

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Sebepoškození dětí a mladistvých**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MUDr. Josef Kříž

Michaela Havelková

11. 5. 2009

## **Sebepoškozování dětí a mladistvých.**

Sebepoškozování je do společnosti rozšiřující se fenomén, projevující se především mezi adolescenty. V České republice neexistuje mnoho informací o tomto jevu. Pojem sebepoškozování označuje určitou formu komunikace, směr, jak vyjádřit své pocity a emoce. Představuje jednání bez úmyslného a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození fyzické integrity bez letálního dosahu.

V teoretické části jsou obsaženy informace o sebepoškozování, vztahu sebepoškozujícího a suicidálního chování, formách, příčinách, důvodech, výskytu jevu, průběhu aktu a terapie.

Praktická část je tvořena kasuistikou dnes již dospělé ženy. Pro získání dat byl použit kvalitativní výzkum, metoda analýza dokumentů - technika obsahová analýza. Dále byla uplatněna metoda dotazování - technika rozhovor. Cílem bylo zjistit příčiny a důvody sebepoškozování a jak tento akt jedinci prožívají. Výzkumná práce podává informace, že sebepoškozování je nespécifickou reakcí na stresovou situaci, která přináší pocit úlevy a vnitřního uvolnění. Záměry práce byly splněny. Studie nabízí podrobný rozbor problematiky na konkrétním případě včetně vývojových fází s přihlédnutím k věku.

Závěr výzkumu podává, že bakalářská práce by měla přispět k bližšímu poznání této problematiky zejména u adolescentů.

## **Self harm in childhood and adolescence.**

Self harm is a phenomenon increasingly prevalent in society. It is present mainly among teenagers. There is just a little information concerning this issue in the Czech Republic. Self harm is defined as certain form of communication, a way of expressing one's own feelings and emotions. It represents a behavior without any deliberate or aimed intention to die but with the outcome of non – lethally harming physical integrity.

The theoretical part includes information about self harm, the relationship between self harm and suicidal behavior, its forms, causes, reasons, prevalence, and the course of the act and the therapy.

The practical part consists of the case report of a woman who now reached maturity. The data were obtained from a qualitative research, document analysis method – technique content analysis, method questioning – technique interview. The objective was to determine causes and reasons for self harming behavior and how this act is perceived by the individual. This research paper reports that self harm is a non – specific reaction to certain stress situation and brings feelings of relief and internal release. The objectives of this paper were fulfilled. The paper offers a detailed analysis of the problem on a single case study including development stages with age impact.

The conclusion of the research part reports that this bachelor's paper may help with deeper understanding of this phenomenon found among teenagers.

## **Prohlášení**

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Sebepoškozování dětí a mladistvých** vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

podpis studenta

### Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat MUDr. Josefu Kříži za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

## Obsah

<b>Obsah .....</b>	<b>6</b>
<b>Úvod .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>10</b>
1.1 Definice sebepoškozování .....	10
1.2 Vztah sebepoškozujícího a suicidálního chování .....	12
1.3 Formy sebepoškozování .....	14
1.4 Příčiny sebepoškozování.....	16
1.4.1 Hodnocení vulnerability .....	16
1.4.2 Možné kauzální faktory .....	17
1.4.3 Sociální a environmentální faktory.....	18
1.4.4 Traumatická událost.....	20
1.4.5 Faktory vyplývající z osobnosti jedince .....	21
1.4.6 Endogenní opiátový systém – endorfinová teorie analgezie .....	22
1.5 Důvody sebepoškozování .....	24
1.5.1 Regulace afektů.....	25
1.5.2 Způsob komunikace, vyjádření pocitů.....	25
1.5.3 Potrestání/kontrola sebe samého.....	26

1.5.4	Sebepoškozování jako výraz příslušnosti ke skupině .....	26
1.5.5	Další důvody .....	27
1.6	Výskyt sebepoškozování.....	28
1.6.1	Věk.....	28
1.6.2	Pohlaví .....	30
1.7	Průběh aktu sebepoškozování.....	32
1.8	Terapie .....	34
1.8.1	Intervence.....	34
1.8.2	Psychoterapeutické přístupy .....	35
1.8.2.1	Kognitivně - behaviorální terapie (KBT) a na trauma zaměřená kognitivně - behaviorální terapie (TF – CBT) .....	36
1.8.2.2	Dialektická behaviorální terapie (DBT) .....	37
<b>2</b>	<b>Cíl práce a hypotézy .....</b>	<b>39</b>
2.1	Cíle práce .....	39
2.2	Hypotézy .....	39
<b>3</b>	<b>Metodika .....</b>	<b>40</b>
3.1	Metodika práce .....	40
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku .....	41
<b>4</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>42</b>
4.1	Eliška ve věku od 10 do 15 let.....	42

4.2	Eliška ve věku od 16 do 19 let.....	46
4.3	Rozhovory (narativní, polostrukturovaný) .....	50
4.4	Metoda volných asociací a kresba .....	56
4.5	Ostatní kasuistiky.....	58
<b>5</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>61</b>
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>65</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>67</b>
<b>8</b>	<b>Klíčová slova.....</b>	<b>74</b>
<b>9</b>	<b>Přílohy.....</b>	<b>75</b>
9.1	Seznam příloh .....	75



## Úvod

Sebepoškozování je jev, který se v poslední době ve společnosti rozšiřuje, a to zejména ve skupině adolescentních jedinců. V České republice neexistuje mnoho informací o tomto jednání. V zahraniční literatuře se setkáváme s mnoha výzkumy, zabývající se touto problematikou. Zahraniční výzkumy udávají, že sebepoškozováním trpí více dívky než chlapci, i když procento mladých mužů je na vzestupu. Ve Velké Británii existuje studie, v níž je zjištěno, že 6,9 % mladistvých se v nejbližší době sebepoškozovalo a 13,2 % mladých lidí potvrdilo existenci záměrného sebepoškozování v dosavadním životě. Výskyt epizod v období adolescence je pravděpodobně mnohem vyšší, než ukazují původní výzkumné práce. Důvodem je poměrně často nedostatek pozornosti odborníků a rodičů těmto případům.

Pojem sebepoškozování označuje určitou formu komunikace, směr, jak vyjádřit své pocity a emoce. Představuje jednání bez úmyslného a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození fyzické integrity, bez závažného letálního dosahu. Vyskytuje se nejrůznějších formách, jako je například pálení se, polykání nestravitelných předmětů, sebekousání, vytrhávání si vlasů, řas a obočí a podobně. Nejrozšířenější je však sebeřezání, které se provádí zpravidla žiletkou na ruku, nohou a hrudníku. Tento akt krátkodobě vede k uvolnění napětí, které však rychle klesá při pocitech viny z přítomnosti nových poranění.

Tento narůstající fenomén mě velmi zaujal z hlediska, že se o něm v České republice tak málo ví. Myslím si, že je potřeba toto téma větší měrou osvětlit, protože to rozhodně není zanedbatelný problém v naší společnosti, nýbrž má tendenci narůstat. To byl i důvod, proč jsem se této problematice chtěla věnovat ve své práci.

Bakalářská práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou obsaženy informace o sebepoškozování, vztahu sebepoškozujícího a suicidálního chování, formách, příčinách, důvodech, výskytu jevu, průběhu aktu a terapie. Praktická část je tvořena kasuistikou dnes již dospělé ženy. Data byla získána z rozhovoru a analýzy dokumentů

# 1. Současný stav

## 1.1 Definice sebepoškozování

Sebepoškozování je jevem, na nějž je nahlíženo různými úhly pohledu a jeho vymezení není jednotné. Z toho vyplývá i více výrazů, kterými bývá tento jev označován.<sup>1</sup>

Sebepoškozování je určitá forma komunikace, směr, jak vyjádřit své pocity a emoce.<sup>2</sup>

Hawton ve své studii uvádí, že sebepoškozování je jednání bez fatálních následků, kdy jedinec tak činí dobrovolně a splňuje alespoň jedno z následujících: je to vyvolané chování (například sebeřezání), požití látky překračující předepsanou nebo obecně uznávanou léčebnou dávku, užití legálních nebo nelegálních drog, které bylo jedincem považováno za sebepoškození a požití nestravitelných předmětů nebo látek.<sup>3</sup>

Podle Jany Kocourkové sebepoškozování představuje chování bez úmyslného a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození fyzické integrity, bez závažného letálního dosahu. Nejčastěji se jedná o vědomé, záměrné a často opakované sebepoškozování, při němž není přítomen smrtící následek.<sup>4</sup> Zacházení s lidským tělem je determinováno společenskými faktory a rituály, které mají kulturní a sociální význam. Tyto faktory rozhodují o tom, které zásahy do lidského organismu lze vnímat za konvenční normu (např. tetování nebo piercing), a které již mají profil sebepoškozování v patologickém slova smyslu.<sup>5</sup> V zahraniční literatuře lze najít výrazy jako je deliberate self-harm (záměrné sebepoškozování, sebeublížení), případně jen self-

---

<sup>1</sup> KOLÁŘ, J. *Motivace k sebepoškozování a jeho prožívání u adolescentů*. Brno, 2007. 96 s. Bakalářská práce na Fakultě sociálních studií Masarykovy university na katedře psychologie. Vedoucí bakalářské práce Michaela Širůčková.

<sup>2</sup> *Wilhemina\_Murray* [online]. 2007 [cit. 2009-02-10]. Dostupné z: <http://wilhemina.wordpress.com/2008/04/28/sebeposkozovani/>.

<sup>3</sup> HAWTON, Keith et.al. Deliberate self-harm in adolescents: Self report surfy in schools in England. *BMJ helping doctors make better decisions* [online]. 2002, vol.325, no.7374 [cit. 2009-01-13]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=1210>.

<sup>4</sup> KOCOURKOVÁ, Jana – KOUTEK, Jiří. *Sebevražedné jednání: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7367-349-9.

<sup>5</sup> *Wilhemina\_Murray* [online]. 2007 [cit. 2009-02-10]. Dostupné z: <http://wilhemina.wordpress.com/2008/04/28/sebeposkozovani/>.

harm, dále self-injury (sebezranění), self-mutilation (automutilace nebo sebezranění), ale také parasuicide (sebevražedný pokus), suicidal behavior (sebevražedné chování), ojediněle i výraz self-battery (sebeublížení).<sup>6</sup> Sebevražedný pokus nebo-li také tentamen suicidii, parasuicide se nejvíce objevuje u mladých osob ženského pohlaví.<sup>7</sup> Cílem parasuicida je dostat se z nějaké neřešitelné, stresující situace.<sup>8</sup> Podle Tomáše G. Masaryka je definována sebevražda: „Sebevrahem je ten, kdo učiní svému životu konec úmyslně a vědomě, kdo si smrti jako takové přeje a je si jist, že si svým jednáním nebo opomenutím smrt přivodí.“<sup>9</sup> Na sebevraždu se nahlíží jako na poruchu pudu sebezáchovy, jakési úmyslné ukončení vlastního života, reakci na tíživou situaci spojenou se ztrátou smyslu života, jak uvádí Hartlův psychologický slovník.<sup>10</sup> Automutilace (self-mutilation) představuje sebepoškození, kde nejčastější stimul vyplývá z psychotické poruchy a sebepoškození může mít symbolický význam. Příkladem je automutilace zaměřená proti části těla (ruce, genitálie, oči, jazyk), symbolicky vyjadřující patologické pocity viny, sebepotrestání při těžké depresi, nebo bizarní automutilace u pacientů trpících schizofrenním onemocněním.<sup>11</sup> Automutilace se může také objevit jako vedlejší produkt neobvyklých sexuálních praktik sadomasochistického charakteru nebo u osob s poruchami osobnosti v zátěžových situacích, jako je například pobyt ve vězení, nedobrovolná hospitalizace, a může mít i účelový charakter.<sup>12</sup> Podle Armanda R. Favazzy je definováno záměrné sebepoškození (deliberate self-harm) jako direktivní a záměrná destrukce nebo poškození těla vlastních tkání bez vědomého suicidálního záměru.<sup>13</sup> Je chápáno jako specifický typ sebepoškozujícího chování a je diferencováno od suicidálního jednání a

---

<sup>6</sup> KOLÁŘ, Jan. *Motivace k sebepoškození a jeho prožívání u adolescentů*. Brno, 2007. 96 s. Bakalářská práce na Fakultě sociálních studií Masarykovy university na katedře psychologie. Vedoucí bakalářské práce Michaela Širůčková.

<sup>7</sup> KRÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská universita. Zdravotně sociální fakulta, 2004. 127 s. ISBN 80-7040-724-7.

<sup>8</sup> ŠPATENKOVÁ, Naděžda et.al. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.

<sup>9</sup> MASARYK, T.G. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 4. vydání. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998. 221 s. ISBN 80-901971-4-0.

<sup>10</sup> HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1.

<sup>11</sup> KOCOURKOVÁ, Jana – KOUTEK, Jiří. Sebepoškození v adolescenci – narůstající problém? *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 2008, roč. LII, č. 6, s. 609-614.

<sup>12</sup> *Doktorka.cz* [online]. 2009 [cit. 2009-02-10]. Dostupné z: <http://psychologie.doktorka.cz/zpusoby-sebeposkozovani/>.

<sup>13</sup> KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2333-4.

automutilace. Zpravidla se jedná o specifický chorobný projev u poruch osobnosti (hraniční, disociální, histrionské, mnohočetné poruchy osobnosti), nebo u klientů s poruchami příjmu potravy (hlavně mentální bulimie), a dále u pacientů závislých na návykových látkách.<sup>14</sup>

Pro zpracování mé práce je mi nejbližší termín self-harm (sebepoškozování), který je v české literatuře nejčastějším užívaným odborným výrazem. Dále se v mé práci budu zabývat syndromem záměrného sebepoškozování, který představuje širší pojetí sebepoškozujícího jednání.

## ***1.2 Vztah sebepoškozujícího a suicidálního chování***

V odborné literatuře se setkáme s dvěma odlišnými přístupy k sebepoškozování, jak uvádí Jana Kocourková.

První přístup nahlíží na sebepoškozující jednání jako samostatně stojící bez přítomnosti suicidálního chování a zdůrazňuje psychodynamický průběh a motivaci.

Smýšlení tohoto postoje spočívá v těchto argumentech:

- Způsoby sebepoškozování nemají smrtelné následky
- Sebepoškozování směřuje k častému opakování sebepoškození
- Sebevražedný úmysl je při sebepoškozujícím jednání spíše výjimečný<sup>15</sup>

Druhý pohled vymezuje spíše spektrum samodestruktivního chování a dokladuje, že sebepoškozování a sebevražedné chování jsou přinejmenším ve vzájemném vztahu (například u sebepoškozujících osob je větší riziko, že se pokusí o suicidium). Přibližně 55-85% sebepoškozujících uskuteční nejméně jeden sebevražedný

---

<sup>14</sup> KOCOURKOVÁ, Jana – KOUTEK, Jiří. *Sebevražedné jednání: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. s. 74. ISBN 978-80-7367-349-9.

<sup>15</sup> KOCOURKOVÁ, Jana – KOUTEK, Jiří. *Sebevražedné jednání: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. s. 76. ISBN 978-80-7367-349-9.

pokus. Důvody, které nám naznačují větší riziko suicidálního chování u sebepoškozujících klientů, jsou například, že sebepoškozující klienti prožívají často depresi a beznaděj, mívají zpravidla suicidální myšlenky a fantazie, mohou být více agresivní, afektivně nestabilní a projevují hraniční osobnostní patologii, podceňují riziko autodestruktivního jednání, myslí si, že mohou být zachráněni a mají tendence pojmát smrt méně definitivně.<sup>16</sup>

Často se vyskytuje v anglicky psané literatuře termín „deliberate self-harm“ a právě tento pojem je definován velice různorodě buď se zahrnutím suicidálního, nebo bez něj. Jedná se především o nejdiskutovanější termín z důvodu jeho specifikace v rámci sebepoškozujícího chování v ICD-10 (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Tento pojem v Průvodci mentálním a neurologickým zdravím v primární péči Světové zdravotnické organizace (WHO, Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care) je slučován se suicidálním chováním, přestože moderní přístupy to neschvalují od roku 1994. Průvodce definuje záměrné sebepoškozování pouze u dětí a adolescentů s obvyklou přítomností záměrného předávkování léky a sebeřezání. Digby Tantam a Jane Whittakerová zahrnovaly sebevražedné jednání do pojmu „deliberate self-harm“. Nahlíží na něj jako na nejobecnější chování, jehož účelem je fyzické narušení. Toto jednání dále dělí podle způsobu narušení těla. Naopak Jan Sutton, autorka knih o sebezranění, stresu a poradenské dovednosti<sup>17</sup>, tvrdí, že je mezi sebepoškozováním a sebevraždou velmi zavádějící spojitost. Sebeškozování je pojistkou přežití. Je to forma vyrovnání se s přežitím, pojednání o strašné bolesti. Je to cesta k tomu se nesebezavraždit, jít dál a udržet si naději. Sebevražda je ztráta naděje a je trvalá.<sup>18</sup> Z těchto důvodů odmítá zahrnout sebevražedné jednání do tohoto pojmu.<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> KOCOURKOVÁ, Jana – KOUTEK, Jiří. *Sebevražedné jednání: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. s. 77. ISBN 978-80-7367-349-9.

<sup>17</sup> *PsychCentral* [online]. 2009 [cit. 2009-02-14]. Dostupné z: <http://psychcentral.com/resources/detailed/1845.html>.

<sup>18</sup> SUTTON, Jan. *Understanding self-injury and responding appropriately. Self-Injury & Related Issues (SIARI)* [online]. 2009 [cit. 2009-02-15]. Dostupné z: [http://www.siarl.co.uk/Self-Injury-Self-Harm\\_PowerPoint\\_Presentations.htm](http://www.siarl.co.uk/Self-Injury-Self-Harm_PowerPoint_Presentations.htm).

<sup>19</sup> KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebeškozování v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 25 – 27. ISBN 978-80-247-2333-4.

### 1.3 *Formy sebepoškozování*

Je velmi těžké rozeznat, kdy se jedná o chování, na které není nazíráno jako sebepoškozující a kdy již sebepoškozujícím je. Příkladem, kdy na určité jednání se nenahlíží jako na patologický jev a je tedy společensky přijatelné, jsou: zkrášlovací techniky jako je piercing, tetováž, dále kousání nehtů, Okobo, vysoké boty s dřevěnou platformou, jejichž nošením vznikaly deformace chodidel<sup>20</sup> a mnoho dalších. Kolikrát člověk ve vzteku praštil pěstí do zdi, až to pekelně zabořilo, nebo se štípnul do ruky, zda co vidí, je pravda<sup>21</sup> a nepohlíží se na toto jednání jako na sebepoškozující úkaz. Jak ale poznat tu pomyslnou hranici, kdy už se jedná o jistou formu sebepoškozování a kdy ne? To je podnětem k zamyšlení každého z nás.

