a soudy může podávat pouze vedoucí LD nebo jím pověřený pracovník na jejich písemné vyžádání a se souhlasem klienta. Je naprosto nepřipustné nahrávat hovory na LD.
6. Na klienta nesmí být vykonáván jakýkoliv nátlak, který se týká přesvědčení, náboženství, politiky nebo ideologie.
7. Pracovník LD nesmí používat LD k uspokojování svých obchodních, sexuálních, emocionálních, náboženských aj. potřeb či přání.
8. Pracovník LD prochází před započítím služby výběrem a akreditovaným výcvikem orgány České asociace pracovníků linek důvěry, jejichž výsledkem jsou schopnosti, vlastnosti, vědomosti a dovednosti odpovídající potřebám práce na LD. Po celou dobu práce na LD vystupuje jako člen týmu, má k dispozici supervizi a podporu. Supervize jeho práce je pro něj povinná.
9. Pomoc na LD je dosažitelná nepřetržitě nebo v daném časovém limitu. Pracovník LD se v průběhu služby nesmí zabývat činnostmi, které ho odvádějí od práce na LD.

Tento etický kodex byl přijat sněmem České asociace pracovníků linek důvěry, který se konal 20. 10. 1998 v Hradci Králové

³⁶ Zdroj: Etický kodex. ČESKÁ ASOCIACE PRACOVNÍKŮ LINEK DŮVĚRY. *Česká asociace pracovníků linek důvěry*[online]. 1998 [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: <http://www.capld.cz/eticky-kodex>

PŘÍLOHA F

Etický kodex internetové poradny (zkrácený název: iKodex)³⁷

iKodex je určen současně veřejnosti i poskytovatelům služby. Definiuje elementárně službu a vymezuje základy etiky vztahu mezi poskytovatelem služby a klientem.

1. Internetová poradna (iP) umožňuje informační kontakt s klienty a kvalifikovanou pomoc klientům v tísní pomocí internetových technologií.
2. Na klienta nebude vykonáván jakýkoli nátlak, který se týká jeho přesvědčení, náboženství, rasy, politiky, ideologie nebo sexuální orientace.
3. iP je služba u které musí být současně a viditelně jednoznačně definováno, kdo je jejím poskytovatelem a zřizovatelem a jaké jsou jejich cíle a poslání.
4. Internetová nabídka poradenských služeb musí obsahovat jednoznačný časový závazek, dokdy může klient očekávat odpověď.
5. Odpověď nebo jiná internetová reakce iP není vázána na vytvoření ekonomického nebo jiného spojení mezi klientem a iP.
6. Pracovník iP nesmí používat iP k uspokojování svých obchodních, sexuálních, emocionálních, náboženských aj. potřeb či přání.
7. Všechny informace sdělené klientem jsou považovány za důvěrné, pokud to neodporuje zákonům ČR.
8. Aktivita iP vůči klientovi není jen dílem jedince - je výsledkem spolupráce týmu.

Tento dokument byl vypracován Českou asociací pracovníků linek důvěry a schválen XIII. sněmem ČAPLD dne 28. 5. 2005 v Liberci.

³⁷ Zdroj: Etický kodex. ČESKÁ ASOCIACE PRACOVNÍKŮ LINEK DŮVĚRY. Česká asociace pracovníků linek důvěry[online]. 2005 [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: <http://www.capld.cz/eticky-kodex>

PŘÍLOHA G

Analýza dostupných prezenčních forem odborné krizové pomoci pro děti: krizová centra

