

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogické a školní psychologie



**PROBLEMATIKA SEBEPOŠKOZOVÁNÍ DĚTÍ A ADOLESCENTŮ
SE ZAMĚŘENÍM NA VYUŽITÍ
PSYCHODIAGNOSTICKÝCH METOD**

vedoucí práce: ***PhDr. Petr Goldmann***

autorka DP: ***Helena Gabriela Fořtová (roz. Nademlejnská)***

obor: ***psychologie – speciální pedagogika***

typ studia: ***prezenční***

měsíc a rok dokončení DP: ***srpen 2008***

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a informačních zdrojů.

Souhlasím s užitím tohoto školního díla dle § 60 autorského zákona č. 121/2000 Sb. ve smyslu zpřístupnění odborné veřejnosti.

V Děčíně dne 10. srpna 2008

Fořtová

.....
H. G. Fořtová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala především vedoucímu této diplomové práce, **PhDr. Petru Goldmannovi**, za uvedení do světa psychiatrické léčebny v Bohnicích, odborné a zároveň laskavé vedení práce a ochotu při řešení problémů.

Další poděkování patří **Mgr. Martině Marečkové** za pomoc při vyhledávání dětských klientů, provázení po PLB 28 a umožnění práce na chlapeckém patře. Za umožnění práce na dívčím patře děkuji **PhDr. Heleně Kocourkové**. Díky patří také celému dalšímu personálu PLB 28 za ochotu a trpělivost.

Za konzultace k této práci a vstřícnost děkuji také **PhDr. Idě Viktorové** z KPŠP.

Za zprostředkování možností publikovat autentické příběhy a výsledky anket ze serveru sebeposkozovani.ath.cx děkuji **Katy**.

Za trpělivost od začátku do konce psaní této práce a průběžnou jazykovou a obsahovou korekturu děkuji také svému manželovi **Mgr. Radomíru Fořtovi**.

OBSAH

ÚVOD	9
I. ČÁST TEORETICKÁ	10
I.I Já – integrující složka osobnosti	10
I.I.I Sebepojetí	11
I.I.II Vývoj sebepojetí	15
I.I.III Vztah sebepojetí a sebepoškozování	15
I.II Sebepoškozování	16
I.II.I Vymezení pojmu	16
I.II.II Historie sebepoškozování a vývoj pojmu	18
I.II.III Typy sebepoškozování	20
I.II.IV Metody sebepoškozování	21
I.II.V Průběh aktu sebepoškození	22
I.II.VI Výskyt	23
I.II.VII Etiologie	24
I.II.VII.I Biologické faktory	24
I.II.VII.II Psychodynamické faktory	25
I.II.VIII Příčiny a funkce sebepoškozování	27
I.II.IX Epidemie sebepoškozování	29
I.II.X Sebepoškozování a sebevražedné chování	30
I.II.XI Terapie	31
I.II.XI.I Farmakoterapie	32
I.II.XI.II Psychoterapie	32
I.II.XII Odraz v kultuře	34
I.II.XII.I Emo	35
I.II.XII.II Gothic	36
I.III Diagnostické metody	37
I.III.I Klinické metody	37
I.III.I.I Pozorování	37
I.III.I.II Rozhovor	38
I.III.I.III Anamnéza, práce s dokumentací	39
I.III.II Inteligenční testy	41

I.III.II.I WISC III	41
I.III.III Projektivní metody	42
I.III.III.I AAC – apercepční testy pro adolescenty	42
I.III.III.II Rorschachův test	45
I.IV Kvalitativní výzkum	46
II. ČÁST EMPIRICKÁ	48
II.I Hypotézy a cíl práce	48
II.II Charakteristika souboru	48
II.III Design výzkumu	49
II.IV Jednotlivé kazuistiky	51
I.IV.I Anna (16 let)	51
I.IV.II Jana (16 let)	56
I.IV.III Nela (11 let)	60
I.IV.IV Marek (14 let)	63
I.IV.V Petr (13 let)	66
I.IV.VI Ondřej (14 let)	70
I.IV.VII Lucie (17 let)	73
I.IV.VIII Tereza (15 let)	78
I.IV.IX Klára (16 let)	81
I.IV.X Adéla (12 let)	84
I.IV.XI Martina (17 let)	87
I.IV.XII Eliška (14 let)	90
I.IV.XIII Teenka (15 let)	93
III. DISKUSE	95
III.I Výsledky empirického šetření	95
III.I.I Děvčata	95
III.I.II Chlapci	98
III.I.III Analýza výsledků	99
III.I.III.I CIQ	99
III.I.III.II Diagnóza	99
III.I.III.III Počáteční věk a délka sebepoškozování	100

III.I.III.IV Zdroj informace	101
III.I.III.V Metoda	101
III.I.III.VI Umístění	102
III.I.III.VII Nástroje	102
III.I.III.VIII Na co myslí	103
III.I.III.IX Bolest	104
III.I.III.X Krev	104
III.I.III.XI Motivace	104
III.I.III.XII Pokus o suicidium a metoda	105
III.I.III.XIII Jizvy	106
III.I.III.XIV Partner dříve a nyní	107
III.I.III.XV Budoucí rodina	107
III.I.III.XVI Abúzus. droga	108
III.I.III.XVII Emo, gothic	109
III.I.IV Interpretace projektivních metod	110
IV. ZÁVĚR	113
SUMMARY	114
SEZNAM LITERATURY	115

*Píšu si po rukou,
píšu si po těle,
myšlenky o smrti,
tvářím se nesměle ... **

ÚVOD

„Začalo to minulou zimou. Vlastně si to nepamatuji úplně do detailu, ale něco málo mi v hlavě zůstalo....“

Kámošky ze třídy mě najednou začaly odstrkovat a moje nejlepší kamarádka si našla jinou. V té době jsem se hodně zajímala o obrázky a články s jedním jediným podnětem - sebeubližování. Hned po škole jsem se zavírala doma, a jak zběsila listovala stránkami na netu. Všechno jsem už znala, ale jedna věta mi zůstala v paměti a nepochopím ji:

„Bolest mi pomáhá“.

Pak jsem jeden den ve škole omylem rozbila keramické květináč. Ani nevím proč, ale zavřela jsem se na záchodě a pořežala se. Nejdřív jenom málo, ale den po dni se to stupňovalo....“

Teenka, 14 let

Sebepoškozování... můžeme je nazvat fenoménem poslední doby.

Na internetových stránkách i na stránkách časopisů nejrůznějšího zaměření je možné nalézt tento termín skloňovaný ve všech pádech. A hned vedle textů obrázky s ostrými předměty zářící červenou barvou.

Čím dál větší počet dětí, dospívajících i mladých lidí na prahu dospělosti nedokáže svůj problém, svou vnitřní bolest, řešit jinak než ublížením sobě samému. Prožívají chaotickou a zmatenou dobu, ve které emoce převládají, a sebevědomí naopak ustupuje do pozadí. Raději se svěří internetovému blogu než rodičům.

Sebepoškozování je způsobem řešení, který přináší úlevu, zmiňuje napětí, nikoli však nadlouho. Podle těch, kteří se s tímto problémem potýkají, jim dělá fyzická bolest dobře, je příjemná, člověk při ní nemyslí na nic jiného. A jizvy, které jsou nesmazatelným důkazem zoufalství? Ty se dají schovat pod dlouhé rukávy.

Sebepoškozování je však začarovaným kruhem, rozjetým vlakem, ze kterého se jen těžko vystupuje. Někteří odborníci jej popisují jako nový typ závislosti.

Pro mnohé je sebepoškozování tabu. Jsou tací, kteří se s ním nikdy neseťkali, dokonce i tací, kteří o něm nikdy ani neslyšeli. Na druhou stranu však nalezneme mezi dětmi a dospívajícími nemálo těch, pro které je sebepoškozování aktuálním problémem.

Kde se v dětech a hlavně dospívajících bere potřeba si ublížit?

Tato práce si klade za cíl zmapovat a utřídit poznatky, které byly o daném tématu doposud publikovány a sledovat tento fenomén na konkrétních případech.

I. ČÁST TEORETICKÁ

Teoretická část této diplomové práce je rozdělena na čtyři volně na sebe navazující celky. První z nich se zaměřuje na obecný rámec, do kterého sebepoškozování spadá. Jedná se především o ukotvení tohoto jevu v oblasti osobnosti člověka, dále nelze opomenout téma sebepojetí, jeho jednotlivé složky, vývoj a podrobnější objasnění souvislosti se sebepoškozováním.

Druhá část se zabývá vymezením samotného pojmu sebepoškozování z pohledu několika autorů a jeho příslušnost do rámce agrese. Popisuje typy sebepoškozování, jednotlivé metody, výskyt, etiologii z hlediska biologického i psychodynamického, příčiny a funkce, průběh aktu sebepoškození a terapii. Tato fakta jsou doplněna okrajovými tématy jako vývoj pojmu, historie sebepoškozování a jeho odraz v současné moderní kultuře.