Sebepoškozování se vyskytuje v nejrůznějších formách jako je například škrábání a řezání na různých částech těla, polykání nestravitelných předmětů (pika), naznačené podřezávání hlavně na předloktích, škracení za účelem zajištění orgastických pocitů, dechová cvičení k vyvolání kolapsových stavů nebo jiných změn vědomí a podobně.<sup>22</sup>

Dále se může jednat o bití sebe samého, bít se něčím nebo bití o něco, popalování se, pálení se sirkami či cigaretami, rytí do ran nebo jizev, nenechat rány se zhojit, propichování kůže např. jehlami, bodání se, požívání nebezpečných chemikálií nebo předmětů (baterie, špendlíky) bez záměru se zabít.<sup>23</sup>

Podle Marie Kriegelové se rozlišují metody záměrného sebepoškozování na sebezraňování (self-injury) a sebetrávení.<sup>24</sup> Podle Hawtona je sebezraňování mezi adolescenty nejčastější než uvádějí klinické studie. Ne všechny následky sebezraňování

---

<sup>20</sup> *Moda.cz* [online]. 2006 [cit. 2009-02-12]. Dostupné z:

[http://www.moda.cz/Kategorie/Styl\\_a\\_trendy/20061119\\_Gejsa\\_A\\_Japonske\\_Kimono.html](http://www.moda.cz/Kategorie/Styl_a_trendy/20061119_Gejsa_A_Japonske_Kimono.html).

<sup>21</sup> KOLÁŘ, J. *Motivace k sebepoškozování a jeho prožívání u adolescentů*. Brno, 2007. 96 s. Bakalářská práce na Fakultě sociálních studií Masarykovy university na katedře psychologie. Vedoucí bakalářské práce Michaela Širůčková.

<sup>22</sup> KRÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská universita.

Zdravotně sociální fakulta, 2004. s. 84. ISBN 80-7040-724-7.

<sup>23</sup> *Sebepoškozování* [online]. 2005 [cit. 2009-12-01]. Dostupné z:

<http://www.sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3>.

<sup>24</sup> KRIEDELÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 60. ISBN 978-80-247-2333-4.

končí nemocnicí, a proto se výsledky jednotlivých studií liší.<sup>25</sup> Mezi nejznámější metody záměrného sebepoškozování patří sebeřezání, sebeopařování, vyřezávání různých symbolů, napsí do kůže, pálení kůže žhavými předměty či chemickými roztoky žiravin, sebekousání, drásání si ran, vytrhávání si vlasů, řas a obočí (trichotilománie), silné „sebemučení“ za účelem vytvořit si podlitiny, zlomeniny, svazování si krku, rukou za účelem zabránění průtoku krve, požívání malého množství toxické látky nebo předmětů za účelem diskomfortu a poškození, ale bez záměru zemřít, umístování ostrých předmětů pod kůži nebo do tělesných otvorů a další.<sup>26</sup> Řezání je nejrozšířenější způsob, kterým se lidé zraňují. Poranění si způsobují obvykle pomocí nože, žiletky, kusu skla, nebo jiného ostrého předmětu. Většina řezů je provedena na rukou, nohou, zápěstí a hrudníku. Výjimečně se řezou i na jiné části těla, jako je břicho, obličej, krk, poprsí a genitálie. Nejtypičtější je však řez na rukou a zápěstí snad proto, že je to nejméně komplikovaný způsob. Pálení je také jedno z nejběžnějších způsobů. Zpravidla se provádí pomocí cigaret, zapalovačů, rozžhavených předmětů (cejchovací železa, kuchyňská pánev) a hořících předmětů. Aby se popálili, tak občas dokonce používají zápalné substance jako benzín, alkohol, tekutina do zapalovačů. Stejně jako u řezání, i zde bývají převážně zasaženy ruce, zápěstí, nohy a hrudník.<sup>27</sup>

Zařazujeme sem také předávkování léky („self-poisoning“, „overdosing“). Jedná se o neindikované, nepřiměřené či nadměrné užití dávky léků, bez zřetelného sebevražedného záměru.<sup>28</sup> Mezi drastické formy poškození se patří autokastrace, vypichování očí, amputace prstů apod. (Svoboda et.al., 2006, s. 109).

---

<sup>25</sup> HAWTON, Keith et.al. Deliberate self-harm in adolescents: Self report surfy in schools in England. *BMJ helping doctors make better decisions* [online]. 2002, vol.325, no.7374. [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1124668>. ISSN: 09598138.

<sup>26</sup> KRIEĚLOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 60 - 61. ISBN 978-80-247-2333-4.

<sup>27</sup> *Sweet dreams* [online]. 2006 [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://sface.sblog.cz/sebeposkozovani/>.

<sup>28</sup> KOCOURKOVÁ, Jana – KOUTEK, Jiří. Sebepečkozování v adolescenci – narůstající problém? *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 2008, roč. LII, č. 6, s. 609-614.

## 1.4 Příčiny sebepoškozování

Příčiny pro toto jednání mohou být nejrůznější, nejsou diagnosticky specifické. Ve většině případů se předpokládají nevědomé motivy, které ztáčí agresivní impulzy vůči sobě, hypotetizuje se i jakási potřeba sebepotrestání.<sup>29</sup>

### 1.4.1 Hodnocení vulnerability

National Health Service ve Velké Británii nabízí hodnocení zranitelnosti k záměrnému sebepoškozování. Patří sem:

- Dlouhodobé faktory, do kterých jsou řazeny časná ztráta nebo separace od pečující osoby, odmítavý přístup nebo naopak hyperprotektivní postoj pečující osoby, dále sexuální, fyzické a psychické zneužívání v dětství, trvalé osobnostní charakteristiky jako pesimismus<sup>30</sup>, impulzivita, snížené sebevědomí<sup>31</sup> a duševní onemocnění.
- Krátkodobé faktory jsou momentální problémy spojené s blízkou osobou, nedostatek sociální podpory, pracovní a studijní potíže, zdravotní problémy, chvilkové zneužívání návykových látek, zhoršení symptomů psychické nemoci.
- Precipitující faktory jsou stresující činitelé, přítomné jen několik dní před epizodou záměrného sebepoškozování. Je zde zahrnut akutní problém ve vztahu

---

<sup>29</sup> HORT, Vladimír et.al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. s. 341. ISBN 978-80-7367-404-5.

<sup>30</sup> FRANCŮ, Marie. *Sebepoškozování*. Brno, 2006. 51 s. Bakalářská práce na Pedagogické fakultě Masarykovy university na katedře speciální pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce Věra Vojtová.

<sup>31</sup> HAWTON, Keith et.al. Deliberate self-harm in adolescents: Self report surffy in schools in England. *BMJ helping doctors make better decisions* [online]. 2002, vol.325, no.7374. [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1124668>. ISSN: 09598138.



k blízké osobě, finanční potíže, úmrtí nebo jiná trvalá ztráta blízké osoby, období volna a svátků.<sup>32</sup>

#### **1.4.2 Možné kauzální faktory**

Jan Sutton ve své knize uvádí seznam faktorů sebepoškozování, se kterými přišla do styku během své dlouholeté praxe. Je to jakýsi výčet, který není kategorizován. Uvádím ho, protože se mi zdá vyčerpávající. Mezi kauzální faktory řadí: dlouhodobé zneužívání v dětství, znovu obnovené vzpomínky na zneužívání, znásilnění, popření zneužívání matkou nebo jinou významnou osobou, zneužívání udržované v tajnosti, odloučení od primárně pečující osoby, ztráta významné osoby, alkoholismus u pečující osoby, týrání, zanedbávání jedince v dětství a opuštění, nedostatek fyzického kontaktu dítěte s primárně pečující osobou, rozvod rodičů nebo vlastní rozchod jedince, zneužívání dítěte jako „pěšáka“ při řešení manželských problémů rodičů, diagnostikovaná depresivní porucha u pečující osoby, nutnost prosazovat se a bránit v podmínkách náhradní nebo ústavní péče, dlouhodobá nezaměstnanost jedince, prožitek devalvace identity jedince okolím a popírání vlastní identity, problémy s pohlavní identitou, pocity nedostatku vlastní kontroly nebo že je jedinec zcela kontrolován svým okolím, jedinec se cítí být nevyslyšen svým okolím, opakovaná zrazení významnou osobou, narušené sebevnímání, zadržování silných emocí (vzteku, strachu), jedinec je uvězněný ve smutku a často pláče, sebenenávist, nízká sebeúcta, sebehodnocení a sebevědomí, pocity nejistoty a vlastní neschopnosti, pocity vnitřní prázdnoty a osamělosti.<sup>33</sup>

Royal College of Psychiatrists říká, že duševní nemoci jsou důležitým faktorem přispívajícím k sebepoškození.<sup>34</sup> Neurotické děti a jejich návyky mohou být spojeny se

---

<sup>32</sup> KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 67. ISBN 978-80-247-2333-4.

<sup>33</sup> KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 68. ISBN 978-80-247-2333-4.

<sup>34</sup> BATEMAN, Anthony et.al. Assessment following self-harm in adults. *Royal College of Psychiatrists* [online]. 2009 [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://www.pizs.be/RCPselfharm.pdf>.

sebepoškozováním, zvláště kůže a sliznic. Dítě se jím snaží zbavit nepříjemného pocitu tenze a ulehčit své dysforické náladě. K nejčastějším patří kousání nehtů (onychofagie), zvláště u školáků. Dále rovněž neurotické návyky vrtat se v nose, které může vyvolat až epistaxi (krvácení z nosu) a neurotické vytrhávání vlasů (trichotillomanie), které může vést až k alopecii (ke ztrátě vlasů).<sup>35</sup>

Často jedinci neví, proč se sebepoškozují. Jedná se o formu komunikace, kdy ten člověk nedokáže svůj problém komukoliv sdělit. Je to jakési volání o pomoc<sup>36</sup>, tzv. „vnitřní křik.“ Poté se lidé cítí lépe a jsou schopni se znovu potýkat se životem, alespoň na chvíli.<sup>37</sup>

Dalšími příčinami výskytu sebepoškozování jsou rasové potíže, diskriminace, těžké onemocnění, kdy se člověk v této situaci cítí být sám. Příčinou může být také přítomnost sebepoškozování a sebevraždy v rodině či u jiné blízké osoby, extrémní nespokojenost se svým vzhledem, kdy tenhle odpor ke svému zevnějšku přerůstá do anorexie anebo bulimie. Za původ sebepoškozování lze považovat i zneužívání drog a alkoholu.<sup>38</sup>

### **1.4.3 Sociální a environmentální faktory**

Předpokládá se, že špatné socioekonomické podmínky<sup>39</sup>, rozvod, hádka, zavržení rodičem, chronicky nemocní rodiče (tělesně, duševně včetně závislosti na návykových látkách), příliš autoritativní rodiče, nedostatek komunikace, výrazně benevolentní rodiče, nefunkční rodina<sup>40</sup>, osamělost nebo celkový nedostatek sociální podpory mohou negativně ovlivňovat jedince, potencovat jeho úzkost a frustraci, a tak

---

<sup>35</sup> MYSLIVEČEK, Zdeněk et.al. *Speciální psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956. s. 572.

<sup>36</sup> *TheSite.org*. [online]. 2008 [cit. 2009-01-05]. Dostupné z: <http://www.thesite.org/healthandwellbeing/mentalhealth/selfharm/whydopeopleselfharm>.

<sup>37</sup> *Mind* [online]. 2009 [cit. 2009-01-12]. Dostupné z: <http://www.mind.org.uk/Information/Booklets/Understanding/Understanding+self-harm.htm>.

<sup>38</sup> *TheSite.org*. [online]. 2008 [cit. 2009-01-05]. Dostupné z: <http://www.thesite.org/healthandwellbeing/mentalhealth/selfharm/whydopeopleselfharm>.

<sup>39</sup> KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 69. ISBN 978-80-247-2333-4.

<sup>40</sup> *Mudr. Zbyněk Mlčoch* [online]. 2009 [cit. 2009-02-13]. Dostupné z: [http://www.zbynekmlcoch.cz/info/deti/chovani\\_dospivajicich\\_a\\_ovlivnujici\\_faktory.html](http://www.zbynekmlcoch.cz/info/deti/chovani_dospivajicich_a_ovlivnujici_faktory.html).

nepřímo působí na výskyt a frekvenci sebepoškozování. Události v životě jedince hlavně, zda-li se stál obětí trestného činu mají značný vliv na projevy sebepoškozování. Nejčastějšími problémy, které podněcují jedince ublížit si, jsou podle Milnese potíže v oblasti interpersonálních vztahů (Kriegelová, 2008).

Rodina je základním socializačním činitelem, v níž dítě získává informace o sociálním prostředí, nabývá různých dovedností, vědomostí, zkušeností<sup>41</sup> a především si osvojuje hodnoty, normy a pravidla. Rodinné prostředí je souborem vzájemných vztahů v rodině, souhrnem motivů, hodnot, postojů, na nichž rodinný život stojí. Je důležitá pro duševní vývoj dítěte a hraje zásadní úlohu v jeho životě (Mühlpachr, 2008). Od každého člena se očekává, že si tyto normy, hodnoty a pravidla osvojí. Současně probíhá jejich interakce s normami širší společnosti a konfrontace s požadavky běžného života. Na základě toho se hodnotí, že sebepoškozování může být následkem frustrace, vzniklé při rozporu rodinných pravidel a požadavků běžného života (Kriegelová, 2008). Dětství sebepoškozujících jedinců je obvykle charakteristické problémy rodičů při manipulování s běžnými emocemi a základními potřebami dítěte. Ti, co se začali poškozovat, převážně v dětství slyšeli věty typu: „Musíš být silný, nikdo se s tebou mazlit nebude!“, „Přestaň, nikoho tvoje fňukání nezajímá!“ nebo „Přestaň řvát, nebo ti dám k tomu řvaní důvod!“ Pokud tyto reakce jsou velice časté, svědčí to o rodičovské neschopnosti tolerovat emocionální odezvy odpovídající věku dítěte. Každé dítě potřebuje pro zdravý vývoj sebeúcty a sebevědomí chválu a emocionální zainteresovanost pečující osoby. Pokud mu rodič dává najevo, že ho úspěchy či neúspěchy nezajímají, nejsou důležité, tak může dojít k degradaci emočních projevů dítěte a devastaci jeho sebeúcty. Tento problém se často vyskytuje u sebepoškozujících jedinců.

---

<sup>41</sup> MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. 1. vydání. Brno: Masarykova universita, 2008. s. 147. ISBN 978-80-210-4550-7.

Mnoho rodin naopak uplatňuje striktní nebo rigidní pravidla, které značně omezují prostor dítěti se emocionálně projevit. Vtírající se rodič dítěti zabraňuje ve všech aktivitách, aby dosáhl autonomie.

Přemrštěná snaha o naprostou kontrolu nad životem dítěte vyvolává u rodiče až agresivní reakce a tendenci ukládat dítěti množství omezení. Toto jednání způsobuje u dítěte neustálý strach a může zavinit, že se stává přespříliš uzavřeným a staženým do sebe. Extrémní utajování a uzavírání se je pro sebepoškozování též charakteristické (Kriegelová, 2008).

Rodič, který se potýká s těžkou životní situací, například závislost na psychotropních látkách či na alkoholu, může zapomenout na dítě a jeho potřeby. Vidí jen sebe a svůj problém. Mnohokrát nezvládá své emocionální projevy či jedná agresivně. Dítě je frustrované, úzkostné, emočně nestabilní. Svoji situaci řeší sebepoškozováním, jak uvádí mnoho studií (Kriegelová, 2008).

#### ***1.4.4 Traumatická událost***

Dalším faktorem je traumatická událost. Trauma lze chápat jako náhle vzniklou situaci, která má pro jedince nesmírně negativní význam. Vede k určitému poškození nebo ztrátě. Projeví se především nesnáze v emoční oblasti. Traumatizovaný člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí. Emoční reakce na prožité trauma se mohou projevit různě. Může se jednat o dočasnou ztrátu schopnosti jakkoli emocionálně reagovat, kdy budou převažovat projevy otupělosti a neúčasti, nebo naopak se mohou objevit velmi intenzivní a bouřlivé afektivní reakce, doprovázené vegetativními příznaky (například třesem, pocením, tachykardií). Lze u něj zpozorovat buď pocity úzkosti, strachu, které jsou vyslovením jeho obav do budoucnosti, i smutek, jež lze chápat jako naříkání nad ztrátou něčeho důležitého. Dále může reagovat vztekem, který rovněž vede k aktivizaci obranných tendencí. Může se u něj rozvinout i deprese, která je odezvou na utrpenou újmu. Trauma také nabourává jedinci uvažování, narušuje jeho objektivitu. U jedince se objevují tendence k sebeobviňování a pocity vlastní neschopnosti. Uvedené změny se projeví i v chování, které se zaměří na únik před další potenciální traumatizací

(Vágnerová, 2004). Za traumatické události lze považovat přírodní katastrofy a chápeme je jako působení přírodních sil, např. zemětřesení, požáry, tajfuny, sopečné výbuchy či povodně. Druhou skupinu tvoří pohromy způsobené člověkem, mezi které řadíme různé havárie a všechny druhy násilí: znásilnění, zneužívání, týrání, politický teror, války, věznění, mučení a koncentrační tábory.<sup>42</sup> Dlouhodobá vleklá traumatizace jako například neustálé jakékoliv zneužívání v dětství rozvíjí nový způsob reakce na stres, který je převážně patologického rázu a může představovat sebepoškozující chování (Kriegelová, 2008).

#### **1.4.5 Faktory vyplývající z osobnosti jedince**

Osobnost je v psychologii a psychiatrii chápána jako celek psychických a tělesných vlastností (nebo také rysů) člověka. Tento celek je u každého jedinečný, utváří se v průběhu celého života člověka, prostřednictvím široké palety vlivů.<sup>43</sup>

Sebeúcta (self-esteem), sebedůvěra a sebehodnocení; téměř všechny výzkumy, které stupeň těchto rysů měřily, se dostaly k závěru, že adolescenti, kteří mají zkušenost se sebepoškozováním, uvádí obecně nižší hladinu těchto rysů. Následujícími vlastnostmi, které se u sebepoškozujících se mladistvých vyskytují ve zvýšené míře, jsou například úzkostnost, pocity sklíčenosti, depresivní stavy nebo impulzivita. Další autoři uvádí negativní vztah k sobě, nižší emoční odolnost, nižší schopnost si poradit s intenzivními emocemi a verbálně je vyjádřit a negativní vztah k vlastnímu tělu (*Darkcorner* [online], 2009).

Některé výzkumy poukazují na určitou souvislost sebepoškozování s pohlavní identitou a sexuální orientací. Sebepoškozování se nachází více u homosexuálních a transexuálních jedinců. Skegg ve své studii provedené na kohortě 26-ti letých Novozéland'anů uvádí, že u lesbiček se sebepoškozování vyskytovalo 3 krát více než u heterosexuálních žen a u gayů dokonce 5 krát více než u heterosexuálních mužů. Tato

---

<sup>42</sup> Mgr. Miroslav Piňos [online]. 2007 [cit. 2009-02-15]. Dostupné z: <http://www.pinos.cz/text07.html>.

<sup>43</sup> Wikipedie, otevřená encyklopedie [online]. 2008 [cit. 2009-02-15]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Porucha\\_osobnosti](http://cs.wikipedia.org/wiki/Porucha_osobnosti).

spojitost však nemusí být způsobena sexuální orientací jako takovou. Homosexuální člověk ve svém životě zpravidla prožívá větší kvantum náročných a stresujících životních situací, které z jeho sexuální orientace vyplývají, a s nimiž se heterosexuální jedinec ve svém životě nestřetne.<sup>44</sup>

Opakované sebepoškozování bývá dáváno do souvislosti nejčastěji s poruchou osobnosti hraničního typu. Bývá zmiňována i asociální, histrionská a mnohočetná porucha osobnosti.<sup>45</sup> Často rovněž přítomna u schizofreniků, autistů, depresivních a úzkostných dětí (Svoboda, 2006). Setkáme se s ním i u osob s poruchami příjmu potravy (Preiss, Neuropsychologie v psychiatrii, 2006).