BRNO			
Název instituce	Adresa, web adresa	Kontakty	Cílová skupina, služby
Krizové centrum pro děti a dospívající	Hapalova 4 621 00 Brno-Řečkovice www.krizovecentrum.cz	tel.: 541 22 92 98 mob.: 723 006 004 css.sspd@volny.cz	Pro děti a mládež od 0 do 18 let. Ambulantní i lůžková část. Mimo KC je zde i zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.
SPONDEA Krizové centrum pro děti, dospívající a rodinu, o.p.s Intervenční centrum pro oběti domácího násilí	Sýpka 25 613 00 Brno www.spondea.cz	Tel.: 541 235 511 Mob.: 608 118 088 Intervenční centrum 739 078 078, 544 501 121 krizovapomoc@spondea.cz	Pro děti a mládež od 3 do 18 let až do 26 let pro studující. Krizová lůžka. Matky s dětmi, rodiče. Chat přes internetové stránky. Sociální poradenství, psychologická pomoc, sociálně terapeutická činnost, zprostředkování kontaktu.
Krizové centrum při FN Brno-Bohunice	Jihlavská 20 625 00 Brno	Tel.: 532 232 078 Linka naděje: Tel.: 547 212 333	S nepřetržitým provozem poskytne psychiatrickou a psychologickou pomoc pro dospělé osoby v akutní krizi.
ČESKÉ BUDĚJOVICE			
Krizové centrum pro děti a rodinu	Jiráskovo nábřeží 1549/10 370 04 České Budějovice www.ditevkrizi.cz	Tel.: 387 410 864 (Po-Čt 8-18 Pá 8-17) pomoc@ditevkrizi.cz	Krizová pomoc dětem i dospělým. Poradna (psychologická, sociálně-právní, diagnostika, terapie, i pro školy besedy).
DĚČÍN			
Krizová poradna v Děčíně	U Plovárny 1190/14 405 01 Děčín I www.krizovaporadna.cz	Tel.: 412 563 108 Mob.: 732 599 451 e-mailové poradenství: krizova.poradna@seznam.cz nebo formulář na webu	Krizová poradna pro děti a dospělé, oběti domácího násilí, trestná činnost, senioři. Rodinné, partnerské a manželské, sociální poradenství. E-mailové poradenství.

HLUBOKÁ NAD VLTAVOU-KOSTELEČ			
Jihočeská růže - krizové centrum pro matku a dítě a občanské poradny	Hluboká nad Vltavou Kostelec 17, 373 41 www.jihoceskaruze.estranky.cz	Tel.: 386 360 262 Mob.: 602 148 876 osjihoceskaruze@quick.cz	Azylový dům a krizové centrum pro matky s dětmi. Poradenské centrum rovná šance pro všechny. Bez věkového omezení.
HRADEC KRÁLOVÉ			
Adra	Třída Eduarda Beneše 575, Hradec Králové 12 www.adra.cz/projekty/projekty-v-cr/poradna-hradec-kralove/detske-krizove-centrum	Mob.: 606 824 104 Tel.: 495262 214 poradnahk@adra.cz	Děti 0 - 18 let, rodiče, sourozenci, blízké osoby. Sociálně-právní poradenství, trestně-právní poradenství, doprovázení.
HRUDIM			
Krizové centrum J.J. Pestalozziho, o.p.s.	Štěpánkova 108 537 01 Chrudim www.pestalozzi.cz/projekty.php?atr=&cl=2	Tel.: 469 623 899 kc@pestalozzi.cz	Pro osoby v krizové situaci všech věkových kategorií. Pomoc obětem domácího násilí. Krizové lůžko.
KARLOVY VARY			
O. s. Res vitae	Blahoslavova 18 360 03 Karlovy Vary http://www.resvitae.cz/krizove-centrum/p/language/cs	krizové centrum Tel.: 723 963 356 linka důvěry Tel.: 353 588 080	Ambulantní psychologická pomoc. Bez objednání, jen přes noc.
KUTNÁ HORA			
Centrum krizové intervence, obč.sdr.	Česká 235 284 01 Kutná Hora www.linkaduvery.kh.cz	Tel.: 327 511 111 Mob.: 602 874 470 linkaduvery@kh.cz	Poradna a krizová pomoc pro osoby v tísní, po objednání na lince důvěry.
OLOMOUC			
Centrum krizové intervence	Dolní náměstí 33 772 00 Olomouc	Tel.: 585 223 737	Soukromá ambulance psychologa a psychiatra. Krizová pomoc bez věkového omezení.
Krizové centrum Charita Olomouc	Wurmova 5 772 00 Olomouc http://www.olomouc.charita.cz/socialni-sluzby-SKP/krizove-centrum.html	Tel.: 734 435 078	Ambulantní i pobytové služby. Krizová pomoc bez věkového omezení.

