

Bakalářská diplomová práce

2011

Ivana Balatá

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Ateliér arteterapie

Bakalářská diplomová práce

**Záměrné sebepoškozování
u adolescentních pacientek**

Vedoucí práce: PaedDr. Milan Kyzour

Autor práce: Mgr. Ivana Balatá

Studijní obor: arteterapie

Ročník: 5.

2011

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 fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum 2.12.2011

Podpis studenta

Děkuji svému vedoucímu práce, PaedDr. Milanu Kyzourovi za cenné rady, připomínky a velkou trpělivost během realizace projektu.

Obsah

Úvod.....	6
1. Teoretická část.....	9
1.1 Sebeпоškození.....	9
1.1.1 Definice sebeпоškození.....	10
1.1.2 Základní pojmy a způsoby sebeпоškození.....	11
1.1.3 Diagnostikování záměrného sebeпоškození.....	14
1.1.4 Faktory mající vliv na vznik záměrného sebeпоškození.....	22
1.1.5 Individuální motivace a funkce sebeпоškozujícího jednání.....	24
1.1.6 Souvislost fenoménu sebeпоškození a suicidálního jednání.....	27
1.2 Specifika dětské psychoterapie.....	29
1.3 Pohled do dětské psychiatrické léčebny.....	34
1.3.1 Pozice arteterapie v rámci DPL Opařany.....	35
2. Praktická část.....	37
2.1 Kristýna.....	37
2.1.1 Kristýnina práce v ateliéru.....	39
2.2 Magda.....	46
2.2.1 Magdina práce v ateliéru.....	48
2.3 Karolína.....	56
2.3.1 Karolínina práce v ateliéru.....	58
2.4 Shrnutí.....	67
Závěr.....	69

Seznam literatury.....	73
Seznam příloh.....	75
Přílohy.....	76
Abstrakt.....	84
Abstract.....	85

Úvod

„Miluj bližního svého jako sám sebe...“

(Bible)¹

Citát z Bible. Známy široké veřejnosti nezávisle na tom, zda jste věřící či ne. Otřepaná fráze? Možná. Přesto v naší společnosti existuje značný počet lidí cítících se osaměle, s problémem najít si partnera, trestající se za nějaké své – ať již reálné či domnělé – viny. Odkud se ale bere pocit nedůvěry k sobě samým? Dalo by se říct až naprostý opak sebelásky a sebeúcty? Zajímavé je, že pokud nemáme rádi sebe sami, často se chceme obětovat v pomoci druhým. Starat se o ně, pečovat. Ale je to opravdové nebo je to pouze hra? Tohoto jevu jsem si všimla i v léčebně a patří obzvláště k dívkám. Nedávno se řešily přihlášky na střední školu a naprostá většina z těch, kterých se to týkalo, se hlásila (nebo již studovala) na sociální péči nebo „pečovatelku“. Jednalo se především o dívky vychovávané v ústavní péči, nemající vlastní funkční rodiny. Dívky labilní, umístěné v léčebně kvůli pokusům o sebevraždu, sebepoškozování, akutní stresové reakci...

Když jsem si vybírala téma své bakalářské práce, byla jsem si jistá, že chci vycházet z praxe. Původně jsem tedy její námět směřovala k využití zkušeností z praxe v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, ale na podzim loňského roku jsem nastoupila na místo arteterapeutky v dětské psychiatrické léčebně. Tam se denně setkávám se sebepoškozujícími dětmi a mladými lidmi. Je pravda, že je třeba rozlišovat takové ty „opravdové“ sebepoškozovače od těch „povrchních“, ale jinak se tento fenomén dokáže po stanici šířit jako nakažlivá choroba. Většinou se jedná o pořezávání se, a pokud s tím začne jedno dítě, brzy to „zkoušejí“ další. Dokonce jsem se setkala s případem, kdy jedna dívka naváděla k pořezání druhou, s nižším stupněm inteligence, protože ji samotnou

¹ Bible. Mt 22, 39.

uklidňoval alespoň pohled na krev – když už nemohla akt vykonat sama z důvodu vědomí možné následné sankce.

Na fenomén sebepoškozování se lze dívat z mnoha úhlů pohledu – psychiatrického, terapeutického, sociologického, filosofického... Nebo také v souvislosti s módními trendy – např. „emo styl“. Na sebepoškozování je tedy třeba dívat se i ve společenském kontextu. Je to podobné jako se závislostí – často má velký vliv i dostupnost drogy. Stejně tak zde má velký vliv životní styl a společenské priority jedince. Z praxe také vidím, že mnohé sebepoškozující se dívky mají za sebou i několik suicidálních pokusů. Světoví odborníci zabývající se problematikou záměrného sebepoškozování se sami nemohou shodnout nad její definicí, a zda do ní zahrnout i suicidální jednání či ne².

Tato bakalářská práce je tedy rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Cílem teoretické části je vymezení pojmů týkajících se tématu: co je to sebepoškozování, klasifikace, motivace k sebepoškozování a faktory ovlivňující vznik problematiky. Jaká jsou specifika dětské psychoterapie, na které je třeba brát ohled. Co se v jedinci děje, že se odhodlá sáhnout pro žiletku a co mu to přináší? V praktické části se opírám o ukázkou výtvarné produkce a stručnou anamnézu tří vybraných dívek umístěných v léčebně a praktikujících sebepoškozování. Cílem praktické části je najít v jejich tvorbě podobnosti a propojit praktickou ukázkou s teoretickým základem. Pro přehlednost jsou zde artefakty řazeny přímo do textu, místo do příloh. Je třeba zde podotknout, že na všechny případy je třeba dívat se v kontextu léčebny, kde jsou děti z převážné části umístěny nedobrovolně, pobyt vnímají jako trest a je často velmi těžké motivovat je ke spolupráci v léčbě – což je zde také jedním z úkolů arteterapie. Proto se v teoretické části stručně zmíním i o struktuře a praktickém fungování léčebny.

² Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 17-33. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

Jsem ve svém zaměstnání teprve krátce, stále sbírám zkušenosti a snažím se pracovat na své profesionální osobnosti arteterapeutky. Proto dalším cílem této práce je uspořádání, ucelení a prohloubení informací k danému tématu, jež bych mohla využít v praxi. Zároveň doufám, že může posloužit i některým budoucím arteterapeutům a usnadnit jejich práci získanými podklady. Na uvedené produkci v praktické části se pokusím poukázat na některé specifické prvky odkazující na problematiku sebepoškozování.

Bohužel, vzorek produkce je pouze homogenní – jedná se všechno o dívky. Důvod je jednoduchý: jak jsem již uvedla výše, jsem v zaměstnání teprve krátce (několik měsíců) a během této doby se mezi pacienty umístěnými v léčebně nacházely s touto problematikou – ať již přidruženou nebo hlavní – pouze dívky.

1. Teoretická část

Na záměrné sebepoškozování je třeba dívat se jako na součást nějakého celku, do kterého mohou patřit další osobnostně patologické jevy, diagnózy, komplex spouštějících faktorů a motivací.

1.1 Sebepoškozování

Všeobecně se dá říci, že sebepoškozování jako závažné patologické jednání, se nejčastěji objevuje ve věku adolescence, přičemž lékaře častěji vyhledávají dívky, což má i zřejmý vliv na zkreslování statistiky. Ze studie provedené Pattisonem a Kahanem v roce 1983 ale vyplývá, že výskyt záměrného sebepoškozování u žen a mužů je téměř rovnocenný – 51% mužů a 49% žen³. Všichni známe pubescentní slečny oblečené i v létě do trička s dlouhými rukávy, nejlépe černé barvy. Často pak přemýšlíme, co skrývají – vpichy od jehel nebo pořezaná zápěstí? Právě pořezávání je uváděno jako nejčastější způsob sebepoškozování a může přetrvávat i několik let.⁴

Pokud si zadáme na internetu heslo „sebepoškozování“, objeví se nám nejrůznější články typu: „Nový trend: množí se případy sebepoškozování“. Nebo: „Nebezpečné sebepoškozování“ či „Sebepoškozování: odporný trend – a moderní!“ Jak bychom tedy toto jednání, často až patologické, mohli charakterizovat?

³Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 47. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

⁴Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 75,79. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

1.1.1 Definice sebepoškozování

Doc. PhDr. Jana Kocourková, pracující ve fakultní nemocnici v Motole na dětské i dospělé psychiatrii, sebepoškozování definuje následovně: „*Sebepoškozování představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity.*“⁵ Nicméně přesná definice takového jednání je nesnadná a je potřeba přiblížit si ji i pomocí doprovodných charakteristik. „*Sebepoškozování v klinickém slova smyslu představuje kategorii, která má sociální kontext a sociokulturní pozadí. Zacházení s lidským tělem je determinováno sociálními okolnostmi a rituály, které mají kulturní a sociální význam. Tyto okolnosti rozhodují o tom, které zásahy do lidského těla lze pokládat za konvenční normu (např. tetování nebo piercing) a které již mají charakter sebepoškozování v patologickém slova smyslu.*“⁶ Nebezpečí sebepoškozování se nachází v jeho tendenci opakovat se a může probíhat celou řadu let. Nakonec se takové jednání blíží bludnému kruhu, ze kterého není cesty ven (podobnost s konečnou fází závislosti) – jedinec je frustrovaný, v tenzi, má v sobě nesnesitelný zmatek, se kterým si neví rady a sáhne po osvědčeném způsobu uvolnění – např. pořezání se. Po činu ale nastoupí výčitky svědomí, které vedou k další tenzi... „*Většina osob, která se pořezává, necítí v průběhu sebepoškozování bolest. Některé studie dovozují, že v pozadí nevnímání bolesti při sebepoškozování leží disociativní⁷ mechanismus zapřičiňující změny citění,*

⁵ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 73. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

⁶ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 73. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

⁷ RYCROFT, Ch. *Kritický slovník psychoanalýzy*. Str. 30. Praha: Psychoanalytické nakl. J. Kocourek. ISBN: 80-901601-1-5.

Disociace = „1. stav, kdy dva duševní procesy (nebo více duševních procesů) koexistuje, aniž by se spojily nebo integrovaly (viz INTEGRACE).“

2. Obranný proces (viz OBRANA), který vede ke stavu ad 1).

Nelze udělat žádnou přesnou a stálou hranici mezi disociací a ŠTĚPENÍM, ačkoli lze vystopovat tendenci používat pojmu disociace, když se myslí procesy, a pojmu štěpení, když se myslí STRUKTURY; používá se např. výrazu „disociace VĚDOMÍ“, hovoří-li se o zdvojené osobnosti nebo o hysterických FUGÁCH (viz také HYSTERIE), ale říká se „štěpení EGA“.

*pocity derealizace a depersonalizace. (...) U sebepoškozujících se osob bývá častý výskyt poruch osobnosti a disociativní patologie.*⁸

1.1.2 Základní pojmy a způsoby sebepoškozování

Způsoby sebepoškozování jsou velmi rozmanité, o některých lze říci až bizarní (obzvláště v souvislosti se schizofrenním onemocněním, kdy jedinec trpí různými bludy a pokouší si vyříznout např. čip) a, v podstatě, závisí jen na fantazii daného jedince. Pro přehlednost jsou rozděleny do následujících kategorií:

- *Automutilace (self-mutilation)* – nejčastěji u psychotických poruch, sebepoškozování může mít symbolický význam – jako třeba automutilace zaměřená proti některým částem těla (ruce, genitálie, oči, jazyk...), která může vyjadřovat patologické pocity viny a sebestrestání při těžké depresi. Automutilace se také může objevit jako vedlejší produkt sexuálních způsobů sadomasochistického zaměření nebo v zátěžových situacích u osob s poruchami osobnosti (zátěžové situace typu: trestní stíhání, pobyt ve vězení, nedobrovolná hospitalizace...) – může tedy mít účelový charakter.⁹

- *Sebepoškozování (self-harm, self-injury, self-wounding)* – „termín, který je nejčastěji spojován s vědomým, záměrným, často opakovaným sebepoškozováním (sebezraňováním) bez vědomé suicidální motivace, v němž dochází k narušení tělesné integrity, bez závažného letálního¹⁰ dosahu. Nejčastěji jde o řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábanice, vyřezávání znaků do kůže. K sebepoškozování bývají používány ostré předměty, např. žiletka, sklo. Další formou sebepoškození je popálení, např. cigaretou nebo zapalovačem.

⁸ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 75. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

⁹ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 73-74. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

¹⁰ **Letální** – „smrtný, smrtící, mající za následek smrt.“
<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/letalni>

*Uváděné motivy pro sebepoškození jsou rozličné, nejčastěji uváděným motivem bývá pocit vzteku na sebe samého, úleva od napětí, někdy též přání zemřít. Sebeškození je považováno za jeden ze znaků narušené osobnosti, nejčastěji hraničního charakteru. Někteří autoři ovšem sebeškozující chování koncipují spíše jako návykovou poruchu než jako znak specifické poruchy osobnosti. Do okruhu sebeškození bývá zahrnováno i předávkování léky, které je opakováno a není u něj patrný přímý suicidální motiv. I když v sebeškozujícím chování můžeme nalézt apel na okolí, nebývá snaha o získání pozornosti okolí jediným motivačním mechanismem.*¹¹

- *Syndrom záměrného sebeškození (deliberate self-harm) – „představuje širší pojetí sebeškozujícího chování, které je vydělené z kategorie suicidálních pokusů a zahrnuje sebeškození jako specifický patologický projev u poruch osobnosti (hraniční, histrionské, disociální, mnohočetné poruchy osobnosti), nebo u pacientů s poruchami příjmu potravy (zejména mentální bulimie) a pacientů závislých na návykových látkách.*¹² Tento odstavec nám ukazuje, jak tenká hranice je mezi sebeškozením (u kterého nejde o úmyslné zabití se) a suicidálními pokusy. Zdá se, že toto tvrzení si odporuje, ale praxe potvrzuje množství sebeškozujících se osob, jež mají za sebou jeden či více suicidálních pokusů. Otázkou ovšem zůstává, zda tyto pokusy představovaly „opravdovou“ touhu zemřít či jen „manifest“ suicidujícího. A také se musíme ptát po příčinách sebeškození, a co to klientům přináší.

- *Syndrom pořezávaného zápěstí (wrist-cutting, slashing) – „má charakter sebeškození, v němž dominuje pořezávání, typicky na zápěstí a předloktí, které nemá vědomý suicidální motiv. Popisuje se, že afektivní projevy, které provázejí sebepořezávání, mají specifickou dynamiku a průběh. Pacienti prožívají*

¹¹ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 74. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

¹² KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 74. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

tenzi a dysforii¹³. Sebepořezávání vede k úlevě a k opakování tohoto jednání. Osoby, které se pořezávají, mají snahu proti tomuto jednání bojovat, ale při snaze ovládnout se prožívají napětí, dysforii a vztek, afektovou kombinaci, která vede k opakování sebepoškozujícího jednání.¹⁴ Pokud se podíváme na text psaný dívkou (Kristýna) umístěnou v léčebně kvůli dlouhotrvajícímu sebepoškozování vrcholícímu pokusem o sebevraždu hlubokými řeznými ranami na zápěstí, vidíme jí popisované pocity předcházející sebepoškozování. Dívka sama, jejíž anamnéze se budeme věnovat blíže v praktické části práce, popisuje „bludný kruh“ svého počínání.¹⁵

- *Předávkování léky (self-poisoning, overdosing)* – nenalzáme zřetelný suicidální úmysl, jedná se o nadměrné užití léků, kdy předávkování bývá často opakované. Léky bývají opatřovány náhodně nebo mohou být pacientem užívány či patřit někomu z rodiny.¹⁶ Tohoto způsobu poškození se nejčastěji užívala další představovaná dívka, Magda.

Pokud se podíváme na statistické údaje, zjistíme, že co se týče sebepoškozování, ženy převažují nad muži v poměru tři ku jednomu¹⁷ – oproti problematice sebevražd, kdy s dokonanými suicidálními pokusy je tomu naopak: muži převažují nad ženami¹⁸. Zajímavá je informace, že „výskyt sebepoškozování u psychiatrických pacientů je 50krát častější než v běžné populaci. Zvláště časté je u osob závislých na návykových látkách po přijetí na psychiatrické oddělení

¹³ **Dysforie** – „stav úzkosti, rozmrzelost, subjektivně pociťovaná nepohoda, nepříjemné emocionální ladění, subdeprese až deprese, opak euforie.“ (prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc.)
[http://slovník-cizich-](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&typ_hledani=prefix&cizi_slovo=dysforie)

slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&typ_hledani=prefix&cizi_slovo=dysforie
¹⁴ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 74. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

¹⁵ Viz. příloha č. 7

¹⁶ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 74. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

¹⁷ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 74. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

¹⁸ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 20. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

(je uváděno u 30 % těch, kteří brali drogy orálně, a u 10 % těch, kde aplikace byla injekční).¹⁹

Favazza a Conteriová v roce 1989 zveřejnili studii zabývající zkoumáním nejčastěji poškozovaných tělesných partií. Došli k výsledku, že nejvíce postiženy jsou ruce (74%) a nejméně genitálie (8%)²⁰. Suttonová potom ve svém průzkumu uveřejněném v roce 1999 uvádí, že nejčastěji se jedinci poškozují na rukou, hlavně v oblasti od zápěstí po loket. Dále jsou to v sestupném pořadí nohy (obzvláště stehna), hrudník (u žen převážně ňadra), oblast břicha a dlaně, hlava (hlavně obličej), zápěstí a genitálie, chodidla a kotníky. Vidíme tedy, že oba výzkumy, i když s desetiletým časovým rozdílem, se shodují v nejčastěji poškozovaných partiích, jako jsou ruce a nohy. Dále Suttonová tvrdí, že jedinci si vybírají místa svého sebepoškození dle nejnadnější dosažitelnosti. Dalšími důvody mohou být snadné zamaskování nebo naopak rychlé odhalení postižených partií. Dle Aldermana to také mohou být místa vybraná na základě zjevné asociace s historií fyzického nebo sexuálního zneužívání či partie představující nenáviděnou část vlastního těla.²¹

1.1.3 Diagnostikování záměrného sebepoškozování

Záměrné sebepoškozování doposud není uváděno jako samostatná diagnostická kategorie v žádném klasifikačním systému, i když již existují návrhy do připravované modernizace klasifikačního systému DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) mající být zveřejněné v květnu 2013²². V současné revizi mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) termín

¹⁹ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 74-75. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

²⁰ Viz. příloha č. 2

²¹ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 64-65. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

²² Srov. <http://en.wikipedia.org/wiki/DSM-5>

sebepoškozování spadá do kategorie „externí příčiny úmrtnosti“ (V00-Y89), v rámci které je zahrnuto do specifické podkategorie „úmyslné sebepoškození/sebevražda“ (X60-X84)²³.