#### ***1.4.6 Endogenní opiátový systém – endorfinová teorie analgezie***

Jedním z nejznámějších fyziologických faktorů, které mohou ovlivňovat opakující se povahu sebepoškozování, je hladina endorfinů (Kriegelová, 2008).

Endorfiny jsou skupina tzv. opioidních peptidů (endogenních morfinů), tvořených zpravidla 16 – 31 aminokyselinovými zbytky. Vznikají štěpením prekursorového proteinu v mozku, pankreatu, placentě a pravděpodobně i v dalších tkáních. Působí jako neurotransmitery (též nervové mediátory, nízkomolekulární látky, zajišťující jednosměrné předání vzruchu (impulsu) z řídicí nervové (presynaptické) buňky do buňky řízené, kterou může být buňka nervová, svalová či žlázo­vá) a neuromodulátory (endogenní neuroaktivní peptidy modulující účinky neurotransmiterů). Váží se (podobně jako morfin) na opiátové receptory v plasmatické membráně cílových buněk. Mají i podobné účinky jako morfin: příznivě ovlivňují náladu, tlumí bolest a ovlivňují výdej některých hormonů. Vyplavují se při stresu a svalové zátěži (Kodíček, 2004).

---

<sup>44</sup> KOLÁŘ, Jan. *Darkcorner* [online]. 2009 [cit. 2009-02-15]. Dostupné z: <http://darkcorner.webovastranka.cz/wiki/220/376>.

<sup>45</sup> KOCOURKOVÁ, Jana – KOUTEK, Jiří. Sebepoškozování v adolescenci – narůstající problém? *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 2008, roč. LII, č. 6, s. 609-614.

Vznikly dvě teorie funkčního vztahu tohoto jednání a endorfinů. První pohled říká, že hladina endorfinů je funkčním činitelem, ne predispozičním. Tedy jedinci se poškozují právě proto, aby si zvýšili normální hladinu endorfinů. Druhý přístup zastává názor, že se poškozují pravděpodobně proto, že mají dlouhodobě nízkou hladinu těchto látek. Někteří výzkumníci tvrdí, že „šok“ ze sebepoškozování stimuluje produkci endorfinů a ty mají na organismus již výše uvedené účinky. Navozují pocity uklidnění, uvolnění, euforie. Mohou taky zmírnit pocity strachu, zostřit vnímání a zvýšit apetit.

První pokus o klinické potvrzení se pokládal za neúspěšný. Richardson a Zaleski podávali jedincům lék Naloxon, který účinkuje jako specifický opioidní antagonist. Snažili se prokázat vliv endorfinů na pociťování bolesti. Výsledky nestvrdily endorfinovou teorii, jelikož většina zkoumaných jedinců i přesto udávala, že nepociťují během tohoto aktu skoro žádnou bolest.

Další významný pokus se prováděl s jiným opioidním antagonistou, lékem Naltrexon, který má delší účinnost. Tato studie již jednoznačně prokázala vztah endogenních opioidů a sebepoškozování. Potvrdil určitou formu závislosti na vyšší hladině endorfinů při a těsně po sebepoškozujícím se jednání. Při podávání léku se hladina nezvyšovala a jedinci se postupně přestali sebepoškozovat, poněvadž nevyvolávalo požadovaný efekt nabuzení nebo snížení tenze.

Hypotéza, že podáváním exogenního opiátu si tito jedinci nebudou ubližovat, se jednoznačně neprokázala. Někteří jedinci se dokonce poškozovali daleko intenzivněji a častěji (Kriegelová, 2008).

## 1.5 *Důvody sebepoškozování*

Důvody sebepoškozování jsou různé.<sup>46</sup> Sebepoškozování zpravidla dává zřetel, že člověk během svého vývoje nepoznal správné cesty, jak čelit problémům nebo stresu.<sup>47</sup> Mnoho lidí, kteří se sebepoškozují, tvrdí, že to činí proto, aby uvolnili napětí. Řezání jim navíc pomáhá cítit se naživu. Ostatní hovoří o pocitu kontroly, který jim sebepoškozování přináší. Toto může být první moment nebo čin, díky kterému pocítí možnost kontroly ve svém životě. Častým důvodem bývá deprese - přehlušení psychické bolesti bolestí fyzickou.<sup>48</sup> Psychologové a psychiatři se shodují na tom, že nejfrekventovanějším motivem bývá pocit vzteku na sebe samého, vnitřní napětí, pocit nepohody.<sup>49</sup> Zároveň ale i každé ublížení si je dalším spouštěčem stresu a úzkosti. Jedinec většinou drží v tajnosti, že se sebepoškozuje a poměrně často cítí veliký stud a vinu za to, co dělá. Hrozí jim časté infekce, když jejich zranění nejsou důkladně ošetřena. Jedinci, kteří se sebepoškozují, nosí zpravidla dlouhé kalhoty, trika s dlouhými rukávy, roláky a to i v teplém počasí z toho důvodu, aby skryli jizvy a poranění, které jim zůstávají na těle.<sup>50</sup>

---

<sup>46</sup> NADEJE. Ráda si ubližuju. *Sebepoškozování* [online]. 2005 [cit. 2009-01-12]. Dostupné z: <http://sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=News&file=article&sid=158>.

<sup>47</sup> *Sebepoškozování* [online]. 2005 [cit. 2009-02-13]. Dostupné z: <http://www.sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=4>.

<sup>48</sup> *My brutal romance* [online]. 2009 [cit. 2009-02-13]. Dostupné z: <http://discardtoy.blog.cz/0810/3-hlavni-duvody-sebeposkozovani>.

<sup>49</sup> NADEJE. Ráda si ubližuju. *Sebepoškozování* [online]. 2005 [cit. 2009-01-12]. Dostupné z: <http://sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=News&file=article&sid=158>.

<sup>50</sup> *Sebepoškozování* [online]. 2005 [cit. 2009-02-13]. Dostupné z: <http://www.sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=4>.



### **1.5.1 Regulace afektů**

To znamená zmírnění anxiety, vzteku, stresu, tenze, viny, osamělosti odcizení, sebenenávisi a deprese.<sup>51</sup> Sebepoškozující se snaží uvést zpět do klidu z nepříjemných, neklidných, nekontrolovatelných pocitů. Přináší jim uklidnění, úlevu od fyzického a psychického napětí. Vyjadřují tak vnitřní bolest. Přesvědčují se, že stále něco cítí. Rovněž to také bývá způsob, jak „utéct před sebevraždou“, ke které je dohánějí právě nesnesitelné pocity. Povídá se, že sebepoškozování je dar pro přežití. Je to nejvyšší způsob sebezáchovy a také nalezení prostředku, jak přežít z velmi malého výběru možností.<sup>52</sup>

### **1.5.2 Způsob komunikace, vyjádření pocitů**

Někteří prostřednictvím sebepoškozování vyjadřují věci, které neumí, nesmí nebo nemůžou sdělit. Když je komunikace řízena někým jiným, často se zdá, že sebepoškozující se s vámi snaží manipulovat, ovlivňovat komunikaci směrem, kterým si on přeje. Ve skutečnosti je manipulace obvykle nepřímý pokus, kdy člověk chce cítit potřebu blízkosti druhých; když se člověk naučí, že druhý slyší, co říká a nesoudí ho, cítí jistotu a tohle chování vymizí. Tudíž to může být cesta, kterou se snaží navázat kontakt s blízkou osobou. Je velmi důležité, aby vztah představoval novou účinnou a produktivní cestu komunikace.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 103. ISBN 978-80-247-2333-4.

<sup>52</sup> *My brutal romance* [online]. 2009 [cit. 2009-02-13]. Dostupné z: <http://discardtoy.blog.cz/0810/3-hlavni-duvody-sebeposkozovani>.

<sup>53</sup> *Sebepoškozování* [online]. 2005 [cit. 2009-02-13]. Dostupné z: <http://www.sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=4>.

### **1.5.3 Potrestání/kontrola sebe samého**

Je důsledkem opakovaného traumatu. Zahrnuje smlouvání se sebou samým a záměrem bývá snaha ochránit druhé (protože já jsem špatná/ý), nastolit pocit jistoty, bezpečí<sup>54</sup> a sebekontroly.<sup>55</sup> Pocit, že má člověk kontrolu nad vlastním životem, je pro všechny nejpodstatnější součástí osobní pohody. Sebepoškozování může nabízet kontrolu nad vlastními emocemi, pocity i myšlenkami, dále vědomí kontroly, pocit síly a plné moci nad sebou. Může také hlídat suicidální myšlenky a mít moc ovládat živé vzpomínky a vtíravé myšlenky na prožitou traumatickou událost. Zároveň poskytuje dohled nad prožívanou bolestí. Paradoxně se stává sebepoškozování jistým druhem návyku, na podkladě pocitů uvolnění a euforie, které přináší, a jedinec nad jeho používáním ztrácí kontrolu.<sup>56</sup>

Sebeobviňování, hluboké pocity studu, sebenenávisti, vlastní neschopnosti, chybování a ublížení mohou směřovat k nutkové potřebě potrestat sám sebe a tudíž až k sebepoškozování.<sup>57</sup>

### **1.5.4 Sebepoškozování jako výraz příslušnosti ke skupině**

Určité skupiny nebo subkultury mohou považovat sebepoškozování za jednu ze svých více či méně neodlučitelných vlastností. Jedinec se pak může poškozovat, aby prokázal příslušnost ke své skupině (Kriegelová, 2008).

Hodně diskutabilní je subkultura Emo. Emo je americký slangový výraz vyznačující se stylem oblékání nebo hudby, nebo též nešťastným a melancholickým

---

<sup>54</sup> KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 103. ISBN 978-80-247-2333-4.

<sup>55</sup> *Sebepoškozování* [online]. 2005 [cit. 2009-02.13]. Dostupné z: <http://www.sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=4>.

<sup>56</sup> KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 107. ISBN 978-80-247-2333-4.

<sup>57</sup> KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 108. ISBN 978-80-247-2333-4.

stavem myslí. Jako emo jsou považováni rovněž členové „emo scény“ a osoby zapadající do příslušného stereotypu.<sup>58</sup> Jsou oděni do černé v kombinaci s růžovou, nebo jinou výraznou barvou. Klasický „Emo ohoz“ je oděv v černo-růžové kombinaci, může být i dvoubarevný vzorek. Make-up používají jak holky, tak i kluci, „Emo - make-up“, to jsou černé oční stíny. Účesy se nerozdělují na ženské a mužské. Často lze vidět stejné jak u kluků, tak i u holek. Patka zakrývá jedno oko, barva vlasů černá nebo tmavě kaštanová. Obecně slovo EMO je samo o sobě zkratka obyčejného a v češtině známého slova EMOCIONÁLNÍ. Specifický termín EMO označuje osobitou odnož hardcorové muziky. Styl interpretace téhle hudby je dobře zapamatovatelný. Je to z jedné strany melodická a naproti tomu chaotická hudba pohromadě se silnými a výraznými emocemi interpreta, blížící se až hysterii.<sup>59</sup> Častým stereotypem je asociace ema se sebepoškozováním, zejména pak podřezáním zápěstí, což může být do značné míry způsobeno „emo“ texty, které o sebepoškozování nezřídka mluví.<sup>60</sup> A rovněž běžným tématem mnoha příspěvků na blozích a diskusních serverech navštěvovaných lidmi hlásícími se k tomuto stylu.<sup>61</sup>

### **1.5.5 Další důvody**

Láska, nešťastná láska patří nejspíš mezi nejčastější důvody, proč lidé začínají se sebepoškozováním. Milují někoho, ale ten o ně buď nestojí, a nebo je opustí. Člověk se slabou povahou se s tím často nedokáže vyrovnat a může se uchýlit k této možnosti.<sup>62</sup>

Jedinci, kteří prožili v minulosti znásilnění, sexuální zneužívání, často popisují, že mají pocit „špinavosti“, „zneuctění“ a studu. Sebepoškozování u těchto lidí pak může sloužit k tzv. sebeočistění a zbavení se pocitů hanby a studu.

---

<sup>58</sup> Szmekacek [online]. 2009 [cit. 2009-02-16]. Dostupné z: <http://szmekacek.pise.cz/57896-emo-styl.html>.

<sup>59</sup> Emo style [online]. 2008 [cit. 2009-02-16]. Dostupné z: <http://emo-style.cz/history/>.

<sup>60</sup> Szmekacek [online]. 2009 [cit. 2009-02-16]. Dostupné z: <http://szmekacek.pise.cz/57896-emo-styl.html>.

<sup>61</sup> Emo [online]. 2009 [cit. 2009-02-16]. Dostupné z: <http://emo.aceweb.cz/>.

<sup>62</sup> Lapiduch [online]. 2008 [cit. 2009-02-16]. Dostupné z: <http://www.lapiduch.cz/klub.php?klub=sebeposkozovani>.

Také snaha o euforický prožitek může vést jedince k tomuto aktu. V průběhu tohoto aktu se vyplavují endorfiny, které přináší euforické pocity. Patří sem zostřené vnímání, pocit lehkosti a osvobození, rozjařenost, radost, pocit splynutí se světem (Kriegelová, 2008).

Další důvodem může být to, že jedinec má poruchu osobnosti (například schizofrenik si uřeže ucho pod vlivem imperativních halucinací, sebepoškození u autistů, kdy může být projevem neschopnosti rozlišit sebe sama od svého okolí a podobně) (Vágnerová, 2004).

## **1.6 Výskyt sebepoškození**

### **1.6.1 Věk**

Většina studií poukazují na nejvyšší výskyt v období adolescence.

Webové stránky Mental Health Foundation uvádějí, že sebepoškození se objevuje nejčastěji ve věku od 11 do 25 let. Dále říkají, že nejvíce jedinců začíná se sebepoškození ve věku dvanácti let, ale u některých dětí jsou známky sebepoškození již v 7 letech.<sup>63</sup> Favazza a Conterio ve své studii udávají, že obvykle začátek sebepoškození bývá zřetelný ve věku 14 let a jeho vrcholným výskytem je období od 16 do 25 let.<sup>64</sup>

Dospívání je období změn, rozporuplného prožívání, zjitřeného sebepozorování, etapa, kdy se dětské jistoty začínají rozpadat, ale dospělé hodnoty ještě nejsou upevněny. Pohled na dospívajícího, jako na člověka, v jehož nitru neustále probíhá dramatický střet protichůdných tendencí. Je to stadium mezi dvěma vývojovými etapami – dětstvím a dospělostí.<sup>65</sup> Macek definuje období adolescence jako etapu od 10,

---

<sup>63</sup> *Mental Health Foundation* [online]. 2009 [cit. 2009-02-17]. Dostupné z: <http://www.mentalhealth.org.uk/campaigns/self-harm-inquiry/the-truth-about-self-harm/>.

<sup>64</sup> *Centre for Suicide Prevention* [online]. 2001 [2009-02-18]. Dostupné z: <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/alert43.pdf>

<sup>65</sup> *Baby online* [online]. 2007 [cit. 2009-17-02]. Dostupné z: <http://www.babyonline.cz/vyvoj-ditete/dospivani-adolescence.html>.

11 let věku až do věku zhruba 20 - 22 let (Macek, 2003). Adolescence je spojena se změnou v pásmu prožívání. Dospívající věnují svým prožitkům a pocitům zvýšenou pozornost než dříve, mají sklon své pocity analyzovat a uvažovat o nich. Bývají přesvědčeni, že nikdo jiný nemůže mít tak intenzivní prožitky, myslí si, že jejich pocity jsou výjimečné (Vágnerová, 2005). Pro toto období je charakteristická nechuť projevit svoje city navenek. Dospívající se obvykle snaží nedávat na odív, jak se cítí, zejména pokud se jedná o pocity smutku, trapnosti, ponížení a podobně. Ve svých citech mívají poměrně často zmatek a navíc mají strach z nepochopení. Zvýšené sebeuvědomování, nárůst nejistoty a kumulace kritických reakcí ostatních lidí vzbuzuje v adolescentovi četné a mnohdy negativní emoce a afektivní rozlad. Nejistota se může proměnit v úzkost, dospívající má větší sklon k prožitkům smutku, ale i znechucení či komplexnímu negativismu vůči všemu možnému, včetně sebe sama (Vágnerová, Klégrová, 2008). Adolescence koreluje s větší impulsivitou a nedostatkem sebeovládání. Nízká frustrační tolerance, přecitlivost a proměnlivost nálad přispívá v mezilidských vztazích ke vzniku konfliktů (Vágnerová, 2005).

Právě častá neschopnost adekvátně regulovat intenzivní emoce je jedním z obecně uznávaných činitelů vzniku sebepoškozování. Dále se hovoří o sebepoškozujícím jednání, jako o snaze zranitelného, emocemi přetíženého mladistvého adaptovat se na stresovou situaci. Conteriová, Laderová a Bloomová jsou přesvědčeny, že sebepoškozování je u dospívajícího extrémní forma přechodového rituálu z dětství do dospělosti. Podle nich se poškozují ve stavu osamostatňování a vymezování sebe sama vůči okolí (Kriegelová, 2008).

Arnoldová ve svém výzkumu udává, že 44 % jedinců započalo dráhu sebepoškozování ve stadiu adolescence a 30 % již před 12. rokem života, přičemž nejnižší věková hranice výskytu první epizody byla ve věku 6 let (Kriegelová, 2008).

Yates uvádí, že začátek, kdy se jedinci poškozují, je 12 až 15 let.<sup>66</sup> Další výzkum říká, že se sebepoškozováním dochází k setkání nejvíce u starších dětí a dospívajících

---

<sup>66</sup> *Cornell Research Program on Self-Injurious Behaviour in Adolescents and Young Adults* [online]. 2009 [cit. 2009-02-17]. Dostupné z: <http://www.crpsib.com/whatissi.asp>.

kolem 14. až 18. roku věku.<sup>67</sup> Podle Jan Sutton u 6 % jedinců se objevila první epizoda před dovršením pěti let a již 27 % se poškozovalo ve věku od pěti do dvanácti let. Největší přítomnost sebepoškozování (35 %) se ukázala ve věku od třinácti do osmnácti let a relativně velké procento (32 %) označilo první akt ve věku devatenácti let. Sutton zároveň udává, že lehké sebepoškozování ve věku do dvanácti let, jako superficiální škrábání a kousání, směřuje ve spoustě případech k závažnějším formám poškozování se v mladistvém věku (Kriegelová, 2008).

Výskyt epizod v období adolescence je pravděpodobně mnohem vyšší, než udávají původní výzkumy. Důvodem je poměrně často nedostatek pozornosti odborníků a rodičů těmto případům (Kriegelová, 2008).

### **1.6.2 Pohlaví**

Téměř všechny výzkumy poukazují na vyšší rozšířenost sebepoškozování u adolescentních dívek. Některé práce však uvádějí vyšší počet chlapců, kteří se ale nedostanou do péče zdravotnických zařízení (Kocourková; Koutek, 2008).