Třetí kapitola se věnuje stručnému popisu diagnostických metod, jež jsou následně využívány v praktické části diplomové práce, tedy při konkrétní práci s jednotlivými dětskými a dospívajícími klienty.

Čtvrtá, poslední, část stručně pojednává o kvalitativním výzkumu coby metodě, která je v této práci využívána.

I.1. JÁ – INTEGRUJÍCÍ SLOŽKA OSOBNOSTI

Osobnost lze definovat jako relativně stabilní systém, komplex vzájemně propojených somatických a psychických funkcí, který determinuje prožívání, uvažování a chování jedince, a z toho vyplývající jeho vztah s prostředím (VÁGNEROVÁ 2004, s. 215).

Osobnost jako celek zahrnuje subjektivní a objektivní přístup. Z objektivního hlediska se jedná o soubor vnějších projevů, jednání a výkonů. Z hlediska subjektivního je osobnost tvořena více či méně jasně uvědomovanou představou sebe sama, tzv. vlastního JÁ. Sám sebe člověk prožívá jako JÁ, ve vztahu k okolí je subjektem, okolní svět vnímá jako objekt (www.rvp.cz¹).

JÁ je funkcí, která činí osobnost konzistentním, integrovaným a individuálně specifickým celkem. Proto je její nejvýznamnější součástí (VÁGNEROVÁ 1999, s. 170).

Podstatným projevem osobnosti je *vědomí*. Je možné říci, že vědomí je vždy předmětné (tzn. vědomí čeho) a podmětne (tzn. či vědomí). Obě tyto vazby se stýkají v tzv. *jáství*. Každá naše činnost, kterou provádíme v bdělém stavu, je doprovázena prožitkem JÁ, vědomím JÁ. JÁ vnímáme ve svém těle, jako patřící k našemu tělu, popř. si ho v některé části

¹ Kompletní citované [www](http://www.rvp.cz) adresy jsou uvedeny na konci diplomové práce v kapitole Seznam literatury.

našeho těla představujeme. Podle Balcara zahrnuje prožitková struktura jáství JÁ jako subjekt (aktivní činitel) a JÁ jako objekt (obraz sebe sama) (BALCAR 1991, s. 152).

Obraz JÁ vzniká a vyvíjí se v interakci jedince se světem, a to na základě zobecnění zkušenosti, které sám se sebou učiní, ale i na základě sociálních reakcí a hodnocení ostatních. Veškeré informace člověk ukládá, rozumově zpracovává a hodnotí.

Vědomí vlastní identity, tj. prožívání a uvědomování sebe sama, je základním specifickým rysem osobnosti, vztažným rámcem, který zpracovává a sjednocuje veškerou zkušenost, centrem integrace a koordinace všech psychických projevů. Slouží potřebě orientace a zároveň potřebě jistoty a bezpečí (VÁGNEROVÁ 1999, s. 170).

Vědomí vlastního JÁ určuje identitu člověka i její kontinuitu v čase. Člověk si uvědomuje, že je to stále on, i když se v průběhu času více či méně mění. Kontinuita JÁ je udržována stabilními znaky osobnosti, jako je trvalý pocit vlastního těla, jméno, pohlaví, určitá sociální příslušnost, rodinná identita apod. (VÁGNEROVÁ 2004, s. 257).

1.1.1 Sebepojetí

Sebepojetí je možné vymezit jako představu sebe sama, na které se podílejí složky poznávací, smyslová a citová. Je reprezentováno komplexním obrazem vlastního JÁ, ze kterého vyplývá postoj k sobě samému (VÁGNEROVÁ 2004, s. 255). Macek popisuje sebepojetí jako soubor znalostí a pocitů o vlastním já (MACEK 1999, s. 61), a Vymětal je definuje jako relativně stálý a ucelený, současně však měnící se vztah lidského jedince k sobě samému i k subjektivně důležitým skutečnostem jeho života (VYMĚTAL 1996, s. 43).

Mezi jednotlivé složky sebepojetí je možné zahrnout:

- **sebeobraz** – emočně nesená část sebepojetí, tedy to, jak člověk prožívá sám sebe;
- **sebehodnocení** – hodnota, jež člověk dává svému obrazu JÁ, má dvě roviny:
 - **reálné JÁ**: za koho se jedinec považuje, jak se hodnotí;
 - **ideální JÁ**: jaký by chtěl jedinec být, je zdrojem motivace;
- **sebedůvěra** – představa vlastních možností v aktuálním sociálním kontextu, která úzce souvisí se sebehodnocením a sebeúctou;
- **sebeláska** – citový vztah k sobě samému, který je vyjádřen mírou spokojenosti či nespokojenosti se sebou samým;
- **svědomí**;
- **sebeúcta** (VÁGNEROVÁ 2004, s. 255 – 257; GOLDMANN, BAŠTECKÁ 2001, s. 155).

Součástí sebepojetí je také uvědomění si vlastních kompetencí, schopnosti fungovat jako aktivní či dominantní činitel. Tato dimenze se projevuje jako pocit vlastní moci, míra tohoto pocitu je přímo úměrná pocitu sebedůvěry.

V oblasti sebepojetí lze rozlišit tři základní složky:

Tělesnou identitu je možné vyjádřit jako vědomí fyzické odlišnosti od vnějšího prostředí (jedinec zná hranice mezi tělovým JÁ a ne-JÁ). Člověk své tělo určitým způsobem vnímá, pociťuje, poznává a vědomě reguluje jeho aktivitu. Také své tělo hodnotí, zaujímá k němu a jeho částem určité postoje, má k němu určitý citový vztah. Je důležité, aby člověk přijal své tělo takové, jaké je, aby byl sám se sebou identifikován.

Výsledkem prožívání vlastního těla a komplexního zpracování všech informací, které mají k tělu nějaký vztah, i jejich uchování v paměti je *tělové schéma* (VÁGNEROVÁ 2004, s. 253 – 254).

Tělo je pro člověka, vedle ostatních funkcí, zdrojem hédonických pocitů, které mu dovolují se těšit ze života a činit ho příjemným. Na druhé straně nespokojenost s vlastním tělem může stupňovat utrpení a zesilovat sebedestruktivní tendence. Závažné negativní životní události působící fyzické i duševní utrpení trauma mohou natolik změnit percepci vlastního těla a postoj k němu, že tělo bude odmítáno, nenáviděno, poškozováno a ničeno (YAMAMOTOVÁ, PAPEŽOVÁ 2002, s. 213).

V případě psychické identity se jedná o vědomí jedinečnosti a odlišnosti od ostatních a časové kontinuity tohoto faktu. Psychické JÁ je souhrnem individuálně typických duševních procesů a vlastností, které vytvářejí představu o sobě samém (o své vlastní psychice). Zahrnuje kognitivně-receptivní složku (člověk si uvědomuje své vlastní pocity, myšlenky, postoje i projevy chování, prožívá svou existenci a rozumově zpracovává informace, které se stávají obsahem jeho vědomí) a integrující a regulační složku, jejíž součástí je vědomí, že člověk je schopen aktivně reagovat a regulovat vlastní psychiku a řídit ji tak, aby fungovala jako jeden celek.

Sociální identitou je míněn fakt, že součástí sebepojetí je i příslušnost k určitým sociálním skupinám, dále role, které z této příslušnosti vyplývají a míra jejich prestiže. Zahrnuje sebevymezení tím, kam člověk patří a jak je zde hodnocen a akceptován (VÁGNEROVÁ 2004, s. 253 – 254).

K vlastnímu sebepojetí dítě dospívá přibližně mezi druhým a třetím rokem života. Zdrojem tohoto vědomí jsou sociální a interakční zkušenosti a vnímání sebe sama jako jedinečné sociální bytosti s určitými vlastnostmi (www. rvp.cz).

I.I.II Vývoj sebepojetí

Člověk se s pocitem vlastního JÁ nerodí, ale vytváří si jej v průběhu života. Děje se tak v interakci s vnějším prostředím, zejména s jeho sociální složkou (VÁGNEROVÁ 1997, s. 177).

Vágnerová charakterizuje vývoj sebepojetí od kojeneckého věku až po období mladá dospělosti. Toto věkové rozmezí je velmi důležité z hlediska osvojování norem a případného vzniku poruch chování.

V kojeneckém období se s rozvojem motoriky pozvolna vytváří vědomí tělesného JÁ. Jde především o uvědomění si hranic vlastního těla. Přibližně v šestém měsíci života začíná být matka dítětem vnímána jako samostatná bytost, které je oddělena jak od dítěte samého, tak odlišena od ostatních lidí. Uvědomování si sebe sama se děje především na základě smyslových informací, prožívání postupně se rozvíjejících motorických kompetencí i rozdílných pocitů, které doprovázejí manipulaci jiného člověka s dítětem.