Poruchy osobnosti

Jak jsme již uvedli výše, opakované sebepoškozování bývá spojováno s osobnostní patologií. Nejčastěji pak je to porucha osobnosti hraničního typu, a také bývá uváděna i disociální, histrionská²⁴ a mnohočetná porucha osobnosti.²⁵ V našem případě je ovšem problematické přiřadit některou z těchto

²³ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 34 a 39. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

²⁴ Podle současné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se **poruchy osobnosti** (F60-69) nacházejí v oddíle spolu s poruchami chování a jsou diagnostikovány u dospělých; definují se následovně: „*Tento oddíl zahrnuje rozmanitost stavů a vzorců chování klinického významu, které mají tendenci přetrvávat a objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým. Některé z těchto stavů a vzorců chování se objevují časně v průběhu individuálního vývoje jako výsledek konstitucionálních faktorů a sociálních zkušeností, jiné se získávají později v životě. Specifické poruchy osobnosti (F60.-), smíšené a jiné poruchy osobnosti (F61.-) a trvalé změny osobnosti (F62.-) jsou hluboce zakořeněné a trvalé vzorce chování, ukazující neměnnou odpověď na širokou škálu osobních a sociálních situací. Reprezentují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště má vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologického fungování. Jsou často, i když ne vždycky, sdruženy s různým stupněm subjektivní tísně a narušení sociálního výkonu.*“

Disociální porucha osobnosti (F60.2) – „*Porucha osobnosti charakterizovaná bezohledností v sociálních závazcích, nedostatkem citění pro druhé. Je velká nerovnováha mezi chováním a současnými sociálními normami. Chování nelze snadno změnit zkušeností, dokonce ani trestem. Je nízká tolerance k frustraci, nízký práh pro spouštění agrese včetně násilných činů; subjekt má tendenci klamat druhé nebo nabízet přijatelné vysvětlení pro chování, které ho přivádí do konfliktu se společností. Osobnost: . amorální . antisociální . asociální . psychopatická . sociopatická.*“

Histrionská porucha osobnosti (F60.4) – „*Porucha osobnosti charakterizovaná mělkou a labilní afektivitou, sebedramatizací, teatrálností, přehnaným projevem emocí, sugestibilitou, egocentričností, povolností vůči sobě, nedostatkem ohledu na druhé, bolestíinstvím a trvalým vyžadováním ocenění, vzrušení a pozornosti. Osobnost: . hysterická . psychoinfantilní.*“

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Histrioni – „*přehnaně upozorňují na svou osobu s neúměrnými projevy připomínající herecké vystoupení. Mají sklon k tomu si nevědomě vytvářet hrůzné nebo výstřední fantastní příběhy, které budují z nejnevinnějšího a nejbanálnějšího zážitkového materiálu. Jejich příznaky lpí na těchto fantaziích, nikoli na vzpomínkách na skutečné události.*“

FREUD, S. *Výklad snů*. Str. 168. Nová tiskárna Pelhřimov, 1999. ISBN: 80-8655-916-5.

²⁵ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 75. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

diagnóz, jelikož se jedná o „dětské“ pacienty a diagnostice poruchy osobnosti se psychiatři u pacientů do 18-ti let pokud možno brání. Okolo 18. roku se předpokládá ukončení zrání lidské osobnosti (i když víme, že psychický vývoj jedince se ukončuje až mnohem později – kol. 30. roku věku). Do té doby je potřeba být s „nálepkováním“ velmi opatrný a většinou se uvádí osobnost se sklony k té dané poruše. MUDr. Ján Praško, působící jako psychiatr a psychoterapeut v Psychiatrickém centru Praha ve své knize *Poruchy osobnosti* píše: *„Abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního onemocnění. Porucha osobnosti vede ke značné duševní nepohodě, ale to může být zřejmě až v pozdějším průběhu. Bývá obvykle, i když ne vždy, sdružená s významným zhoršením výkonu jak v zaměstnání, tak ve společenské oblasti. Porucha osobnosti může předcházet jiným psychickým poruchám nebo se s nimi může vyskytovat současně. Lidé s poruchou osobnosti při frustraci snadno podléhají úzkosti, somatoformním poruchám, depresi nebo závislosti na návykových látkách. Maladaptivní projevy vedou někdy k utrpení nositele, ještě častěji jeho okolí. Lidé trpící poruchou osobnosti často nevidí problém u sebe, ale u druhých osob. Nespokojenost vyjadřují jen tehdy, pokud jejich vzorce chování selhávají při naplňování potřeb. Často si stěžují, že je ostatní nespravedlivě posuzují nebo brání tomu, aby mohli být spokojeni. Projevy poruchy osobnosti se zpravidla poprvé objevují ve věku pozdního dětství nebo adolescence a přetrvávají prakticky celý život.“*²⁶

Kocourková se opírá o Kernbergovu teorii a k souvislosti sebepoškození s jedinci trpícími poruchou osobnosti uvádí následující: *„Otto Kernberg se zabýval typy pacientů s hraničně organizovanou osobností s agresivními projevy vůči vlastnímu tělu. Nalezl u nich nedostatečnou integraci superega, neschopnost prožívat vinu a pohotovost k afektům hněvu. Vyčlenil tři skupiny těchto pacientů:*

²⁶ PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Str. 18-19. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-737-X.

1. *Pacienti s histrionskou nebo infantilní osobnostní poruchou, kteří mají nejbližší k typu hraniční osobnosti, jak ji popisuje DSM-IV. Autodestruktivní projevy se u nich objevují v době, kdy cítí hněv nebo hněv smíšený s depresí a ztrácejí kontrolu nad svými objekty. Jejich autodestruktivní chování evokuje v druhých osobách pocity viny.*

2. *Vážnější typ představují pacienti s maligním narcismem. Autodestruktivní chování se objevuje tehdy, když je znehodnocena jejich patologická grandiozita. Jejich autodestruktivní projevy mají triumfující charakter a působí sadisticky na druhé osoby, které se kvůli tomu trápí.*

3. *Psychotičtí pacienti s bizarními suicidálními pokusy.*

Příčiny sebepoškozujícího jednání bývají dávány do úzké souvislosti s dětskými traumaty, zvláště se sexuálním zneužíváním. Předpokládá se, že při nedostatečně dobré dětské zkušenosti s péčí blízké osoby se vytváří pohotovost obracet agresivní impulzy vůči vlastnímu tělu. Tato pohotovost se manifestuje zejména v období adolescence.²⁷ Postupně se ale modifikoval názor na etiologii sebepoškozování – názor, že se jedná o jeden ze znaků patologického osobnostního fungování u hraniční osobnosti, byl postupně kritizován a začal být spíše prosazován názor, že v některých případech může být nejdůležitějším stimulem situační stres – bez ohledu na typ osobnosti. „Další vývoj konceptu sebepoškozování by mohl být odvozen od návykového typu poruchy (addiction), kdy mechanismy, které provázejí návykové chování, mají rozhodující vliv na průběh a udržování poruchy. Tyto mechanismy mají nejen psychosociální, ale také biologický charakter.“²⁸

Pokud bychom měli popsat průběh samotného aktu sebepoškozování, dle Kocourkové to lze učinit pomocí následujících znaků:

- *přítomnost precipitující události (například ztráta významného vztahu);*

²⁷ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 75. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

²⁸ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 76. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

- zesílení pocitů dysforie, napětí a úzkosti;
- myšlenky na sebepoškození;
- pokusy sebepoškozující jednání odvrátit;
- následuje sebepoškození;
- výsledkem je uvolnění napětí.²⁹

Precipitující³⁰ událost hraje často důležitou roli. Jedná se o událost, „*kteřou nelze vyřešit adaptivním způsobem a která specificky stimuluje rozvoj pocitů bezmoci, lítosti, vzteku, křivdy a přání pomstít se. Agrese se obrací vůči vlastnímu tělu. Vznik a průběh aktu sebepoškození bývá provázen různými fantaziemi, které mohou mít i sexualizovaný charakter. Vzorec sebepoškozujícího se aktu má tendenci se opakovat podobně jako jiné návykové projevy (např. zneužívání návykových látek).*“³¹ Návykovost a cykličnost záměrného sebepoškozování ukazuje ve svém modelu i Aldermanová (1997). Akt sebepoškození popisuje jako cyklus: negativní emoce (vztek, hostilita, frustrace, odcizení, izolace, odpojení se od reality, odmítnutí, osamělost, smutek, deprese) -> tenze (nemožnost kontrolovat emoce, anticipace záměrného sebepoškozování) -> disociace (copingový mechanismus redukce tenze a maskování fyzické bolesti) -> akt sebepoškození (sebeřezání, sebepálení, vytrhávání si vlasů, sebeškrábání, propichování kůže apod.) -> pozitivní efekty (přítomnost endorfinů, tenze a negativní pocity jsou redukovány) -> negativní efekty (pocity viny, stud a deprese) -> negativní emoce.³²

²⁹ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 76. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

³⁰ **Precipitující** = „vyvolávající, provokující, spouštějící žádoucí či nežádoucí (i chorobnou) reakci organismu“ (prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc.)

<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/precipitujici>

³¹ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 76. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

³² Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 125-126. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

Posttraumatická stresová porucha

V posledních letech se více mluví o souvislosti sebepoškozujícího jednání a posttraumatické stresové³³ poruše (Suttonová, Courtois, van der Kolk a další). „*Posttraumatická stresová porucha byla dříve diagnostikována zejména u válečných veteránů a jedinců, kteří přežili přírodní katastrofu nebo násilný kriminální čin. Současné pojetí zahrnuje přežití jakékoli závažné traumatické události, kterou může být i fyzické nebo sexuální zneužívání v dětství, závažné zanedbávání péče a znásilnění.(...)diagnóza posttraumatické stresové poruchy tedy představuje závažné psychické obtíže, které vycházejí z externích událostí spíše než z vnitřních charakteristik jedince. Jedná se o skupinu symptomů, které jsou chápány jako opožděné reakce na prožité vážné trauma v minulosti.*“³⁴

Podle Praška se příznaky posttraumatické stresové poruchy (PTSD) dají rozdělit do čtyř následujících oblastí:

- „*dotírající vzpomínky a sny;*
- *ztráta pozitivních emocí;*
- *vyhýbání se;*

³³ Dle MKN-10 je posttraumatická stresová porucha řazena pod číslem F43.1 v kapitole „Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“. Charakteristika zní: „*Začíná jako opožděná nebo protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je sto způsobit silné rozrušení téměř u každého. Predisponující faktory, jako rysy osobnosti (nutkavé, astenické) nebo neuróza v anamnéze, mohou snižovat práh vzniku tohoto syndromu nebo zhoršovat jeho průběh, ale pro vysvětlení jeho vzniku nejsou nutné ani dostačující. Typické jsou epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks“), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie a vyhýbání činností a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek. Obvykle se objevuje vegetativní hyperreaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost. S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a nejsou řídké ani suicidální myšlenky. Začátek následuje po traumatu s latencí od několika týdnů do několika měsíců. Průběh je kolísavý, ale ve většině případů dochází k úpravě. V malém počtu pacientů může nastat chronický průběh po léta a trvalá změna osobnosti (F62.0).“*

Viz. <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

³⁴ KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 36. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

- *zvýšená psychická a fyzická vzrušivost.*³⁵“

Pokud tyto příznaky přetrvávají déle, jak měsíc, můžeme mluvit o posttraumatické stresové poruše. Vznik PTSD souvisí právě s uzavření bludného kruhu výše popsaných příznaků, na jehož udržování se podílejí hlavně úzkostné vzpomínky a myšlenky připomínající traumatickou událost. Právě ty pak vedou k rozvoji úzkosti, napětí či strachu.³⁶ „*Jedinci s touto diagnózou, kteří se současně záměrně sebepoškozují, většinou zažili jak trauma v dětství, tak prožívají momentální trauma z vlastního sebepoškozování. Záměrné sebepoškozování u posttraumatické stresové poruchy je chápáno jako dovednost přežití, účelově adaptovaná ve funkci seberegulace, „přeorientování se“ nebo k disociaci od nezvladatelných afektivních stavů.*“³⁷ Hermanová v roce 1992 vytvořila koncept „komplexní posttraumatické stresové poruchy³⁸“ (in orig.: „Complex Post-Traumatic Stress Disorder“), do kterého zahrнула záměrné sebepoškozování jakožto symptom narušené afektivní regulace.³⁹

Koncept Trauma-Reenactment syndromu (TRS)

Koncept, který zatím není zahrnut v klasifikačním systému, pochází od Dusty Millerové, která se pod něj snaží zahrnout i záměrné sebepoškozování. Podle ní jedinec přeživší traumatickou událost má charakteristický osobnostní styl a předpověditelné problémy v běžném životě. Specifika TRS zahrnují boj jedince se sebou samým („válka s vlastním tělem“), excesivní utajování a mlčenlivost, neschopnost sebeobranu a zažívání fragmentace vlastního „já“, boj o získání

³⁵ PRAŠKO, J. a kol. *Stop traumatickým vzpomínkám*. Str. 32. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-811-2.

³⁶ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Stop traumatickým vzpomínkám*. Str. 37. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-811-2.

³⁷ KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 37. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

³⁸ Viz. příloha č. 1

³⁹ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 37. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

a udržení kontroly ve vztazích s ostatními⁴⁰. „*Jedinci s TRS se vyznačují množstvím sebepoškozujícího chování, jako je abúzus návykových látek, záměrné sebepoškozování, problémy s příjmem potravy a excesivní diety. Tímto chováním se snaží udržet si kontrolu nad vlastním tělem a okolím, neboť v jejich životě měl někdo jiný dlouhodobě kontrolu nad nimi, například v rámci zneužívání nebo zanedbávání péče. Současně sebepoškozující chování slouží k uvolnění tenze, pocitů hněvu, úzkosti nebo vnitřní prázdnoty. TRS se silně promítá do vztahů jedince s jeho okolím a vyznačuje se:*

- *zvýšenou reaktivitou ve vztahu k významné osobě,*
- *velkou senzitivitou a obezřetností,*
- *strachem z opuštění,*
- *utkvělými představami, že je jedinec okolím klamán,*
- *ponížením a studem,*
- *obsesivními myšlenkami,*
- *současným pocitem strachu z okolí a snahou být svým okolím milován a ochraňován,*
- *problémy při snaze sblížit se s druhou osobou.⁴¹“*

Sebepoškozující chování je pro jedince s TRS často považováno jako jediný možný copingový (zvládací) mechanismus a působí zde jako rychlý, snadno dosažitelný prostředek k uvolnění a utišení obzvláště tím, že fyzická bolest působí jako jakési anestetikum na bolest psychickou, umožňuje odvedení pozornosti od nesnesitelných myšlenek a pocitů, funguje jako sebetrestání při pocitech vlastní špatnosti a znechucenosti nad sebou, může sloužit jako prostředek komunikace a získání péče a ochrany a v neposlední řadě dokazuje kontrolu

⁴⁰ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 40. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

⁴¹ KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 40-41. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

jedince nad jeho vlastním tělem.⁴² Přestože teorie TRS prozatím nebyla zařazena do žádné klasifikace, výše popsané prvky chování jedince ke svému okolí odpovídají i chování popisovaných dívek, díky kterému je nesnadné získat si jejich důvěru a pracovat na jejich sebeidentifikaci a sebepřijetí. Pokud se zobrazí na kolážích, pak většinou jako malé holčičky, které nemusí nést odpovědnost za své jednání a jsou opečovávány svým okolím nebo jako vyzývavé dívky s maskou přehnané sexualizovanosti. Díky těmto strategiím (pozice malého dítěte a sebevědomé slečny) mohou své okolí svým způsobem tyranizovat a ovládat. Jedna z dívek (Magda, 17 let) dokonce ráda prohlašuje, že chce být zbavena svéprávnosti a nechce dospět.

1.1.4 Faktory mající vliv na vznik záměrného sebepoškozování

National Health Service Velká Británie poskytuje následující hodnocení faktorů vulnerability⁴³ k záměrnému sebepoškozování: faktory dlouhodobé (časná ztráta nebo separace od pečující osoby, odmítavý nebo hyperprotektivní přístup, sexuální, fyzické a psychické zneužívání v dětství, trvalé osobnostní charakteristiky a duševní onemocnění), krátkodobé faktory (momentální problémy ve vztahu s blízkou osobou, nedostatek sociální podpory, zdravotní, pracovní a studijní problémy, momentální zneužívání návykových látek a zhoršení symptomů duševní nemoci) a precipitující faktory (stresující faktory přítomné jen několik dní před aktem sebepoškození – např. akutní problém k blízké osobě, finanční obtíže, trvalá ztráta blízké osoby, období volna a státních svátků).⁴⁴

⁴² KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 41. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

⁴³ Vulnerabilita = zranitelnost, tělesná i duševní
Srov. <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/vulnerabilita>

⁴⁴ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 67. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

Suttonová sestavila seznam kauzálních faktorů⁴⁵ uveřejněný v roce 2005. Plný seznam najdeme v příloze. Vzhledem k vysokému procentu rozvodovosti⁴⁶ v naší populaci, zmiňme alespoň důsledek rozvodu rodičů či vlastního rozvodu jedince, jímž je nízká sebeúcta, sebehodnocení a sebevědomí.⁴⁷ Další faktory vycházejí ze životního prostředí, rodinného zázemí, přeživší traumatické události, přítomnosti duševní poruchy, genetické predispozice a neurochemické odlišnosti CNS (jako je u návykového chování, např. abúzu alkoholu; dále byla potvrzena existence genetické predispozice nízké frustrační tolerance a snížené kontroly impulzů), z osobnostních predispozic jedince.⁴⁸ Conteriová, Laderová a Bloomová (1998) popisují následující specifické vlastnosti poškozujícího se jedince:

- *„je často sklíčený a smutný,*
- *má obvykle potíže s vyjádřením vlastních pocitů,*
- *má tendenci k negativním odezvám na veškeré podněty z okolí,*
- *často si myslí, že mu nikdo nedokáže věnovat dostatek pozornosti, pokud se neprojevuje dostatečně destruktivním způsobem,*
- *vidí sám sebe jako neobyčejně křehkou bytost,*
- *má pocit, že ho okolí nechápe,*
- *jeho rigidní myšlení je charakteristické přístupem „všechno nebo nic“ a absolutně nepřijímá částečné uspokojení,*
- *je často rychle a jednoduše zklamaný, obzvláště ve vztazích s ostatními,*
- *běžně jedná odmítavě a impulzivně.“⁴⁹*

⁴⁵ Viz. příloha č. 3

⁴⁶ Dle ČSÚ (Českého statistického ústavu) se úhrnná rozvodovost v roce 2008 vyšplhala na hodnotu 49,6%.