Hawton zkoumal 6020 žáků z 41 škol v Anglii mezi patnácti a šestnácti lety. Jeho výzkumu se zúčastnilo 80 % respondentů a ukazuje, že 6,9 % účastníků studie se v nejbližší době sebepoškozovalo a 13,2 % potvrdilo existenci tohoto aktu v dosavadním životě. Jenom 12,6 % případů vedlo k hospitalizaci v nemocnici. Je to zřejmě z toho důvodu, že nejčastější formou je řezání se, a která většinou nepotřebovala lékařská pomoc. Úmyslně se sebepoškozují více dívky než chlapci v poměru 11,2 % ku 3,2 %. U dívek faktory zahrnuté v regresní analýze byly: sebepoškozování u přátel, v rodině, dále drogová závislost, deprese, úzkost, impulzivita a nízké sebevědomí. U chlapců se zejména vyskytovali tyto činitelé: sebevražedné chování u přátel a v rámci rodiny, drogová závislost a nízké sebevědomí (viz příloha 4).<sup>68</sup>

---

<sup>67</sup> Novinky.cz [online]. 2009 [cit. 2009-02-17]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/clanek/153999-pribyva-dospivajicich-divek-jez-resi-sve-problemy-sebeposkozovanim.html>.

<sup>68</sup> HAWTON, Keith et.al. Deliberate self-harm in adolescents: Self report surffy in schools in England. *BMJ helping doctors make better decisions* [online]. 2002, vol.325, no.7374 [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://www.pubmedcentral.cz>. ISSN: 09598138.

Bateman a jeho kolegové uvádí, že sebepoškozování je ve Velké Británii jedna z pěti nejčastějších příčin, která potřebuje akutní lékařskou pomoc. Některá zdravotnická střediska v severní Anglii poukazují na to, že se zvyšuje tendence mužů poškozovat se a poměrně velkým skokem dohánějí ženy. Zmiňují se také, že u sebezraňujících se lidí je daleko vyšší riziko vzniku sebevraždy, než je to u zbytku obyvatelstva. Průměrná roční frekvence sebevražd je v Anglii a Walesu 10 100 000.<sup>69</sup>

De Leo zachytil podobné výsledky jako Hawton. Prováděl výzkum na 3757 ze 4097 studentů (91,7 % úspěšnost) ze 14 australských škol. 6,2 % studentů splňuje kritéria pro sebepoškozování v nejbližším období. Nejčastěji k aktu dochází u dívek. Hlavní technikou bylo sebeřezání (59,2 %) a předávkování léky bylo na druhém místě (29,6 %).<sup>70</sup>

Favazza a Conterio studovali 240 žen, které se zraňovaly. Toto chování se projevilo již v raném věku a polovina případů tento akt prováděla více jak 50 krát (Cowie, 2004).

Z výše zmíněných poznatků vyplývá, že nejvíce jsou to dívky, co se poškozují, i když procento mladých mužů je na vzestupu. Vzrůstající tendence sebepoškozování by Českou republiku neměla nechat bez zájmu a vzpružit jí k tomu, aby se více tomuto tématu věnovala. Možným důkazem jsou toho české adolescentní blogy, které se jím velice často zabývají.

---

<sup>69</sup> BATEMAN, Anthony et.al. Assessment following self-harm in adults. *Royal College of Psychiatrists* [online]. 2009 [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://www.pizs.be/RCPselfharm.pdf>.

<sup>70</sup> DE LEO, Diego. Who are the kids who self-harm: An Australian self-report school survey. *The Medical Journal of Australia* [online]. 2004, vol.181, no.3 [cit. 2009-02-17]. Dostupné z: [http://www.mja.com.au/public/issues/181\\_03\\_020804/del10634\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/181_03_020804/del10634_fm.html). ISSN: 0025-729X.

## 1.7 Průběh aktu sebepoškozování

Existuje několik popisů průběhu tohoto aktu. Převážná většina se shoduje v tom, že nejprve následuje intenzivní tenze, ochromující psychická bolest nebo masivní pocity nereálnosti, na konci pak prožitek uvolnění a znovu pocíťování reality. Tento čin krátkodobě vede k uvolnění napětí, zlepšení nálady, která však rychle klesá při pocitech viny z existence nových poranění (Kriegelová, 2008).

Impuls k sebepoškozování nejčastěji dá parta, kamarádi a internet. Někdy je možno hovořit o tzv. „psychické nákaze“. Jedná se o rozšíření daného chování hlavně v léčebnách, internátech, věznicích.<sup>71</sup>

Kocourková hovoří o mechanismech, které provází chování, na které se pohlíží jako návykové a které mají rozhodující funkci při průběhu a udržování poruchy. Tyto mechanismy jsou povahy psychosociální i biologické (Kocourková, 2007).

Proces aktu má následující znaky:

- Přítomnost spouštěcí, vyvolávající události (například ztráta významného vztahu)
- Zesílení pocitů dysforie, napětí a úzkosti
- Myšlenky na sebepoškození
- Pokusy sebepoškozující jednání odvrátit
- Následuje sebepoškození
- Výsledkem je uvolnění napětí

---

<sup>71</sup> Střední zdravotnická škola Pardubice [online]. 2009 [cit. 2009-02-17]. Dostupné z: <http://www.szs-pardubice.cz/sebeposkozovani.htm>.



Významnou roli zde hraje precipitující událost, kterou jedinci nedokáží vyřešit adaptivním způsobem a specificky podněcuje rozvoj pocitů bezmoci, lítosti, vzteku, křivdy a přání pomstít se. Agrese je mířena proti vlastnímu tělu. Počátek a průběh aktu poškozování se může být provázeno různými fantaziemi, které mohou mít i sexuální rysy. Vzorec jednání má sklon se opakovat jako jiné návykové chování (Kocourková, 2007). Je to kolotoč, který nelze tak snadno zastavit.

Začátek cyklu bývá charakterizován tzv. negativními emocemi. Emoce celkově představují tři kategorie. Do první kategorie patří vztek, hostilita a frustrace. Do druhé skupiny je zařazováno odcizení, izolace, odpojení se od reality, odmítnutí a osamělost. Smutek a deprese je zařazen do skupiny třetí. Zpravidla jsou tyto emoce pocíťovány jako zdrcující, nekontrolovatelné nebo zapříchňující pocity roztříštěnosti. Tento stav diskomfortu nutí jedince, aby si našel možná co nejrychlejší způsob, jak se cítit lépe. Zda-li je sebepoškození považováno za efektivní, rychlou cestu vyjít z této situace, jedinec ho začne zvažovat.

Dalším pokračujícím článkem tohoto koloběhu je tenze. Jakmile člověk dospěje k tomu, že zraňovat se je nejlepší volbou redukce negativních pocitů, emocionální zkušenost se posune do oblastí úzkosti a vysokého napětí jako výsledek předzvěsti sebepoškození. Tato předzvěst nese sebou elementy vzrušení i úzkosti, jelikož jedinec může vnímat takové počínání jako nezbytnou ale zároveň i nežádoucí událost. Je úzkostný, protože nevidí jinou variantu kontroly vlastních emocí (Kriegelová, 2008). Například tenze může být prožívána jako prudká bolest na hrudi.<sup>72</sup> Poté již nevladatelná tenze vyústí v samotný akt sebepoškození. Je to aktivní fáze.<sup>73</sup> Nejčastěji v této etapě dochází k řezání (72 %), pak další častou variantou je pálení (35 %), sebebití (30 %), snaha nenechat rány, aby se zhojily (22 %), dále malé procento vytrhávání vlasů a lámání kostí.<sup>74</sup>

---

<sup>72</sup> *Sebeпоškození*. [online]. 2005 [cit. 2009-01-04]. Dostupné z: <http://sebeпоškození.ath.cx/modules.php?name=News&file=article&sid=287>.

<sup>73</sup> KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebeпоškození v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2333-4.

<sup>74</sup> *Sřřední zdravotnická škola Pardubice* [online]. 2009 [cit. 2009-02-17]. Dostupné z: <http://www.szs-pardubice.cz/sebeпоškození.htm>.

Po této fázi nastává chvíle euforie a úlevy. Pocity jsou však přechodné. Většinou, jak to bývá i u závislostí, má tato etapa sklony se zkracovat.<sup>75</sup> Poslední fáze se vyznačuje negativními efekty. Právě kvůli tomu, že předchozí etapa je účinná jen na velmi omezenou dobu. Po odeznění účinku si jedinec plně uvědomuje, co provedl. Přicházejí pocity viny, hněvu, studu, sebenenávisti a výčitek. Negativní emoce na počátku cyklu mají tendenci se v této fázi opět objevit a mohou být daleko nesnesitelnější. To může vést ke sklonu tuto epizodu zopakovat (Kriegelová, 2008).

## **1.8 Terapie**

Přestat se sebepoškozováním nelze hned, je to dlouhodobý proces a rozhodnutí musí vyjít od jedince samotného (Kriegelová, 2008).

Je zpravidla komplexní a zapojuje psychosociální a biologické metody léčby (Kocourková, Koutek, 2008).

### **1.8.1 Intervence**

Další psychopatologické projevy a závažnost sebepoškozování rozhoduje o možné hospitalizační léčbě. Hospitalizace je indikovaná jen v případě, když jedinec trpí další psychopatologií (například poruchy příjmu potravy, deprese) a navíc jsou u něj přítomny sebepoškozující projevy. Tato varianta vyžaduje zkušený profesionální tým, neboť pacienti s tendencí k sebepoškozování mají poměrně často „manipulativní“ projevy a pro zdravotnický personál není snadné takové projevy zvládat. Odbornému týmu by měla být poskytnuta podpora, supervize a možnost získání dovedností

---

<sup>75</sup> *Sebepoškozování*. [online]. 2005 [cit. 2009-01-04]. Dostupné z: <http://sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=News&file=article&sid=287>.

v zacházení s protipřenosem.<sup>76</sup> Hospitalizace obvykle představuje poslední možnost řešení situace.<sup>77</sup>

Další možností je telefonická intervence a internetová pomoc. Telefonická pomoc nabízí lidem v krizi pomoc a podporu přes telefon. Internetová pomoc je realizována prostřednictvím internetu. Tyto formy služeb většinou zajišťují linky důvěry (Špatenková, 2004). Sebepoškozujícímu jedinci ji hlavně nabízí modrá linka pro děti a mládež do 18 let (<http://www.modralinka.cz>), SPONDEA, krizové centrum pro děti a mládež (<http://www.spondea.cz/>), Národní linka důvěry pro děti a mládež (telefon: 800 155 555), Dětské krizové centrum (telefon: 241 484 149, internetová linka důvěry, [problem@ditekrize.cz](mailto:problem@ditekrize.cz)).<sup>78</sup>

Sociální intervence je obvykle zaměřena na posílení kontaktu s odborníky, upevnění sociální podpory a zajištění bezpečného zázemí jedince.

Psychologická intervence zahrnuje poradenskou činnost, která je obvykle zaměřena na zmapování problému, primární diagnostiku, koučování a naplánování další léčby. Dále jsem patří psychoterapie (Kriegelová, 2008).

### **1.8.2 Psychoterapeutické přístupy**

Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje pouze psychologickými prostředky, tudíž prostředky komunikačního a vztahového rázu. Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomé, záměrné, strukturované a vědecky podložené vzájemné působení mezi terapeutem a klientem (Vymětal, 2004).

---

<sup>76</sup> KOCOURKOVÁ, Jana – KOUTEK, Jiří. Sebepoškozování v adolescenci – narůstající problém? *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 2008, roč. LII, č. 6, s. 609-614.

<sup>77</sup> Centre for Suicide Prevention [online]. 2001 [2009-02-18]. Dostupné z: <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/alert43.pdf>.

<sup>78</sup> KAVENSKÁ, Veronika. Mojí útěchou je žiletka. *Moje psychologie* [online]. 2008 [cit. 2009-01-12]. Dostupné z: <http://www.mladazena.cz/scripts/detail.php?id=355068>.

### ***1.8.2.1 Kognitivně - behaviorální terapie (KBT) a na trauma zaměřená kognitivně - behaviorální terapie (TF – CBT)***

Kognitivně-behaviorální terapie vychází z kombinace cílů a technik kognitivní a behaviorální psychoterapie. Behaviorální psychoterapie si opatřila podnět ke svému rozvoji v experimentální psychologii zabývající se studiem procesů učení. Poruchy chování jsou zde chápány v první řadě jako naučené reakce. Kognitivní psychoterapie věnuje pozornost poznávacím procesům a to hlavně myšlení. Sloučením obou směrů vzniká terapeutický přístup, kde se obě filosofická východiska kombinují podle aktuální potřeby.<sup>79</sup> Je krátkodobá, strukturovaná, zaměřená na řešení konkrétních problémů a potíží, na dosahování specifických, předem definovaných cílů pomocí řady psychologických metod, kterým se jedinec ve spolupráci s terapeutem v průběhu terapie aktivně učí tak, aby byl po skončení terapie schopen tyto metody používat samostatně.<sup>80</sup> Důraz je kladen na aktivní zapojení klienta do plánování a na vztah terapeut – klient. Oba pracují společně na identifikaci myšlenkových vzorců a z nich vyplývajícího maladaptivního chování, které zapříčiňují klientovy problémy v každodenním životě. Patří sem řada domácích úkolů, formulovaných klientem za pomoci terapeuta, které představují klíčové dílky léčby. Zaměřují se například na odstranění negativních myšlenek, trénink asertivity, nácvik sociálních dovedností.

U sebepoškozujících se klientů se v zahraničí úspěšně používá na trauma zaměřená kognitivně – behaviorální terapie. Tato koncepce se dá aplikovat u dětí a adolescentů ve věku od 3 let do 18 let a je zaměřena na terapeutické události. Práce je individuální, skupinová, zahrnuje i rodinnou terapii. Specifickým stylem pracuje i s rodiči. Je zacílená na určení pocitů, poskytnutí příležitosti k nabytí dovedností zvládnání stresu, afektivní regulace, poznávacího zpracovávání, řešení problémů a

---

<sup>79</sup> *Wikipedie, otevřená encyklopedie* [online]. 2008 [cit. 2009-02-18]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Kognitivn%C4%9B\\_behavior%C3%A1ln%C3%AD\\_terapie](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kognitivn%C4%9B_behavior%C3%A1ln%C3%AD_terapie).

<sup>80</sup> *Viafit* [online]. 2008 [cit. 2009-02-18]. Dostupné z: <http://www.viafit.cz/kognitivne-behavioralni-terapie/>.

udržování se v bezpečí. Tento koncept těží ze zjištěných rizikových faktorů (Kriegelová, 2008)

### ***1.8.2.2 Dialektická behaviorální terapie (DBT)***

Marsha Linehanová při práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti zavedla do praxe nový koncept, dialektickou behaviorální terapii. Termín „dialektický“ vyjadřuje terapeutický přístup ke klientovi, kdy terapeut si uvědomuje, proč klient trpí, co chce svým problémovým chováním povědět. Současně mu navrhuje možnosti méně destruktivního chování. Základem je nutnost akceptovat klienta takového, jaký je. Zároveň mu však pomoci se změnit (Beer, 2005). DBT je kombinací individuální a skupinové terapie a aplikuje prvky psychoedukace, dynamické intervence a kognitivní a behaviorální techniky. Jsou to například trénink dovedností, nácvik řešení problémů. Především je zaměřena na komunikační schopnosti, prožívání a interpersonální vztahy. Je to přístup, který učí jedince čtyřem základním dovednostem a to plnému vědomí, interpersonální efektivitě, regulaci emocí a toleranci stresu.<sup>81</sup>

Cíle této terapie jsou:

- Redukce sebepoškozování a jiného rizikového, životu nebezpečného chování
- Redukce chování a reakcí, které se kříží s terapeutickým procesem
- Zmírnění chování, které snižuje kvalitu života
- Podpora respektování sebe sama
- Rozvoj mezilidských dovedností (Kriegelová, 2008)

---

<sup>81</sup> KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2333-4.

Je mnoho přístupů a jejich kombinací, které problematiku řeší. Je na každém psychologovi, psychoterapeutovi, psychiatrovi a jeho zdravém posouzení, který přístup je vhodný pro daného klienta.

## **2 Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Příčiny a důvody sebepoškozování.

Cíl 2: Jak tento svůj akt sebepoškozování prožívají.

### **2.2 Hypotézy**

Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum, hypotézy budou stanoveny až na závěr.

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika práce

Při sběru dat i jejich zpracování byl použit kvalitativní výzkum, metoda analýza dokumentů, technika obsahová analýza. Pod termínem analýza dokumentů chápeme výzkumnou strategii založenou na analýze již existujícího materiálu. Jedná se o kvalitativně interpretativní analýzu zahrnující texty nejrůznějšího druhu.<sup>82</sup> Použitým materiálem byl zde lékařský dokument. Dále byla v této práci užitá metoda dotazování, technika rozhovor. Rozhovor je taková technika terénního sběru informací, při které jsou potřebné informace od zkoumaných osob získávány prostřednictvím záměrně cílených otázek kladených respondentovi v rozhovoru vedeném tváří v tvář (face to face).<sup>83</sup> Konkrétně bylo použito narativního a polostrukturovaného rozhovoru. Narativní interview je zvláštní formou nestrukturovaného rozhovoru. Je charakteristické tím, že úkolem tazatele je podněcovat u dotazovaného spíše vyprávění než klasickou konverzační výměnu. Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje tím, že vyžaduje předem připravené schéma, které je pro tazatele závazné. Některé pasáže mají více strukturovanou formu a některé nestrukturovanou (například klademe doplňující otázky). U tohoto interview máme definované tzv. jádro interview, tj. minimum otázek a témat, které má výzkumník za povinnost probrat (Miovský, 2006).

Tyto metody byly zvoleny vzhledem k účasti jednoho respondenta na mém výzkumu. Zároveň se domnívám, že touto cestou se získá nejvíce dat.

Narativní rozhovor trval šest hodin a polostrukturovaný dvě hodiny. Oba probíhaly osobně na veřejném místě v kavárně. Základem polostrukturovaného interview byl soubor otázek týkající se samotného sebepoškození (spontaneity,

---

<sup>82</sup> MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

<sup>83</sup> KOZLOVÁ, Lucie. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. 2002 [2009-03-15]. Dostupné z: [http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb\\_305/index.htm](http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm).



vnímání bolesti, pocitů před, po průběhu sebepoškozujícího aktu, forma apod.) Další balík otázek se týkal rodiny, přátel a sexuálních partnerů. Samotnému rozhovoru předcházelo krátké představení se a vysvětlení, proč jsme se setkaly, jaký bude průběh našeho setkání. Respondentce bylo vysvětleno, že veškeré informace, co mi sdělí, budou použity pouze na zpracování práce. Byla jí rovněž zaručena anonymita. Dále jí byla sdělena její práva, která budou v průběhu rozhovoru dodržena. Jednalo se o tyto práva: kdykoliv může přerušit či ukončit rozhovor, právo neodpovědět na danou otázku. Byl ponechán prostor pro objasnění nějakých nesrovnalostí, nejasností. Po skončení rozhovoru následovala oboustranná zpětná vazba.

Poslední setkání probíhalo na neutrální půdě v místnosti, kde bylo zajištěno soukromí. Trvalo 2 hodiny. Byl užit polostrukturovaný rozhovor. Objevila se zde snaha aplikovat psychoanalytickou metodu volných asociací a kresba. Metodu volných asociací používal Sigmund Freud. Při této metodě zaujme osoba relaxovanou polohu a nechává svým vědomím volně plynout představy, které sděluje terapeutovi, aniž by vylučoval neslušné a nesmyslné myšlenky. Psychoanalytik naslouchá a registruje tzv. odpor (odmlky, náhlé změny směru asociací apod.). Odpor naznačuje přiblížení se zdroji intrapsychieho konfliktu.<sup>84</sup> U této metody byl pořízen záznam na diktafon.