OPAVA			
Krizové a kontaktní centrum "Pod slunečníkem"	Hradecká 16 746 01 Opava www.podslunecnikem.cz	Tel.: 553 718 487 k.centrum@seznam.cz	Krizová intervence bez omezení věku a problematiky. Specializace na závislosti, domácí násilí. Kontaktní centrum od 15 let.
OSTRAVA			
Krizové centrum, o.s.	Nádražní 196 702 00 Ostrava www.kriceos.cz	Tel.: 596 110 883 Mob.: 732 957 193 krizovecentrum@kriceos.cz	Ambulantní krizová intervence, psychoterapie, poradenství. Krizová lůžka, od 18 let.
PÍSEK			
Arkáda- sociálně psychologické centrum, o.s.	Husovo náměstí 2/24 397 01 Písek www.arkadacentrum.cz/page.php?p?paragraph=72	Tel.: 382 211 300 info@arkada-pisek.cz	Ambulantní krizová pomoc, psychologické, sociální a sociálně-právní poradenství pro dospělé i děti.
MILEVSKO			
Arkáda - Krizové centrum	Nám. E.Beneše 123 399 01 Milevsko www.arkadacentrum.cz/page.php?p?paragraph=72	Tel.: 382 521 300 info@arkada-pisek.cz	Ambulantní krizová pomoc, psychologické, sociální a sociálně-právní poradenství.
PLZEŇ			
Archa pro člověka v krizi (Diakonie ČCE)	Prokopova 17 301 00 Plzeň www.sosarcha.cz	Tel.: 377 223 221 Mob.: 733 414 421 archa.zapad@diakonie.cz	Krizová intervenci a poradenství pro lidi v obtížné životní situaci. Všechny věkové kategorie. Mediace.
Terénní krizová služba (Diecézní charita Plzeň)	Cukrovarská 16 301 00 Plzeň, www.dchp.cz	Tel.: 777 167 004 krize@dchp.cz	Výjezdy ke krizovým situacím.
PRAHA			
Dětské krizové centrum	V Zápolí 1250/21 141 00 Praha 4 – Michle www.dkc.cz	Tel.: 241 480 511 dkc@ditekrize.cz ambulance@ditekrize.cz	Specializace na syndrom CAN. Ambulantní služba psychologa a sociálního pracovníka. Nonstop linka důvěry. Poradenství pro rodiče.

Krizové centrum RIAPS	Chelčického 39 130 00 Praha 3 <i>www.csspraha.cz/krizove-centrum-riaps</i>	Tel.: 222 586 768 Tel.: 222 582 151 riaps@csspraha.cz	Multidisciplinární tým. Krizová lůžka. Denní stacionář. Provoz nonstop.
Centrum krizové intervence Psychiatrické léčebny Bohnice	Ústavní 91 181 02 Praha 8 <i>www.plbohnice.cz/home3/cz</i>	Linka důvěry 284 016 666 cki@plbohnice.cz	Ambulantní služby, psychoterapie, krizová lůžka. Terapie pro oběti akutního traumatu.
SOS centrum	Varšavská 37 120 00 Praha 2 <i>www.soscentrum.cz</i>	Tel.: 222 514 040 Mob.: 777 734 173 sos@diakoniecce.cz	Ambulantní služba, poradenství, možnost psychoterapie. Skupina na zvládnání presece ve vztazích. Pastorační poradenství. Právní poradenství.
Poradna Acorus, o.s.	Dělnická 213/12 170 00 Praha 7 <i>www.acorus.cz</i>	Tel.: 283 892 772 info@acorus.cz	Zaměřeno na ženy a ženy s dětmi v situaci domácí násilí. Azylový dům, krizová pomoc, odborné sociální poradenství, krizová lůžka.
Fokus Praha, o.s	Libušina 5 120 00 Praha 2 <i>http://www.fokus-praha.cz/index.php/pomoc-v-krizi</i>	Mob.: 777 800 983 krize@fokus-praha.cz	Krizová intervence a linka důvěry pro lidi s duševním onemocněním a jejich příbuzné.
SVITAVY			
Krizové centrum J. J. Pestalozziho, o.p.s.	Milady Horákové 10 568 02 Svitavy <i>www.pestalozzi.cz</i>	Tel.: 461 321 100 461 321 200 kcsvi@pestalozzi.cz	Pro osoby všech věkových kategorií v krizi.
ÚSTÍ NAD LABEM			
Centrum krizové intervence	K Chatám 22 403 40 Ústí nad Labem – Skorotice <i>www.spirala-ul.cz</i>	Tel.: 475 603 390 spirala.cki@volny.cz	Ambulantní služby, psychosociální pomoc a sociálně-právní poradenství, sociální rehabilitace, krizové lůžko.