Srov. <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost>

⁴⁷ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 68. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

⁴⁸ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 69-81. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

⁴⁹ In KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 75. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

Van der Kolk, Perry a Herman v roce 1991 zjistili, že čím mladší dítě se stane obětí zneužívání, tím vážnější způsoby záměrného sebepoškozování užívá v adolescenci. Podle výzkumu Arnoldové⁵⁰ uveřejněného v roce 1995 se na sebepoškozovacím jednání na prvním místě shodně nejvíce podílejí sexuální zneužívání v dětství a zanedbávající rodičovská péče.⁵¹ Tomuto zjištění odpovídá i průzkum Mgr. Štěpánka a MUDr. Schmidtové z DPL Opařany, jež druhým rokem vedou terapeutickou skupinu traumatizovaných dívek.⁵²

1.1.5 Individuální motivace a funkce sebepoškozování

Při zkoumání individuální motivace jedince k záměrnému sebepoškozování je třeba přihlížet k celkovému sociálnímu kontextu, specifickým spouštěcím faktorům, osobnosti jedince a možným důsledkům takového jednání. Většina sebepoškozujících se jedinců hodnotí své jednání jako prostředek k uvolnění se, získání kontroly, návratu do reality, náhradním komunikačním prostředku. Dle Gratzové plní záměrné sebepoškozování primárně funkci regulace afektů. Dále slouží k: *„zmírnění anxiety, vzteku, stresu, tenze, viny, osamělosti, odcizení, sebenenávisti a deprese a pomáhá nastolit pocit kontroly, jistoty, ochrany a bezpečí. (...) Může sloužit jako snaha o ukončení disociace.“*⁵³

Na záměrné sebepoškozování je však potřeba dívat se jako na velmi intimní individuálně specifický problém. A stejně tak i motivace a jeho funkce se liší od jedince k jedinci. Bywaters a Rolfe v roce 2002 uveřejnili seznam motivací a funkcí záměrného sebepoškozování sestavený na základě informací

⁵⁰ Viz. příloha č. 4

⁵¹ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 82. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

⁵² Pozn. aut. Tento průzkum nebyl nikde zveřejněn, jedná se o interní léčebenskou analýzu.

⁵³ KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 103. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

od poškozujících se jedinců.⁵⁴ Patří sem sebenenávist, sebetrestání, převzetí kontroly, snaha zkoušet „něco nového“, strategie přežití, obrácení psychické bolesti v bolest fyzickou, snaha získat pomoc od druhých, ale i třeba snaha šokovat okolí anebo jediný způsob, jak získat pozornost pečující osoby.⁵⁵

Suyemotová (1998) nabízí koncept čtyř funkčních modelů⁵⁶ založených na rozdílných teoretických konceptech, snažících se vysvětlit individuální zainteresovanost v záměrném sebepoškozování. Jedná se o model environmentální (záměrné sebepoškozování je chápáno jako naučená forma chování), model hnací síly (boj jedince s konflikty života a smrti a se sexuálními pudy může podpořit sebepoškozující jednání; může mít dvě funkce: antisuicidální a sexuální, přičemž sexuální funkce vysvětluje sebepoškozování jako formu sexuálního prožitku, trestání se za sexuální touhy a aktivity nebo formu kontroly sexuálního zrání), model afektivní regulace (adolescent může do self, na základě introjekce, internalizovat pocit vlastní špatnosti, ta ho poté vede k sebepoškozujícímu chování, které nakonec opět posílí pocity špatnosti; model představuje opět dvě funkce – afektivní regulace a funkce asociativní) a model interpersonálních hranic (sebepoškozování je zde chápáno jako snaha jedince jasně definovat hranice vlastního „já“).⁵⁷

Suttonová (2005) vypracovala model osmi funkcí a významů záměrného sebepoškozování, který nazvala model „Osmi C záměrného sebepoškozování“ (in orig.: „The eight C’s of self-Injury“):

- *Coping and crisis intervention* (copingová strategie a krizová intervence) – záměrné sebepoškozování zde tedy plní funkci strategie zvládnání zátěže s cílem

⁵⁴ Viz. příloha č. 5.

⁵⁵ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 103-104. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

⁵⁶ Viz. příloha č. 6.

⁵⁷ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 110-111. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

okamžitého uvolnění tenze. Toto řešení se může zdát nepřiměřeným, sebedestruktivním způsobem řešení problémů, a tak ho lze chápat jako maladaptivním. Na druhou stranu, například ve složité bezvýhodné životní situaci může představovat jakousi prevenci suicida, tedy vysoce adaptivní strategii přežití.

- *Calming and comforting* (uklidnění a utěšení) – sebepoškozování v tomto případě může fungovat jako upuštění páry v přetlakovém hrnci; Suttonová uvádí jako nejčastěji nezvládnutou emoci hněv (původ vidí v rodině, která projev hněvu u dítěte trestala nebo devalvovala).

- *Control* (kontrola) – záměrné sebepoškozování může přinášet důležitý pocit kontroly: nad vlastním tělem, nad bolestí, nad tíživými vzpomínkami na traumatickou událost... Na druhou stranu, jedinec se může stát závislým na přinášených pocitech uvolnění a euforie⁵⁸ a, stejně jako u jiných závislostí, právě onu cennou kontrolu nad svým jednáním ztrácí.

- *Cleansing* (očistění) – oběti sexuálního zneužívání nebo znásilnění se často cítí jako špinaví, zneuctění. Záměrné sebepoškozování pak u nich může sloužit jako forma sebeočistění a vypořádání se s pocity viny a hanby.

- *Confirmation of existence* (potvrzení existence) – v tomto případě sebepoškozování slouží jako extrémní způsob uzemnění při stavech depersonalizace a derealizace, tedy jakási snaha o ukončení disociativního stavu a přesvědčení se o vlastní reálné existenci.

⁵⁸ V průběhu aktu sebepoškození se vyplavují endorfiny a pocity s tím spojené se dají připodobnit např. k euforickým pocitům při běhu. Toto zvýšení hladiny endorfinů zahrnuje pocity osvobození, lehkosti, rozjařenosti, radosti, splynutí se světem, zostřené vnímání a skoro žádnou nebo žádnou bolest či diskomfort. „U jedinců, kteří mají v historii chronickou traumatizaci, může sebepoškozování sloužit k pravidelnému zvyšování aktivační hladiny. Zahraniční výzkumy vysvětlují, že na základě chronické traumatizace, při které je arousal (= pohotovost reakcí na podněty) kontinuálně zvýšený, může dojít k trvalé změně biochemických procesů. Záměrné sebepoškozování je tedy snahou o zvýšení aktivační úrovně a urovnání biochemie těla a může být nástrojem závislosti na vzrušení (van der Kolk, 1987).“

KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 109-110. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

- *Creating comfortable numbness* (navození utěšujících pocitů otupělosti) – pomocí sebepoškození se jedinec může pokusit navodit naopak pocit vnitřní prázdnoty, utéct od silně prožívaných emocí; v tomto smyslu se pak jedná o strategii úniku od reality podobné, jaké užívají i např. jedinci zneužívající návykové látky.

- *Chastisement* (sebetrestání) – pramenící z pocitů sebeobviňování, sebenenávisti, vlastní neschopnosti, chybování a ublížení někomu jinému, hlubokého pocitu studu...

- *Communication* (komunikace) – záměrné sebepoškození může sloužit jako „náhradní“ možnost komunikace, kdy se jedinec snaží vyjádřit svůj vnitřní stav, který nedokáže pojmenovat slovy. Dá se tedy říci, že v tomto smyslu jde o symbolické jednání vyjadřující vědomé i nevědomé pohnutky pro jedince nevyjádřitelné slovy. Sebepoškození ve smyslu komunikace pak také může sloužit jako forma k získání pozornosti (ať již pozitivní či negativní, volání o pomoc) nebo k manipulaci.⁵⁹

1.1.6 Souvislost fenoménu sebepoškození a suicidálního jednání

Dá se říci, že mezi oběma typy jednání je poměrně tenká hranice, nicméně je třeba při posuzování souvislostí sebepoškození a suicidálního jednání brát v úvahu hlavně osobnost pacienta a typ osobnostní patologie. V odborné literatuře můžeme nalézt dva odlišné přístupy k sebepoškození: „*První přístup posuzuje sebepoškozující jednání odděleně od suicidálního chování a zdůrazňuje odlišný psychodynamický průběh a motivaci. (...) Druhý přístup vymezuje spíše spektrum autodestruktivního chování a dokladuje, že sebepoškození*

⁵⁹ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*. Str. 105-108. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

*a suicidální chování jsou přinejmenším ve vzájemném vztahu.*⁶⁰ Zajímavý je údaj, že přibližně 55-85% sebepoškozujících se osob uskuteční i nejméně jeden suicidální pokus.⁶¹ Podle Kocourkové je větší riziko suicidálního chování u sebepoškozujících se pacientů z následujících důvodů:

- *„sebepoškozující se osoby prožívají depresi a beznaděj;*
- *mají často suicidální myšlenky a fantazie;*
- *jsou více agresivní, afektivně nestabilní a projevují hraniční osobnostní patologii;*
- *podceňují riziko autodestruktivního chování, věří, že mohou být zachráněni a mají tendenci pojímat smrt méně definitivně.*⁶²

První teorie o záměrném sebepoškození vycházely z psychodynamické teorie a považovaly jej za symbolické suicidální gesto (Menninger, 1935). Ale již o tři roky později ten samý autor popsal sebepoškození jako zaměření sebedestruktivního impulsu pouze na část těla s cílem vyhnout se skutečnému suicidu. Záměrné sebepoškození se od suicidálního jednání, dle Kriegelové, odlišuje hlavně mírou letality⁶³. Uvádí tři hlavní kritéria, která jsou důležitá při posuzování rozdílnosti mezi sebepoškozovacím a suicidálním jednáním: opakování, letalita a záměr.⁶⁴ *„Záměrné sebepoškození je tedy chápáno jako akt, který má tendenci se opakovat, jeho letalita je nízká a záměrem jedince není ukončit život. Favazza (1998) dodává, že klinicky významným rozdílem je, že poškozující se jedinec nechce ukončit všechny pocity, ale naopak se snaží cítit*

⁶⁰ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 76. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

⁶¹ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 76. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

⁶² KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 76-77. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

⁶³ **Letalita** = úmrtnost, smrtelnost

Viz. <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/letalita>

⁶⁴ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci*. Str. 97-98. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

se lépe. Biere a Gil (1998) ovšem upozorňují, že přítomnost záměrného sebepoškozování rozhodně nevylučuje suicidalitu.⁶⁵

1.2 Specifika dětské psychoterapie

Než se pustíme do této kapitoly, zkusme se na chvíli zastavit, zavřít oči, oprostit se od momentálního rozpoložení a ponořit se do vzpomínek. Vzpomeneme si, jaké to bylo v dětství? Jak jsme vnímali okolní svět, dospělé, hádky se sourozenci, neshody mezi rodiči? Jak všechno bylo nové, dobývali jsme svět, ale také jsme se cítili nepochopeni ve svých problémech, protože pro dospělé to problémy jednoduše nebyly a nebrali je vážně. Možná máme do dneška vzpomínku na to, jak nás něco trápilo, zkusili jsme se svěřit, ale vysmáli se nám. A pak jsme se třeba svěřit báli, aby to nedopadlo stejně... MUDr. Peter Pöthe, český psychiatr a psychoterapeut zabývající se psychoanalýzou dětí a dospívajících, v úvodu ke své knize *Emoční poruchy v dětství a dospívání* zajímavě popisuje jeden zcela banální zážitek, na kterém ukazuje bariéry mezi komunikací dětí a dospělých. Popisuje cestu v tramvaji, kde tříleté děvčátko vesele víská na spolucestující a těší se z jejich pozornosti. Holčička má radost, je veselá. Ve chvíli, kdy si ostatní cestující začnou hlasitě stěžovat, mladá maminka se honem snaží svoji dcerku utiřit, nevědomky jí tiskne ručičku tak silně, až ji přivede k pláči... Pöthe dále uvažuje, jaký tento zážitek může mít na děvčátko vliv, jaká dospělá žena z něj může vyrůst. Žena, jež bude potlačovat své emoce, nevyzná se v nich a díky tomu je nebude umět sdělit svému partnerovi... „*Od zakladatele psychoanalýzy víme, že příčinou vytěsnění či zapomenutí důležitých, často život určujících událostí jsou negativní emoce*

⁶⁵ KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 98. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

*a představy s nimi spojené. Freud přišel na to, že síla, která nám brání, abychom si na nepříjemnou událost či prožitek rozpomenuli, je stejná jako síla, která kdysi způsobila, že jsme na tento prožitek zapomněli. Můžeme tedy říct, že hranice zapomnění je hranice emoční bolesti. Ta je často silnější a trvalejší než bolest tělesná. Zasahuje totiž nejen některý tělesný orgán, ale všechny sféry naší existence. Smutek ze ztráty milované osoby, strach z opuštění, prožitek ponížení a ztráty sebevědomí, pocit vlastní bezcennosti, pocit bezmoci či nekonečné úzkosti jsou prožitky, které často formují naše postoje, chování a myšlení bez toho, abychom si jejich význam uvědomovali. Tyto prožitky nejsou geneticky zděděné ani chorobné, nýbrž odpovídají zcela konkrétním událostem nebo řetězci událostí, které se s námi děly od momentu našeho narození a pravděpodobně ještě o nějaký ten měsíc dříve.*⁶⁶

Dá se říci, že děti přicházejí do terapie častěji, než dospělí jedinci a jejich léčba má také větší naději na úspěch. V zásadě platí, že čím je lidská bytost mladší, tím je zranitelnější. Na druhou stranu ale i snadněji měnitelná a ovlivnitelná psychologickými postupy. Při diagnostikování dítěte hraje roli rodinná anamnéza, předpokládaná vývojová úroveň a následné srovnání s úrovní reálnou, informace o zátěžových situacích, kterými si dítě prošlo. Problematikou dětské psychoterapie je obzvláště dobrovolnost, lépe řečeno nedobrovolnost přítomnosti dítěte. Znáte dítě, které si samo řeklo: „Mami, já potřebuju navštívit psychoterapeuta!“? Naopak, většinou bývá do terapie vysláno (dovedeno) – ať již rodiči, školou, sociální pracovníci. A pokud se takové dítě dostane až do léčebny, bývá tato nedobrovolnost ještě vystupňována a jedinec je k léčbě často nemotivovaný, pobyt bere spíše jako trest, než možnost pomoci. Pak takový pobyt pokud možno přetrpí, v lepším případě si nachází taktiky jednání, díky nimž bude rychleji propuštěno.

⁶⁶ PÖTHE, P. *Emoční poruchy v dětství a dospívání*. Str. 10. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2131-6.

Nejen v dětské psychoterapii je kladen velký důraz na komplexní práci s rodinou – pokud je rodina ke spolupráci svolná nebo pokud ta rodina vůbec existuje. Bohužel, většina dětí umístěných v léčebně má rodinné zázemí značně problematické (což si ukážeme i na anamnézách dívek v praktické části) nebo disfunkční. Velká část dětí je vychovávána ústavně. Dále je v dětské psychoterapii, na rozdíl od psychoterapie dospělých, kladen větší důraz na city a chování, protože poznávací a volní schopnosti nejsou u dětí ještě plně rozvinuty.⁶⁷

V *Dětské psychoterapii* (Langmeier, Balcar, Špic) můžeme nalézt následující popis průběhu psychoterapeutického působení na dítě:

- *navázání dobrého psychoterapeutického vztahu. Terapeut dává dítěti pocítit své porozumění a účast na jeho problému. Musí být schopný pochopit pohled dítěte na věc, toto porozumění mu vhodným způsobem projevit a navázat s ním komunikaci, které by dítě rozumělo a která by zároveň nebyla dětinská. I malý pacient potřebuje pocítit, že si jej terapeut váží, že jej respektuje a přijímá takového, jaký je;*

- *zásahy poskytující dítěti bezprostřední ulehčení v problémech;*

- *vlastní psychoterapeutická práce. Zaměřuje se podle povahy potíží na citové odreagování a zkušenost v terapeutickém vztahu, vzhled do souvislosti problému, ovlivnění motivů, osvojení nových způsobů chování, obnovu zdravého průběhu fyziologických funkcí a další léčebné změny;*

- *integrace dosažených změn do běžného života dítěte. Dítě se snaží pozitivní změny osvojené během terapeutického procesu aplikovat na zátěžové podmínky v mimoterapeutických situacích. V další fázi dochází ke zvyšování nároků, aby se docílené změny staly součástí běžného života;*

⁶⁷ Srov. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Str. 162. Praha: Grada, 2003. ISBN: 978-80-247-2667-0.