### **3.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Jedná se o hloubkovou studii jedné osoby, dnes již devatenáctileté ženy, u níž probíhalo sebepoškozování. Výzkum je charakterizován jako případový a jeho aplikovanou formou byla klinická kasuistika (Miovský, 2006). Vzorek není reprezentativní. Rozhovory probíhaly od února do března 2009. Jednalo se celkem o tři rozhovory, které se uskutečnily mezi výzkumníkem a respondentkou.

---

<sup>84</sup> *Art of living – umění žít* [online]. 2009 [2009-03-15]. Dostupné z: <http://artofliving.blog.cz/0706/psychoterapie2-zakladni-psychoterapeuticke-smery-a-metody>.

## 4 Výsledky

### 4.1 Eliška ve věku od 10 do 15 let

Eliška jako dítě byla spíše impulsivní, lítostivá, mazlivá, rozmarná a neměla moc trpělivosti. Sebeovládání u ní bylo na nižší úrovni. Převažovala u ní dobrá nálada, při kontaktu s psychiatrem většinou byla usměvavá, veselá, sdílná. Chovala se mile předváděivě. Projevovala se u ní konformita. Měla výbornou slovní zásobu, hezky se vyjadřovala. Byl u ní zřejmý nadprůměrný intelekt. Projevoval se poměrně kritický postoj k sobě samé. Vždy chodila hezky upravená. Vzhled nebyl ničím nápadný. Je u ní možno uvažovat o histrionských rysech (labilní emotivita, snaha být středem pozornosti, infantilita, přehánění, vymýšlení, lhaní, skvělý dar řeči, výřečnost<sup>85</sup>). Raději si hrála s dětmi než-li sama. Svou první lásku prožívá v deseti letech. Nemá na ní zvláštní vzpomínky, spíše ji popisuje jako „nic moc“. Volila spíše společnost dětí. Nerada si hrávala sama. Jako dítě mívala dost kamarádek.

Od svých deseti let navštěvuje ordinaci psychiatra, který používá metod individuální a rodinné psychoterapie. Důvodem k návštěvě bylo lhaní a krádeže doma.

#### ***Krádeže***

O Elišce jsem se dozvěděla prostřednictvím psychiatra, ke kterému docházela již od svých deseti let. Sebepoškozování však nebylo problémem, se kterým se tehdy potýkala. Důvodem této návštěvy byla nespokojenost matky s chováním své dcery. Asi od první třídy základní školy se u Elišky vyskytly drobné krádeže doma. Z matčiny

---

<sup>85</sup> *Grafologie a psychologie* [online]. 2009 [2009-04-02]. Dostupné z: <http://ografologii.blogspot.com/2007/12/hysterie-v-psmu.html>.

peněženky občas vzala menší částku peněz a kupovala kamarádkám za ukradený obnos nějaké sladkosti. Naopak na oplátku ji kamarádky kupovaly dobroty. Eliška ale tvrdí, že děvčata nechtěla podplácet, to prý nepotřebuje. Při prvním setkání odpovídala pohotově a obsažně, plně orientovaná a kontakt byl okamžitý a bezprostřední. Citové vazby prezentovala jako dobré. K poruchám chování rovněž uváděla kritický postoj. Prožití pocitů viny bylo však sporné, řadu údajů o krádežích jakoby zapomněla. Avšak po připomenutí si je přesně vybavila.

Krádeže probíhaly převážně v rodinném kruhu, nejčastěji postihovaly matku. Od svých deseti let dostávala kapesné, které snadno utrácela. Většinou peníze nešetřila na nějakou věc. Nestarala se o přízemní věci jako například zaplatit obědy ve škole, napsat úkoly a podobně. Drobné krádeže probíhaly do jejích patnácti let. V rozboru minulých situací s psychiatrem připouštěla, že asi nejspíš šlo o to, že měla méně kapesného než některá děvčata. Chtěla se jim vyrovnat, kupovala věci jiným dětem. Nyní si již nepamatuje, proč to dělala. Tuto možnost nicméně nevylučuje.

### ***Lhaní***

U Elišky v téže době probíhalo lhaní. Jednalo se o účelné i neúčelné lži. Nejčastěji lhala matce, ojediněle i kamarádkám a spolužákům. Nicméně za tento způsob komunikace nezískala od vrstevníků přezdívkou. Matka se s jejím lhaním nemohla smířit, někdy jí lhala, že jí chtěla udělat radost (například že vyhrála v nějaké soutěži) nebo neúčelně upravovala některé skutečnosti. Někdy se u ní objevovaly nejasné lži jako například, že ztratila průkazku na autobus, přitom ji měla u sebe. Velmi ráda vyprávěla smyšlené či nějakým způsobem upravené příběhy, které prožila. Tuto bájevitou lhavost nedokázala nijak vysvětlit. Uváděla možnost zaujmout okolí svými smyšlenými zážitky. Lhaním se také vyhýbala konfliktu s nějakou osobou, obvykle s matkou. Bála se jít do sporu, tak zvolila pro ni snadnější cestu a tedy lhaní.

## ***Rodinné vztahy***

Eliška má poměrně nekomplikované vztahy v rodině, které setrvávají dodnes. Její rodina se skládá z rodičů a o dva roky starší sestry Jitky. Tedy pochází z úplné rodiny. Bydlí dodnes v bytě, ve kterém sdílí pokoj se sestrou. S matkou měla i přes neshody ohledně lhaní a občasných krádeží docela přátelský vztah. Kvůli těmto výstupům jí přestávala matka věřit. Je zde hovořeno o možné krizi důvěry ze strany matky, tuto variantu Eliška připouštěla. Citové vazby nicméně zůstaly neporušené. O otci se vyjadřovala velmi málo, nerada o něm mluvila. Nehrával si s ní, nepovídal si s ní. Se sestrou měla drobné konflikty, které jsou u sourozenců běžné. Nijak výrazné rozepře se zde nevyskytovaly a dá se hovořit o pěkném vztahu.

Vztah, který panuje mezi rodiči, by se dal přirovnat k ostatní populaci, u níž byla nutná svatba z důvodu otěhotnění partnerky. Rodiče se nestačili lépe poznat a byli „hozeni“ do manželství, které nemuselo být chtěné a žádoucí. Dá se mluvit o tzv. komunistické protiantikoncepční etapě. Maminka Elišky otěhotněla po maturitě v 19 letech. Otec dítěte byl stejně starý. Na výrazné hádky rodičů v dětství si Eliška nevzpomíná.

Matka se vyznačuje přehnanou starostlivostí, perfekcionalismem, úzkostlivostí a šetrností. Každou věc úzkostlivě hodnotí, neumí s děvčetem nic probrat s humorem. Naopak otec nezájmem, lhostejností k dané situaci. Také nebýval často doma. Jezdil pracovně po montážích do zahraničí. Matka je zdravotní laborantka v nemocnici.

Eliška velmi ráda jezdila na vesnici za babičkou z matčiny strany. Měli malé hospodářství. Zbožňovala zvířata, ze všeho nejraději jezdila na koni. S přestupem na gymnásium, kdy se jí zhoršil průměr známek, ji babička začala neustále vytýkat, že se neučí a že je hubatá. Ať se podívá na své sestřenice, jak jsou šikovné. U Elišky se projevila nechuť za babičkou jezdit.

## ***Škola***

Eliška navštěvovala mateřskou školu, která proběhla bez problémů. Nemá na ni nijak zvláštní vzpomínky. Pamatuje si jen, že sestře přiskřípla ruku do kočáru. Dále absolvovala postupně dvě základní školy. Do druhé školy přestoupila z důvodu přítomnosti angličtiny. V páté třídě složila přijímací zkoušky na místní gymnázium. Ve škole se nevyskytovaly žádné výrazné problémy. Na vysvědčení základní školy převažovaly jedničky, na gymnáziu se prospěch zhoršil, ne však nějak rapidně. Občasná hubatost ve třídě nebyla nikterak závažná. Mezi spolužáky se výrazné spory neprojevíly. Na gymnáziu si našla důvěrné kamarádky, se kterými si skvěle rozumí i nadále. Měla však výhrady k ostatním spolužákům, kteří ji „prudili“. S některými profesory si nerozuměla. Byla moc drzá.

## ***Záliby***

V tomto období hrála na zobcovou flétnu. Do hudební školy ale přestala chodit. Nebavilo jí to, nerozuměla si s učitelkou. Ale místo, aby se matce přiznala, že tam nechce chodit, vymlouvala se, že tam učitelka není a je nemocná. Učitelce zase navykládala, že má naštíplé zápěstí. Dále tančila country tanec, později zkusila stepovat. Mezi oblíbené činnosti také patřilo plavání a jízda na koni. Zvířatům věnovala spoustu času, má k nim ochránářský postoj. Dokonce hovoří o tom, že má raději zvířata než lidi. Rozumí si s nimi daleko víc. Dalším jejím potěšením bylo putování po různých místech. Nejraději se procházela v přírodě.

## ***Zdravotní stav***

Jako dítě nosila silnější brýle. V adolescenci je začala používat ojedinele. Po prodělané neuroinfekci, která poškodila sluchový nerv, hůře slyší. Snadno podlehla infekci. Objevovaly se u ní časté angíny, záněty průdušek. Toto marodění jí vadilo,

doma se nudila. Lékaři usuzovali, že její časté choroby měly charakter psychických obtíží. Byla oceňována její statečnost vzhledem k prodělaným nemocem a absolvování různých vyšetření. Nikdy nebyla týrána a sexuálně zneužívána.

#### **4.2 Eliška ve věku od 16 do 19 let**

##### ***Eliška v 16 letech***

Tendence vymýšlet si se objevují jen někdy. Něco občas „plácne“. Krádeže zcela vymizely.

V tomto období jí nejvíce vadí horší sluch, kvůli němuž má snížené sebevědomí. Doma se o tom nesmí mluvit. Začala rapidně hubnout. Nebyla spokojená se svým tělem. BMI index ukazoval 17,5. Maminka si myslela, že trpí mentální anorexií. Byly to však předčasné závěry. S Eliškou si promluvili odborníci i maminka. Eliška slíbila, že se pokusí to zvládnout a začne více jíst. Nakonec se jí to povedlo a tento problém se dále nevyskytoval. Jídlo skoro neomezuje, jen když ji něco nechutná. Nesnídá.

Velmi ráda organizuje. Ve škole zařizovala různé výlety.

Chodí na brigádu. Uklízí v nemocnici.

##### ***Eliška v 17 letech***

V tomto věku se objevují úvahy o studiu po maturitě. Baví ji chemie, chtěla by ji studovat. Ve škole jsou chvílemi stížnosti na nezáměr o učení, hubatost a drzost. Stýká se prý s nevhodnými lidmi. Učitelům se zdá, že má nějaké vnitřní problémy.

Je nadšená z nové brigády v penzionu, kde dělá vše možné. Kromě toho také uklízí v nemocnici. Spolužačky ze školy ji strhly k myšlence pronajmout si byt a vydělávat si práci na brigádách. Maminka byla šokována, nesouhlasila. Tento nápad za

chvíli utichl, ostatním spolužačkám to rodiče zatrhli. U Elišky se nedá hovořit o negativistickém přístupu k rodinnému prostředí, ale o zřejmou snahu o osamostatnění. Pozitivní je úroveň sebevědomí a ctížádost se „postavit na vlastní nohy“. Vztah ke skeptické matce se zlepšuje, je vyrovnaný. Nemůže vše s maminkou probírat. U Elišky je stále přítomna konformita. Stále umíněná, ale matce to již nevadí, je na to zvyklá.

Už tolik nestoná. Začala pít kávu. Zvládne až 5 – 6 káv za den.

Nic mimořádného ze strany matky a psychiatra nezpozorováno.

### ***Eliška v 18 letech***

Tato etapa života je charakterizována odhalením sebepoškozujícího jednání, které probíhalo již od 16 let. Nejprve si toho všimly kamarádky a poté až matka. Odhalení proběhlo v nemocnici, kam byla Eliška poslána ohledně častého zvracení. Při měření krevního tlaku našel lékař boláky od pálení cigaretou. Byla přijata na infekční oddělení. Dostala infúzi, srovnala se a na druhý den ji pustili. Paní primářce tvrdila, že se nemá ráda. Matka u ní našla pesimistický text z internetu. V něm stálo, že jen silní jedinci přežijí a slabí budou zatraceni. Tento věk u Elišky nebyl charakterizován jen odkrytím tohoto jednání, ale i nejintenzivnějším průběhem tohoto aktu. Sebepoškozovala se i několikrát denně. Činila to výhradně, když byla sama doma, tu bolest vydržela. Nikdo jiný u toho nebyl přítomen a nebyla pod vlivem alkoholu či drogy. Po tomto aktu se jí ulevilo. S odtékáním krve odcházelo zároveň napětí, úzkost, pocit viny. Ránu ošetřila buničitým kapesníkem a desinfekcí. Toto období je charakterizováno uzavřeností, trávením volného času výhradně doma, nesnášenlivost jakéhokoliv společenského kontaktu

Většinou se jednalo o formu sebeřezání zpravidla žiletkou, méně nůžkami. Druhým způsobem sebepoškozování bylo pálení se cigaretou či zapalovačem. Poranění si způsobovala na předloktích, pažích, lýtkách, bérce, stehnech a zápěstí. Hojení sabotovala. Nejvíce viditelné jizvy jí zůstaly na zápěstí a předloktí. Za jizvy se stydí,

snaží se je skrývat náramky. V létě si obléká oděv s dlouhými rukávy a nohavicemi. Je jí to nepříjemné, nemá ráda, když jí je horko.

Důvody sebepoškozujícího jednání, které uvedla psychiatrovi, spočívaly především v neúspěšné lásce. Dále udávala to, že se na ni nespécifikované problémy nahrnuly doma i ve škole. Sebepoškozování u přátel a v rodině nebylo přítomno. Více to s odborníkem nechtěla probírat. Byl zde návrh na užívání antidepressiv. Bude o jejich užívání přemýšlet.

Dalším výrazným rysem tohoto období je změna v oblékání a vůbec celkově v jejím stylu. Je u ní možno sledovat pouze černé odívání i přes ruce přetažená černá látka, černé stínování očí a vysoké, šněrovací černé boty podobné kanadám tzv. „glády“. Ztotožňovala se se stylem metal.

Na brigády stále chodila. Pracovala jako pokladní v hypermarketu. Doma si vymohla králíka. Má z něj radost i její sestra Jitka. Dělá autoškolu, zároveň chodí do práce a do školy. Je z toho všeho unavená.

Výkyvy v náladách přetrvávají. Dost utrácí peníze třeba za jídlo a kávu. Kouří. Zvládne až dvě krabičky denně. Ve škole si poranění všimli. Sdělili jí, že je to její věc. Kamarádky se jí snažily rozptýlit. Hodně si s ní povídaly, nenechávaly ji samotnou. Matka to zjistila později. Nejprve následoval šok, pláč. Potom se uklidnila. Snažila se jí pomoci tak, že s ní si o tom pohovořila a neustále ji kontrolovala. Eliška o její pomoc zprvu nestála. Nechtěla, aby o tom vůbec věděla. Příčila se jí myšlenka, že by se matce s tímto problémem svěřila. Raději volila pomoc od kamarádek. S postupem času je ale vděčná, že tento problém mohla s matkou řešit. Opora kamarádek a matky ji pomohla natolik, že překonala lásku k chlapci, který u ní sebepoškozování potencoval. Později si našla jiného chlapce, se kterým je to jako „na houpačce“. Rozchod a znovu návrat k sobě vyvolávaly u Elišky rozporuplné pocity, se kterými si nevěděla rady. Kvůli těmto pocitům se jí to stalo znovu. Řízla se. Přineslo jí to uvolnění, ale zároveň pocit viny, že toto nutkání ublížit si nepřekonala. Cítila se mizerně, méněcenně. Stav před aktem



popisuje: „Je to něco jako „depka“. Někdy mě to popadne, nevím proč. Většinou to překonám, ale někdy ne.“

S chlapcem je průměrně sexuálně spokojená, orgasmus s ním prožívá jen někdy. Kluk její jizvy neřeší. V době, kdy s ním trávila čas, neměla potřebu si ubližovat.

Návrh psychiatra o užívání antidepresiv nakonec přijala. Léky nevyvolaly žádný projev na náladě. Vystřídala pár druhů antidepresiv (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, látky přímo ovlivňující receptory – alfa dva blokátory). Nakonec je přestala jíst. Nepozorovala žádnou změnu nálady.

Objevuje se despektní názor na sestru Jitku.

### ***Eliška v devatenácti letech***

Ve škole se jí poměrně daří. Zlepšila si známky. Chtěla by odmaturovat a odejít co nejdál od lidí, co ji „deptají“, hlavně ze třídy. Dobrovolně se ujala organizace maturitního večírku. Ze strany psychiatra byla oceněna její odvaha a statečnost. Jak se blíží maturitní večírek, je stále více a více zainteresována na organizaci. Zhubla asi pět kilo. Kvůli uspořádání večírku se rozkmotřila s řadou spolužáků. Tvrdí: „Každý element třídy je individualista a nechce ve svém odlišném názoru ustoupit. Naše skupina není schopna kompromisu.“ Elišku čekají scio testy, přijímací zkoušky oborové a maturita. Dala si přihlášky na vysoké školy do Prahy na obor Klinická a toxikologická analýza, dále do Brna na Přírodověckou fakultu studovat chemii a biologii a na Pedagogickou fakultu v Českých Budějovicích. Nejprve udává, že by nejvíce chtěla studovat v Praze. Chce pracovat v laboratoři stejně jako její maminka. Ale na druhou stranu představa, že by celý život byla v pracovní době v kontaktu jen s laboratorními přístroji a nejméně s lidmi, je děsivá. Chyběl by jí kontakt s lidmi. Nemá ráda stereotyp. Další nástin budoucnosti líčí v podobě učitelky biologie a chemie. Učit by jí prý bavilo. Současně v ní hlodá nejistota, nerozhodnost a mlhavý obraz toho, co chce v životě dělat. Zda zvolit učitelku ve třídě plné dětí a křiku a nebo raději práci s přístroji v jinak prázdné

laboratoři. Lze pouvažovat nad tím, zda opravdu chce dělat laborantku sama od sebe, nebo spíš toto povolání vidí pozitivně jen kvůli matce. Je to příjemné, když s maminkou tráví hodiny v laboratoři a povídají si. Také lze uvažovat o možnosti, že do Prahy by také ráda, protože se tam hlásí její věrné kamarádky.

Občas si vezme na sebe něco jiného než černé oblečení. Tráví volný čas venku, nejčastěji v kavárně s děvčaty. Domů se vrací pozdě večer. Pořádila si špičatý piercing. Umístila ho na dolní ret. Na uších se jí houpají nápadné náušnice a na krku leží masivní kříž. V současné době se Eliška stýká se satanistickou skupinou. Důvodem volby trávení času s tímto poněkud kontroverzním shlukem lidí byl pocit, že tito lidé ji respektují takovou, jaká je. Svůj pozitivní názor k těmto jedincům brzy změnila a již se s nimi nesetkala.

Dnes již má po maturitním večírku, který se povedl. Má z toho radost. Přípravuje se na maturitu, má z ní strach. Nejvíce se bojí češtiny. Je zamilovaná, asi šťastně. Autoškolu má úspěšně dokončenou. Sebepoškozování se zatím u ní nevyskytuje.