PŘÍLOHA H

Analýza dostupných služeb distančních forem krizové pomoci pro děti: linky důvěry

BRNO			
Název instituce	Specializace	Kontakty	Internetové poradenství
Modrá linka <i>www.modralinka.cz</i>	Primárně pro děti a mladé lidi Nově i pro osoby v krizi bez rozdílu věku	Tel.: 549 24 10 10 Mob.: 608 90 24 10 <i>info@modralinka.cz</i>	E-mail: <i>help@modralinka.cz</i> Skype: skypename "modralinka" Chat: <i>https://chat.modralinka.cz/</i>
Telefonické a internetové poradenství krizového centra <i>www.spondea.cz/</i>	Děti, dospívající, studenti do 26 let a jejich blízcí	Tel.: 541 235 511 Mob.: 608 118 088	E-mail: <i>krizovapomoc@spondea.cz</i> Chat: <i>www.chat.spondea.cz</i>
Linka Anabell <i>www.anabell.cz</i>	Pro osoby s poruchami příjmu potravy, jejich příbuzné a blízké, pedagogy.	Tel.: 848 200 210	E-mail: <i>iporadna@anabell.cz</i>
Linka naděje <i>http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/psychiatricka-klinika/linka-nadeje/t3227</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 547 212 333 nonstop	
PRAHA			
Linka bezpečí <i>www.linkabezpeci.cz</i>	Pro děti a dospívající v obtížné životní situaci (mládež do 18 let a studenti do 26 let).	Tel.: 116 111 nonstop bezplatné	E-mail: <i>pomoc@linkabezpeci.cz</i> Chat: <i>http://chat.linkabezpeci.cz/</i>
Internet Helpline <i>www.pomoconline.cz</i>	Poradna pro bezpečný internet (pomoc dětským obětem internetové kriminality). Poradenství na Lince bezpečí	Tel.: 116 111 bezplatné	E-mail: <i>pomoc@linkabezpeci.cz</i>
Linka vzkaz domů <i>www.vkazdomu.cz</i>	Pro děti a mládež na útěku či vyhozené.	Tel.: 116111 bezplatné	E-mail: <i>pomoc@linkabezpeci.cz</i>
Rodičovská linka <i>www.linkabezpeci.cz</i>	Rodinné a výchovné poradenství pro rodiče, prarodiče a ostatní členy rodiny, pedagogy.	Tel.: 840 111 234	E-mail: <i>info@linkabezpeci.cz</i>
Linka důvěry Dětského krizového centra <i>www.ditekrize.cz/linka-duvery</i>	Pro děti a dospělé, kteří se setkali s problematikou syndromu CAN jako přímé nebo nepřímé oběti ve své rodině nebo okolí.	Tel.: 241 484 149 Mob.: 777715215 nonstop	E-mail: <i>problem@дитеkrize.cz</i> Skype: <i>ld_dkc</i> Chat: <i>www.elinka.iporadna.cz</i>

Bílý kruh bezpečí <i>www.bkb.cz</i>	Oběti a svědci trestných činů.	Tel.: 257 317 110 nonstop	
Linka Ztracené dítě <i>www.ztracenedite.cz/116-000-linka-ztracene-dite/</i>	Pomoc blízkým pohřešovaných a ztracených dětí, provází při dalších krocích nezbytných pro nalezení dítěte, spolupráce s Policií ČR, která zahrnuje předávání informací a součinnost při pátrání.	Tel.: 116000 nonstop	E-mail: info@ztracenedite.cz
Poradenská linka K-centrum (Sananim) <i>www.drogovaporadna.cz/</i>	Drogově závislí, drogami ohrožení a jejich blízcí.	Tel.: 283872186 kacko@sananim.cz	Webový formulář.
Anonymní AT linka <i>http://www.cszs.cz/</i>	Pro osoby, které mají problém se závislostí, se zneužíváním návykových látek, patologickým hráčstvím a jejich příbuzné a blízké.	Tel.: 235 311 791	
Linka pro ženy a dívky <i>www.poradnaprozeny.eu/index.php?nid=9815&lid=cs&oid=2084903</i>	Sociálně právní poradenství pro dívky, ženy a partnerské páry v obtížných situacích souvisejících s těhotenstvím, mateřstvím, rodičovstvím a vztahovými problémy.	Tel.: 603 210 999	
Linka pomoci pro ženy v tísní	Pro dívky a ženy s problémy souvisejícími s početím, těhotenstvím, potratem, porodem a mateřstvím.	Tel.: 800 108 000 bezplatné	E-mail: poradna@linkapomoci.cz
Pražská linka důvěry RIAPS <i>www.csspraha.cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 222 580 697 nonstop	E-mail: linka.duvery@csspraha.cz
Linka důvěry Bohnice <i>www.plbohnice.cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 284 016 666 nonstop	
Linka první psychické nemoci <i>www.ztracenedite.cz/116-123</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 116123	
DONA linka <i>www.donalinka.cz</i>	Pomoc pro osoby ohrožené domácím násilím, jejich příbuzným a známým, pomáhajícím profesionálům v kontaktu s osobou ohroženou domácím násilím.	Tel.: 251 51 13 13 nonstop	
Krizová telefonní SOS linka <i>www.rosa-os.cz</i> <i>www.stopnasili.cz</i>	Pro ženy, oběti domácího násilí.	Tel.: 241 43 24 66 Mob.: 602 246 102	E-mail: poradna@rosa-os.cz