- *postupné odpoutání a osamostatnění dítěte od terapeuta a jeho pomoci.*⁶⁸

V literatuře jsou pro léčbu dětí školního věku nejčastěji uváděny následující nejpoužívanější (a nejvhodnější) psychoterapeutické přístupy: vzhledově zaměřená či na osobu soustředěná terapie, individuální nebo skupinová behaviorální terapie, systémová, behaviorální nebo eklektická rodinná terapie a pěstounská nebo institucionální péče.⁶⁹

U sebepoškozujících se pacientů je často potřeba kombinace jak terapie psychosociální, tak i medikace. Podle Christine A. Courtois, stejně tak i podle Kocourkové, je sebepoškozování často výsledkem zneužívání dětí v dětství. Courtois tento fenomén propojuje s posttraumatickou stresovou poruchou, kdy se přidružují další psychické potíže, jako např. deprese, bipolární porucha... Často je tedy třeba nasadit i medikaci na přidružené projevy, abychom se v terapii mohli přiblížit a dotknout jádra problému.⁷⁰

V terapii se sebepoškozujícími osobami je třeba počítat s jejich častými „manipulativními“ projevy, což bývá někdy nesnadné pro ošetřující odborníky správně odhadnout. Uvádí se, že „*sebepoškozující se pacient se typicky spojuje s mladším nebo osamoceným členem týmu, uvádí různé informace a údaje různým terapeutům, vzbuzuje v terapeutech obavy, pocity viny a zlost. Proto je třeba, aby personál uměl zacházet s protipřenosem. (...) Terapeuticky použitelné jsou obvyklé modalities individuální, skupinové a rodinné terapie.*“⁷¹

V médiích někdy zaslechneme názory veřejnosti, jak se zachovat při setkání se sebepoškozujícím jedincem, obzvláště jde-li o někoho z rodiny. Nezřídka

⁶⁸ LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Str. 48-49. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.

⁶⁹ Srov. LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Str. 34-35. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.

⁷⁰ Srov. COURTOIS, Ch. A. *Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment*. Psychoterapy: Theory, Research, Practice, Training. Str. 412-425. No. 4/2004.

⁷¹ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Str. 76-77. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

se objeví tvrzení, že nejlepší je takové jednání okamžitě utnout domácím vězením a přidat k tomu nějaký ten „výchovný políček“. Dle odborné literatury ale žádné ultimátum nefunguje a ani neexistují žádná rychlá řešení. Stejně, jako tomu je u závislostí, skoncování se sebepoškozováním je dlouhodobý proces a rozhodnutí musí vyjít od jedince samotného. Poškozující se jedinci se často zmítají mezi potřebou získat pomoc a zároveň strachem a odmítáním této pomoci. *„Jelikož je záměrné sebepoškozování tak komplexním jevem, systém péče by měl být pro jedince pochopitelný a pečlivě naplánovaný. Je nezbytné pochopit nejen historický problém, který sebepoškozování inicioval, ale současně kontext životní situace jedince a funkce, které sebepoškozování v jeho životě plní.“*⁷²

Většina sebepoškozujících se jedinců žije v obavách z reakcí svého nejbližšího okolí a nedůvěřuje mu. Stejně tak to je i při kontaktu s odborníkem. Většinou se bojí stigmatizace, brání jim vlastní rozpačitost a stud, víra, že nikdo a nic jim nemůže pomoci, potíže s důvěrou, předchozí negativní zkušenost. Miller a Sanchez (1994) vytvořili koncept motivačního interview zvaného „FRAMES“, který má spouštět sebemotivační proces u klienta. Jedná se o řízený rozhovor založený na šesti základních bodech: Feedback (poskytnutí zpětné vazby), Responsibility (vedení k osobní odpovědnosti klienta za změnu), Advice (poskytnutí rad, jak je možno změn dosáhnout), Menu (nabídka strategií k dosahování změn), Empathy (vyjádření empatie), Self-efficacy (posilování sebedůvěry a důvěry ve vlastní schopnosti klienta). Model vychází z motivačního rozhovoru pro jedince závislé na alkoholu, který byl později rozšířen i na další závislosti.⁷³

⁷² KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 133. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

⁷³ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 136-138. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

Úspěšná terapie není v případě záměrného sebepoškozování jednoduchá. Jakákoli minimální změna může být subjektivně pociťována jako zásadní, přinášející diskomfort a pocity strachu. Je zde tedy pravděpodobnost „uklouznutí“, návraty ke známým způsobům zvládnání stresových situací. Při každém takovém zpětném kroku má jedinec tendence k přílišnému sebeobviňování, což může vést k opětovnému snížení sebevědomí a sebehodnocení – a tedy návratu k sebepoškozování.⁷⁴ Tento vzorec chování můžeme opět srovnávat s léčbou závislého jedince a připomenout si heslo anonymních narkomanů: abstinuji právě dnes!⁷⁵

1.3 Pohled do dětské psychiatrické léčebny

Pokud chceme pochopit některé situační stavy dětí v léčebně, je potřeba si alespoň stručně přiblížit její režim a podstatu fungování. Opařany jsou největší dětskou psychiatrickou léčebnou v České republice. Jejím zřizovatelem je ministerstvo zdravotnictví ČR a má kapacitu 160 lůžek pro děti a dorost ve věku od 3 do 18 let. Spádová oblast pacientů je celá Česká republika. Léčebna je rozdělena na lůžkovou a ambulantní část, přičemž v naší práci se budeme věnovat pacientům umístěným právě v části lůžkové.⁷⁶

Děti jsou zde rozděleny do několika oddělení – podle věku, starší (zhruba od 12 let) i podle pohlaví a jsou zde specializovaná oddělení hlavně pro těžké případy mentální retardace a autismu. Na oddělení bývá okolo 15-20 dětí. Děti, schopné docházky, dodržují pravidelný školní režim. Co se týče týdenního denního rozvrhu, před odchodem do školy (v 8.30) se koná snídaně a ranní komunita (setkání se pacientů oddělení pod vedením psychologa a psychiatra).

⁷⁴ Srov. KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 152. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

⁷⁵ Srov. <http://dejw23tek.webnode.cz/zasada-anonymnich-narkomanu-abstinovat-prave-dnes/>

⁷⁶ Srov. www.dploparany.cz

Škola se nachází přímo v areálu léčebny a je rozdělena na třídy klasické ZŠ a na třídy školy speciální. Děti se ze školy vrací ve 13.00, kdy je čeká oběd a následně odpolední programy – buďto různé terapie (ergoterapie, arteterapie, fyzioterapie...) nebo vlastní program s oddělením (většinou zahrnující procházku nebo sportovní vyžití). Večeře pacienty čeká v 18.00 a poté následuje večerní program – opět buďto terapie nebo činnost s oddělením. Zhasínání pokojů bývá okolo 21.00. Víkendový nebo prázdninový program je obdobný, jen ubývá škola a je nahrazena programem s oddělením, který má na starosti službu konající zdravotnický personál.

1.3.1 Pozice arteterapie v rámci DPL Opařany

Arteterapie je v rámci DPL součástí resocializačně-rehabilitačního centra, spolu s ergoterapií⁷⁷ a fyzioterapií⁷⁸. Probíhá buďto individuálně nebo v malých skupinkách (2-5 dětí) a je možnost práce s výtvarnými potřebami nebo s hlínou, k dispozici jsou i dva točírské kruhy. V léčebně jsou v současné době zaměstnány dvě arteterapeutky. Terapie bývají směřovány hlavně do odpoledních hodin. Děje se tak hlavně důvodu školy, kdy většina pacientů umístěných v léčebně podléhá povinné školní docházce (nehledě na to, že vysoké procento z nich bylo do DPL umístěno právě kvůli problematické školní docházce). Terapeuti mají denně okolo pěti terapií trvajících 1-1,5 hodiny. Týdně se v terapii vystřídá zhruba 45 dětí.

Děti jsou do terapie zařazovány na základě „žádanek“, které vypisuje ošetřující lékař (psychiatr) dítěte. Ten také indikuje záměry, jež by měla terapie naplňovat.

⁷⁷ **Ergoterapie** – „zahrnuje vhodné specifické činnosti a techniky podle typu postižení. Využívá kreativní a pracovní činnosti s použitím různého materiálu, pracovního náčiní a nářadí.“ Zahrnuje i nácvik všedních denních dovedností, pracuje se skupinově nebo individuálně.

Srov. <http://www.dploparany.cz/index.php?idh=2&idv=56&idc=166>

⁷⁸ **Fyzioterapie** – zahrnuje rehabilitace, masáže, terapie zaměřená na pohyb.

Nejčastěji se jedná o: emoční stabilizaci, posílení sebedůvěry a pojetí, stimulaci zájmů, aktivizaci, podporu rozvoje identity a začlenění v sociálních interakcích, zvyšování frustrační tolerance, možnost externalizace skrze tvorbu, uvolnění vnitřní tenze, emoční abreakci a hlavně posílení motivace k celkovému přijímání léčebných postupů a pobytu v DPL vůbec. Pro terapeutů je zde možnost spolupráce s psychiatry a psychology a většina z nich má zájem o výsledky a průběh arteterapeutického působení.

Značnou překážkou pro arteterapie je její „dobrovolnost“. Pacienti terapie nemají povinné, a když se jim něco nelíbí nebo je začnete „ohrožovat“ v jejich zažitých, „bezpečných“ schématech, mohou říct, že již nepřijdou. Je tedy potřeba postupovat velmi opatrně a pomalu, být neustále v terapii flexibilní a připravený reagovat na změny, přizpůsobovat techniky. Díky normativnímu prostředí léčebny, stejně jako terapeutovo vsouvání se do role rodiče (po kterých ty děti na jednu stranu touží a na druhou odmítají jejich autoritu), komplikuje přijetí direktivního přístupu ve výtvarně metodickém vedení. Největší problém pro dívky (a nejen pro ně) bylo přistoupení na práci s akvarelem a malba postavy. Nejraději by malovaly pocitové obrázky, symboly, úniky do „abstrakce“. Těžko obsazovaly identifikační místo, krajina na obraze je většinou nereálná, neuchopitelná. V kolážích, i přes názorné ukázky, se těžko vypořádávaly s prostorovým kontextem.

2. Praktická část

V této části práce se zaměříme na praktickou ukázkou výtvarné produkce tří dívek využívajících strategie záměrného sebepoškozování. Není zde dostatek prostoru na kompletní kazuistiky, zaměříme se tedy na stručnou anamnézu pacientek a na ukázkou artefaktů s více či méně zjevným odkazem na sebepoškozování.

Většina sebepoškozujících se dívek strávila v DPL Opařany minimálně tři měsíce, spíše se ale jedná o dlouhodobější pobyt. Jejich postoj k léčbě by se dal charakterizovat jako postoj „chci-nechci“. Stejně tak to mají i s důvěrou, s vůlí něco změnit. Možná i díky tomu můžeme mít v terapii pocit, jako bychom začínali stále znovu, od začátku. Něco se povede, krok vpřed, a v zápětí se něco nepovede a jsme zase zpátky. Velký vliv na pacientky (a pacienty v DPL celkově) mají vrstevnické vztahy, obzvláště „partnerské“. Ačkoli dívky zažily těžká traumata, nejvíce řeší navazování a rozpadání vztahů se spolupacienty.

2.1 Kristýna

Kristýna (17 let) byla do DPL (dětské psychiatrické léčebny) přeložena po čtyřměsíčním pobytu v obdobném zařízení v Plzni. Diagnostikována jí byla „smíšená úzkostná a depresivní porucha.“⁷⁹ Byla vyslovena i možnost počínající schizofrenie, ale spíše s diskretními (neprojevíujícími se otevřeně, naplno) symptomy. Pokud se dívka dostane do zátěžové situace, inklinuje k sebepoškozování. Na oddělení ji charakterizovali jako labilní, nastraženou,

⁷⁹ **Smíšená úzkostná a depresivní porucha (F412)** – „této položky by mělo být použito, když jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese, ale žádný zřetelně nepřevažuje a žádný není vyjádřen natolik, aby opravňoval k diagnóze, pokud by byl hodnocen samostatně. Jsou-li úzkostné a depresivní příznaky natolik závažné, aby opravňovaly samostatné diagnózy, měly by být zaznamenány obě a této položky by nemělo být užito. Anxiózní deprese (lehká nebo nepřetrvávající).“
<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

vyhýbavou, úzkostnou, mající problémy s usínáním. V rodině není známa žádná patologická zátěž.

Dívka žije s matkou a otčímem. Jediným sourozencem, který je znám, je její mladší sestra (5 let), pocházející z tohoto manželství. S biologickým otcem v kontaktu není, naposledy jej viděla, dle vlastních slov, když jí bylo 6 let. Událost popisuje tak, že se pouze potkali na ulici (bydleli tehdy ještě ve stejném městě), ale on neprojevil žádný zájem o kontakt. To byl poslední zážitek. S matkou se rozvedl, když byl pacientce zhruba 1 rok. Se současným manželem žije matka 8 let. Pacientka s ním nevychází nejlépe, je hodně fixována na matku, která ale v komunikaci s lékaři působí tak, že jednou chce svoji dceru za každou cenu mít doma, v bezpečí a v zápětí popisuje Kristýnino nesnesitelné chování a obavy, jestli vůbec kdy bude moci žít s ní „normální“ život.

Kristýna se začala sebepoškozovat v 6. třídě ZŠ. Vždy se jednalo o pořezávání se na zápěstí, většinou levé ruky (je pravačka), nějakým ostrým předmětem. Podle svých slov byly příčinou prvního pořezání se nehody ve škole. Cítila se tam šikanovaná spolužáky a vedení školy celou situaci vyřešilo sdělením, že si za vše může sama, jelikož se straní kolektivu. Zajímavá je také souvislost, kterou ale ona popírá, že v té době byla její matka těhotná s mladší sestrou. Dle pacientky na příchod sestry nebyla nijak připravována, prostě se jí to dva měsíce před porodem oznámilo. Sestru má velmi ráda, ale je patrné, že na ni žárlí a nevyrovnala se se ztrátou pozornosti rodičů, obzvláště matky. Později se sebepoškozování opakovalo z různých důvodů, nejčastěji hádky s matkou, otčímem, problémy ve škole. Vše vyvrcholilo pokusem o sebevraždu hlubokými řeznými ranami do zápěstí. Čin vykonala ve svém pokojíčku, kde ji našla matka a odvezla ji na pohotovost. Z chirurgie byla umístěna rovnou do psychiatrického zařízení v Plzni, ze kterého, jak jsme již výše uvedli, byla přemístěna do DPL Opařany.

Při tvorbě „*Rodinné koláže*“ měla pacientka největší problém s dohledáním obrázků mužů z rodiny – prarodičů a nevlastního otce. Pokud se na koláž podíváme analyticky, máme z ní pocit jakési sterility, nepropojenosti, každý si žije ve svém světě. Koláž je prázdná, bezprostorová, a přitom chaotická. Je patrná pravouhlost, ze které můžeme uvažovat na incestní fantazie. Ta pravouhlost má ale i funkci tu, že fakticky odděluje jednotlivé aktéry, resp. jejich duševní reprezentace od sebe. Pak tedy připomíná izolacionismus – izolace zážitků, jejich nepropojení, což je análně sadistická obrana. Kristýna tou koláží dává najevo, že jí chybí vhléd tím, že postrádá souvislosti. Tu převažující bílou můžeme vysvětlovat jako dosud neobsazené (neviděné, neobjevené) problémy.

Pacientka sebe samu obsadila do silně nalíčené černovlasé dívky vpravo dole. Vedle ní je její přítel a z druhé strany sestra. Nad ní, s kočkou v náručí, je její matka – umístěná mezi tchyní (přísně vypadající žena, kterou pacientka charakterizuje sice jako „vládkyni rodu“, ale jinak pozitivně) a svého současného manžela. Dvě velké mužské hlavy jsou dědové – matčin otec, umístěný dole je již po smrti, nahoře je umístěn otčímův otec, se kterým nemá dobrý vztah („nezachoval se k nám dobře po narození sestry, přestal s námi mluvit“ – neví, proč). Karikaturistické znázornění představuje jejího biologického otce. Tři dívky jsou její kamarádky („chtěla bych z nich mít jejich postavu, uvolněnost a oblíbenost“). Můžeme si všimnout postav, kdy většina z nich (krom právě idealizovaných „kamarádek“) je dekapitovaných, tedy zbavených své funkce – mateřské, mužské, ženské... U Kristýny bychom mohli usuzovat i na nějaké nepřijetí sebe samé, své tělesnosti (o čemž i může sebepoškozování svědčit), ale na druhou stranu i nějaká sebeláska a touha po pozornosti. A v tom případě může u Kristýny sebepoškozování sloužit právě jako ta lepší varianta, náhrada za suicidium. Z koláže je patrný nezáměr mateřské autority, nejen o osobu autorky, ale o celé okolí. A zároveň je v koláži patrný autorčin vztek, neuznání, ale i touha po mužské autoritě. Biologického otce zde sice karikovala, ale dala

si ho ve „vyjmenovávání“ postav jako prvního, nejvyš. Je pro ni tedy nedosažitelný, tak ho radši pro sebe (a možná i okolí) zesměšní a poníží (kastruje). Tvář, kterou si zvolila jako identifikační a která je napůl zahalená (pacientce je poměrně podobná) by mohla odpovídat zobrazení spojené dvojice dívek na vrcholu její „teplé koláže“ - dvě tváře: jedna ta vyzývavá, sebevědomá, „maskovaná“ a druhá schovaná, uzavřená do sebe, stažená, opatrná. Dalo by se tedy usuzovat na schizoidní, popř. až schizofrenní poruchu osobnosti (podezření bylo vysloveno i lékaři, ale Kristýna byla propuštěna bez této oficiální diagnózy).

Koláž celkově působí dojmem, že lidé jsou tam nalepeni proto, aby zaplnili nějaké prázdné místo. Přesto ale nevytvářejí funkční vztahy, které by pacientku emočně uspokojovaly. Jedinou komunikací je oční kontakt mezi autorkou a setnutou černou hlavou v levém dolním rohu koláže. Pohled na setnutou hlavu může asociovat pomstu Bohu (otci) – což by svědčilo o prožívání mužských autorit: biologického otce, který o kontakt s Kristýnou nemá zájem a nevlastního otce (biologického otce mladší sestry), se kterým autorka, dle svých slov, nemá dobré vztahy (nevází si ho). Má na chlapy vztek, k čemuž můžeme najít odkaz jak ve zpracování koláže (bílá, ostré vystřihnutí), tak např. i v „Teplé koláži“ v symbolice pořezané „ruky“ (penisu) na jejím vrcholu.

Obrázek č.2

„Mořská panna“



„Mořská panna“ byl Kristýnin první obrázek malovaný akvarelem, téma si vybrala sama. Tvorbě akvarelem se bránila, nevěřila si ve výkonu, podceňovala se – i za účelem získat pochvalu a povzbuzení. V terapii se ale již začínala více otevírat a nechávat se ovlivňovat. Na obrázku vidíme mořskou pannu s hysterickým potenciálem (barva vlasů) vystavující se na skále a vábící námořníky. Je spojená se svým černým stínem, který ji usazuje na „pořezané“ skále, což nám může opět evokovat „dvojí tvář“ (schizoidní či schizofrenní) autorky.