V batolecím období dochází k mnoha vývojovým změnám, ze kterých vyplývá i velmi rychlý rozvoj sebepojetí. Jedná se především o rozvoj samostatné lokomoce a dalších senzomotorických aktivit, což umožňuje osamostatnění v sociálních vazbách, decentraci v poznávání i sebepoznávání, a z toho vyplývající rozšíření vlastních kompetencí.

JÁ je nejen tělesným schématem, ale i možností samostatné a nezávislé aktivity, jenž se uplatňuje a potvrzuje v sebeprosazování, které může mít až charakter negativismu. Odlišení JÁ od okolního světa se dostává i na úroveň slovních znaků. Dítě má jméno, které je definuje a je součástí jeho identity.

Důležitou rolí ve vývoji sebepojetí dítěte hraje působení rodiny. Prostřednictvím chování rodičů si dítě začíná uvědomovat specifické rysy své vlastní identity a její trvalost.

V sociálním kontextu se dítě učí obecným společenským normám. V této souvislosti začíná jeho sebepojetí nabývat i charakteru sebehodnocení, jehož základem je zpětná vazba, kterou dítě dostává od okruhu svých blízkých (VÁGNEROVÁ 1999, s. 178 – 179).

Předškolní období je dle Eriksona charakterizováno jako období aktivity a iniciativy. Aktivita dítěte je usměrňována a hodnocena okolím, a dítě toto hodnocení zatím zcela bezvýhradně přijímá. Je plně vázáno na názory dospělých autorit.

Dítě také získává různé role, které spoluvytvářejí jeho identitu. Každá z rolí má svůj sociální význam a z něho vyplývající status. Koncem tohoto období se objevuje morální konformismus, pro který je příznačná snaha přizpůsobit se požadavkům osob z okolí (KURIC 1986, s. 141). Dítě je schopno osvojit si důležité normy chování natolik, že se s nimi dokáže identifikovat a chovat se podle nich i ve chvíli, kdy není přítomna žádná osoba, která by je

kontrolovala. Z původně vnějších pravidel se vytváří pocit viny, který se stává jedním z kritérií sebehodnocení.

Ve školním období je dítě nuceno přijmout roli školáka. Ve škole je hodnoceno za svůj výkon, porovnáváno s ostatními dětmi a jeho pozice ve skupině bývá vymezena kategorií úspěchu nebo neúspěchu. Opakovaný neúspěch může vést k negativnímu sebehodnocení a k pocitům méněcennosti.

Identita mladšího školáka je určena především názory a hodnocením dospělých autorit. Je také definována příslušností k určité sociální skupině. V prvních deseti letech je nejdůležitější sociální skupinou rodina, ve středním školním věku začíná nabývat na významu skupina vrstevníků. Role a postavení, kterou zde dítě získává, tvoří důležitou součást sebepojetí.

Období dospívání je obdobím hledání a vytváření vlastní identity. Vlivem tělesných změn spojených s pohlavním zráním dochází k zásadním proměnám sebepojetí. Hledání a vytváření identity způsobuje nejistotu a pochybnosti o sobě samém a své pozici ve společnosti.

V tomto období získává pubescent nový zevnějšek, který jej nutí změnit představu o vlastním tělovém schématu. Zvyšuje se sebekritičnost ve vztahu k vlastnímu tělu, na důležitosti nabývá úprava zevnějšku.

Jak uvádí Vágnerová, jedinec, který je vzhledově znevýhodněn, je v oblasti identity ohrožen zvýšenou nejistotou a z toho vyplývajícím rizikem negativního sebehodnocení, které bývá často sociálně posilováno. Adolescent, který se v tělesné oblasti vymyká očekávané normě, prožívá svou odlišnost jako nespravedlivou, a v situacích, kde hraje zevnějšek důležitou roli, prožívá pocit zklamání, úzkost, tenzi, či vztek a agresi, někdy i autoagresi (VÁGNEROVÁ 2000, s. 328).

Dospívající mají tendenci hledat nezpochybnitelnou pravdu, hodnoty, ideály a vzory a ztotožnit se s nimi. Vnější stylizace vyjadřuje sociální identitu, danou příslušností k vrstevnické skupině, se kterou se dospívající v rámci potřeby osamostatnění identifikuje.

Pro období dospělosti je charakteristické dosažení žádoucí varianty nové osobní identity a její stabilizaci (VÁGNEROVÁ 1999, s. 180; VÁGNEROVÁ 2004, s. 262 – 264).

Kanadský vývojový psycholog James Marcia charakterizoval čtyři fáze ve vývoji lidské identity. Popisují přechod od první fáze - nediferencované identity dítěte ke čtvrté fázi - pravé identitě dospělého, která se vyznačuje stabilním a vyrovnaným sebepojetím v oblasti sociální i osobní.

Druhou fází tohoto procesu dospívání vidí jako nahradní identitu, tedy stadium, ve kterém se člověk přikloní k téměř nahodně vybraným hodnotám a sebepojetí, aby zabránil prázdnosti. Dospívající potřebuje být součástí vrstevnické skupiny, aby překonal úzkost ze sociálního vakuu v momentě, kdy se odpoutává od své rodiny. Její styl umožňuje orientovat se v sobě i ve světě. Právě v této fázi hrají významnou roli hudební směry a s nimi spojené subkultury (dále viz kapitola I.II.XII Odras v kultuře).

Třetí fáze je nazývána identitním moratoriem, kdy jedinec rezignuje na vyhraněné sebedefinování, což znamená kritické „poodstoupení“ od vnějších znaků zvolené subkultury. Pokud dotyčný u stylu zůstává, cítí se být osloven především hudbou, často se sám přiklání k umělecké produkci (MARCIA in HEIDER 2008, s. 43).

I.I.III Vztah sebepojetí a sebeпоškozování

Sebezraňující chování je s integritou vlastního těla, vlastního JÁ, velmi úzce spjato. Dle dynamické teorie Horneyové nepřijetí sebe samého až sebenenávist (která vzniká konfliktem mezi existujícími rysy osobnosti a idealizovaným self) se projevuje právě autoakuzacemi, sebeopovržením, neurčitými pocity vlastní marnosti a sebezraňujícím chováním (MALÁ 1996, s. 63).

Sebenenávist kulminuje v čistých a přímých sebedestruktivních impulsech a činech. Ty mohou být akutní nebo chronické, otevřeně útočné nebo spíše zákeřné a pomalu působící, vědomé nebo nevědomé, reálně provedené nebo probíhající pouze ve fantazii. Míří neomylně k fyzické, psychické a duchovní sebedestrukcí. Sebedestruktivní touhy namířené proti tělu jsou nejnázne pozorovatelné (HORNEY 2000, s. 132 – 133).

Problematiku sebeпоškozování a vývoj sebepojetí a jeho jednotlivých složek od sebe tedy není možné jednoduše oddělit. Pokud vývoj sebeobrazu v průběhu dětství a dospívání neprobíhá správně a některé vnitřní nebo vnější činitele působí patologicky, zvyšuje se pravděpodobnost nesprávného postoje k vlastnímu JÁ – tělesnému, psychickému i sociálnímu. Obzvláště v období raného dospívání, které je obdobím typickým pro hledání vlastní identity, jsou jedinci v oblasti sebedůvěry a sebehodnocení velmi citliví. Mnozí dospívající mají tendenci k podceňování sebe sama a jejich sebevědomí bývá křehké.

Při správném vývoji sebepojetí jedinec nemá potřebu narušovat svou tělesnou integritu. Pokud se tělesné i psychické JÁ vyvíjí v těsném sepojetí a obě tato JÁ jsou vnímána jako jeden integrovaný celek, nemá jedinec tendenci poškozovat své vlastní JÁ.

V opačném případě je možné, že tělesné JÁ není pod tlakem vnějších vlivů jedincem zrale přijímáno. Může být vnímáno odlišně (tedy nikoli jako jeden celek tvořený dohromady

s psychickou a sociální identitou), a stávat se terčem a prostředkem vyrovnání napětí, pokud se psychické JÁ dostává do dysbalance

V první podkapitole teoretické části práce byly definovány termíny jako jáství a sebepojetí především dle Vágnerové. Tyto pojmy pak byly dány do souvislosti se sebepoškozováním, a z výkladu je tedy zřejmé, že jednu z prvotních příčin sebepoškozování je nutné hledat již na úrovni vývoje sebepojetí.

I.II SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

I.II.I Vymezení pojmu

Agrese je jednou ze specifických emočních reakcí. Jedná se o souborný pojem, který zahrnuje jak její jednoduché formy, tak složité komplexy až násilí. Jde o otevřený útok nebo hostilitu, či pasivně negativistické formy vzteku s emoční podrážděností a agresi, sexuálně agresivní chování, nebo nemotivované destruktivní chování, či případně o agresi ve formě životní energie spíše s pozitivní konotací jako asertivní úsilí sloužící k uskutečnění konstruktivních, kreativních tendencí jednotlivců, rodiny nebo národa.