#### **4.3 *Rozhovory (narativní, polostrukturovaný)***

První setkání se odehrávalo na veřejném místě, v kavárně. Můj první dojem, když jsem ji zahlédla v nádražní hale, byl mírně šokující. O zeď se opírala středně vysoká, hubená postava v tmavém oděvu, černé splývavé vlasy sahající po ramena, velké modré oči silně olemované černou tužkou a stříbrnými stíny a piercingem na dolním rtu. Neznala jsem ji, ale hned jsem si pomyslela, že to bude Eliška. Oslovila jsem ji. Představily jsme se navzájem. Eliška měla velmi příjemné vystupování. Nebyla zamlklá. Vesele se mnou hovořila. Navrhla mi, že bychom mohly zajít na její jedno z oblíbených míst. Usadily jsme se docela v mile vyhlížejší kavárně. Jakmile jsme měly kávu na stole, vysvětlila jsem jí, kdo jsem, co přesně dělám, jak bych si náš rozhovor představovala. Nabídla jsem jí, zda bychom si netykaly vzhledem k tomu, že náš věk se liší pouhými pár lety. S úsměvem souhlasila. Zpočátku byla dívka nervózní,

ale snažila se to skrýt tím, že mluvila a mluvila. Zaujala mě bohatá slovní zásoba a plynulá řeč. Občas se ve svém projevu zadržela, což bylo s největší pravděpodobností způsobeno nervozitou a napětím. Mnula si ruce. Hrála si s prsty umístěnými v klíně. Mírně shrbená, jako kdyby se chtěla schoulit do klubíčka. Lehce nervózní nádech v hlase. Plně soustředěná. Nejprve jsme hovořily o běžných věcech, které jsou jí blízké. Jak se jí líbí bydlet ve městě. Kam se chodí bavit. Co studuje a podobně. Snažila jsem se s ní navázat bližší, vrstevnický kontakt. S Eliškou to nebyl problém. Jevilo se mi jako velmi přátelské, upovídané, ochotné, svěhlavé děvče. Tvrdě prosazující práva zvířat. Dokonce připouští, že má raději zvířata než lidi. U současného přítele má kočku a psa. Doma v panelákovém bytě králíka, kterého si od matky vymohla. S nynějším přítelem se objevují mírné rozepře ohledně nízkého procenta času, který mu věnuje. Důvodem toho, že s partnerem není častěji, je její blízcí se maturita. Partner již pracuje, má výuční list. Maturitu z lenosti nedodělal. Je spíše mlčenlivý typ, což dívku mrzí a přála by si, aby si s ní více povídal. Jinak je s ním vcelku spokojená. Eliška se mi svěřila, že s nynějším partnerem prodělala potrat. Zřejmě ze zdravotních důvodů si dítě nemohla nechat. Sděluje mi, že jí to mrzí. Vadí jí, když na ulici potká kočárek. Představuje si, jaké by to bylo, kdyby kočárek tlačila právě ona. Zároveň ale uvádí, že je s tím smířená.

První vážný vztah Eliška prožila v 16 letech. Dle Eliščina mínění byl tento kluk na škole idolem všech studentek. Děvče se podívovalo, že zrovna jí si vybral a chtěl s ní trávit všechnen čas. Tento vztah nelze zrovna označit za šťastný vstup do partnerského soužití. Chlapec dívku urážel, shazoval ji před ostatními vrstevníky, vyzdvihoval její chyby. Tvrdil jí, že je tlustá. Chtěl, aby svou váhu snížila. Cokoliv udělala, se mu nelíbilo. Nechoval se k ní vůbec pěkně. Eliška se domnívala, že tento bezchybný mužský tvor, má pravdu a chyba je pouze v ní. Začala se podceňovat. Připadala si hloupá, méněcenná, zbytečná. Probouzela se u ní pochybnost o sobě samé, nespokojenost sama se sebou a úzkost. Tyto pocity se stupňovaly. Rapidně snížila svou váhu až na 45 kilogramů, její výška zaujímala 168 centimetrů. Tento moment je také charakterizován jako počátek zrodu sebepoškozování. Dívka svoji úzkost, nastupující depresi, zvýšené napětí, negativní pohled na sebe vyjadřovala sebepoškozováním. Nejprve se jen povrchově zraňovala. Drobné ranky si způsobovala řezáním nejprve

pomocí nůžek na zápěstí a předloktí. Postupně přešla k řezání po lýtkách, bérce, stehnech, předloktích, zápěstích a to nejčastěji žiletkou. Užívala i další formu zraňování se, a to pálení se cigaretou a zapalovačem. Netvořila si žádné obrazce ani jiné tvary na svém těle. Spíše si vytvářela přímé řezy. Dalším znakem jejího jednání bylo zabraňování hojivého procesu poranění. Dívka zasahovala do rány, nenechala ji zahojit. Chlapec se o sebepoškozování dozvěděl. Vyjádřil k tomu, co dělá, pohrdání. Po rozchodu se snažila z toho dostat. Věděla, že je to špatné, ale nemohla si pomoci.

Dnes, s odstupem času, by svého bývalého partnera popsala takto: „Byl to „frajírek“, sobec, „necita“, zlý člověk.“

Druhou etapou jejího milostného života byl zvláštní vztah s klukem, který se sebepoškozoval. Bylo jí skoro 18 let. K tomuto jednání ho vedl rozvod rodičů, tahanice mezi nimi o majetek a děti, tedy i o něj. Chlapec nad sebepoškozováním nikdy nepřemýšlel. Když si všiml poranění na své přítelkyni, zdálo se mu to jako normální reakce na nějaké negativum, stres, jako nějaká zvolená forma vyrovnání se s něčím, co jedince trápí. Tento akt byl u něj zřejmý již v dětství, kdy probíhalo odloučení rodičů a sobecký boj o děti a majetek. Eliška svého partnera zpočátku velmi zbožňovala. Říká, že dokonce k němu měla silnější cit než k předešlému idolu všech dívek na škole. Postupně tento cit vyprchal a začala k němu pociťovat nenávisť. Udává: „Neunesla jsem to s ním.“ Sebepoškozující jev se v této době objevuje nejčastěji. Dívka udává, že četnost výskytu aktu byla až několikrát denně. Řezala se daleko silněji a častěji než u předchozího vztahu. Hluboké rány se špatně a pomalu hojily. Stačily jen sebemenší záminky, aby se mohla poranit. Těšila se na to. Vypěstovaný negativismus vůči sobě z předchozího vztahu se více prohluboval. Sebepoškozování vnímala jako způsob sebetrestání. Trestala se za to, že nemá pěknou postavu, že něco udělala špatně, že zklamala a podobně. Každou maličkost si dávala za vinu.

Pocity před aktem vyjádřila těmito slovy: stres, zoufalství, úzkost. V průběhu tohoto jednání se dostavila úleva, uvolnění. Zprvu pociťovala bolest, ale s postupem času si na ni zvykla a fyzická bolest byla daleko snesitelnější než psychická. Po ukončení činu nepocítila žádnou euforii, radost. Nebyla pozitivně naladěna. Uvádí, že

po sebepoškozujícím aktu mohla fungovat normálně. Hovoří: „Jako kdybych se normálně probudila. Můžu normálně fungovat. Po probuzení poznám, jaký bude den. Zda zvládnu tuto chuť potlačit či sebezraňujícímu jednání podlehnout.“ Vždy sebepoškozování bylo prováděno o samotě, nikdy ne za přítomnosti jiné osoby. Nedokáže k ničemu přirovnat, jak tento akt prožívala. Nad svým navrženým přirovnáním, sexem, se začervenala, zasmála a sdělila, že se to opravdu nedá s ničím srovnat. Možná, uvažuje, by se to dalo přirovnat k drogové závislosti. Uvádí: „Myslím, že sebepoškozování je určitá forma závislého chování. Je to něco jako, když narkoman potřebuje drogu. Těžko se z toho dostává.“

V etapě nejčtenějšího sebepoškozování se zcela vyhýbala jakémukoliv kontaktu. Chtěla být jen sama ve svém pokoji. Jakéhokoliv styku s kamarádkami, partnerem, rodinou se vyvarovala. Kdokoliv ji obtěžoval.

Rány se zcela nezahojily a Elišce zůstaly i na viditelných místech jizvy. Jizvy vyhlížející jako krátké čárky vedle sebe, shluky v kolečku po cigaretách. Velice se za ně stydí. Snaží se je skrývat. Na ruku náramky a na nohu silonkami či dobře střiženými kalhotami nebo sukni.

Zeptala jsem se, zda dokáže říci, co bylo hlavním poháněcím mechanismem sebepoškozování. Nedokázala mi to vysvětlit. Domnívá se, že se jednalo o jakési „nahromadění“ z rodinného, partnerského i školního prostředí. Volba řešení problému tímto způsobem byla zcela spontánní. Nikdy nad tím nepřemýšlela, ani dopředu neplánovala.

Nejdříve byla Eliška a její problém odhalen kamarádkami asi po půl roce, kdy se započala nejčastěji sebepoškozovat. Kamarádky zprvu nevěděly, jak mají reagovat. Po určité době se jí snažily pomoci. Nenechávaly ji samotnou. Pokoušely se jí dostat do společnosti a nějakým způsobem ji rozveselit. Pořád si s ní o něčem povídaly. Eliška se matce nechtěla svěřit s touto záležitostí, i když mají k sobě poměrně otevřený vztah. Styděla se. Neměla z toho dobrý pocit. Věděla, že matka je přehnaně starostlivá, úzkostlivá. Bála se její reakce. Matka se o tom dozvěděla později. Hospitalizace

v nemocnici z důvodu častého zvracení umožnila odhalení poranění na těle. Matka o tom následně informována lékařem. Po příchodu z nemocničního zařízení si povšimla ran na stehnech a rukou. Následoval šok, překvapení. Po jejím vzpamatování si s Eliškou promluvila. Eliška říká, že jí ten rozhovor velmi pomohl. Kromě častého povídání s dcerou matka používá zvýšené kontroly, což se druhé straně příliš nelíbí. Eliška poukazuje na to, že rodiče ji přespříliš omezují, kontrolují. Například udává, že ji tolik nepouští ven jako v 15 letech. Musí ve všech případech sdělovat, kam jde, kdy se přesně vrátí a podobně. Většinou chtějí, aby se vrátila na její vkus hodně brzy. „Dříve to tak nepřeháněli“, zamýšlí se. Její vztah s o dva roky starší sestrou, která momentálně studuje na ekonomické fakultě, je negativistický, nesnášenlivý. Hovoří: „Moje sestra je jájistka, sobec, nemá zájem o ostatní, ráda je středem pozornosti. Pozitivní na ní možná je, že je upovídaná. Vždycky chce být v poli působení, mít hlavní slovo. Já ve společnosti ustupuji, nemá cenu se s ní hádat. Definitivně se náš vztah zničil, když jsem ji vzala mezi mé přátele a ona v této společnosti nekompromisně prosazovala svůj názor. Šlo to až do trapnosti. Poslední kapkou bylo to, že označila mé přátele za hloupé jedince.“ Sestru nezajímalo, s jakým problémem se Eliška potýká. Podobný problém lze zahlédnout u vztahu s otcem. Otec, který není často doma, neprojevuje zájem o svou mladší dceru. Nebyl zřejmý projev péče o daný problém, se kterým se jeho dítě potýkalo. Je zde nicméně patrné prosazování starší sestry. Eliška říká, že mají podobné povahy. Když jsem jí požádala, aby mi pověděla nějaké negativní a pozitivní vlastnosti otce, znervózněla. Nejprve mi řekla, že netuší. Pak se pokusila nějak ho vystihnout. Táta je „protiva“, sobec, puntičkář, málo komunikativní. Pozitivní rysy mi nedokázala povědět. Uvedla jen jako pozitivum rybaření. Prý umí perfektně rybařit. Ještě mi řekla, že otec si s ní v dětství nikdy nehrával, nepovídal. Chybělo jí to. Snažila se zaujmout jeho pozornost. Nepovedlo se to, když tak jen v negativním slova smyslu. V období dospívání to pociťovala nejvíce. Chybělo jí jeho pohlazení, porozumění, aspoň jediný pohled. Žárlila na svou sestru, že péči věnuje jí. Postupně rezignovala. „Teď k němu cítí nechuť, odpor“, sděluje. Dívka dále není spokojena s tím, že rodiče sestře financují školu. Vydělává si poměrně velkou částku peněz, kterou by dokázala pokrýt všechny náklady, které se týkají živobytí, školy. Sděluje mi: „Sestra si žije „na vysoké noze“.

Jen se parádí, utrácí za nadstandardní věci.“ Tato myšlenka přispěla k pocitu nesnášenlivosti vůči sestře. S matkou má přátelský vztah. Její vlastnosti vylíčila nejlépe: jako pozitivum uvedla starostlivost, ale tento rys se odrazil i na negativní straně. Říká: „Přehnaná starostlivost matky mi vadí, ale jsem ráda za to, že má o mě starost, že se zajímá.“ Dále udává, že je s maminkou sranda, je spolehlivá, přátelská a zvědavá.

Vztah otce s matkou je spíše formální. S otcem se často nevidá. Matka dceři řekla, že je raději, když není doma. Potřebuje ho jen kvůli tomu, že ona sama neřídí auto a on ano. Jinak k ničemu není. Poslední čtyři roky se jen hádají. Jedná se o maličkosti, hlouposti. Například není uvařená večeře, koupené pivo a podobně. Eliška neví o tom, že by byla mezi rodiči přítomna nevěra. Ale ví, že v manželství matka spokojená není. Obě jsou nejrady, když otec je v práci a neobtěžuje je doma.

Eliška ráda jezdí na festivaly. S kamarádkami tráví večery v restauračních zařízeních. Někdy je ráda o samotě, ale většinou dává přednost společnosti přátel. Má ráda plyšáky. Nesnáší nakupování, úzké oblečení, pestré barvy. Spíše volí přírodní barvy či tmavé. Sleduje v televizi nejvíce detektivky. Baví jí hádat, kdo je vrah. Líbí se jí i komedie, psychothriller. Zbožňuje hudbu, hlavně hudební styl metal. Kromě marihuany nezkoušela žádné drogy. Je silný kuřák. Naučila jí to sestra. Ta už nekouří. Matka s tím také přestala. Chtěla by drobné tetování na záda. Rodiče jí to zadrželi.

Reakce na subkulturu EMO mě překvapila. Označuje je za „bandu pomatenců“. Nelíbí se jí styl oblékání, ani hudba. O spojitosti sebepoškozování a této subkultury je již spíše komerční záležitostí. Ale nepopírá, že některé „emovské“ a i jiné weby k sebepoškozování neponoukají. Lze najít i přesný návod k tomuto počínání. Ona se nicméně v kritické době na těchto webech neinspirovala, tvrdí. K jiným webům, co o sebepoškozování píší, má pozitivní mínění a k jiným zase ne. Záleží na konkrétní webové stránce. Některé sebepoškozujícím jedincům pomáhají a také informují více širokou veřejnost o tomto jevu.

Co přineslo Elišce sebepoškozování?

„Sebepoškozování je obdobím depresí, úzkostí, pocitů méněcennosti, napětí a smutku. Je to etapa, která mi přinesla samotu. Vadila mi lidská přítomnost. Na druhou stranu mi bylo příjemné, že se o mě lidi především rodina začala zajímat. Poslední sebepoškození proběhlo před Vánocemi, bylo mi skoro devatenáct let. Nikdy jsem nebyla kvůli tomuto jednání hospitalizována v nemocnici.“

Eliška sděluje: „Bojím se, že se něco zvrtně, nezvládnou se s tím poprat a začne to znovu. Mám ale kamarádky a maminku, která mě vždycky podrží. Občas toho lituji, že jsem se sebepoškozovala. Na druhou stranu jsem se s tím do jisté míry smířila a snažím se to vnímat jakou součást mé minulosti.“

Jak bys popsala sama sebe?

Dlouze přemýšlela, a pak řekla: „Mezi má pozitiva patří odvaha, společenská a podnikavá povaha, rychle se seznamuji, mám ráda změny, dobrá výřečnost, jsem přátelská. Mezi má negativa bych uvedla náladovost, ovlivnitelnost, nerozhodnost, před vícero lidmi mám problém vystupovat. Považuji se více za pesimistu, i když říkám, že se snažím vidět věci realisticky.“

(Otázky z rozhovoru viz příloha 1)

#### **4.4 Metoda volných asociací a kresba**

##### ***Metoda volných asociací***

S respondentkou jsem se pokusila o metodu volných asociací (viz příloha 2). Je to na zpracování velmi náročná metoda. Poprvé ji použil Sigmund Freud. Tato metoda nebyla přesně postavena tak, jak ji tehdy aplikoval Freud. Upravila jsem si jí dle svých možností. S respondentkou jsme se usadily v klidné místnosti, kde nám bylo zajištěno soukromí. Usadila se do vyhovující polohy. Vysvětlila jsme jí, v čem metoda spočívá:



„Budu ti postupně vyjmenovávat jednotlivá slova a ty mi k nim budeš říkat vše, co tě napadne. Cokoliv si představíš pod konkrétním slovem, mi sdělíš. Nemusí to mít logickou návaznost, může to mít nesmyslný či vulgární podtext. Až opravdu nebudeš vědět, co k určitému slovu říci, přejdeme k dalšímu slovu. Nejedná se o zkoušku inteligence, ani z toho nebudu dělat závěry, jaká jsi a podobně.“ Získala jsem od ní souhlas o nahrávání jejích asociací na diktafon.

Tato metoda celkem obsahovala 26 slov. Zpočátku Eliška mluvila plynule. Nepřemýšlela nad žádným slovem dlouho, občasné menší zádrhly. Prvním slovem, u kterého se zadržela, byly drogy. Uvedla, že ji momentálně nic nenapadlo, že hned nedokázala popsat, co si pod tím slovem představí. U výrazu krev, které bylo poslední ve výčtu slov, použila asociaci červená. Pokud jedinec použije přídavné jméno, většinou to poukazuje na vyčerpanost jedince. Tedy pokračování v této metodě by pak nedávalo žádný smysl, nýbrž jedincovi asociace by nebyly vypovídající. Dalším slovem, u kterého byla chvíli ticha, než se vyjádřila, byl otec. U slova otec uvedla tyto asociace: starosti, **strach**, nedůvěra. U slova vina vyslovila tyto: „blbej“ pocit, **strach**, výčitky svědomí. Jizvy: bolest, **strach**, výčitky. **Strach** se objevil také u slov trest, smrt, stín. Je nutné se zamyslet nad tím, proč zrovna u těchto slov použila výraz strach. Jaké spojení mezi otcem, trestem, vinou, smrtí, stínem a jizvami?

Z předešlých podkapitol se můžeme dozvědět, že dívka na neustálý nezáměr otce reagovala rezignací. Tzv. vnitřní energii použila na potlačení reakcí, které směřovaly ke snaze zvýšit otcovu pozornost. Tyto potlačující procesy u Elišky se projeví příznaky, které nejsou zcela logické. Domnívám se, že tímto příznakem může být i sebepoškozování. Lze si tímto způsobem odpovědět na otázku, jaká je souvislost mezi slovy otec, trest, vina, jizvy, smrt, stín a asociací strach.

### ***Kresba (viz příloha 3)***

Požádala jsem respondentku, jestli by mi nenakreslila libovolnou postavu, jakoukoliv chce. „V žádném případě mi nejde o umělecké hodnocení tvého výtvoru“, oznámila jsem jí. Souhlasila. Avšak s malováním setrvala. Opakovala mi, že postavu neumí nakreslit. Já jsem jí ujišťovala, že nebudu hodnotit, zda umí namalovat figurku. „Sama ji neumím“, uklidňovala jsem jí. Byla u ní zřejmá nervozita. Mírná červeň v tvářích, hluboké výdechy, hra s prsty v klíně. Nakonec se odvážila. Na výkrese mě zaujala zcela jednoduchá postava. Hlava pouhé kolečko bez úst, nosu, očí, obočí a uší. Tělo bylo zhotoveno v podobě kříže, dvě překřížené čáry. Jedná se zcela o infantilní kresbu. Poprosila jsem jí ještě o menší dodatek na výkrese. Ať namaluje, co chce. Velmi pěkně a detailně nakreslila koně, kterému nic nechybělo. Jevila se i jako klidnější. Už se nečervenala ani zhluboka neoddychovala.