Obrázek č.3
„Můj ideál“



Následoval obrázek „*Můj ideál*“ (akvarel). Opět nechuť malovat vodovými barvami, spíše ale formálně protestující, jinak již poměrně spolupracující. Postava je hrdinka současných knižních i filmových bestsellerů s upíří a vlkodlačí tematikou (Twilight sága – u záměrně se poškozujících dívek velmi oblíbený příběh). Obrázek zároveň připomíná secesi. Takového černobílého Klimta. Dívka na obrázku žije zároveň ve dvou světech – reálném, kde si připadá nepatřičně a mytickém, kde je přijímána, je krásná a úspěšná. Zde se namalovala již jako upírka – chce se jí stát. Kristýna to komentovala tak, že „žije věčně a je pořád štíhlá“. K výrazu postavy dodala, že je smutný, nostalgický, vyděšený („co se jí to zase děje...“). Z vypočtení figury lze opět usuzovat na hysterický potenciál (oči **jaké?**, dlouhý krk). Ale zároveň je to i postava nesoucí vinu, na kterou má autorka vztek. Figura je Kristýně více méně podobná, jen štíhlejší a s delšími vlasy. Mohla

by být podobná i její matce, již Kristýna vnímá jako emočně nečitelnou, a zároveň od ní přebírá některé vzorce chování. Také bychom mohli uvažovat nad autorčinou raně dětskou představou pomsty rodičům za jejich špatné chování tím, že dítě zemře a rodičům se tak pomstí (odkaz na černé oblečení postavy – matky). Tato dětská fantazie může být nevědomým zdrojem pokusů o sebevraždu. U Kristýny by odkaz byl zjevný i v jejím posledním suicidálním pokusu, který vykonala doma, ve svém dětském pokojíčku, pořezáním se na zápěstích. Našla ji právě matka a společně s nevlastním otcem ji odvezli do nemocnice, kde byla následně hospitalizována.

Obrázek č.4

„Teplá koláž“



Poslední, zde zmiňovanou, tvorbou je Kristýnina „Teplá koláž“. Pracovala na ní po dobu několika terapií, práce byla přerušena i dlouhodobější nepřítomností v terapii díky autorčině nemoci. Těžko hledala objekty, které by do koláže umístila. Teprve poslední týden před avízaným propuštěním

začala intenzivně spolupracovat a bylo patrné, že se chce posunout – což je pozorovatelné i na této poslední koláži, kde se již začíná rýsovat práce s prostorem. Bohužel, právě v této fázi, byla Kristýna z léčebny propuštěna. Na koláži vidíme, že úmysly k sebepoškozování stále přetrvávají (téma „teplé koláže“ zpracovává to, co nás fascinuje, co máme rádi – na vědomé i nevědomé úrovni; a prvoplánově pořezanou ruku si pacientka umístila právě na tuto koláž, nejvýše), což pacientka sama přiznává. Jak bylo již opakovaně zmíněno, opět nacházíme odkaz na dvojí stránku Kristýniny osobnosti v podobě dvou spojených dívek na vrcholu koláže: té vyzývavé, svádivé, hysterické a té, která je spíše malou holčičkou, která by potřebovala utěšit a obejmout, která se bojí a nedokáže ventilovat vztek jinak, než že ublíží sama sobě. Ovšem změnou v této koláži je prohození obou pólů. Tu sebezraňující se Kristýnu nám autorka posouvá více nalevo (do minulosti), kdežto extravertizovaná Kristýna vystupuje vpravo, více do popředí. Další odkaz na tuto její pozici by mohla být i zmínka o filmu Černá labuť, který Kristýna shlédla během své resocializační propustky, a velmi na ni zapůsobil. Pojednává o dívce snažící se poznat, přijmout a integrovat i svou „černou“ stránku.

Všimněme si pořezané ruky, která je na koláži umístěna mezi obě dívky, v podstatě nejvýše. Mohla by nás vést k myšlence, že sebepořezávání v Kristýnině případě není pouze trest sebe samé, ale také trest mužům – konkrétně otci (s ohledem na tvar zobrazeného pořezaného objektu; stejně tak i hrouda v pozadí by mohla odkazovat na otce) a zároveň její touhou upoutat jeho pozornost. Na autorčin vztek vůči mužům by mohl odkazovat i fakt, že na koláži jsou vyobrazeny výhradně ženy. Stejně tak je to možný vysvětlovat jako zamrznutí v homoerotickým stadiu. V léčebně pacientka žádný vztah (s mužem ani ženou) nenavázala, ale byla v kontaktu s chlapcem z předchozí léčebny. V současné době má, dle posledních informací, partnera.

Kristýna v terapii pracovala s akvarelem nerada, ale dokázala si s ním poradit lépe, než s vyjadřováním skrze konkrétnější koláže, které jí zabíraly mnohem více času. Postupně k terapii (a terapeutce) získávala důvěru a v komunikaci se snažila být otevřená. Bylo patrné její vnímání komplikovaných vztahů v rodině, nevyrovnanost se ztrátou pozornosti rodičů po narození mladší sestry, „hledání“ svého biologického otce (pacientka na toto téma řekla, že „už ho ani nehledá“). Ve vztahu s matkou má pacientka pocit, že jí není věnována dostatečná pozornost. Matčino chování je pro Kristýnu znejišťující, má dojem odtahování se, emoční nečitelnosti.

V příloze číslo 7 Kristýna popisuje své důvody k sebepoškozování a zamýšlí se nad tím, čím by se tato nefunkční strategie dala nahradit. Mimo jiné se stydí za své pořezané ruce, vadí jí stigmatizace okolím. Ráda tančila, orientální tance. Říkala, že poté, co začala s pořezáváním se, toho nechala, aby nikdo neviděl její ruce. Zároveň jí ale chybí možnost vystoupení, předvedení se před diváky, být moci obdivována za něco pozitivního.⁸⁰

2.2 Magda

Magda (17 let) byla přijata s diagnózou „akutní stresová reakce“⁸¹, ale později byla předdiagnostikována na „disociativní záchvaty“⁸². V současné době přibyla

⁸⁰ Pozn.aut. Kristýna byla jednou z mých prvních pacientek. Byla propuštěna na jaře tohoto roku, tedy velmi krátce po mém přijetí do léčebny, kdy jsem se stále ještě snažila zorientovat na novém působišti a přijmout samostatnost a zodpovědnost povolání. V současné době mám o ní zprávy skrze jiné pacientky. Studuje znovu střední školu, má brigádu, snad i přítele. Občas se pořeže, ale hospitalizována nikde znovu nebyla.

⁸¹ **Akutní stresová reakce** (F43.0) = „Tato kategorie se liší od jiných tím, že zahrnuje poruchy, které lze identifikovat nejen na základě symptomologie a průběhu, ale též na základě jednoho nebo druhého ze dvou příčinných vlivů, a to výjimečně zatěžující životní události, vyvolávající akutní reakci na stres nebo významné životní změny, vedoucí k trvale nepříznivým okolnostem, které vedou k poruše adjustace. Ačkoliv méně závažné psychosociální stresy („životní události“) mohou vyvolat začátek nebo přispět k obrazu širokého okruhu poruch, zařazených v této kapitole na jiném místě. Důležitost těchto stavů pro etiologii není vždy jasná. V každém konkrétním případě

ještě diagnóza „závislosti na lécích“, „disharmonický vývoj osobnosti“ a „posttraumatická stresová porucha“ (symptomy akutní stresové reakce, jako např. obava jít do školy a snaha o vyhnutí se návratu do stresujícího prostředí, přetrvávají již příliš dlouho; z tohoto důvodu byla u Magdy diagnóza přehodnocena právě na posttraumatickou stresovou poruchu). Do DPL byla přijata po několika předchozích suicidálních pokusech, většinou šlo o spolykání léků (naposledy morfium). Byla přeložená z jiné psychiatrické léčebny, kde byla umístěna po traumatické události přepadení s pořezáním na obličeji a hluboké řezné rány na stehně. Následně po této události opět spolykala léky.

Magda žije sice v úplné rodině, ale doplněné nevlastním otcem, který pacientku adoptoval v útlém dětství. Matka s ním má další dvě děti. Tuhle informaci se pacientka dozvěděla teprve před třemi lety dosti nešťastným způsobem – u lékaře, kdy to matka řekla doktorovi před pacientkou. Vztah s nevlastním otcem do té doby nebyl ideální, po tomto incidentu se ještě více zhoršil. Svého biologického otce nezná. Od 9. třídy se u Magdy objevují kolapsové stavy, přičemž epilepsie byla vyloučena. Na střední škole selhávala, objevovaly se krádeže. Má opakované suicidální tendence, proklamace a občasné reálné sebepoškození (pořezání se na rukou a nohách, zneužití léků, manipulace ohledně příjmu potravy). V chování na stanici je hodně manipulativní, ale zároveň snadno zmanipulovatelná. S oblibou prohlašuje, že nechce dospět

Ize zjistit závislost na individuální, často idiosynkratické citlivosti a zranitelnosti. To znamená, že životní události nejsou ani nezbytným, ani dostatečným faktorem k vysvětlení vzniku onemocnění a jeho typu. Naproti tomu o chorobách, zmíněných v této kapitole, se domníváme, že vznikají vždycky jako přímý důsledek akutního těžkého stresu nebo trvalého traumatu. Stresová událost nebo trvalé nepříznivé okolnosti jsou prvotním a nejdůležitějším příčinným faktorem, a toto onemocnění by bez tohoto vlivu nemělo vzniknout. Onemocnění v tomto oddíle tak mohou být považována za maladaptivní odpovědi na těžký nebo trvalý stres, kde selhaly mechanismy úspěšného vyrovnání s ním, což vede k narušení sociálního fungování nemocného“

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

⁸² **Disociativní záchvaty (F44.5)** = „Disociativní záchvaty mohou napodobovat epileptické paroxysmy velmi věrně, hlavně pokud se týká pohybů, ale kousnutí do jazyka, úraz při pádu a inkontinence moči jsou vzácné. Ztráta vědomí není přítomna nebo je nahrazena stavem stuporu nebo transu.“

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

a chce se nechat zbavit svéprávnosti, aby se nemusela o ničem rozhodovat. Její hrdinové jsou ze seriálu Medicopter (seriál z prostředí lékařské záchranné služby; viz. obrázek „*Můj idol*“) – opakovaně byla vezena do nemocnice rychlou záchrannou službou, včetně období resocializačních propustek během posledního roku. Pokud se některá z pacientek ve skupině zmíní o jakékoli nemoci nebo zdravotním postižení, Magda se s největší pravděpodobností přidá, že „to zná a má to také“. A následně začne líčit lékařské podrobnosti. Zdravotnickému personálu léčebny (obzvláště terapeutům) říká různé informace o oboru právě studované střední školy a plánovaném přestupu na jinou. Tato protikladná tvrzení mohou svědčit jak o manipulativním potenciálu pacientky (což se na stanici i v produkci výrazně projevuje), tak ale i obavách z návratu do prostředí, které souvisí s jejím přepadením. Údajně totiž šlo o kluky, které na ni poslaly její spolužačky jako mstu. Policie případ vyšetřuje, ale prozatím bez výsledku. Navíc má Magda obavy z možného soudu. Také v různých terapiích otevírá odlišná traumatická témata (na psychoterapeutické skupině přepadení, v arteterapii zneužívání učitelem na základní škole...), čímž se snaží s personálem manipulovat, získávat pozornost.

2.2.1 Magdina práce v ateliéru

Zpočátku Magda nechtěla akvarelem malovat, odmítala, zasekávala se. Zkoušely jsme tedy, na prvních obrázcích, akvarelové pastelky a tím se postupně propracovat dále. Na to pacientka přistoupila. První obrázek namalovala jen pastelkami, druhý částečně rozmyla, třetí již rozmyla celý. V současnosti sama uznává, že akvarel, jakožto technika tvorby, jí vyhovuje nejlépe. Za dobu pobytu v DPL (v současné době je to 10 měsíců) si prošla několika fázemi. Zpočátku byla uzavřená, lekavá, hodně manipulativní k dosažení svého, používala disociativních záchvatů k únikům ze stresové situace. Snažila se vzbuzovat soucit u personálu

i spolupacientek, při rodinných terapiích se snažila tlačit na matku, aby se s otčím rozvedla. Disociativní záchvaty jsou postupně více a více odbourávány, objevují se již jen zřídka. V komunikaci si často protirečí, dokáže jít z extrému do extrému. V současné době je pacientka spíše unavená, bez energie, má dojem bezvýchodnosti situace (začíná se mluvit o trvalém propuštění, které na jednu stranu vyžaduje, ale na druhou se ho obává) a osamělosti. Dá se říci, že na jednu stranu je léčbou a terapiemi již znučená, na druhou stranu se jí známé, relativně bezpečné a pečující prostředí opustit nechce (téměř na všech resocializačních propustkách došlo k pacientčinu selhání).

Obrázek č.5

„Rodinná koláž“



Magda rodinnou koláž nejdříve odmítala vytvořit. Když jsme se o ní později bavily, došla k tomu, že vynechala sestru. Mohla by být tou malou holčičkou

v pravém horním rohu, která celé rodině „diktuje“, ale označila se do ní sama autorka. Jinak její identifikační postavou je dívka s platem léků dole uprostřed. Vedle ní je již zemřelá babička (od matky), vpravo dole ještě žijící babička (od otčíma). Otčím je postava s metrem, matka sedící s telefonem na ostrůvku uprostřed (ve skutečnosti má ale matka krátké černé vlasy a na koláži je podobná spíše doktorce)⁸³. Postava ve žluté bundě je autorčin přítel, batole vlevo nahoře bratr (o kterém mluví poměrně často, s péčí). Meditující postava má být kamarádka. Lékařku do koláže umístila, protože doktoři pro ni hodně znamenají, změnili jí život. Posledních několik let strávila poměrně dost času v různých lékařských zařízeních (psychiatrické léčebny, nemocnice, pohotovosti...). Nejobtížněji se pacientka vypořádávala s postavou otčíma, kterého tam původně odmítala umístit (téma „Otcův svět“ odmítla zpracovat vůbec). Zpočátku podobu matky na koláži označovala jako nevšímavou, zahleděnou do sebe. Pak starostlivou („takhle vypadá, když volá kvůli mně do nemocnice“). Ze sourozenců uznává jen malého bratra (5 let), sestru vynechala úplně, ani o ní nemluvila (8 let). Přitom ale problém se sestrou neguje.

Pacientka sama je blondýnka, nejvíce si je podobná pravděpodobně v zobrazení záchranářky. Zachytila i svůj typický postoj, s rameny staženými dopředu. Díky tomu vypadá jako v permanentně obranném a zároveň ublíženém postoji. Rodinná koláž je sice již (oproti Kristýně) podlepena nějakým prostorem, ale jinak jsou si koláže podobou zpracování poměrně podobné: i Magda v podstatě vyjmenovala jednotlivé členy bez přílišného vztahového kontextu. I zde máme dojem, že si každý žije ve svém světě. I u Magdy je sebepoškozování pravděpodobně voláním o pozornost, zároveň ale i copingovou (zvládací) strategií zvládání stresových situací – v tomto případě spíše zneužívání léků. Dle svých slov ji poprvé napadlo vzít si léky po smrti své oblíbené babičky (od matky). Ona babička ale byla zbytkem rodiny pomlouvána, tvořily tedy spolu

⁸³ Pozn. aut. Soudím tak dle mého osobního setkání s matkou pacientky

s pacientkou jakýsi ostrůvek. Dá se usuzovat na nějaké předávání si vzorců chování po ženské linii nejméně již od této babičky (na což můžeme usuzovat i z *Ledové královny* – dominantnost ženy ovládající mužský protějšek a zároveň oddělující dceru od otce; dle odstínu fialové barvy a podoby lze usuzovat na generační přenos). Z vyprávění pacientky se babička k matce chovala značně ambivalentně a tento způsob jednání je předáván dále (matka označena jako žena na ostrůvku – ustaraná, osamělá, komunikující – i když zprostředkovaně skrze telefon - nedosažitelná; zároveň je ale vzhledově podobná lékařce vlevo – sterilní, falické, emočně nečitelné, manipulativní, formálně pečující). Otčím si rodiny příliš nevšímá, spíš by vše řešil racionálně, což ale „spouští“ za ním nevyhovuje. Na identifikační místo si pacientka umístila babičku z otčímovy strany. Vztah s touto ženou pacientka popisuje jako „dobrý“, ale odmítání se o ní více zmiňovat. Koláž byla vytvořena pouze několik týdnů po již zmiňovaném přepadení, vidíme zde tedy heslovité odkazy na prožitá trauma.

Obrázek č. 6

„Teplá koláž“



Teplá koláž vznikla návazně po *Rodinné*. Dívka na identifikačním místě autorce vzhledem podobná není, při pohledu na ni máme dojem spíše masky. Zároveň je to ale postava nesoucí vinu (puntíkaté šaty). Z obrazové reprezentace můžeme mít pocit, že by dívka mohla své problémy sexualizovat, čili odehrávat si je na sexuální rovině, chovat se vyzývavě, rádoby svádivě. Za postavou je rybník, čeká tedy na někoho, kdo by ji z něj vytáhl, čili si ji vzal za ženu, věnoval jí pozornost nebo s ní měl dítě. V její ruce vidíme telefon – opakuje se nám již z *rodinné koláže*, kde ho ale drží matka. Je tahle póza tedy nějaký pacientčin způsob komunikace se svojí matkou? Pokud bychom uvažovali tímto směrem, na koláži nacházíme další odkaz v podobě antických chrámů, jakožto známky úvah o homosexuálních fantaziích (anebo, v tomto případě, „touze“ po matce). V chrámu se ale nacházejí i „sloupy“ (mužské symboly), mohlo by jít i o symbol prožitého přepadení. Na koláži, vedle vyzývavé dívky, vidíme opačnou polohu – malého dítěte ukazujícího na připravený, ale prázdný pokoj (dle pacientčiných slov je to její pokoj). V něm dominuje zástupný symbol snad neuchopitelné, ale všudypřítomné matky v podobě lahvičky parfému (podobné lahvičky, jakou má na své *Teplé koláži*, jen na identifikačním místě, i Kristýna).