Mezi 4 stupně agrese patří:

- agrese jen v myšlenkách (navenek zcela potlačená);
- verbální agrese;
- agrese proti objektům;
- agrese proti subjektům (zvířatům, lidem) (MALÁ 1996, s. 58 – 59).

Dle Atkinsona je agrese definována jako chování s cílem verbálně nebo fyzicky zranit jinou osobu nebo zničit nějakou věc (ATKINSON 2003, s. 405).

Jestliže se agrese obrátí vůči vlastnímu tělu, jedná se o *autoagresi*, tedy o jednání, kterým jedinec poškozují sám sebe (HARTL 2000, s. 64). *Sebepoškozování* je jednou z jejích forem. Spodní hranice je tvořena verbální autoakuzací (VÁGNEROVÁ 1993, s. 23), horní hranici představuje suicidium.

ICNP obecně definuje sebepoškozování jako vykonávání aktivit vycházejících z vlastního podnětu za účelem ublížení či poškození sama sebe, násilí směřující na sebe sama (www.icnp.cz).

Psychologický slovník uvádí, že v případě sebepoškození se jedná o sebemrzačení, automutilaci, autodestrukci, od polykání předmětů a úrazů až k sebevražedným pokusům. Může být buď účelové (jako je vyhnutí se vojenské službě) nebo příznakem duševní choroby jako melancholie nebo schizofrenie (HARTL 2000, s. 524).

Podle Kocourkové představuje sebepoškození chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít. Jeho důsledkem je poškození tělesné integrity. Sebepoškození 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 sebepoškození v patologickém slova smyslu (KOCOURKOVÁ 2003, s. 73-74).

Hort řadí problematiku sebepoškození pod termín „dysharmonický vývoj osobnosti“, který, podle autora, dovoluje vyjádřit, že u vyšetřovaného dítěte jde o něco více než jen o přechodné, symptomatické, reaktivní problémy. Vedle nich či ve spojitosti s nimi hraje větší či menší úlohu i bazální výbava psychiky a způsobů jejich projevů, která může přesahovat do dospělosti jako osobnostní varianta (HORT 2000, s. 325).

Podle Horta jde o vědomé, cílené poškození sebe samého, které není vázáno na psychózu nebo mentální retardaci. Má nejčastěji charakter lokalizované automutilace, ke které většinou dochází pořezáním (nožem, žiletkou, sklem) na zápěstí, ruce, ale i na dolních končetinách, vzácně v obličeji, na prsou, břicho. Toto jednání může mít rituální složku, jeho spouštěčem bývá stresor působící z okolí. Poškození nebývá vážné, u většiny těch, kdo se poškozují, však bývá anamnéza suicidálního jednání (HORT 2000, s. 340).

Dle Babákové pojmem sebepoškození rozumíme úmyslné narušení vlastní tělesné integrity. Dochází k němu bez účasti cizí osoby a nezahrnuje stavy se sebevražedným úmyslem nebo sexuální aktivity. Obraz sebepoškození je neohraničený, ve smyslu formy, kvantity a míry naléhavosti. Objevuje se v kategoriích psychických poruch napříč diagnostickým spektrem, ale i v přirozené a společensky tolerované podobě. Může se jednat o řezná poranění zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, popálení od cigarety, škrábance nehtem, ale i poleptání (BABÁKOVÁ 2003, s. 165).

Z psychiatrického hlediska je sebepoškození patologickým behaviorálním projevem. Je to chování, které může být součástí klinického obrazu celé řady duševních poruch. Je závažné především:

- vysokým suicidálním rizikem, možným ohrožením života
- manipulativní složkou
- možností „nákazy“
- svou impulzivitou, nutkavostí a „cravingem“ (puzení k opakování)
- svou těžkou farmakologickou i psychoterapeutickou ovlivnitelností (MALÁ a kol. 2007, s. 9)

Společensky přijímané či tolerované podoby sebepoškození mohou mít formu určitého zdození, iniciačního rituálu, magické ochrany. V našich současných podmínkách jsou společensky přijímané či tolerované formy sebepoškození představovány *tetováží* a *piercingem*. I v těchto formách porušování tělesné integrity je možné nalézt určitý symbolický nebo archetypální význam, i když řada nositelů argumentuje pouze módním hlediskem (MALÁ a kol. 2007, s. 9).

U adolescentů civilizovaného světa je tetováž viditelným znamením příslušnosti k určité sociální skupině. Podobnou funkci plní i piercing. Jeho držitel naznačuje příslušnost k určité subkultuře, např. tzv. „anarchistů“. Prožitá bolest je důkazem loajality ke skupině (BABÁKOVÁ 2003, s. 165).

I.II.II Historie sebepoškození a vývoj pojmu

Úmyslné zraňování sama sebe provází lidstvo už odnepaměti. Původně mělo náboženský, léčebný nebo „očisťující“ charakter (<http://zena.atlas.cz>). Primitivní národy praktikovaly (a některé dodnes praktikují) rituální sebezraňování za účelem nejen ozdobným (tetováž, vytváření kožních jizev), ale také jako znamení příslušnosti k určité sociální vrstvě či skupině. Může se jednat také o separační a iniciační rituály, kdy poranění navenek plní viditelně funkci přechodu dítěte do dospělosti. V současné době je možné pozorovat podobné rituální sebezraňování např. u hinduistických svatých mužů, které vyjadřuje náboženskou příslušnost nebo výjimečnost (BABÁKOVÁ 2003, s. 165).

V dřívějších dobách bylo možné pozorovat záměrné sebezraňování také u vězňů, kteří z mnoha důvodů a motivů polykali nejrůznější předměty. Byly to především lžice, ulomená držadla jídelních misek, sklo, žiletky, jehly, teploměry, propisovací tužky, šrouby, matice, hřebíky, nezřídka i ve větším počtu. Výjimkou nebyly ani případy požití různých chemikálií jako čisticí a dezinfekční prostředky, louhy, benzín či nehašené stavební vápno.

Důvody tohoto jednání vězňů byly různé. Nejčastěji si chtěli zpříjemnit trest pobytem v nemocnici s méně přísným personálem, jiní chtěli využít změnu prostředí k útěku. V minulosti byla motivem k sebepoškození i kvalitnější nemocniční strava. V dalších případech někteří uvěznění chtěli svým sebepoškozením získat trvalou invaliditu a úlevy s tím spojené, včetně možného propuštění či alespoň změny vězeňského režimu. Mnozí se snažili pobyt v nemocnici co nejdéle prodloužit tím, že do nezhojené chirurgické rány zanašeli infekci (např. tím, že ránu znečistili vlastní stolicí) (<http://www.spsmvbr.cz/>).

Zvláštním případem je záměrné sebepoškození vojáků, kteří si např. postřelili nohu, aby se dostali z fronty (SVOBODA a kol. 2006, s. 109).

Autoagresivní chování se ve věznicích vyskytuje dodnes. Mívá celou řadu příčin, ať už se jedná o nedostatek stimulace a interakce s druhými lidmi, snaha o upoutání pozornosti nebo jako manipulace s okolím či regulace emoční krize. Někdy bývá signálem poruchy osobnosti, ale i dnes může být radikálním pokusem, jak dosáhnout požadovaných úlev (MALÁ a kol. 2007, s. 30, VÁGNEROVÁ 2004, s. 820).

Historicky mělo sebedestruktivní, autoagresivní chování různá označení a lišilo se svou intenzitou a vážností od život ohrožujících projevů po nepatrné náznaky zranění.

Názvy *částečné suicidium* (Meninger 1935) a *antisuicidium* (Simpson 1976) se neujaly, termíny *parasuicidium* (Kreitman 1977), *pseudosuicidium* (Lennard 1979) a *úmyslné sebepoškození bez fatálního konce* (Organ 1995) nebyly rozšířeny.

Nakonec bylo široce akceptováno jednoznačné pojmenování dvojího různého agresivního jednání:

- *sebevražedný pokus*: chování s vážným úmyslem smrti, s vágním úmyslem jako volání o pomoc nebo adolescentní koketování se smrtí
- *sebeпоškozující chování*: autoagresivní chování, kde úmysl smrti není vyjádřen na vědomé úrovni

V roce 1967 použil Graff pojem *pořezání zápěstí* (wrist cutting syndrom) pro pořezání odlišné od jiných suicidálních pokusů. Termínem z konce minulého století – *sebezraňování* (self-injurious behavior – SBI) je definováno úmyslné narušení vlastní tělesné integrity bez vědomé suicidální motivace. Hojně používaným názvem *automutilace* je míněno vysoce agresivní chování k sobě samému, nejčastěji prováděné z psychotické motivace. O něco později byl pro popis zraňujícího chování hlavně u mentální retardace zaveden termín *autoagresivní chování*

Začátkem nového tisíciletí se začaly znovu užívat názvy *sebeпоškozující chování* (self-harm behaviour – SBH) a *záměrné sebeпоškozování* (deliberate self-harm – DSH). Jedná se o různorodou skupinu chování, která je heterogenní a neohraňovaná nejen ve smyslu formy, ale také z hlediska naléhavosti, frekvence výskytu i vyvolávajících či spolupůsobících faktorů (MALÁ a kol. 2007, s. 10 – 11).