V tomto případě je zřejmá nechuť kreslit lidské postavy. Problém namalovat zvíře se nevyskytoval.

### **4.5 *Ostatní kasuistiky***

Měla jsem možnost nahlédnout do lékařské dokumentace psychiatrických jedinců, kteří se sebepoškozují. Jednalo se celkem o deset kasuistik adolescentních osob. U všech případů byla přítomna nestabilita rodinného prostředí. Vývoj dětí probíhal v dysfunkčním a v některých případech i v afunkčním rodinném zázemí. 9 z 10 případů pocházelo z prostředí rozvedených rodin. 6 kasuistik uvádí alkoholismus otce nebo matky, jedna z nich dokonce obou rodičů. 5 případů z 6 bylo rozvedeno. Další dítě prožilo nejen rozvod rodičů, ale také alkoholismus matky a otce, užívání drog, domácí násilí a krádeže biologického otce. Krádeže, alkoholismus a agresivita otce vůči dětem a manželce se ještě objevily v jedné lékařské zprávě. U další kasuistiky byl výrazný negativní vliv otce, gamblera, který chorobně lhal. I zde se uskutečnil rozvod. U dvou jedinců z dokumentace jejich matka trpěla depresemi a úzkostnými stavy. Byly léčeny

antidepresivy. Jen u jednoho se rozvodové řízení realizovalo. U těchto jedinců se ve většině případů nevyskytovalo sexuální zneužívání a týrání. Sebepoškozování u přátel a v rodině není zaznamenáno.

Ve většině případů u těchto jedinců docházelo k sebeřezání zpravidla žiletkou, méně noží, střepy, nůžkami. Řezali si hlavně předloktí, zápěstí, ramena, stehna, lýtka, bérce. Rovněž bylo často přítomno pálení se cigaretou či zapalovačem. Ojedinelé se vyskytovaly jiné formy sebepoškozujícího jednání jako například zapichování jehel do nadočnicových oblouků, polykání kovových předmětů, aplikace čistícího prostředku na nádoby injekční stříkačkou do dolní končetiny, demonstrativní škrcení ručníkem, bouchání hlavou o zeď.

Nízké sebevědomí, sebehodnocení, emoční labilita, nespokojenost sama se sebou v kritickém, adolescentním období byly mnohokrát důvodem k sebepoškozujícímu aktu. Nedostatek sebedůvěry ve škole, mezi vrstevníky a první zamilovanost mohla vést u labilního adolescenta k možnosti řešení problému tímto způsobem. Dále je tento stav myslí zapříčiněn špatným rodinným zázemím či traumatickým zážitkem z dětství.

Polovina těchto jedinců se ztotožňovala se stylem subkultury EMO nebo GOTHIC, u nichž je jedním ze společných znaků podpora jedinců k sebepoškozování. U jednoho se dokonce vyskytovala přítomnost u satanistického klubu. Ti ho nabádali k sebepoškozování. Tato skutečnost nás navádí k myšlence, že dnešní mládež je nezanedbatelně ovlivněna těmito subkulturami.

Vzhledem k těmto informacím získaných z lékařské dokumentace jsem usoudila, že tato fakta mají souvislost s Eliščiným případem. Sebeřezání, převažující forma sebepoškozování u těchto adolescentů, bylo přítomno i u mé respondentky. Dále podobnost emočního stavu zkoumané osoby a jedinců je zjevná. Domnívám, že i rodinné prostředí respondentky charakterizované nezájmem, preferencí starší sestry a častou nepřítomností otce v rodinném kruhu a z toho vyplývající dívčino strádání po pozornosti druhého rodiče a chybění mužského vzoru, mohlo dívku natolik poznamenat,

že v období emoční krize, obrovských změn, prvních partnerských vztahů dochází k neadekvátním projevům, které se především týkají výběru a soužití s partnerem respondentky. K neadekvátním projevům lze zařadit i sebepoškozování. Je možno tedy podotknout, že i rodinné zázemí mělo vliv na sebepoškozující jedince.

## 5 Diskuze

Záměrem této práce je nahlédnout do základních aspektů problematiky sebepoškozování a konfrontovat tyto údaje se znalostmi a postoji dané literatury a provedenými výzkumy ze zahraničí.

V předchozí kapitole byl popsán případ dívky, která se sebepoškozovala. Bylo zde uvedeno i deset kasuistik, které byly použity ke srovnání s výše zmíněnou hloubkovou studií. Společná i rozdílná data budou zmíněna a konfrontována s literaturou a se zahraničním výzkumem z Velké Británie. Dále budou zmíněny problémy, které při psaní bakalářské práce vznikly. Respondentka byla požádána o možnost setkání a provedení rozhovoru. Tímto způsobem bylo možno nasbírat nejvíce informací o daném tématu.

Při použití techniky rozhovoru se vyskytly překážky spojené s možnou nechtí respondentky odpovídat na citlivou otázku. Nelibost se mohla projevit zkreslenými a smyšlenými odpověďmi.

Podle odborné literatury, mé hloubkové i zahraniční studie Hawtona je nejvyšší výskyt sebepoškozování v období adolescence. Potvrzují to i lékařské zprávy, ve kterých byli uvedeni pouze adolescenti.

Rodinné zázemí bylo u případové studie charakteristické přítomností obou vlastních rodičů. Jednalo se tedy o úplnou rodinu. Podle Hawtonova výzkumu z Velké Británie se nejvíce dívek sebepoškozovalo, pokud je vychovávali ostatní členové rodiny (14,8 %). Ty, které vyrůstaly v prostředí, kde byl vlastní a nevlastní rodič, se poraňovaly méně (14,6 %), než ty, co žily s jedním rodičem (13,6 %). Je zajímavé, že děti, které měly oba rodiče, se poškozovaly nejméně (9,8 %). I když respondentka spadala do nejméně rizikové skupiny mladistvých, i přesto si ubližovala. Rizikovým faktorem v tomto případě je nezáměr, jisté odstrčení z otcovy strany. Dívka k němu chová protichůdné pocity. Může se v tomto případě jednat o ambivalentní vztah k otci.

National Health Service z Velké Británie udává, že mezi dlouhodobé faktory vyvolávající sebepoškozování patří bezpochyby i odmítavý přístup pečující osoby. Je tedy dost možný vliv tohoto faktoru na dívčíno počínání.

U ostatních kasuistik je zřejmý především stav vypovídající o rozvodu rodičů. Jedinci pocházeli z prostředí, skládající se z nevlastních i vlastních rodičů a sourozenců. Ze zahraničního výzkumu je patrný vyšší výskyt tohoto jevu u adolescentů rozvedených rodičů (4,3 % u chlapců, u děvčat 14,7 %) oproti druhé skupiny, kde není přítomen rozvod (2,8 % chlapců, 9,4 % dívek). Jan Sutton udává, že rozvod může vést jedince k sebepoškozování, ale není jediným, silným faktorem směřujícím k tomuto aktu.

Dalším výrazným rizikovým činitelem u Elišky je kouření, které převyšuje dvě krabičky za den. Dle výzkumné práce Brita u kuřáček, které vykouří více než padesát cigaret za týden, se vyskytuje tento akt v nejvyšším procentu (22,5 %). Kdežto u děvčat, nekuřáček, je riziko tohoto jednání pouhých 5,9 %. Nad tímto alarmujícím rozdílem je důležité se zamyslet.

Sebepoškozování u přátel se podle Hawtonovy práce objevovalo u sebepoškozujících osob ženského pohlaví až ve 24,5 % (u opačného pohlaví 13,7 %). Co se týče sebezraňování v rodině, dosahuje 29 % u dívek a chlapců 13,5 %. Je tedy zřejmé, že největší vliv těchto faktorů je zaznamenán u děvčat. Eliška byla velmi ovlivňována sexuálním partnerem, který se od dětství sebepoškozoval. Toto její období se vyznačuje nejčetnějšími sebezraňujícími akty. Přítel na ni silně působil. Sebepoškozování u přátel a v rodině je jedním z klíčových faktorů především u dívek, které uvádí jak zahraniční a česká literatura, ale i značné množství výzkumů z ciziny.

Sexuální zneužívání a týrání také působily ve vysoké míře. Respondentka tuto možnost vyloučila.

Skegg ve své studii poukazuje na určitou souvislost sebepoškozování s pohlavní identitou a sexuální orientací. Uvádí, že u lesbiček se sebepoškozování objevuje třikrát více než u heterosexuálních žen a u gayů dokonce pět krát více než u heterosexuálních

mužů. Hawtonova tabulka zaregistrovala značný účinek tohoto činitele na jedince, potýkající se s obavami o sexuální orientaci. Kvůli homosexualitě si ubližovalo 23,8 % dívek a 11 % chlapců. Pokud se obavy nevyskytovaly, poškozovalo se 3 % hochů a 10,5 % děvčat. V praktické části mé práce jsem se s touto záležitostí nesetkala.

Webové stránky Darkcorner udávají, že adolescenti, kteří mají zkušenost se sebepoškočováním, vykazují nižší hladinu sebeúcty, sebedůvěry, sebehodnocení. Vlastnostmi, které se u nich projevují ve zvýšené míře, jsou například úzkostnost, pocity sklíčenosti, depresivní stavy nebo impulzivita. Dalšími rysy jsou negativní vztah k sobě, snížená emoční odolnost, nižší schopnost si poradit s intenzivními emocemi a verbálně je vyjádřit, negativní vztah k vlastnímu tělu. Eliška se těmito vlastnostmi vyznačovala. Prožívala úzkost, napětí, skleslost. Pochybovala sama o sobě. Nelíbilo se jí její tělo. Připadala si korpulentní a celkově neschopná. Nevěřila si. Myslela si, že všechno je její chyba. Cítila se zbytečná. Bylo u ní patrné depresivní ladění. S negativními pocity se neadekvátně vypořádala. Poznatky z lékařské dokumentace byly tohoto jevu důkazem.

Nejčastější formou sebepoškozujícího chování bylo u Elišky sebeřezání. Řezala se zejména žiletkou, méně nůžkami. Byly postiženy převážně dolní a horní končetiny. V ostatních kasuistikách je tento způsob též nejfrektovanější. Webové stránky Sweet dreams tento fakt potvrzují.

Respondentka popisuje průběh aktu jako pocit úlevy, uvolnění. Než se řízla, pociťovala stres, úzkost a zoufalství. Po činu nicméně nepociťovala euforii, radost. Cítila se neutrálně. Jako kdyby se normálně probudila. Jaký bude den, pozná hned po probuzení. Marie Kriegelová ve své knize zmiňuje možný vliv endogenního opiátového systému na opakující se povahu sebepoškočování. Hypotéza endorfinové teorie analgezie zastává celkem dva názory. První pohled říká, že hladina endorfinů je funkčním činitelem, ne predispozičním. Jedinci se sebepoškozují proto, aby si zvýšili hladinu „hormonu štěstí“. Druhý přístup zastává stanovisko, že poškozující se osoby mají sníženou hladinu těchto látek a právě proto tak činí. Oba pohledy nejsou zcela

potvrzené. Je možné předpokládat, že dívka si tímto jednáním zvyšovala nedostatečnou hladinu endorfinů. Vzhledem k nepotvrzené teorii endorfinové analgezie, lze se jen domnívat, že existuje vztah mezi těmito jevy.

Při psaní bakalářské práce jsem se setkala s výrazným nedostatkem česky psané literatury o tomto fenoménu. Z tohoto důvodu se domnívám, že by bylo zapotřebí o této problematice více mluvit a psát, aby se dostala do povědomí laické i odborné společnosti.



## 6 Závěr

V této práci jsem se věnovala tématu sebepoškozování. Jedná se o rozšiřující fenomén, projevující se hlavně mezi adolescenty. V České republice neexistuje mnoho informací o tomto jevu. Sebeпоškozuující jednání označuje určitou způsob komunikace, směr, jak vyjádřit své pocity a emoce.

Na základě kvalitativního šetření jedné osoby, dnes již dospělé ženy, jsem dospěla ke zjištění, jež jsem formulovala do čtyř hypotéz:

Hypotéza 1.: Sebeпоškozuování je nespecifická reakce na stresovou situaci, navozující úlevu a vnitřní uvolnění.

Hypotéza 2: Úmyslem sebeпоškozuujícího aktu není ukončení života.

Hypotéza 3: Nejčastějším formou sebeпоškozuování je sebeřezání především dolních a horních končetin.

Hypotéza 4: Výskyt sebeпоškozuování se projevuje především v období adolescence, v etapě emočních změn, rozporuplného prožívání a zjitřeného sebeпоzorování.

Z výzkumu vyplývá, že u sebeпоškozuujícího jedince převažují pocity smutku, sklíčenosti, úzkost, napětí, negativní vztah sám k sobě a emoční labilita. Depresivní stavy a impulzivita se též objevují ve zvýšené míře. Naopak je prokázána nižší hladina sebeúcty, sebedůvěry a sebehodnocení. Je přítomen i značný vliv rodiny, sexuálního partnera a přátel na výskyt tohoto jevu.

Domnívám se, že záměry této práce byly splněny. Prvním stanoveným cílem bylo zjistit příčiny a důvody sebeпоškozuování. Druhým cílem bylo zjistit, jak tento akt prožívají. Výzkum poskytuje podrobný rozbor sebeпоškozuujícího jednání na konkrétním případě včetně vývojových fází s přihlédnutím k věku.

Myslím, že tato bakalářská práce může být využita v praxi především v oblasti prevence. Jsou v ní uvedeny kauzální faktory a možné důvody, které mohou vést k sebepoškozování. Je důležité tyto faktory eliminovat a věnovat zvýšenou pozornost signálům, které toto chování vystihují.

V druhé řadě by měly zjištěné poznatky přispět k bližšímu poznání této problematiky především u adolescentů. Vzhledem k tomu, že je to poměrně častý jev a setkat se s ním může každý, je nutné o tom blíže vědět.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. *Art of living – umění žít* [online]. 2009 [2009-03-15]. Dostupné z: <http://artofliving.blog.cz/0706/psychoterapie2-zakladni-psychoterapeuticke-smery-a-metody>.
2. *Baby online* [online]. 2007 [cit. 2009-17-02]. Dostupné z: <http://www.babyonline.cz/vyvoj-ditete/dospivani-adolescence.html>.
3. BATEMAN, Anthony et.al. Assessment following self-harm in adults. *Royal College of Psychiatrists* [online]. 2009 [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://www.pizs.be/RCPselfharm.pdf>.
4. BEER, M. Dominic et.al. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
5. *Centre for Suicide Prevention* [online]. 2001 [2009-02-18]. Dostupné z: <http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/alert43.pdf>.
6. *Cornell Research Program on Self - Injurious Behaviour in Adolescents and Young Adults* [online]. 2009 [cit. 2009-02-17]. Dostupné z: <http://www.crpsib.com/whatissi.asp>.
7. COWIE, Helen et.al. *Emotional Health and Well - Being: A Practical Guide for Schools*. 1 st. ed. Londýn: Paul Chapman Publishing, 2004. 228 s. ISBN 0-7619-4355-2.
8. DE LEO, Diego. Who are the kids who self-harm: An Australian self-report school survey. *The Medical Journal of Australia* [online]. 2004, vol.181, no.3 [cit. 2009-02-17]. Dostupné z: [http://www.mja.com.au/public/issues/181\\_03\\_020804/del10634\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/181_03_020804/del10634_fm.html). ISSN: 0025-729X.

9. *Doktorka.cz* [online]. 2009 [cit. 2009-02-10]. Dostupné z: <http://psychologie.doktorka.cz/zpusoby-sebeposkozovani/>.
10. *Emo* [online]. 2009 [cit. 2009-02-16]. Dostupné z: <http://emo.aceweb.cz/>.
11. *Emo style* [online]. 2008 [cit. 2009-02-16]. Dostupné z: <http://emo-style.cz/history/>.
12. FRANČŮ, Marie. *Sebepoškozování*. Brno, 2006. 51 s. Bakalářská práce na Pedagogické fakultě Masarykovy university na katedře speciální pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce Věra Vojtová.
13. *Grafologie a psychologie* [online]. 2009 [2009-04-02]. Dostupné z: <http://ografologii.blogspot.com/2007/12/hysterie-v-psmu.html>.
14. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1.
15. HAWTON, Keith et.al. Deliberate self-harm in adolescents: Self report surffy in schools in England. *BMJ helping doctors make better decisions* [online]. 2002, vol.325, no.7374 [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1124668>. ISSN: 09598138.
16. HORT, Vladimír et.al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
17. KAVENSKÁ, Veronika. Mojí útěchou je žiletka. *Moje psychologie* [online]. 2008 [cit. 2009-01-12]. Dostupné: z:<http://www.mladazena.cz/scripts/detail.php?id=355068>.
18. KOCOURKOVÁ, Jana – KOUTEK, Jiří. Sebepoškozování v adolescenci – narůstající problém? *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 2008, roč. LII, č. 6, s. 609-614.

19. KOCOURKOVÁ, Jana – KOUTEK, Jiří. *Sebevražedné jednání: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7367-349-9.
20. KODÍČEK, Milan. *Biochemické pojmy - výkladový slovník*. 1. vydání. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, 2004. 171 s. ISBN 80-7080-551-X.
21. KOLÁŘ, Jan. *Darkcorner* [online]. 2009 [cit. 2009-02-15]. Dostupné z: <http://darkcorner.webovastranka.cz/wiki/220/376>.
22. KOLÁŘ, Jan. *Motivace k sebepoškozování a jeho prožívání u adolescentů*. Brno, 2007. 96 s. Bakalářská práce na Fakultě sociálních studií Masarykovy university na katedře psychologie. Vedoucí bakalářské práce Michaela Širůčková.
23. KOZLOVÁ, Lucie. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. 2002 [2009-03-15]. Dostupné z: [http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb\\_305/index.htm](http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm).
24. KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2333-4.
25. KŘÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská universita. Zdravotně sociální fakulta, 2004. 127 s. ISBN 80-7040-724-7.
26. *Lapiduch* [online]. 2008 [cit. 2009-02-16]. Dostupné z: <http://www.lapiduch.cz/klub.php?klub=sebeposkozovani>.
27. MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
28. MASARYK, Tomáš Garrigue. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 4. vydání. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998. 221 s. ISBN 80-901971-4-0.