Obrázek č.7

„Ledová královna“



Ledová královna je Magdin první obrázek malovaný čistě akvarelem. Většina jejích obrázků zobrazuje pouze jednu postavu, blondýnku (stejně, jako je sama autorka – postavy jsou jí skutečně podobné). Velikost postavy, její vystupování z formátu, ale i fakt, že je v naprosté většině případů vyobrazena pouze jedna postava, může svědčit o jistém egocentrismu a narcismu pacientky, vybočování „z formátu“, sebestřednosti. Způsob zobrazení očí (ostré řasy) a lehké protáhnutí krku svědčí o hysterickém potenciálu pacientky.

Dle tématu obrázku, podobnosti s autorkou a intenzitě fialové barvy můžeme usuzovat o předávání si nějakých vzorců chování po ženské linii již od babičky (jak již bylo zmíněno v souvislosti s *Rodinnou koláží*). V pozadí královny vidíme odkaz na orální agresivitu pacientky, jdoucí směrem k matce, která skrze „žezlo“ (mužský symbol, pravděpodobně otce), držící v ruce, pevně vládne nad mužskou

částí rodiny. A zároveň toto „žezlo“ odděluje od jablka (tedy plodu, symbolu dcery, pacientky). Tato agresivita se přenáší i do současného způsobu komunikace s matkou. Na rodinných terapiích je pacientka většinou výbušná, svoji agresi ale nesměřuje přímo proti matce, nýbrž proti otčímovi. Svůj vztek tedy pacientka nesměřuje přímo ke „zdroji“, nýbrž buďto zástupně proti mužům (místo k matce), popřípadě sama proti sobě (sebepoškozování).

Obrázek č. 8

„Můj idol“



V tomto obrázku autorka představuje svoji oblíbenou postavu ze seriálu Medicopter. Téma si vybrala sama. Výtvarným záměrem bylo pokračování v uvolňování (rozmyšlení) tvorby, práce s postavou, zasazování do reálného prostoru. Na obrázku vidíme výraznou postavu záchranářky, postojem podobnou pacientce, obličejem arteterapeutce. V pozadí dvě ostré hory, připomínající prsa (pak by to byl odkaz na nepřístupnost matky a záchranářka-terapeutka

v představě pacientky znázorňuje zástupnou maminku, která by ji zachránila), popř. i ostré penisy (odkaz na znásilnění učitelem, za které cítí vinu, protože ho nejprve sama sváděla – a opět pacientka toužící po záchraně od terapeutky).

Lékařským prostředím je do jisté míry fascinována - dostává se jí zde péče a pozornosti, kterou potřebuje, zbavuje se zodpovědnosti za svůj stav, idealizuje si práci záchranářky a má fantazie „pomáhat“ druhým ve smyslu „obětovat se“ pro ně (což umožňuje způsob manipulace s druhými, poskytuje jí obdiv a další pozornost). Podařilo se jí zde zachytit svůj charakteristický postoj – s nahnbenými rameny, kdy vypadá, jako kdyby se musela neustále před něčím bránit, něco si hlídat a zároveň díky tomu působí i dojem ublížené chudinky. Na druhou stranu, díky červené kombinéze působí dojem akčnosti (je to jedna z mála červených ploch v celé její produkci). Postava na obrázku stojí opět jako při pózování fotografovi (stejně, jako u *Ledové královny*).

Co se týče práce do budoucnosti, budeme se Magdu snažit vést k malování více postav v obrázcích, obzvláště mužských (mužská postava na obrázku chybí celkově). Zpočátku bychom to mohli zkusit např. kombinovanou technikou malby a vystřižené postavy z časopisu, postupně již jen malovat. Zkusíme se také zaměřit na práci s reálnějším prostorem. V interpretacích se pokusíme hlouběji otevřít vztahy mezi ženami v rodině (zejména vztah matka-dcera). Magda má i při tvorbě tendence přehazovat zodpovědnost za výsledný obraz na druhé („No tak mi poradte, co tam mám udělat! A jakou barvu tam mám použít! Jak mám namalovat tohle! Už nebudu pracovat, když mi neradíte...“). Touto manipulací se zároveň snaží i upoutat pozornost terapeutky (matky) a ostatních pacientek ve skupině. Snažíme se tedy Magdu vést tak, abychom ji pouze naváděli, podporovali, ale přitom aby si s dílčími výtvarnými problémy dokázala poradit sama.

Při pozdější interpretaci zaměřené na koláže, jsme se propracovaly ke vztahu s babičkou (která je na koláži umístěna vedle autorky). Tato babička (od matky) již zemřela a je ostatními členy rodiny pomlouvána za svoji sobeckost a egocentričnost, což pacientku mrzí (byla její oblíbenou vnučkou). Na otázku, jaký vztah s ní měla matka, pacientka odpověděla, že asi ne moc dobrý. Otěhotněla s Magdou v 18 –ti letech, což rodinou nebylo přijímáno příliš pozitivně, ale matka si stála za svým. Interpretace proběhla v době, kdy Magda se svojí matkou nevycházela nejlépe, vztah považovala za velmi špatný. Snažily jsme se pacientku navést k tomu, aby si představila být na místě své matky (byla o rok starší, než je pacientka v současné době), co by dělala. Bylo znatelné citové pohnutí, prožití. Měla si následně zapsat, co se jí dotklo, psát si myšlenky do deníku. Při této interpretaci byla Magda nejovlivnitelnější.

2.3 Karolína

Karolína (17 let) přišla do léčebny s diagnózou „jiné smíšené poruchy chování a emocí“⁸⁴, ale během pobytu byla předdiagnostikována na „posttraumatickou stresovou poruchu“. Pochází z romské rodiny, což krom tmavých vlasů není na první pohled poznat. Od dvou let je vychovávána v ústavní péči. Je opakovaně hospitalizována na psychiatrických odděleních (v současné době asi 11. pobyt). U pacientky je patrná deprivace, s rodinou je ve sporadickém kontaktu (rodiče sice spolu žijí, ale nejsou partneři, otec je pravděpodobně alkoholik, starší sestra – 19 let – má již dvě malé děti do tří let, které, dle názoru pacientky, zanedbává a mladší sestra – 13 let – je též umístěna v dětském domově). Během pobytu v diagnostickém ústavu (pacientce bylo 13 let) se fixovala na ošetřující

⁸⁴ **Jiné smíšené poruchy chování a emocí (F92.8)** = „Tato položka vyžaduje kombinaci poruch chování (F91.–) s trvalými a výraznými emočními symptomy, jako je *anxieta obsese nebo kompulze, depersonalizace nebo derealizace, fobie nebo hypochondrie.*“
<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

psycholožku a následně za ní často utíkala a snažila se ji najít. Při jednom z útěků byla znásilněna neznámými muži (asi před 2 lety). U Karolíny jsou dlouhodobě řešeny tendence k sebepoškozování se (pořezávání se na rukách, nohách, vpichování si předmětů pod kůži, rozdírání si kůže), do DPL přišla se suicidálními myšlenkami. Na stanici si našla náhradní vztahovou osobu za psycholožku v podobě jedné sestřičky. Chovala se k ní majetnicky, žárlivě (vůči ostatním pacientkám), naléhavá na pozornost. K léčbě přistupovala opět v pozici „chci-nechci“: chtěla se podělit o traumata, pracovat s nimi, ale zároveň se bála důvěřovat (onou psycholožkou, potažmo matkou, se cítila odmítnutá, zrazená a zklamaná), nechtěla se příliš otevírat, protože pak měla pocit, že bude z DPL rychleji propuštěná. Nejvíc si přála, dle vlastních slov, mít nějakou osobu „jen pro sebe“. Díky tomu, když se v terapii začalo pracovat na její závislosti na Nině (psycholožce), měla období hledání nového vztahového objektu. Postupně se upínala na sestřičku, víru v Boha, otce (kterého si zidealizovala, matka naopak byla ta špatná), vysněnou roli matky (kdy si představovala, jak se stará o svého synovce a neteř místo své nefunkční sestry a tím je zachrání), přítele a na konci pobytu opět Ninu. V pozicích šla z extrému do extrému – uvěřila v Boha během jednoho dne až fanatickou vírou, která trvala zhruba týden. Pak se upnula na svého otce, který ale odmítal kontakt. Představovala si, jak spolu budou žít, bude se o něho starat, on bude vydělávat v automechanické dílně, kterou mu zařídí. Jeho pití omlouvala tím, že mu vlastně ani nic jiného nezbyvá, protože jeho manželka (pacientky matka) se o něj vůbec nestará, takže se mu ani nediví. Ve svých fantaziích v podstatě vždy vystupovala v roli závislé osoby na někom (Bohu, otci, příteli) a zároveň jako osoba pečující (starání se o domácnost), ale bez reálného základu.

Poprvé se Karolína pořezala asi ve 12-ti letech po hádce s „tetou“ (ženou, která si ji od jejích 7 –mi let brávala občas na víkendové a prázdninové pobyty do své rodiny), tímto incidentem jejich kontakt skončil. Karolína to v terapii

vyhodnotila jako přetlakovou situaci, kdy už měla všeho dost, nemohla se nikomu svěřit a pořezání viděla u kamarádky z dětského domova. Tak to také zkusila. Karolína také popisuje, že od 7 –mi do 12 –ti let byla v domově zneužívána klukem o 7 let starším, do kterého se později zamilovala, a chodili spolu. Zneužívání popisuje jako omezování, přílišnou upnutost, doteky, žárlivé výstupy. Sexuální styk měla ale poprvé až v 15 –ti letech, při onom znásilnění.

2.3.1 Karolínina práce v ateliéru

V ateliéru byla zpočátku hodně stažená, nastražená na to, co řekne, svoji vlastní nejistotu maskovala přehnanou žoviálností a šaškovskou pozicí. V její práci se střídala únava a útlum s přehnanou aktivitou, důvěra a vazba s odtažitostí a obavou. V tvorbě byla velmi pečlivá, pomalá, úzkostná a velmi dlouho odmítala jakýkoli zásah do procesu. Přestože bylo znát, že je výtvarně poučená, realita v obrázcích je pokroucená, figury disproporční.

Pacientka ráda tvořila, ráda malovala, většinou neprotestovala ani proti tvorbě akvarelem. Ovšem musela malovat po svém, málokdy si nechala zasáhnout do obrázku. Během terapií vyžadovala hodně pozornosti, kterou si vynucovala slovně i infantilním chováním, většinou se zasekávala, když byla ve skupince s více děvčaty, nerada zkoušela společné tvorby. Nina (psycholožka) byla blondýna a Karolína měla zvýšenou fixaci na světlolhasé ženy okolo třiceti let. V ateliéru byla snaha využít této projekce k otevírání traumatických témat, k podpoře důvěry, ale zároveň stanovení si pevných vztahových hranic.

Obrázek č.9

„Rodinná koláž“



Na první pohled je na koláži patrné, že postavy neodpovídají reálné podobnosti. Karolína pochází z romské rodiny, kde jsou všichni tmavovlasí. Blondýna byla hlavně Nina (kterou ale na koláž vědomě nezobrazila – nahradila ji nožem). Koláž byla vytvořena v prvních hodinách terapie, kdy byla přijata hlavně kvůli vztahové závislosti na Nině a následným řešením sebepoškozování. Karolíně se stále zdály sny o hledání Niny, jak za ní jde v opuštěném domě, Nina je za zamčenými dveřmi a ona se k ní nemůže dostat, i když hrozně chce. Výklad snu, ale i zobrazení na koláži (nůž „Nina“ mířící Karolíně do ucha) odkazuje na pacientčiny erotické fantazie o psycholožce, které byly pravděpodobně neopětovány, ale zároveň mohly být nějakým způsobem chováním Niny podporovány. Ohledně vztahu s psycholožkou nejsou žádné přesné informace. Jisté je, že Nina přerušila s Karolínou náhle veškerý kontakt a Karolína

se jí i v době léčení v DPL snažila nějak najít, navázat komunikaci (dopisy, telefonáty, našla si ji na facebooku, kde se k ní přihlásila pod falešným chlapeckým jménem).

Svoji matku Karolína neuznává, je na ni našťvaná, má pocit zrady a opuštění (pravděpodobně oprávněného, je od dvou let vychovávána v dětském domově, domů jezdila na prázdniny až později, hlavně kvůli Nině, která bydlela ve stejném městě; poslední zprávy o rodičích jsou, že se z nich stali bezdomovci). Stejnou zradu jako od matky cítila Karolína právě i od Niny, když s ní přerušila kontakty a přestala s ní komunikovat, zřejmě ve chvíli, kdy se jí situace začala vymykat z rukou (o bližších okolnostech nejsou informace).

Vidíme, že Karolína (plačící holčička uprostřed) se na koláži zobrazila jako mnohem mladší dívka, plačící, zavalená (ořezaná) ze všech stran. Až teprve ke konci pobytu v DPL byla schopna zobrazit se reálněji (např. *Já, můj partner a jeden z rodičů*). Na koláži vidíme, že rodiče odjíždějí pryč (Karolína byla dána do dětského domova ve svých 2 letech, v současné době odmítá k rodičům jezdit na případné návštěvy) a zanechávají spoušť. Sestřička Alenka (oblíbená sestra z DPL připomínající nejvíce Karolíně Ninu – zde tedy zástupná postava pro Ninu, potažmo matku) je obklopena ostrými agresivními předměty, před kterými se potřebuje chránit (klobouk). Na druhou stranu je vnímána i dominantně, falicky, manipulativně – stejně, jako žena na motorce.

Do *Rodinné koláže* si přidala i policejní složku – jako řešení nezvládnutelné situace (útěky za Ninou, znásilnění). Policisté zde mohou představovat zástupnou mužskou autoritu, která je u Karolíny nefunkční. Nebo také mohou být odkazem na prožité, a zatím nepříliš ventilované, znásilnění (po přijetí o něm dlouho nechtěla mluvit - po zážitku jí zřejmě nikdo nevěřil, že to bylo znásilnění, i když byla odvezena sanitkou do nemocnice a měla očividné následky; nechápala

souvislost otázky, zda tato událost měla nějaký vliv na sexuální život s jejím partnerem; řekla, že rozhodně ne).

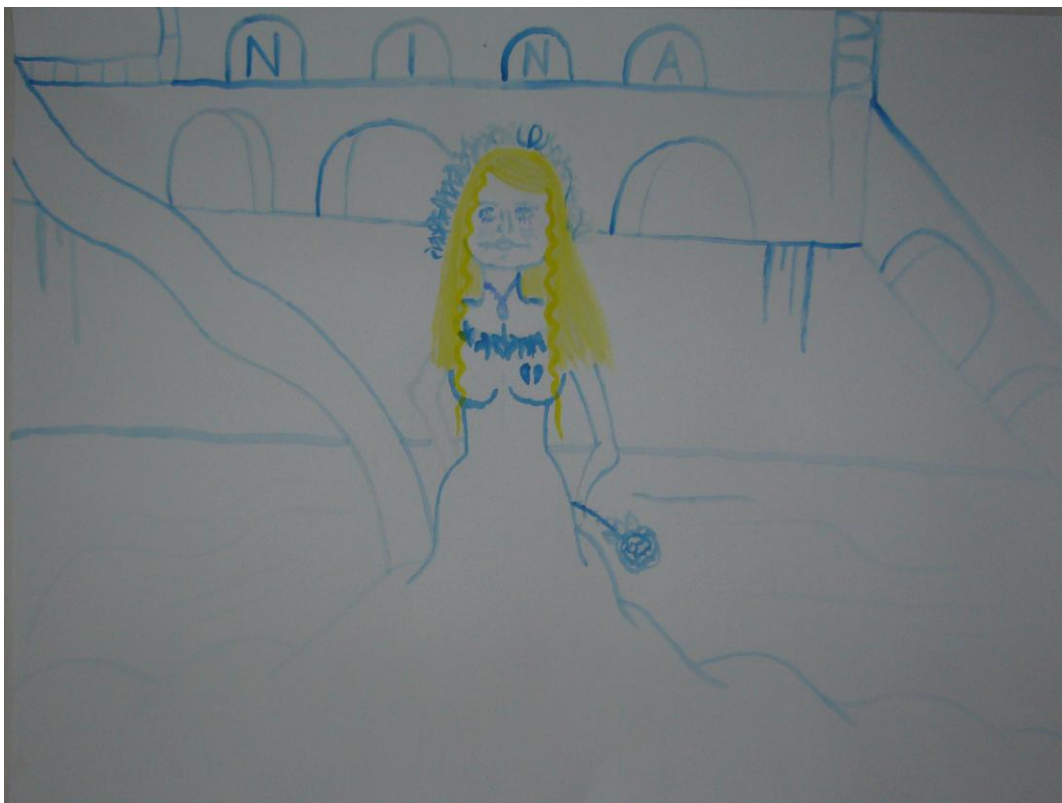
Nejvýš znázornila sestru Annu (19 let, v současné době 2 děti a zřejmě nefunkčního partnera), se kterou vyrůstala v dětském domově a v dětství pro ni zřejmě představovala osobu nejbližší mateřské autoritě. Tady je jako zhypnotizovaná, pacientka ji vidí jako neschopnou starat se o své děti (možná do jisté míry i o ni, pacientku). Opět vidíme rozbitost vztahů, hranice mezi jednotlivými osobami, nepropojenost životních prostorů. Všechny ženy na koláži jsou si podobné. Může to svědčit o nedostatečném pojetí sebeidentifikace, touze být někdo jiný, narodit se do jiné rodiny a přitom nesení si rodinné zátěže. V tomto případě by sebepoškozování mohlo být do jisté míry prostředkem z vymanění se bludného kruhu, zrealnění. Karolína jednou popisovala stav těsně před pořezáním se: *„To si připadáte, jako když jste zavřená v temné místnosti, jen o vodě a o chlebu... Chodí vás tam znásilňovat a pak vás prodají do zahraničí, kde vás taky znásilní; nesmíte křičet, protože jinak vám uřežou prsty. A pak přijde obluda, když už je nejhůř a já se pořežu...“* Sebepoškozovací strategie zde tedy může sloužit jako ventilace přetlakových tenzí, aby nedošlo k výbuchu. Pořezání se je autorkou (dle jejích slov) vnímáno jako přišera, která ale zároveň přichází v poslední chvíli, kdy už není jiné řešení.