U různých autorů je možné nalézt různá označení, jimiž je sebeпоškozování označováno. Ne vždy však tato označení odpovídají svým významům tak, jak bylo uvedeno ve výčtu výše. Je pravděpodobné, že tyto nesrovnalosti vznikají důsledkem neustále nových výrazů, které přicházejí ze zahraničí a jejich rychlému vývoji.

I.II.III Typy sebepoškozování

Úmyslné sebepoškozování lze dělit na typ impulzivní a typ kompulzivní:

1. Impulzivní sebepoškozování je epizodické nebo opakující se chování přinášející pacientovi určitý druh úlevy a utěšení, eventuálně také odvrácení suicidálních myšlenek. Nejčastěji se projevuje porušením kůže. Objevuje se u rozličných psychiatrických diagnóz:

- a. *specifické poruchy osobnosti*: hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti, disociální a histrionská porucha osobnosti, u dětí jde o dysharmonický vývoj osobnosti ústící ve výše zmíněné typy
- b. *psychotické poruchy*: schizofrenie, bipolární poruchy
- c. *disociativní stavy*
- d. *obsedantně kompulzivní poruchy*
- e. *posttraumatické stresové poruchy*
- f. *jedinci sexuálně zneužívaní, týraní, šikanování, deprivovaní*
- g. *poruchy příjmu potravy*: často sebepoškozování v anamnéze
- h. *poruchy vyvolané účinky psychoaktivních látek*
- i. *jedinci experimentující až závislí na návykových látkách*
- j. *pervazivní vývojové poruchy*
- k. *hyperkinetické poruchy*
- l. *dětská schizofrenie*: schopnost sebekontroly je omezena, což se projevuje nesmyslnými impulzivními reakcemi, někdy i agresí a sebepoškozováním
- m. *Tourettův syndrom*: tikové onemocnění, které se projevuje silnými svalovými záškuby, grimasováním a nekontrolovatelnými hlasitými výkřiky (www.stoplus.cz)
- n. *mentální retardace*: objevuje se sebezraňování organické i za účelem upoutání pozornosti, dále u těchto syndromů:
 - *Lesh Nyhamiv syndrom*: onemocnění recesivně vázané na chromozom X, defekt purinového metabolismu
 - *Syndrom Prader-Willi*: genový defekt na 15. chromozomu, poruchy chování, obezita a hyperfagii, hypogonadismus
 - *Syndrom Cornelia de Lange*: vzácná kongenitální porucha, časté jsou různé stereotypie, které budí dojem nadměrné péče o vzhled

(MALÁ 1996, s. 62 – 63, MALÁ a kol. 2007, s. 13 a 23;
VÁGNEROVÁ 2004, s. 363)

2. Kompulzivní sebepoškozování je nutkavé opakující se ritualizované chování mající někdy symbolický charakter. Je typické u pacientů s:

- a. **trichotilomanií**: porucha charakterizovaná zřetelným úbytkem vlasů, který je způsoben opakovaným selháním snahy odolat impulzům k jejich vytrhávání;
- b. **Touretovým syndromem**. zde má sebepoškozování nečastěji podobu tlučení hlavou, tlučení či fackování se, kousání se do rtů, jazyka či sliznice dutiny ústní, dloubání se do očí, štipání se, kousání si nehtů) (FAVAZZA, ROSENTHAL in MALÁ 2007, s. 23)

I.II.IV Metody sebepoškozování

Metody sebeubližování si jsou různorodé. Nejčastěji se jedná o:

- řezání (žiletkami, noži, střepy skla či zrcadla, nůžkami, jehlami apod.)
- škrábání (nehty či různými předměty)
- bití sebe samého něčím nebo o něco
- popalování se (cigaretou, sirkou, svíčkou, zapalovačem, žehličkou)
- dušení, bránění dýchání
- rytí do ran nebo jizev, tendence nenechat rány zahojit
- propichování kůže, bodání se
- poleptání se (louhy, kyseliny)
- požívání nebezpečných chemikálií nebo předmětů (baterie, špendlíky)
- pojídání velkého množství léků (i v kombinaci s alkoholem)
- vytrhávání všech druhů ochlupení
- umělé vyvolání horečky (BABÁKOVÁ 2003, s. 165, MALÁ a kol. 2007, s. 23; <http://sebeposkozovani.ath.cx/>; www.selfharm.org.uk/; www.kbtinstitut.cz).

Výsledky ankety serveru sebeposkozovani.ath.cx na téma „Jak si nejčastěji ubližují“, ve které hlasovalo 373 respondentů, ukazují:

a. řezání žiletkou	53,89% (201 respondentů)
b. řezání se jinými ostrými předměty	14,71% (55)
c. řezání se nožem	11,80% (44)

d. bránění spánku a hladovění	4,01% (15)
e. kousání rtů, tváří, jazyka	2,94% (11)
f. škrábání	2,41% (9)
g. okusování a strhávání si nehtů	1,87% (7)
h. pálení kůže	1,60% (6)
i. sebebití	1,07% (4)
j. otevírání dřívějších ran	0,80% (3)
k. vytrhávání vlasů	0,27% (1)
l. jiný způsob	4,55% (17)

Poranění jsou většinou povrchního charakteru, u opakovaného sebepoškození je typický jejich mnohočetný výskyt. Nejčastěji bývá sebepoškození cíleno na předloktí a paže, méně pak na dolní končetiny. Zcela výjimečně bývá zraňován obličej, prsa a břicho. Zejména u chlapců bývá uváděn velmi výjimečný výskyt v oblasti dolních končetin a břicha (MALÁ a kol. 2007, s. 12).

I.II.V Průběh aktu sebepoškození

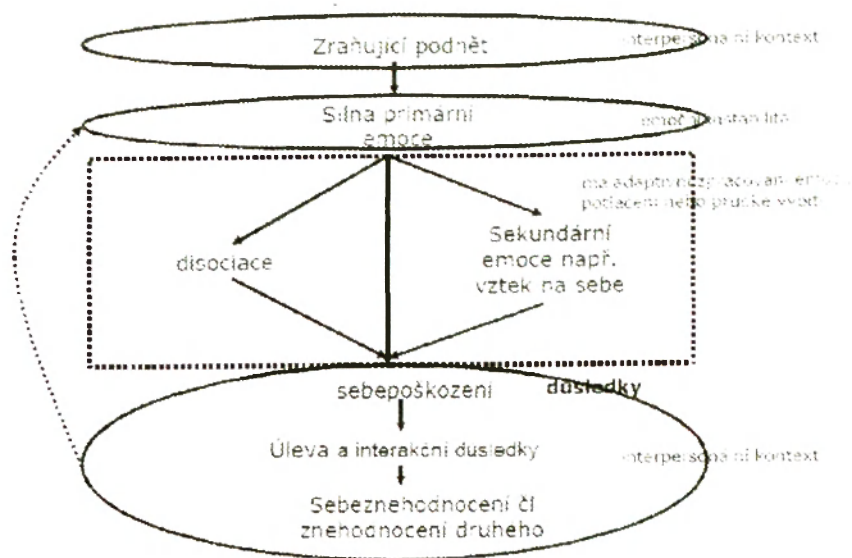
Průběh sebepoškození je individuálně variabilní, mohou se vyskytovat izolované sebepoškozující se akty, časté je však opakované sebepoškození, které přetrvává dlouhodobě. Vzorec sebepoškozujícího se aktu má tendenci se opakovat podobně jako jiné návykové projevy. Realizace bývá prováděna tajně, o samotě (MALÁ a kol. 2007, s. 12).

Průběh aktu sebepoškození má následující znaky:

- přítomnost precipitující události (např. ztráta významného vztahu)
- zesílení pocitů dysforie, napětí a úzkosti
- myšlenky na sebepoškození
- pokusy sebepoškozující jednání odvrátit
- sebepoškození
- výsledkem je uvolnění napětí

U osob, které se poškozují, hraje často důležitou úlohu precipitující událost (nejčastěji ztráta významné vazby), kterou nelze vyřešit adaptivním způsobem a která specificky stimuluje rozvoj pocitů bezmoci, lítosti, vzteku, křivdy a přání pomstít se. Agrese se obrací vůči vlastnímu tělu (KOCOURKOVÁ 2003, s. 76).