29. *Mental Health Foundation* [online]. 2009 [cit. 2009-02-17]. Dostupné z: <http://www.mentalhealth.org.uk/campaigns/self-harm-inquiry/the-truth-about-self-harm/>.
30. *Mgr. Miroslav Piňos* [online]. 2007 [cit. 2009-02-15]. Dostupné z: <http://www.pinos.cz/text07.html>.
31. *Mind* [online]. 2009 [cit. 2009-01-12]. Dostupné z: <http://www.mind.org.uk/Information/Booklets/Understanding/Understanding+self-harm.htm>.
32. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
33. *Moda.cz* [online]. 2006 [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: [http://www.moda.cz/Kategorie/Styl\\_a\\_trendy/20061119\\_Gejsa\\_A\\_Japonske\\_Kimono.html](http://www.moda.cz/Kategorie/Styl_a_trendy/20061119_Gejsa_A_Japonske_Kimono.html).
34. *Mudr. Zbyněk Mlčoch* [online]. 2009 [cit. 2009-02-13]. Dostupné z: [http://www.zbynekmlcoch.cz/info/deti/chovani\\_dospivajicich\\_a\\_ovlivnujici\\_faktory.html](http://www.zbynekmlcoch.cz/info/deti/chovani_dospivajicich_a_ovlivnujici_faktory.html).
35. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. 1. vydání. Brno: Masarykova universita, 2008. 194 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
36. *My brutal romance* [online]. 2009 [cit. 2009-02-13]. Dostupné z: <http://discardtoy.blog.cz/0810/3-hlavni-duvody-sebeposkozovani>.
37. MYSLIVEČEK, Zdeněk et.al. *Speciální psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956. 612 s.
38. NADEJE. Ráda si ubližuju. *Sebepoškozování* [online]. 2005 [cit. 2009-01-12]. Dostupné z: <http://sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=News&file=article&sid=158>.

39. *Novinky.cz* [online]. 2009 [cit. 2009-02-17]. Dostupné z:  
<http://www.novinky.cz/clanek/153999-pribyva-dospivajicich-divek-jez-resi-sve-problemy-sebeposkozovanim.html>.
40. PREISS, Marek et.al. *Neuropsychologie v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 416 s. ISBN 80-247-1460-4.
41. *PsychCentral* [online]. 2009 [cit. 2009-02-14]. Dostupné z:  
<http://psychcentral.com/resources/detailed/1845.html>.
42. *Sebepoškozování*. [online]. 2005 [cit. 2009-01-04]. Dostupné z:  
<http://sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=News&file=article&sid=287>.
43. *Sebepoškozování* [online]. 2005 [cit. 2009-01-12]. Dostupné z:  
<http://www.sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3>.
44. *Sebepoškozování* [online]. 2005 [cit. 2009-02-13]. Dostupné z:  
<http://www.sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=4>.
45. *Střední zdravotnická škola Pardubice* [online]. 2009 [cit. 2009-02-17]. Dostupné z:  
<http://www.szs-pardubice.cz/sebeposkozovani.htm>.
46. SUTTON, Jan. Understanding self-injury and responding appropriately. *Self-Injury & Related Issues (SIARI)* [online]. 2009 [cit. 2009-02-15]. Dostupné z:  
[http://www.siari.co.uk/Self-Injury-Self-Harm\\_PowerPoint\\_Presentations.htm](http://www.siari.co.uk/Self-Injury-Self-Harm_PowerPoint_Presentations.htm).
47. SVOBODA, Mojmír et.al. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
48. *Sweet dreams* [online]. 2006 [cit. 2009-02-12]. Dostupné z:  
<http://sface.sblog.cz/sebeposkozovani/>.

49. *Szmekacek* [online]. 2009 [cit. 2009-02-16]. Dostupné z:  
<http://szmekacek.pise.cz/57896-emo-styl.html>.
50. ŠPATENKOVÁ, Naděžda et.al. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.
51. *TheSite.org*. [online]. 2008 [cit. 2009-01-05]. Dostupné z:  
<http://www.thesite.org/healthandwellbeing/mentalhealth/selfharm/whydopeopleselfharm>.
52. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
53. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
54. VÁGNEROVÁ, Marie – KLÉGROVÁ, Jarmila. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. 1. vydání. Praha: Universita Karlova, 2008. 538 s. ISBN 978-80-246-1538-7.
55. *Viafit* [online]. 2008 [cit. 2009-02-18]. Dostupné z: <http://www.viafit.cz/kognitivne-behavioralni-terapie/>.
56. VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Grada publishing, 2004. 340 s. ISBN 80-247-0723-3.
57. *Wikipedie, otevřená encyklopedie* [online]. 2008 [cit. 2009-02-15]. Dostupné z:  
[http://cs.wikipedia.org/wiki/Porucha\\_osobnosti](http://cs.wikipedia.org/wiki/Porucha_osobnosti).
58. *Wikipedie, otevřená encyklopedie* [online]. 2008 [cit. 2009-02-18]. Dostupné z:  
[http://cs.wikipedia.org/wiki/Kognitivn%C4%9B\\_behavior%C3%A1ln%C3%AD\\_terapie](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kognitivn%C4%9B_behavior%C3%A1ln%C3%AD_terapie).



59. *Wilhemina\_Murray* [online]. 2007 [cit. 2009-02-10]. Dostupné z:  
<http://wilhemina.wordpress.com/2008/04/28/sebeposkozovani/>.

## **8 Klíčová slova**

Sebepoškozování

Sebeřezání

Adolescence

Rodina

Průběh sebepoškozujícího aktu

## **9 Přílohy**

### **9.1 Seznam příloh**

**Příloha 1:** Polostrukturované rozhovory

**Příloha 2:** Metoda volných asociací

**Příloha 3:** Kresba

**Příloha 4:** Vztah sebepoškozování s ostatními proměnnými (HAWTON, Keith et.al.  
Deliberate self-harm in adolescents: Self report surfy in schools in England)

## **Příloha 1: Polostrukturované rozhovory**

### ***Otázky z druhého setkání:***

#### **1. Tvoje nejoblíbenější koníčky**

- Z dětství:
- Z nynějška:

#### **2. Jako malá sis hrávala raději sama (hry o samotě) nebo s ostatními dětmi?**

- Měla jsi jako dítě hodně kamarádek

#### **3. První láska (první kluk, se kterým jsi chodila) byla asi v kolikati letech?**

- Jaké na to máš vzpomínky? Pozitiva, negativa

#### **4. Matka – vlastnosti**

**Pozitiva:**

**Negativa:**

#### **5. Otec – vlastnosti**

**Pozitiva:**

**Negativa:**

#### **6. Sestra – vlastnosti**

**Pozitiva:**

**Negativa:**

#### **7. Připadá ti, že tě rodiče příliš omezují? Že tě drží zkrátka?**

- Proč myslíš, že to dělají? Jak to dělají?

#### **8. Dáváš přednost samotě nebo kontaktu s lidmi?**

#### **9. Dokážeš si představit, že bys byla v laboratoři sama s těmi přístroji a po celý život bys dělala jen tohle bez kontaktu s lidmi?**

- Nebo raději bys zvolila práci s lidmi např. učit, myslíš, že by tě to naplňovalo?

#### **10. Co si myslíš o subkultuře EMO? Koukala jsi někdy na tyto weby?**

- Jak se ti líbí tento styl – oblékání, hudba...

#### **11. Myslíš, že tato subkultura je úzce spjata se sebepoškozováním? A Proč?**

12. Dívala ses někdy na weby, které o sebepoškozování píší? Co si o nich myslíš?  
Myslíš, že ponoukají k sebepoškozování? Že se na nich jedinci inspirují?
13. Zkoušela jsi nějaké drogy kromě marihuany? Které?
14. Máš tetování?
  - Kde?
15. Kolik ti bylo, když si to poprvé udělala?
16. Bylo to kvůli čemu, komu?
17. Záleželo ti na něm? Jak bys ho krátce popsala?
18. Kdy nastal ten moment, kdy si to poprvé udělala? Pamatuješ si to? Co bylo hlavním poháněcím mechanismem?
19. Jak tě napadlo použít takové řešení problému?
20. Co bylo příčinou, jaká byla situace v rodině, ve škole, v soukromí (vztahy s matkou, sestrou, přítelem)
21. Jaké jsi měla pocity před tím aktem? Jaká nálada? Emoce? Jak ses cítila?
22. Pocity při průběhu?
23. Vnímala si bolest? Popíšeš mi ji?
24. Jak ses cítila po ukončení? Byla jsi uzavřenější či naopak?
25. Způsobovala sis povrchové či hlubší rány? Přímé řezy či nějaké obrazce či jiné tvary?
26. Zůstaly ti jizvy?
27. Jak je vnímáš? Stydíš se za ně či je bereš jako součást tebe samotné?
28. Vždy jsi to udělala spontánně bez přemýšlení. Nebo si nad tím přemýšlela (jak dlouho)?
29. Rány sis způsobovala výhradně žiletkou či něčím jiným?
30. Bylo to příjemné? Příjemnější než cokoliv jiného? Než sex?
31. Co se ti na tom líbilo?
32. Co ti přineslo sebepoškozování? (odvahu, úlevu)
33. Jakou zkušenost si z toho neseš?
34. Minule jsi mluvila o klukovi, se kterým jsi chodila a který se sebepoškozoval:  
Kolik ti bylo let?

**Byl pro tebe důležitý?**

**Proč ses s ním rozešla?**

**Sebepoškozovala ses kvůli němu, nebo si jen nemohla neodolat?**

**35. Kolik to bylo, když jsi s tím praštila?**

**36. Lituješ toho. Chceš to vymazat z paměti či naopak si myslíš, že je to součástí tvé minulosti a je zde jakési smíření?**

**37. Jak bys popsala sama sebe:**

- **Pozitivní vlastnosti**
- **Negativní vlastnosti**

**38. Reakce kamarádek, matky, sestry**

***Otázky z třetího setkání:***

- 1. Chodila jsi do jeslí? Nějaké vzpomínky na toto období?**
- 2. Jak se ti líbilo v mateřské škole? Výrazné negativní, pozitivní zážitky?**
- 3. Jak jsi vnímala otce, když jsi byla malá? Hrával si s tebou? Jaké to bylo?**
- 4. Hádali se často rodiče, když si byla malá nebo až si vyrostla nebo v průběhu tvého vývoje téměř pořád?**  
**Kvůli čemu to nejčastěji bývalo?**
- 5. Dříve byla tvá jediná barva, kterou si nosila, černá. Proč? Ztotožňovala ses s nějakým konkrétním stylem?**
- 6. Považuješ se spíše za pesimistu nebo optimistu?**
- 7. Ještě jednou 2 a více vlastností, které tě vystihují.**
- 8. Jak často sis ubližovala, když si s tím začala?**
- 9. Nejčteněji sis ubližovala ve které době? Jak bys popsala toto období?  
Partnerské, rodinné, kamarádké, ve škole vztahy.**
- 10. Objevil se někdy pocit viny? A kdy? Popiš, jak ses cítila?**
- 11. Myslíš, že ses za svoji „neschopnost“ tímto způsobem trestala? Jakási forma sebezpotrestání?**
- 12. Byla jsi někdy kvůli sebepoškození hospitalizována v nemocnici?**

## **Příloha 2: Metoda volných asociací**

**SLZY:** smutek, voda, smutné věci, horor, špatná vzpomínka, křik, pláč, rozmazaný makeup

**ŽILETKA:** bolest, holicí stroje

**DÍTĚ:** malý, uječený, možná radost, starosti, zodpovědnost

**KONTROLA:** rodiče, omezování

**DROGY:** nějaký flák, tábořský zevlové

**POSTEL:** spánek, klid, relaxace

**MATKA:** radost, přátelství, nakupování

**ŠKOLA:** povinnosti, stres, zodpovědnost, učení

**OBRAZ:** Picasso

**KAMARÁDI:** kafe, procházky, důvěra

**TREST:** *strach, obavy*

**ZÁVISLOST:** kafe, cigarety, čokoláda

**PŘÍTEL:** láska, starosti, důvěra



**STROM:** jablko, jaro, spadlé listí

**CIGARETA:** nikotin, relax, závislost

*SMRT: konec, hřbitov, strach*

**RUCE:** nehty, náramky, prstýnky, propiska

*STÍN: mlha, strach*

**PRÁZDNINY:** volný čas, kamarádi, výlety

**NŮŽ:** vražda

*VINA: blbej pocit, strach, výčitky svědomí*

*OTEC: starosti, strach, nedůvěra*

**UMYVADLO:** kartáček na zuby, teplá voda, mýdlo, ráno

*JIZVY: bolest, strach, výčitky*

**DOMOV:** teplo, přátelství, klid

**KREV:** červená

### Příloha 3: Kresba



**Příloha 4: Vztah sebeškozování s ostatními proměnnými** (HAWTON, Keith et.al. Deliberate self-harm in adolescents: Self report surfy in schools in England, Table 2)

**Table 2**

Association of deliberate self harm with other variables. Values are numbers (percentages) of patients who self harmed unless stated otherwise

	Males					Females				
	No	No (%) who self harmed	Odds ratio	95% CI	P value	No	No (%) who self harmed	Odds ratio	95% CI	P value
<b>Ethnicity:</b>										
White	2536	83 (3.3)	1.00			2272	264 (11.6)	1.00		
Asian	371	10 (2.7)	0.82	0.42 to 1.58		254	17 (6.7)	0.55	0.33 to 0.91	
Black	68	0 (0)	—	—		89	6 (6.7)	0.55	0.24 to 1.27	
Other	74	5 (6.8)	2.14	0.84 to 5.85	0.133	72	10 (13.9)	1.23	0.62 to 2.42	0.048
<b>Living situation:</b>										
Both parents	2184	62 (2.8)	1.00			1870	183 (9.8)	1.00		
One parent	438	19 (4.3)	1.55	0.92 to 2.26		426	58 (13.6)	1.45	1.06 to 1.99	
One parent and step parent	350	12 (3.4)	1.22	0.65 to 2.28		328	48 (14.6)	1.58	1.12 to 2.22	
Other family member	36	3 (8.3)	3.11	0.93 to 10.42		27	4 (14.8)	1.60	0.55 to 4.69	
Other	62	2 (3.2)	1.14	0.27 to	0.208	42	5 (11.9)	1.25	0.48 to	0.032

	Males					Females				
	No	No (%) who self harmed	Odds ratio	95% CI	P value	No	No (%) who self harmed	Odds ratio	95% CI	P value
				4.77					3.21	
<b>Divorced parents*</b>										
No	2270	63 (2.8)	1.00			1928	181 (9.4)	1.00		
Yes	782	34 (4.3)	1.59	1.04 to 2.44	0.031	760	112 (14.7)	1.67	1.30 to 2.15	<0.0005
<b>Smoking†:</b>										
Never	2099	42 (2.0)	1.00			1597	94 (5.9)	1.00		
Given up	317	10 (3.2)	1.60	0.79 to 3.21		411	61 (14.8)	2.79	1.98 to 3.93	
5	128	10 (7.8)	4.15	2.03 to 8.48		138	26 (18.8)	3.71	2.30 to 5.97	
6-20	193	12 (6.2)	3.25	1.68 to 6.28		246	54 (22.0)	4.50	3.12 to 6.49	
21-50	184	12 (6.5)	3.42	1.77 to 6.61		217	44 (20.3)	4.07	2.75 to 6.01	
>50	147	10 (6.8)	3.57	1.76 to 7.28	<0.0005	80	18 (22.5)	4.64	2.64 to 8.16	<0.0005
<b>Alcohol use‡:</b>										
Never	783	11 (1.4)	1.00			679	36 (5.3)	1.00		
1	651	21 (3.2)	2.34	1.12 to 4.89		834	78 (9.4)	1.84	1.22 to 2.77	
2-5	844	23 (2.7)	1.95	0.95 to 4.04		748	112 (15.0)	3.15	2.13 to 4.65	

	Males					Females				
	No	No (%) who self harmed	Odds ratio	95% CI	P value	No	No (%) who self harmed	Odds ratio	95% CI	P value
6-10	209	20 (9.6)	3.51	1.66 to 7.40		303	50 (16.5)	3.53	2.25 to 5.55	
11-20	223	9 (4.0)	2.95	1.21 to 7.22		79	13 (16.5)	3.52	1.78 to 6.96	
>20	124	13 (10.5)	8.22	3.59 to 18.8	<0.0005	33	9 (27.3)	6.70	2.90 to 15.46	<0.0005
<b>No of times drunk<sup>§</sup>:</b>										
Never	1028	21 (2.0)	1.00			927	45 (4.9)	1.00		
Once	432	7 (1.6)	0.79	0.33 to 1.87		349	40 (11.5)	2.54	1.63 to 3.96	
2 or 3	585	23 (3.9)	1.96	1.08 to 3.58		584	66 (11.3)	2.50	1.68 to 3.70	
4-10	459	14 (3.1)	1.51	0.76 to 2.99		439	72 (16.4)	3.85	2.60 to 5.69	
>10	559	33 (5.9)	3.01	1.72 to 5.25	<0.0005	391	76 (19.4)	4.73	3.20 to 6.99	<0.0005
<b>Any drug use<sup>§</sup>:</b>										
No	1990	32 (1.6)	1.00			1927	131 (6.8)	1.00		
Yes	1086	66 (6.1)	3.96	2.58 to 6.08	<0.0005	774	168 (21.7)	3.80	2.97 to 4.86	<0.0005
<b>Bullying<sup>§</sup>:</b>										
No	2836	79 (2.8)	1.00			2477	254 (10.3)	1.00		



	Males					Females				
	No	No (%) who self harmed	Odds ratio	95% CI	P value	No	No (%) who self harmed	Odds ratio	95% CI	P value
No	2800	62 (2.2)	1.00			2035	135 (6.6)	1.00		
Yes	256	35 (13.7)	6.99	4.52 to 10.82	<0.0005	654	160 (24.5)	4.56	3.55 to 5.85	<0.0005
<b>Self harm in family :</b>										
No	2807	63 (2.2)	1.00			2237	164 (7.3)	1.00		
Yes	251	34 (13.5)	6.82	4.40 to 10.59	<0.0005	451	131 (29.0)	5.17	4.00 to 6.70	<0.0005
<b>Mean (SD) depression<sup>†</sup></b>										
No history of deliberate self harm	2937	4.72 (3.1)	1.00			2390	5.09 (3.0)	1.0		
History of deliberate self harm	83	7.39 (4.1)	1.23	1.17 to 1.29	<0.0005	296	7.91 (3.7)	1.27	1.23 to 1.32	<0.0005
<b>Mean (SD) anxiety<sup>†</sup></b>										
No history of deliberate self harm	2946	6.42 (3.3)	1.00			2390	7.96 (3.4)	1.0		
History of deliberate self harm	93	9.21 (4.2)	1.22	1.16 to 1.29	<0.0005	297	10.79 (3.8)	1.25	1.20 to 1.29	<0.0005

	Males					Females				
	No	No (%) who self harmed	Odds ratio	95% CI	P value	No	No (%) who self harmed	Odds ratio	95% CI	P value

**Mean (SD) impulsivity<sup>†</sup>**

No history of deliberate self harm	2911	13.73 (2.8)	1.00			2374	13.99 (2.7)	1.0		
History of deliberate self harm	91	15.41 (3.1)	1.22	1.14 to 1.31	<0.0005	291	15.40 (2.9)	1.20	1.15 to 1.25	<0.0005

**Mean (SD) self esteem<sup>\*\*</sup>**

No history of deliberate self harm	2881	23.32 (3.7)	1.00			2363	22.09 (3.9)	1.0		
History of deliberate self harm	89	20.01 (4.3)	0.81	0.77 to 0.85	<0.0005	289	18.90 (4.0)	0.81	0.79 to 0.84	<0.0005

\*Lifetime prevalence.

<sup>†</sup>Number of cigarettes smoked in typical week.

<sup>‡</sup>Number of alcoholic drinks in typical week.

<sup>§</sup>Past year prevalence.

<sup>¶</sup>Higher scores indicate higher depression, anxiety, or impulsivity. Odds ratio for 1 point increase in score.

<sup>\*\*</sup>Lower scores indicate poorer self esteem. Odds ratio for 1 point increase in score.

BMJ. 2002 November 23; 325(7374): 1207-1211.