Na koláži, v levém horním rohu, vidíme most a pod ním dítě, což by mohlo svědčit o nějaké touze po změně stavu. Karolíniny představy do budoucna vždy souvisí s tím, že se vidí jako žena v domácnosti, která pečuje o děti a manžela. Přeje si mít děti co nejdříve, nějakou dobu žila představou, že si „vezme“ děti své sestry a bude se o ně starat, jelikož její sestra jim není schopna (dle autorky) dát lásku a vše potřebné (představy ale byly zcela nereálné; neví ani přesně, kolik je dětem let, co potřebují, jak by se o ně finančně postarala, kolik může domácnost stát). Celé předání dětí si představovala tak, že o ně sestru požádá a prostě jí vysvětlí, že ona (Karolína) bude schopnější matkou.

Také je otázkou, nakolik si Karolína přeje stát se opět dítětem, a začít znova, s funkční rodinou (což i několikrát během terapií sama potvrdila. Její největší přání je, aby měla člověka, který by byl jen pro ni a mohl se o ni starat). Později, když už byla schopná více mluvit o svém znásilnění, na otázky: „Bála ses, že jsi těhotná? Co by to pro tebe znamenalo?“ odpověděla: „Bála jsem se, ale dítě bych si určitě nechala a vychovávala ho.“ „A nepřipomínalo by ti tu událost?“ na to prudce odpověděla: „Ne, ono by za to nemohlo!“ Je patrné, že po traumatu ze znásilnění tuto otázku řešila dosti intenzivně. Patrně i díky tomu, že podle záznamů jí znásilnění zřejmě nikdo nevěřil – patrně se předpokládalo, že to bylo víceméně dobrovolné (více informací ale není známo). V tomto případě by dítě mohlo být i důkazem oné události.

Obrázek č.10

„Ledová královna“



Ledová královna byl Karolínin první akvarelový obrázek. Prohlásila, že takto je dokončený. Má představovat opět Ninu – zamrzlá postava nemohoucí hnout se z místa, manipulativní, bezemoční, nedosažitelná ikona s hysterickým potenciálem (klenby – ženské genitálie – v pozadí). Dle míry bílé barvy bychom mohli usuzovat i na možnost vytěsněných událostí týkajících se ženských (ale i absenci mužských) vztahových osob. V artefaktu se autorka snaží nějak vyrovnat s obrazem Niny, třeba situačně laděným, nicméně takovým, který nechce měnit.

Obrázek č.11

„Adam a Eva“



Ilustrativní obrázek kreslený akvarelem. Alespoň již barevnější, ale opět používání velkého množství bílé barvy. Zpracování tématu svědčí o autorčině nezralosti, subjektivně vnímané nepřístojnosti sexu („Eviny“ nepřirozeně vyvrácené nohy, šíp zabodnutý andělovi do slabin). Na jednu stranu spousta

sexuální symboliky, na druhé dětinskost, nepřipravenost, možná nemohoucnost vzít situaci do svých rukou a nějak ji ovlivnit. Anděl vypadá i přes své znázornění starší, dle stromu a hada bychom mohli usuzovat na otcovskou figuru, která je ale zbavována své funkce (ruka, šíp). Na druhou stranu, jakoby to byl „vícehlavý“ drak, kterého autorka kastruje, ale přesto má pořád zbraně k jejímu ohrožení (had). Obrázek může být opět odkazem na prožité trauma znásilnění.

Obrázek č.12

„Návštěva domu hrůzy“



Téma malovala zhruba v půlce pobytu. Jednalo se o zážitek z resocializační propustky v dětském domově, kdy byli na výletě a navštívili dům hrůzy, ze kterého se vrátila rozjetější, hůře opětovně přijímala režim léčebny. Zde dostala za úkol malovat téma na barevný papír (vybrala si červenou) a vyvarovat se bílé. Poprvé zde používá černou barvu v ploše. Téma malovala společně se stážistou, nechala se do jisté míry ovlivnit. Samu sebe by obsadila

do postavy holčičky ve stříbrných šatech schovávající se za maminku. Do jisté míry by výjev mohl odpovídat jejímu chování vůči ženským figurám. Zde to vypadá, že „schovávající se“ holčička je jedinou akční postavou v dějišti. Vypadá to, jakoby obcházela přítomné maminky a zkoušela, která na ni zareaguje. Po tomto obrázku přišlo její, zhruba měsíční, období hledání nové vztahové osoby (až fanatická víra v Boha, upnutí se na otce, partnera, budoucnost s dětmi své sestry). Ve výtvarné produkci se, mimo jiné, projevovalo nedokončováním obrázků (začala, rozmalovala postavu a nedokončila), odbíhavostí, nespokojeností s dosavadní produkcí („*ty obrázky jsou mrtvé*“). Právě z tohoto období nedokončování, trvajících zhruba měsíc, už jsme mohli očekávat reálnější obrázky, odpovídající více rožnovským požadavkům. Bohužel, Karolína poté šla na resocializační propustku do dětského domova, kde navázala opětovný kontakt s Ninou. Dokonce se domluvily na setkání během vánočních svátků. Po návratu do DPL již věděla, že bude brzy propuštěna (do 3 týdnů) a opět se upnula na budoucnost s Ninou – i když to popírala.

Obrázek č.13

„Já, můj partner a jeden z rodičů“



Téma malované zhruba měsíc před propuštěním z DPL. Zajímavé při jeho tvorbě bylo, že původně chtěla autorka namalovat jako jednoho z rodičů svého otce období upnutí se na fantazijní vidinu budoucnosti s ním). Jak ale malovala, najednou jí vznikla ženská hlava (úplně vpravo). Komentovala to slovy, že si uvědomuje, že „mámě svým odmítavým chováním ubližuje a že ji má ráda“. Autorka se zobrazila uprostřed a je to první obrázek, kde si je podobná sama sobě. Chlapecká hlava v pozadí má představovat jejího přítele, se kterým se seznámila v léčebně, rozešla se kvůli němu s předchozím partnerem (oním chlapcem z dětského domova; oba partneři měli shodné jméno) a „vztah“ přetrval i po jeho propuštění. Upínala se na něho, jeho rodinu a budoucnost s ním po propuštění z DPL. Nicméně na obrázku vidíme jeho nezralost, chlapeckost, který by sám spíše potřeboval maminku, než aby se o pacientku

dokázal postarat (jak si jinak představovala). Na obrázku jsou sice znázorněny busty, bez přisouzení tělesnosti, bez propracování prostoru a je „mandaloidní“, ale po dlouhé době to byl obrázek, který namalovala poměrně uvolněně, během jediné hodiny (obvykle jí malba trvala dvě až tři hodiny), s čistými barvami. Obraz je ale zapouzdřený, bez skutečné reality, do které se bude pacientka z léčebny vracet.

Je třeba podotknout, že u Karolíny je patrná jistá psychiatrická zátěž, a rozhodně je pacientkou, která, díky svým četným hospitalizacím, „v tom umí chodit“. Do jisté míry už ví, jak se má chovat a co má říkat, aby mohla být brzy propuštěna nebo si naopak získala pozornost. Na stanici se většinou chovala bezproblémově, stavěla se spíše do šaškovské pozice, vyhledávala společnost dospělých osob. Jednou dostala za úkol napsat úvahu, jak by pomohla dítěti, které spadlo z kola a bojí se znovu jezdit. Napsala, že by mu nabídla pomoc. Ale pokud by odmítlo, počkala by, až by přišlo samo říct si pomoc a byla na to připravená...Problémem léčebny ale je, že není čas čekat. Nikdy nevíme, kdy nám bude dítě propuštěno. Karolína v terapii měla své tempo, na které se nesmělo tlačit. Zmítala se v rozpolcených přáních navázat se na někoho, věřit mu, ale zároveň v obavě ze zklamání a potřebě „být po jejím“ (sebepoškozování u ní tedy může sloužit i jako možnost ovládat své tělo, samu sebe).

2.4 Shrnutí

Pokud se podíváme na všechny tři případové studie, můžeme nalézt některé společné znaky. Všechny tři dívky měly absenční nebo nefunkční otcovskou autoritu, zároveň ale mnohem více v produkci „řešily“ problémy s autoritami mateřskými. Všechny tři dívky měly matky, jež pro ně byly nějakým způsobem emočně nečitelné, nedostupné, ambivalentní. V tomto bodě můžeme opět připodobnit sebepoškozování k závislosti, kdy jako příčinu odborníci většinou

uvádějí problém s matkou (odkaz na orální, popř. anální freudovské období). Všechny tři dívky měly na jednu stranu sexualizovanou, vyzývavou, svádívu pozici, na stranu druhou se zobrazovaly jako malé holčičky potřebující tu pečující maminku, které se jim nedostávalo čili rozpor dvou věků – skutečnosti a přání, který je tu proto, že nedokážou uchopit realitu, se kterou by si své touhy konfrontovaly. Mužské postavy mají tendence v obrázkách většinou kastrovat nebo dekapitovat, tedy zbavovat jejich funkce, pozice, „nástroje“, který je ohrožoval (ohrožuje). Je patrné, že všechny tři mají problém se sebepojetím, a také s navazováním a hloubkou vztahů (o čemž také mohou svědčit rozbité, bezkontextové koláže, kdy dokážou jednotlivé postavy vyjmenovat, vnímat, ale nenavazovat kvalitní vztah). Za tento problém je zodpovědná narušenost vztahu s matkou v orální fázi vývoje, kdy se matka stává celostním a milovaným objektem. Všechny tři mají značný manipulativní potenciál a v terapii je potřeba pracovat s projekcí. Pro všechny tři dívky byla také typická pozice „chci-nechci“.

Co se týče strategie sebepoškozování, u všech tří se do jisté míry jedná o copingový mechanismus, uvolnění nějaké vnitřní tenze, touha po upoutání pozornosti, volání o pozornost i o pomoc a projev manipulace. U Kristýny bychom mohli říct, že je to navíc i „řešení s přijatelným rizikem“ před suicidem. Dá se říci, že dívky mají představu o tom, jak rodiče potrestají za jejich špatné chování k nim, za nezájem a nedostatečnou péči. A jaký je největší trest pro rodiče? Smrt dítěte. Tato představa, pramenící z raného dětství, se modifikovaně promítá i do současného prožívání dívek a projevuje se právě v sebepoškozování a suicidálních pokusech. Bohužel, většinou trestají hlavně samy sebe.

Závěr

Záměrné sebepoškozování, ať již se jedná o sebepořezávání, sebetrávení, manipulaci s jídlem, zneužívání návykových látek, se u mladistvých a adolescentů stává hodně diskutovaným tématem. A nejen u nich, řeší je i jejich okolí, rodina. Záměrné sebepoškozování, stejně jako závislost, nezasáhne pouze onoho jedince, ale celou rodinu. Bohužel, bývá to začarovaný kruh – většinou je v rodině i příčina, nejen následek.

Sebepoškozování bývá často spojováno i se současnými subkulturami mládeže, jako jsou gothic a emo. Gotická subkultura je všeobecně spojována se specifickým temným stylem hudby, symbolismu a odívání a s romantickým přístupem ke smrti. *„Studie Younga, Sweetingové a Westa (2006) potvrzuje vysokou prevalenci záměrného sebepoškozování u gotické subkultury, se současným výskytem převážně depresivního ladění, zneužíváním návykových látek a suicidálního chování.(...)První teorie hovoří o sebepoškozování, jako o součásti stylu, druhá hodnotí, že gotický ‚dark style‘ je otevřený všem druhům zvláštností a tak může být lákadlem pro jedince, kteří se na základě sebepoškozování cítí být ‚zvláštní‘.“⁸⁵* Emo subkultura (neboli od „emotional hardcore“) byla původně založena kolem indie rock, punk rockové a emotional metalové scény. Jistě jste již slyšeli stereotyp, že správný příslušník emo kultury musí mít patku, pruhy, lebky, korálky, slzy a pořezaná zápěstí stylově zakrytá množstvím potítek a náramků tak, aby jizvy byly nenápadně nápadné. A ještě nosí pouze stříbrnou, růžovou a černou barvu, ovšem v tom se příznivci zcela neshodují. Příslušnost k těmto subkulturám má na sebepoškozování u adolescentů značný vliv a u vzniku závažnějších problémů, stejně jako mnohdy u závislosti, stojí prostá nápodoba vrstevníků. Otázkou pak ovšem zůstává, proč

⁸⁵ KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 164. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

daného jedince láká zkusit něco právě tak sebedestruktivního – čímž jsem zpět u příčin, kterým jsem se věnovala ve své bakalářské práci.

Poté, co jsem se rozhodla psát práci na téma sebepoškozování, se mi do rukou dostala kniha od Marie Kriegelové. V česky psané odborné literatuře není mnoho publikací zabývajících se právě touto tematikou. Zahraniční scéna je v tomto ohledu pestřejší. Nicméně, právě Kriegelová představuje a shrnuje zahraniční odbornou literaturu. V úvodu své knihy *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci* představuje příběh dívky Gill (17,5 let), která se snaží se záměrným sebepoškozováním vypořádat v soukromé psychiatrické komunitě ve Velké Británii, kde žije již sedm měsíců. Na příběhu mě asi zarazil právě přístup k řešení její situace: „...Mnohdy, přes veškerou snahu zaměstnanců si nakonec požádá o žiletku, zavře se v koupelně anebo ve svém pokoji a pořeže si paži. Zaměstnanci si musí vždy ověřit, jestli má dostatek sterilního materiálu na ošetření ran a snaží se s Gill mluvit. Většinou úspěšně.“⁸⁶ Představila jsem si, že by se něco takového použilo u nás v léčebně a přišlo mi to nemyslitelné. V první chvíli mi přišlo nepochopitelné, proč ji v tom jednání podporují? Jaký to má smysl? To je jako kdyby jí snižovali dávky nikotinu, aby se odnaučila kouřit? Pak jsem se zúčastnila přednášky o právní legislativě ve zdravotnictví, kde se řešila léčba pacienta proti jeho vůli. Vůle pacienta má vždy přednost. Tak to už mi přišlo srozumitelnější. Pak jsem si vzpomněla na dělení drog, které používají například v Holandsku. Nepoužívají dělení na legální – nelegální nebo měkké – tvrdé. Jsou to drogy buďto s přijatelným nebo nepřijatelným rizikem. Možná, že tímto způsobem dělají pro Gill ze záměrného sebepoškozování jakousi „drogu s přijatelným rizikem“. Neznamená to ale, že tím nad ní trochu, takříkajíc, zlomili hůl? Že když už se nemůže zbavit tohoto „návyku“, alespoň ji naučí omezit riziko vážnějšího ublížení si na zdraví na minimum? Nebo je to taková „substituční“ léčba? Možná pokládám tyto otázky chybně až na závěr své práce, ale dělám to proto, že pro

⁸⁶ KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 15. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

mě není uzavřen přístup odborné veřejnosti k problematice sebepoškozování. Proč česká spisovatelka sahá po příkladu ze zahraničí, když u nás jich je také spousta. A nerozumím uvedenému způsobu léčby. Napadá mě přirovnání k alkoholikovi, kterému dám do rukou „pouze“ pivo, aby nepil tvrdý alkohol. Belgický filosof Jean Améry ve své knize *Rozprava o dobrovolné smrti* píše, že v okamžiku rozhodnutí se ukončit svůj život, jsme vlastně skutečně svobodní. Jelikož záměrné sebepoškozování může fungovat i jako adaptační mechanismus ve smyslu předejití suicida, je tedy možné chápat ho i ve smyslu pocitu svobody jedince?

U všech tří dívek, které jsem ve své práci představila, došlo směrem k mé osobě k nějakému přenosu. Zpočátku bylo pro mě velmi těžké s tím pracovat, a stále ještě se to učím. V současnosti pracuji v léčebně rok a neustále mám pocit něčeho nového a nepochopitelného. Mám dojem, že za ten rok jsem zestárla o několik desetiletí. Nevím, jestli vypěla, ale zestárla. Víím, že mým problémem je hravost. Ale zde, v léčebně, mám opačný dojem. Spíš jsem svou hravost ztratila a stala se unavenou. S přenosem se zde setkávám, v podstatě, každý den. S pozitivním i negativním. Od dívek většinou pozitivním. Snažím se ho využít k získání důvěry a díky tomu otevírání bolestných témat. Také je díky tomu pravda, že několikrát začaly mluvit o traumatických okamžicích poprvé právě u mě v ateliéru – a teprve až následně i jinde. U zmiňovaných dívek vidíme, že každá z nich má, svým způsobem, pocit zrady od své matky. Přenosu se tedy snažím využít i k tomu, aby zažily nějakou korektivní zkušenost. Že je ta ženská autorita nemusí vždycky opustit, že pokud ony budou chtít, mají možnost navázání kontaktu. Ale musí chtít i ony samy.

U Karolíny, naposledy zmiňované, se může zdát práce povrchní a bez pokroku. Obzvláště poslední, zapouzdřující, obrázek („*Já, můj partner a jeden z rodičů*“). Ale zrovna tenhle obrázek byl jiný. Věděla jsem, že jí musím dát čas, aby sama přišla a chtěla pracovat – jinak na snahy k výtvarnému vedení reagovala velmi

negativně a odmítavě. Ve chvíli, kdy jsem měla dojem připravené půdy (nedokončené obrázky, jež zde sice nejsou uvedeny, ale bylo znatelné, že by mohlo dojít ke změně) odešla na propustku a znovu se zkontaktovala s Ninou, která od ní předtím utekla. Zhruba tři týdny nato byla Karolína propuštěna (z různých důvodů, se kterými arteterapie nemá nic společného). Odcházela s pocitem, že se vlastně poslední dva roky nic nestalo, že Nina je opět zpátky. Jako kdybyste propouštěli alkoholika, který „určitě už nikdy pít nebude, jen začne pracovat v hospodě, ale dá si pozor, protože za poslední rok se změnil a všechno bude dobré“. V tomto případě jsem měla skutečný pocit marnosti...

Seznam literatury

AMÉRY, J. *Vztáhnout na sebe ruku. Rozprava o dobrovolné smrti*. Praha: Prostor, 2010. ISBN: 978-80-7260-230-8.