Praško uvádí následující schéma průběhu sebepoškození u osob s hraniční poruchou osobnosti (www.kbtinstitut.cz):



I.II.VI Výskyt

Sebepoškozování může u dospělých jedinců v běžné populaci dosáhnout 4%, u psychiatrických pacientů až 21%. Ženy převažují nad muži v poměru 3 – 4:1 (MALÁ a kol. 2007, s. 12).

Predilekční věk začátku sebepoškozování je adolescence. Fortune a Hawton uvádí průměrný věk začátku sebepoškozování u dívek 12 a u chlapců 15 let (<http://www.medscape.com>). Pacienty bývají nejčastěji starší adolescenti. Nizký věk osob, které si záměrně ubližují, se dá vysvětlit nezralostí osobnosti a nedostatkem schopnosti a dovedností, které pomáhají zralému člověku překonávat překážky, aniž by zraňoval sebe či své okolí (PHELPS 2007, s. 24).

Nixon našel vztah mezi časnějším věkem počátku a vyšší frekvencí závažnějších forem sebepoškozování. Frekvence a výskyt těchto forem se zvyšuje s dobou jeho trvání, tzn., že k dosažení efektu je nutná větší intenzita a časté opakování (NIXON in Malá 2007, s. 12).

V zahraniční studii s názvem *Záměrné sebepoškozování v dětství a dospívání* z roku 2005 autoři odhadují, že ve Spojeném království skončí až 25 000 dospívajících ročně s následky sebepoškozování v nemocnici. Až 6,2% australských adolescentů uvedlo záměrné sebepoškozování v předchozím roce. Z toho však jen 10,3% navštívilo nemocnici. Výrazně převažovaly dívky nad chlapci, a to v poměru 7:1. Z tohoto počtu pak 59,2% tvořily případy pořezání a 29,6% předávkování. Výsledky jsou velmi podobné těm z dřívější studie stejných autorů, provedené ve Velké Británii na vzorku 6020 adolescentů ve věku 15 – 16 let (<http://www.medscape.com>).

I.II.VII Etiologie

K vysvětlení tohoto patologického chování slouží několik etiologických modelů. Jsou to pohledy z různých úhlů a odlišných výkladových rovin, které jsou v dnešní době dostupné.

Příčiny a podklady pro sebepoškozující jednání mohou být nejrůznější. Je možné jej vysvětlovat biologicky a psychodynamicky (HORT 2000, s. 341).

I.II.VII.1 Biologické faktory

Neurobiologická teorie sebepoškozování je zaměřena na změny v neurotransmitterových systémech. Jednou ze základních podmínek vzniku autoagresivního chování je snížení neurotransmiterů:

- dopaminových;
- serotoninových;
- opiátových.

Dále jde pravděpodobně o aktivaci endorfinů, která vytvoří analgezii, euforii a dlouhodobě může vést k uvolňování endogenních opiátů (MALÁ a kol 2007, s. 14)

Při vzniku sebezraňujícího a sebedestruktivního chování hraje důležitou roli dopaminergní systém a aktivace těch mozkových struktur, které vyvolávají emoční i motivační odpovědi na bolest (tegmentum, mozková kůra a thalamus). U závažných forem sebepoškozování se předpokládá hypersenzitivita dopaminergních receptorů. Byly také zjištěny nižší hladiny dopaminu a jeho metabolitů v CNS (BABÁKOVÁ 2003, s. 168).

Výzkumy je potvrzeno, že existuje těsný vztah mezi impulzivitou, agresivitou, suicidálním jednáním a poklesem aktivity serotoninergního systému. Nálezy dokládají, že v etiopatogenezi impulzivního sebepoškozování hraje roli serotonin.

Existují genetické studie týkající se molekulárně serotoninergního systému. Bylo potvrzeno, že genetická odchylka je spojena s častějším výskytem agresivního chování. Snížení hlavního enzymu, jež degraduje serotonin (monoaminoxidáza typu A), vede ke zvýšenému výskytu autodestruktivního chování a impulzivité, pocitům neschopnosti a beznaděje, extrémně nízkému sebehodnocení a výrazně patologické depresivní náladě (MEYER in Malá a kol. 2007, s. 22).

Opiátový systém má vztah k bolesti, a tudíž i k sebepoškozujícímu chování. Existují dvě hlavní hypotézy, které se pokouší vysvětlit úlohu endogenního opiátového systému.

Hypotéza zdůrazňující **význam závislosti** předpokládá, že primárně existuje v podstatě normální aktivita endogenního opiátového systému. Ten je však trvale stimulován

opakovaným sebepoškozováním, když se pacienti snaží dosáhnout úlevy od nepříjemných pocitů. Vyvine se tolerance k účinku uvolněných endogenních opioidů, což vede k cyklicky se objevujícím abstinenčním příznakům, které jsou podnětem k dalšímu stimulování endogenního opiatového systému sebepoškozováním.

Hypotéza přikládající hlavní význam **změněnému vnímání bolesti** předpokládá určitou abnormitu endogenního opiatového systému, jež se navenek projeví sníženým vnímáním bolesti. Primárním stavem může být aktivita jak zvýšená, tak snižená. Mechanismem zpětné vazby dochází ke kompenzatornímu zvýšení produkce endogenních opioidů. Chování je vyvoláno dysfunkcí limbických struktur, zahrnující jak kognitivní, tak emoční procesy bolesti. Porucha ve vnímání bolesti signalizuje poruchu sebeuvědomění, integrace vnitřních a vnějších faktorů. Zvýšení aktivity systému endogenních opioidů může být příčinou prožitků typu znečitlivění, umrtvení či disociace. Sebepoškozování dle této hypotézy představuje stimul, kterým se jedinec pokouší nepříjemné pocity prolomit. Dle Malé 50 – 75% pacientů vypovídá, že v průběhu sebepoškozování necíti bolest (MALÁ a kol. 2007, s. 12 a 17).

Deprivační teorie, která byla ověřována na animálních modelech, hovoří o tom, že sociální izolace a deprivace vedou ke změnám hladin neurotransmiterů. Objevují se epizody agresivních impulzů s destrukcí sebe i okolí. Předpokládá se, že k dysregulaci a dysfunkci endorfinového neurotransmitterového systému vede zneužívání či zanedbávání v dětství (WINCHEL, STANLEY in Praško 2003, s. 195).

I.II.VII.II Psychodynamické faktory

Z psychodynamického hlediska existuje několik teorií, jež se zabývají mechanismy sebepoškozování.

Kafka využívá k vysvětlení motivace sebepoškozujícího chování Winnicottův **model přechodných objektů**. Někteří pacienti popisují příjemné pocity uvolnění při percepci krve na kůži. Krev je spojována s internalizovanou reprezentací matky, kterou subjekt hledá v dobách krize. Motivací k sebepoškození tak zůstává touha k redukci pocitů napětí. K provedení sebepoškození je nutné, aby kůže byla považována za ne-JÁ objekt (KAFKA in Malá a kol 2007, s. 19).

K tomu se nepřímou vztahuje i přinášení přechodných objektů na psychiatrická oddělení hraničními pacienty. Pao vzhledem k pocitům derealizace a depersonalizace před začátkem sebepoškození předpokládá stav „alter ega“. Pacienti pak mají sklon k primitivním

obraným mechanismům jako je popření, štěpení nebo projektivní identifikace (PAO in Malá a kol. 2007, s. 19).

Psychodynamické mechanismy jsou uváděny též u pacientů s anamnézou **týrání** či **sexuálního zneužívání**. Obranný mechanismus štěpení (*splitting*) izoluje afekty, které se váží k představě sebe a k představě objektu = pachatele, a tím je umožňuje vyloučit z obsahu vědomí. Je to jiný obranný mechanismus než potlačení nebo vytěsnění, umožňuje částem rozštěpených emocionálních seskupení být vědomými. Může pak dojít k rozdělení na dvě částečné jednotky, z nichž každá zahrnuje částečné zobrazení sebe, částečné zobrazení objektu a příslušný afekt. Disociativní mechanismy pak slouží jako obrana (VOLKA in Malá a kol. 2007, s. 19 – 20).

Příčiny sebepoškození jsou často dávány do souvislosti s dětskými traumaty, zvláště se sexuálním zneužíváním. Iniciální následky jsou popisovány u více než 50% zneužitých dětí. Projevují se na rovině vnitřního prožívání (úzkost, strach, vztek, vina, stud, bezmoc) i na rovině vnějšího chování (sebepoškození, školní selhávání, poruchy chování) (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ 2006, s. 292). Předpokládá se, že při nedostatečně dobré dětské zkušenosti s péčí blízké osoby se vytváří pohotovost obracet agresivní impulsy vůči vlastnímu tělu. Tato pohotovost se manifestuje zejména v období adolescence (KOCOURKOVÁ 2003, s. 75).