BLANSKO			
Linka důvěry Blansko Diecézní charita Brno <i>http://blansko.charita.cz/ohrozen e/linka/</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 516410668 nonstop soslinka.blansko@charita.cz	Skype: linka.duvery.blansko
ČESKÉ BUDĚJOVICE			
Linka důvěry <i>www.rodinnaporadnacb.cz/linka- duvery</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 387313030 nonstop	
HAVÍŘOV			
Linka důvěry <i>www.ssmh.cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 596410888 Tel.: 599505323	E-mail: linkaduvery@ssmh.cz
HRADEC KRÁLOVÉ			
Krizová linka ambulance pro drogové závislosti	Problematika závislostí na návykových látkách.	Tel.: 495 515 907 Mob.: 777 033618	Webový formulář na www.laxus.cz
KARLOVY VARY			
Linka důvěry	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 353 588 080 Mob.: 723 963 356	
KARVINÁ			
Linka důvěry <i>www.cepp.cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 596 318 080 Mob.: 777 499 650	Skype: linka.duvery.karvina
KLADNO			
Linka důvěry <i>www.ldkladno.cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 312 684 444 Mob.: 777684444 nonstop	E-mail: poradenstvi@ldkladno.cz Webový formulář Skype: linka.duvery.kladno
KUTNÁ HORA			
Linka důvěry <i>www.linkaduvery.kh.cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 327 511 111 Mob.: 602874470	E-mail: linkaduvery@kh.cz
LIBEREC			
Linka důvěry <i>www.linka-duvery.cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Mob.: 606 450 044, Tel.: 485 177 177 Tel.: 485 106 464	E-mail: odpovim@napismi.cz Skype: linka.duvery.liberec

MLADÁ BOLESLAV			
Linka důvěry <i>www.ldmb.webnode.cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 326 741 481 linka.duvery- mb@centrum.cz	
MOST			
Linka duševní tísně <i>www.mostknadeji.eu</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 476701444	E-mail: ldt.most@seznam.cz Skype: ldt.most
OLOMOUC			
Linka důvěry <i>ww.ssp-ol.cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 585 414 600	Webový formulář na <i>www.iporadna.cz</i> Chat: <i>elinka.iporadna.cz</i>
PÍSEK			
Linka důvěry <i>www.arkadacentrum.cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 382 222 300 <i>info@arkada-pisek.cz</i>	
PLZEŇ			
Linka důvěry a psychologické pomoci <i>www.epochs.cz/linkaduvery.html</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 377 462 312 Mob.: 605 965 822	
TŘEBÍČ			
Linka důvěry STŘED <i>www.stred.info/linka-duvery</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Mob.: 775 223 311 Tel.: 568 443 311	E-mail: <i>linkaduvery@stred.info</i> Chat: <i>www.elinka.iporadna.cz</i>
ÚSTÍ NAD LABEM			
Linka pomoci <i>www.spirala-ul.cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 475603390 nonstop	
ÚSTÍ NAD ORLICI			
Linka důvěry <i>www.linkaduveryuo.cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku.	Tel.: 465524252 nonstop	E-mail: <i>napis@linkaduveryuo.cz</i>
ZLÍN			
Linka SOS <i>www.soslinka.zlin.cz/cz</i>	Pro celou populaci bez rozdílu věku	Tel.: 577 431 333 nonstop	E-mail: <i>sos@zlin.cz</i> Webový formulář.