BECKER, U. *Slovník symbolů*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-284-3.

Bible

COURTOIS, Ch. A. *Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment*. *Psychoterapy: Theory, Research, Practice, Training*. Pg. 412-425. No. 4/2004.

DRVOTA, S. *Osobnost a tvorba*. Praha: Avicenum, 1973.

FREUD, S. *Výklad snů*. Nová tiskárna Pelhřimov, 1999. ISBN: 80-8655-916-5.

KODRLOVÁ, I., ČERMÁK, I. *Sebevražedná triáda. Virginia Woolfová, Sylvia Plathová, Sarah Kaneová*. Praha: Academia, 2009. ISBN: 978-80-200-1524-2.

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-732-9.

KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

KYZOUR, M. *Skripta*.

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.

PEARLMAN, L. A., COURTOIS, Ch. A. *Clinical Applications of the Attachment Framework: Relational Treatment of Complex Trauma*. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, October 2005. Pg. 449-459.

PÖTHE, P. *Emoční poruchy v dětství a dospívání*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2131-6.

PRAŠKO, J. a kol. *Stop traumatickým vzpomínkám*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-811-2.

PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-737-X.

RYCROFT, Ch. *Kritický slovník psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakl. J. Kocourek. ISBN: 80-901601-1-5.

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, ISBN: 80-7367-408-4.

VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN: 978-80-246-1538-7.

VAN DER KOLK, B. A. *Developmental Trauma Disorder*. *Psychiatric Annals*; May 2005; 35, 5; *Psychology Module*. Pg. 401.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2003. ISBN: 978-80-247-2667-0.

Internetové odkazy

<http://dejw23tek.webnode.cz/zasada-anonymnich-narkomanu-abstinovat-prave-dnes/>

<http://en.wikipedia.org/wiki/DSM-5>

[http://slovník-cizich-](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&typ_hledani=prefix&cizi_slovo=dysforie)

[slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&typ_hledani=prefix&cizi_slovo=dysforie](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&typ_hledani=prefix&cizi_slovo=dysforie)

<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/letalita>

<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/letalni>

<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/precipitující>

<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/vulnerabilita>

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost>

<http://www.dploparany.cz/index.php?idh=2&idv=56&idc=166>

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Srov. www.dploparany.cz

Seznam příloh

- Příloha č.1 Rozšířená diagnostická kritéria pro komplexní posttraumatickou stresovou poruchu podle Hermanové (1992)
- Příloha č.2 Partie těla nejvíce postižené záměrným sebepoškozováním (Favazza, Conterio, 1989)
- Příloha č.3 Kauzální faktory záměrného sebepoškozování podle Suttonové (2005)
- Příloha č.4 Procentuální zastoupení kauzálních faktorů záměrného sebepoškozování podle Arnoldové (1995)
- Příloha č.5 Nekategorizovaný seznam motivací a funkcí záměrného sebepoškozování (Bywaters, Rolfe, 2002)
- Příloha č.6 Funkční modely záměrného sebepoškozování podle Suyemotové (1998)
- Příloha č.7 „Důvody sebepoškozování“ (Kristýna)

Příloha č. 1

Rozšířená diagnostická kritéria pro komplexní posttraumatickou stresovou poruchu podle Hermanové (1992)⁸⁷

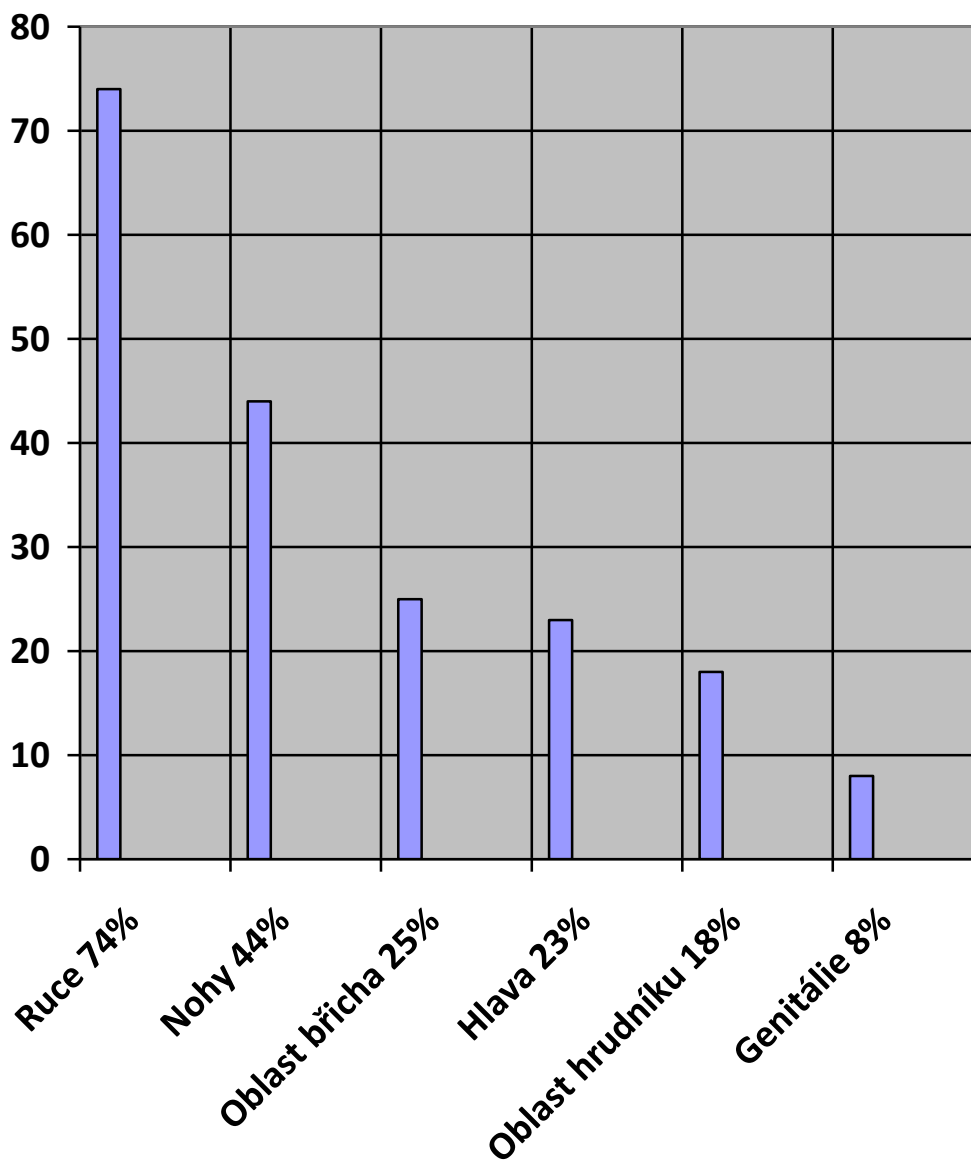
Rozšířená diagnostická kritéria pro komplexní posttraumatickou stresovou poruchu podle Hermanové (1992)	
1.	Traumatická událost <ul style="list-style-type: none">- jedinec se stal obětí dlouhodobého totalitního režimu mimo vlastní domov: rukojmí, věznění ve válce, koncentrační tábor, věznění v rámci náboženského kultu- jedinec se stal obětí dlouhodobého totalitního režimu v rámci vlastního domova: fyzické a sexuální zneužívání v dětství, násilí v rodině, dlouhodobé zanedbávání péče
2.	Narušení afektivní regulace <ul style="list-style-type: none">- trvalá dysforie- chronická zaujatost suicidem- záměrné sebepoškozování- výbuchy zlosti nebo potlačování hněvu- promiskuita nebo potlačování sexuality
3.	Narušené vědomí <ul style="list-style-type: none">- poruchy autobiografické paměti vzhledem k traumatické události- epizody disociace- depersonalizace/derealizace- znovuprožívání traumatické události prostřednictvím živých vzpomínek a nočních můr
4.	Narušené vnímání sebe sama <ul style="list-style-type: none">- pocit bezmoci nebo paralýzy- pocity studu, viny a soustavné sebeobviňování- stigmatizace- pocity úplné odlišnosti od ostatních, které zahrnují pocity osamělosti a neporozumění od ostatních
5.	Narušené vnímání pozice pachatele <ul style="list-style-type: none">- přílišná zaujatost vztahem s pachatelem- nerealistické přisuzování síly pachateli- idealizace nebo paradoxní vděčnost- vnímání vztahu s pachatelem jako něco speciálního nebo výjimečného

⁸⁷ In KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 37-38. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

	<ul style="list-style-type: none"> - přijetí pachatelovy racionalizace
6.	Narušené vztahy s okolím
	<ul style="list-style-type: none"> - izolace a stažení se do sebe - narušení intimních vztahů - opakované hledání „zachránce“ - perzistentní nedůvěra - opakované selhání sebeprotektivních mechanismů
7.	Narušený smysl života
	<ul style="list-style-type: none"> - ztráta víry - pocit beznaděje a zoufalství

Příloha č. 2

Partie těla nejvíce postižené záměrným sebepoškozováním (Favazza, Conterio, 1989)⁸⁸



⁸⁸ In KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 64. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

Příloha č. 3

Kauzální faktory záměrného sebepoškozování podle Suttonové (2005)⁸⁹

Kauzální faktory záměrného sebepoškozování podle Suttonové (2005)	
Dlouhodobé zneužívání v dětství	Nutnost prosadit se a bránit v podmínkách náhradní nebo ústavní péče
Znovuobnovené vzpomínky na zneužívání	Dlouhodobá nezaměstnanost jedince
Znásilnění	Prožitek devalvace identity jedince okolím a popírání vlastní identity
Popření zneužívání matkou nebo jinou významnou osobou	Problémy s pohlavní identitou
Zneužívání udržované v tajnosti	Pocity nedostatku vlastní kontroly nebo že je jedinec zcela kontrolován svým okolím
Odloučení od primárně pečující osoby	Jedinec se cítí být nevyslyšen svým okolím
Ztráta významné osoby	Opakovaná zrazení významnou osobou
Alkoholismus u pečující osoby	Narušené sebevnímání
Týrání	Zadržování silných emocí (vzteku, strachu)
Zanedbávání jedince v dětství a opuštění	Jedinec je uvězněný ve smutku a často pláče
Nedostatek fyzického kontaktu dítěte s primárně pečující osobou	Sebenávist
Rozvod rodičů nebo vlastní rozvod jedince	Nízká sebeúcta, sebehodnocení a sebevědomí
Zneužívání dítěte jako „pěšáka“ při řešení manželských problémů rodičů	Pocity nejistoty a vlastní neschopnosti
Diagnostikovaná depresivní porucha u pečující osoby	Pocity vnitřní prázdnoty a osamělosti

⁸⁹ In KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 68. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

Příloha č. 4

Procentuální zastoupení kauzálních faktorů záměrného sebepoškozování podle Arnoldové (1995)⁹⁰

Procentuální zastoupení kauzálních faktorů záměrného sebepoškozování podle Arnoldové (1995)	
Sexuální zneužívání v dětství	49%
Zanedbávající rodičovská péče	49%
Emocionální zneužívání v dětství	43%
Nedostatečná komunikace mezi členy rodiny	27%
Fyzické zneužívání v dětství	25%
Ztráta pečující osoby nebo časná separace	25%
Dlouhodobé fyzické nebo duševní onemocnění primárně pečující osoby	17%
Jiné nepříjemné zážitky z dětství a formy časně derivate	19%

⁹⁰ In KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 82. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

Příloha č. 5

Nekategorizovaný seznam motivací a funkcí záměrného sebepoškozování (Bywaters, Rolfe, 2002)⁹¹

Nekategorizovaný seznam motivací a funkcí záměrného sebepoškozování (Bywaters, Rolfe, 2002)	
Sebenenávist	Sebetrestání
Snaha zkusit „něco nového“	Převzetí kontroly
Řešení živých vzpomínek na traumatickou událost	Závažný stres
Ventilace zlosti a vzteku	Očištění
Snaha o uvolnění a utišení	Pocity euforie
Obrácení psychické bolesti v bolest fyzickou	Rebelie
Copingová strategie	Strategie přežití
Sebetrestání	Řešení nespavosti
Negativní pocity z vlastní osoby	Deprese
Snaha být hospitalizován	Psychická bolest
Nezájem okolí	Snaha získat pomoc od druhých
Sebevražedné myšlenky	Problémy se zvládním zátěže
Snaha vynést vnitřní pocity na povrch	Vztek obrácený proti sobě, ve snaze neublížit druhým
Vyřazení ze společnosti	Vizuální manifestace pocitů
Diskriminace	Šikana
Snaha šokovat okolí	Znásilnění
Pocit, že jedinec nebyl vyslyšen	Testování hranic druhé osoby
Jediný způsob, jak získat pozornost pečující osoby	Vážné pocity vlastní viny
Závist	Snaha dostat se do péče odborníka

⁹¹ In KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 104. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

Příloha č. 6

Funkční modely záměrného sebepoškozování podle Suyemotové (1998)⁹²

Funkční modely záměrného sebepoškozování podle Suyemotové (1998)		
Model	Teoretická koncepce	
Environmentální model (in orig. „Environmental model“)	<ul style="list-style-type: none"> - je aplikován koncept sociálního učení jako nápodoba, imitace a identifikace - model chápe záměrné sebepoškozování jako naučenou formu chování, které je v určitém smyslu odměněno (pocitem úlevy, kontrolou nad sebou samým, manipulací s ostatními apod.) 	
Model hnací síly (in orig. „Drive model“)	<ul style="list-style-type: none"> - je aplikováno psychoanalytické pojetí: boj jedince s konflikty života a smrti a se sexuálními pudy může podpořit sebepoškozující chování - model zahrnuje dvě funkce 	<p>a) antisuicidální funkce</p> <ul style="list-style-type: none"> - interpretuje akt sebepoškozování jako mechanismus zvládnání obtíží ve snaze zabránit suicidu a najít kompromis mezi pudy života a smrti
	<p>b) sexuální funkce</p> <ul style="list-style-type: none"> - vysvětluje sebepoškozování jako formu sexuálního prožitku, trestání se za sexuální touhy a aktivity nebo formu kontroly sexuálního zrání 	
Model afektivní regulace (in orig. „Affect Regulation model“)	<ul style="list-style-type: none"> - je aplikován koncept ego psychologie - adolescent může do self, na základě introjekce, internalizovat pocit vlastní špatnosti, ta ho poté vede k sebepoškozujícímu chování, které nakonec opět posílí pocity špatnosti - model zahrnuje dvě funkce 	<p>a) funkce afektivní regulace</p> <ul style="list-style-type: none"> - tato funkce je často chápána jako jeden z primárních důvodů sebepoškozování - záměrné sebepoškozování je zde chápáno jako snaha nastolit kontrolu nad intenzivními a zdrcujícími emocemi
		<p>b) asociativní funkce</p> <ul style="list-style-type: none"> - sebepoškozování má za cíl ukončit asociativní stav
Model interpersonálních hranic (in orig. „Boundaries model“)	<ul style="list-style-type: none"> - je aplikován koncept teorie objektivních vztahů - sebepoškozování je zde chápáno jako snaha jedince jasně definovat hranice vlastního „já“ - pokud se jedinci v primární vazbě nepodařila separace a diferenciacie, může používat sebepoškozování k vytýčení vlastní oddělené existence 	

⁹² In KRIEGLOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Str. 111. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2333-4.

Příloha č. 7

„Důvody sebepoškozování“ (Kristýna)

Tak toho bylo opravdu hodně. Každá blbost mě uvedla do stavu, kdy jsem měla nutkání si ublížit. Stačilo jen když se mi něco nepovedlo a už jsem sáhla po žiletce. Taky za to mohly problémy doma. Pořád jsme se hádali. Máma mi nadávala, ponižovala mě atd. Ve škole na mě pořád tlačili, ale já to prostě nestíhala. Měla jsem deprese a taky jsem byla často v nemocnici kvůli epilepsii. Prostě toho bylo na mě moc... Tak moc jsem si přála být alespoň v něčem dokonalá... Ale místo toho jsem na tom byla hůř a hůř. Nikomu jsem to neřekla, bála jsem se. Tak jsem se raději utápěla v slzách a řezala se do rukou. A co mi to přineslo? Uvolnění, prostě se mi ulevilo. Na chvíli jsem se zbavila všech problémů. Uklidňovalo mě sledovat, jak mi z rány teče krev. Ale pak jsem si uvědomila, že tohle ty problémy nevyřeší. Tak jsem se rozhodla, že se zabiju. To se mi ovšem nepovedlo. Máma mě našla a okamžitě odvezla do nemocnice. Nechali si mě na psychiatrii a až teprve tam jsem si uvědomila, že takhle se to řešit nedá.

„Dá se to něčím nahradit?“ (Kristýna)

Myslím, že nahradit se to určitě dá. Když začnu dělat věc, která mě baví, tak se určitě zbavím myšlenek na sebepoškozování. Tak já třeba ráda tancuju, kreslím, vařím a poslouchám hudbu. Tak doufám, že něco z toho mi pomůže se zbavit těch hnusných myšlenek.

Abstrakt

BALATÁ, I. *Záměrné sebepoškozování u adolescentních pacientek*. České Budějovice 2011. Bakalářská diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Ateliér arteterapie. Vedoucí práce M. Kyzour.

Klíčová slova: záměrné sebepoškozování, adolescenti, psychiatrie, arteterapie, výtvarná produkce

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje a definuje pojmy záměrné sebepoškozování, způsoby sebepoškozování, jeho diagnostiku, motivaci a faktory, specifika dětské psychoterapie. Tato část práce tvoří vědeckou základnu pro část praktickou. Praktická část představuje kazuistiky tří dívek, jejich stručnou anamnézu a ukázky výtvarné produkce.

Abstract

Deliberate self-harm in adolescents.

Key words: deliberate self-harm, self-injury, adolescents, psychiatry, arteterapy, imagines

The work is divided into two parts – teoretical and practical part. Teoretical one describes and defines terms deliberate self-harm, forms of self-harm, its diagnostics, motivation and factors, specifics of children's psychotherapy. This part makes the scient base for the practical part. Practical one presents the case history of three girls, theirs short anamnesis and presentation of theirs imagines.