Opakované sebepoškození bývá spojováno také s **osobnostní patologií**, nejčastěji s poruchou osobnosti hraničního typu. Bývá uváděna i disociální, histrionská a mnohočetná porucha osobnosti.

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 3 skupiny těchto pacientů:

1. pacienti s histriónskou nebo infantilní osobnostní poruchou, kteří mají nejbliže k typu hraniční osobnosti – 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 pocit viny
2. pacienti s maligním narcisem – 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 (KERNBERG in Kocourková 2003, s. 75).

Názor, že sebepoškození představuje jeden ze znaků patologického osobnostního fungování u hraniční osobnosti, však byl postupně kritizován. Začal být spíše prosazován

názor, že v etiologii sebepoškozování sice může být určující patologická osobnost, ale také může v některých případech hrát nejdůležitější úlohu situační stres (bez ohledu na typ osobnosti). Další vývoj konceptu by mohl být odvozen od návykového typu poruchy, kdy mechanismy, které provázejí návykové chování, mají rozhodující vliv na průběh a udržování poruchy. Tyto mechanismy mají nejen psychosociální, ale také biologický charakter (KOCOURKOVÁ 2003, s. 75).

Předchozí text byl pokusem o sesbírání, utřídění a popis všech dostupných teorií etiologických faktorů různých autorů. Žádný z autorů neuvádí jejich úplný výčet, jednotlivé teorie si neodporují, avšak jsou zaměřeny většinou pouze jedním určitým směrem.

I.II.VIII Příčiny, funkce a motivy sebepoškozování

Z hlediska vnitřních a zevních příčin lze sebepoškozující chování dělit na dvě velké odlišné skupiny:

- *skupina s vnitřními příčinami uvnitř organismu*: zahrnuje metabolické, chromozomální a vývojové vady, často spojené s mentální retardací, u této skupiny není vazby sebezraňujícího chování na sociální kontext a lidský kontakt jej nezlepší;
- *skupina s externí konotací*: má jasný účel, který může být vyjádřením tenze, voláním o pomoc, vyjádřením násilí, nenávisti (MALÁ 1996, s. 63).

Čechová hovoří o tom, že za touhou překonat bariéru vlastní kůže může stát potřeba hledání sebe samého, hledání vlastních limitů, hledání svého těla. Dospívání je obdobím, kdy se tělo kontinuálně přeměňuje, což u dospívajících vzbuzuje silné a neznámé pocity. Dospívající své tělesné změny prožívají více či méně dramaticky. Často pocítují nevědomou potřebu vystavit své tělo různým zkouškám, aby si uvědomili, kde jsou a jak vypadají hranice jejich možností. Dospívající zkouší výkonnost svého těla, snaží se tělo, které je jinak nekontrolovatelné, podřít své vůli. Zkoumá tak i limity svého smyslového vnímání a objevuje hranice rozkoše (ČECHOVÁ 2008, s. 19).

Nejčastěji diskutovanou funkcí sebepoškozování je však jeho role v regulaci intenzivních negativních emocí. Hlavní úlohou sebepoškozování je napomáhání zvládnout silný emoční arousal a slouží jako určitá „svěpomoc“ ve stavu emočního nebo i fyzického dyskomfortu, přestože jeho účinek je pouze krátkodobý (YAMAMOTOVÁ, PAPEŽOVÁ 2002, s. 215). Až 98% pacientů adolescentního věku uvádí souvislost sebepoškozování

s afektivními stavy, kdy jde o snahu ulevit si od pocitů napětí, zlosti, úzkosti a „deprese“ (MALÁ a kol. 2007, s. 14).

Také Phelps zmiňuje, že cílem sebepoškození je především zvládat nepříjemné duševní stavy. Těch může být celá řada – přetížení, negativní emoce jako pocity frustrace, vzteku, litosti, osamělosti, ztráta kontroly, tzv. flashbacky (nahlé a intenzivní vzpomínky na prožitá traumata) (PHELPS 2007, s. 25).

Těž bývá popisováno přání zastavit disociativní pocity, které jsou vnímány jako pocit znecitlivění či umrtvení nebo „odpojení se od reality“. Mechanismus úlevy vázaný na akt sebepoškození patří mezi důležité faktory posilující a zpevňující toto chování, a to i přes to, že trvání pocitu úlevy je jen krátkodobé (MALÁ a kol. 2007, s. 14).

Opakované sebezraňující chování u hospitalizovaných adolescentů bylo vyhodnoceno jako coping mechanismus pomáhající zvládnout smutek a stres. Je to vlastně „volání o pomoc“. Obecně lze říci, že jedinci, kteří se dopouštějí impulzivního sebepoškození, většinou postrádají dostatek adaptivnějších a zralejších způsobů řešení interpersonálních problémů a emoční regulace (MALÁ a kol. 2007, s. 13 a 22).

Také Svoboda dává sebepoškození do souvislosti s neadaptivními psychickými reakcemi a reakcemi aktivně obranného typu. Reakce aktivně obranného typu se projevují agresí v nejrůznějších podobách, vedle sebepoškození a automutilace sem patří také sebevražedný pokus.

U neadaptivní psychické reakce se jedná o takové formy uvažování, prožívání, argumentace a chování, které přehnaným způsobem řeší situaci, jež se kvůli nevhodné struktuře osobnosti nebo nepříznivé situaci nedá řešit přímým kritickým, vědomým, otevřeným způsobem. Při řešení životních situací nepoužívá vždy jedinec pouze prostředků zajišťujících optimální adaptaci, nýbrž se uchyluje (ať vědomě či nevědomě) ke způsobům, které lze považovat za neadaptivní, pomocí nichž se brání tlaku situace a které poskytují pocit uvolnění a snižování napětí (SVOBODA 2006, s. 109 a 126 - 127).

V populaci dospívajících je prokázána spojitost mezi sebepoškozením a:

- šikanou nebo diskriminací;
- ztrátou blízkého člověka (rodiče, sourozence nebo přítele);
- nedostatkem lásky a náklonnosti nebo zanedbáváním ze strany rodičů;
- týráním nebo sexuálním zneužíváním;
- poruchou osobnosti nebo neurotickou poruchou, která zapříčiní změněné vnímání sebe sama (www.selfharm.org.uk).

Podle Praška mohou být motivy sebepoškozování na vědomé i nevědomé rovině. uvádí následující výčet:

- uvolnění nesnesitelného napětí;
- sebepotrestání (pocit vzteku na sebe samého);
- zmírnění disociace – ukotvení v realitě;
- odstranění bezmoci;
- potrestání druhého;
- odčinění pocitů viny;
- demonstrace příkoří či snaha vyvolat pocity viny v druhém;
- snaha odvést pozornost od více ohrožující situace;
- snaha přivolat pozornost;
- snaha o sebeuplatnění (prestiž) (www.kbtinstitut.cz).

Server sebeposkozovani.ath.cx uveřejnil anketu s otázkou „Proč se poškozují“, na kterou odpovědělo 341 návštěvníků webových stránek:

• zbavení se psychického napětí	29,33% (100 respondentů)
• reakce v depresivních epizodách a v afektu	16,42% (56)
• potrestání se za vlastní chyby	13,49% (46)
• volání o pomoc	9,09% (31)
• nenávisť k vlastnímu tělu	8,50% (29)
• osvědčený způsob řešení situací. zvyk	6,74% (23)
• snaha něco cítit	5,28% (18)
• jiný důvod	4,99% (17)
• potrestání rodičů, partnera	2,35% (8)
• snaha zabránit sebevraždě	2,05% (7)
• upoutání pozornosti	1,76% (6)

I.II.IX Epidemie sebepoškozování

Sebeпоškození se může rozšířit na psychiatrických odděleních, internátech, vězeních a podobných zřízeních, kde má podobu psychické nákazy (KOCOURKOVÁ 2003, s. 74-75). Jedná se o zařízení především výchovného či nápravného charakteru (BABÁKOVÁ 2003, s. 165).

Důležitými faktory při tomto výskytu jsou:

- zvýšená koncentrace jedinců disponovaných k sebepoškozujícímu chování (se slabým egem a nejasnou identitou);

- mechanismy skupinové dynamiky (včetně role chybné organizace terapeutického a režimového programu na oddělení).
- jedinci se sebepoškozujícím jednáním, kteří jsou často skupinovými vůdci (jejich chování je pak široce napodobováno).

Úmyslné sebepoškození se stává naučenou formou zástupného chování s exhibicionistickým rituálním charakterem. Plní funkci iniciačního rituálu, který zpevňuje skupinovou soudržnost. Ta může být stvrzována prožitou bolestí s důležitým, i sdíleným prožitkem úlevy po sebepoškození. Význam má i použitá symbolika a její umístění.

Rizikovi jsou především adolescenti s dysharmonickým vývojem osobnosti a pacientky s hraniční poruchou osobnosti, které jsou predisponovány jak k sebepoškozujícímu, tak k imitujícímu chování.

Významnou roli hraje také nejistota v organizaci programů v zařízeních a nezkušenost personálu. K sebepoškozujícímu chování dochází často ve večerních hodinách a o víkendech, kdy je minimum strukturovaných činností (MALÁ a kol. 2007, s. 29 – 30).

Na základě studií zabývajících se sebepoškozením v rámci psychiatrických oddělení pro adolescenty, jsou navrhována následující opatření:

- vyhnout se koncentraci adolescentů s rysy hraniční poruchy osobnosti na jednom oddělení;
- limitovat délku jejich hospitalizace (maximálně 6 – 8 týdnů);
- u rizikových pacientů aktivně rozpoznávat známky identifikace se sebepoškozujícími jedinci;
- zařadit do psychoterapeutického a režimového programu techniky a aktivity, které umožňují prožitek vzájemnosti a mohou tak nahradit rituální charakter sebepoškození;
- v případě šíření sebepoškození na oddělení otevřeně s pacienty o této problematice hovořit a zdůrazňovat mechanismus nápodoby (MALÁ a kol. 2007, s. 31).

I.II.X Sebepoškození a sebevražedné chování

V odborné literatuře můžeme sledovat dva odlišné přístupy k sebepoškození. První přístup posuzuje sebepoškození se jednání odděleně od suicidálního chování a zdůrazňuje odlišný psychodynamický průběh a motivaci. Kocourková uvádí především následující rozdíly:

- Způsoby sebepoškození nemají letální důsledky.

- Sebeпоškozování vede k častému opakovanému sebeпоškození (až v 60% případů).
- Suicidální úmysl je spíše výjimečný.

Druhý přístup dokladuje, že sebeпоškozování a suicidální chování jsou přinejmenším ve vzájemném vztahu. U osob, které se sebeпоškozují, je větší riziko, že se pokusí o suicidium. Je to z následujících důvodů:

- Sebeпоškozující 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.
- Mají tendenci pojímat smrt méně definitivně (KOCOURKOVÁ 2003, s. 76 - 77).

Dle Malé je úmyslné sebeпоškozování pro suicidální chování vysoce rizikový faktor. Sebezraňování patří u dokonaných sebevražd vedle emoční a sociální deprivace, ztráty rodiče, sexuálního zneužívání, zneužívání návykových látek, umístění v dětském domově, školního selhání apod. mezi proměnné s nejvyšším rizikem (MALÁ a kol. 2007, s. 20).

I.II.XI Terapie

Terapie dětí a dospívajících s problematikou záměrného sebeпоškozování je obvykle komplexní a obsahuje různé terapeutické modalitty – integruje psychosociální i biologické metody léčby (KOCOURKOVÁ 2003, s. 77). Tyto komplexní terapeutické intervence bývají obtížné a často málo efektivní. Cílem farmakoterapie i psychoterapie je korigovat patologické formy chování, zmírňovat symptomy základní duševní poruchy, zlepšovat komunikaci a umožňovat adekvátní vývoj jedince.

Terapeutická intervence vždy vychází z celkového posouzení pacienta, uvážení symptomů i základní poruchy, osobnostní struktury a anamnestických údajů predisponujících jedince k sebezraňování, kvality rodinného a širšího sociálního zázemí, motivace k léčbě a také toho, že u pacienta je vysoké riziko suicidálního jednání (MALÁ a kol. 2007, s. 35; KOCOURKOVÁ 2003, s. 77).

Důležitým rozhodnutím bývá, zda pacienta hospitalizovat či léčit ambulantně. Názory na hospitalizaci sebeпоškozujících se pacientů jsou odlišné. Některými autory nebývá

hospitalizace doporučována s argumentem, že oslabuje odpovědnost pacienta za vlastní sebepoškozující se chování.

Hospitalizace je indikována tehdy, když se u pacienta vedle sebepoškozování projevuje další psychopatologie (např. poruchy příjmu potravy, závislost na návykových látkách, deprese apod.) a když jsou zároveň přítomny projevy sebepoškozujícího se a suicidálního chování. V případě dětských pacientů také nezřídka dochází k situaci, kdy právě primární rodina je zdrojem vlivů, v jejichž důsledku k sebepoškozování dochází nebo je udržováno. Další z indikací hospitalizace je, že pro rodiče může být neúnosné snášet sebepoškozování dítěte. V takových případech může být hospitalizace pro rodinu podporou.

U dětí je nezbytný kontakt s rodinou pacienta. Rodinná terapie je na místě jak u vnitřních, tak i vnějších typů sebepoškozování. Zakladní předpokladem je fakt, že ostatní členové rodiny jsou symptomem ovlivněni, a zároveň sami symptom ovlivňují.

Celkově je terapie dětí a adolescentů se symptomem sebepoškozování náročná a zdoluhavá, vyžaduje vysokou dávku trpělivosti a osobních zkušeností terapeuta (BABÁKOVÁ 2003, s. 169).

I.II.XI.I Farmakoterapie

Cílem každého terapeutického zásahu u dítěte a adolescenta by měla být podpora zrání, diferenciací a rozvoje osobnosti. Zvážení indikace psychofarmakologické terapie musí být provedeno velmi pečlivě. Většina pedopsychiatrů se shoduje, že psychofarmaka mají být nasazena všude tam, kde usnadňují otevření se možnosti vývoje.

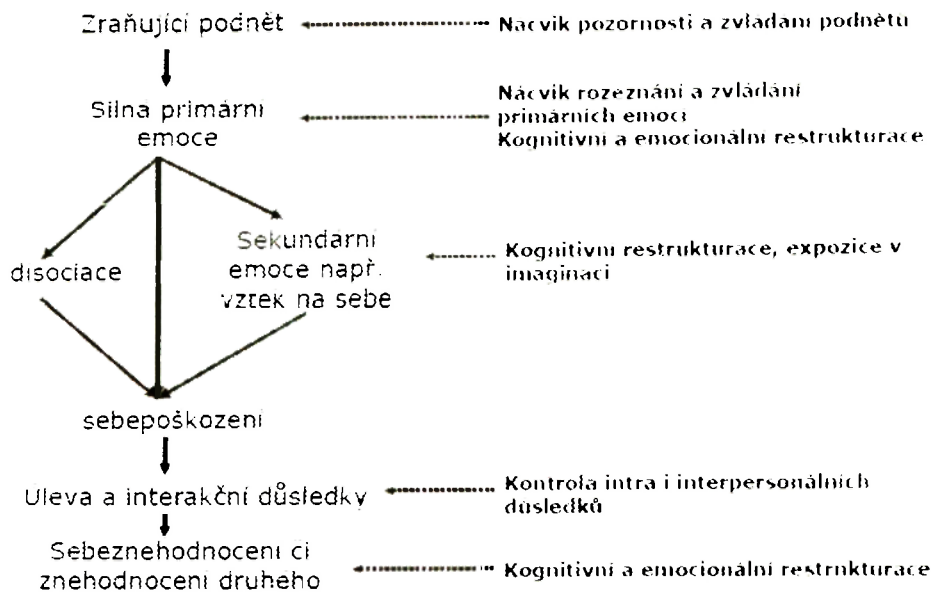
Záměrné sebezraňování je symptom, který nemá své specifické farmakon. Pro záměrné sebepoškozování neexistuje žádná specifická farmakoterapie, která by byla doporučena a schválena FDA (*Food and Drug Administration*). Vhodně zvolená léčba psychofarmaky však může zmírnit intenzitu sebepoškozování a vytvořit příznivější podmínky pro psychoterapii. Ta pak může vést ke změnám behaviorálních projevů, eventuálně i osobnostní struktury.

K terapii jsou používána psychofarmaka ze skupin antidepresiv, thymostabilizérů, antipsychotik, anxiolytik a opiatových antagonistů (MALÁ a kol. 2007, s. 35 – 36).

I.II.XI.II Psychoterapie

Psychoterapie jedinců s problematikou sebepoškozování je velmi náročná. Jsou využívány různé psychoterapeutické metody jak individuální, tak skupinové. Nejčastěji se jedná o dynamické a kognitivně behaviorální přístupy a přístupy rodinné terapie (MALÁ a kol. 2007, s. 39; KOCOURKOVÁ 2003, s. 77).

Práško při práci s poškozujícími se klienty kognitivně behaviorálním přístupem navrhuje následující možnosti intervence:



V USA je užívána tzv. **vývojová skupinová psychoterapie** (*developmental group psychotherapy*), která je koncipována speciálně pro dospívající pacienty s problematikou opakujícího se sebepoškození. Tato metoda zahrnuje prvky dynamické, kognitivně behaviorální a racionální psychoterapie zaměřené na řešení problémů.

Důležitým aspektem této terapie je terapeutický vztah. Pacient prožívá zkušenost, že sebepoškození ani žádné další manipulativní způsoby chování nejsou žádoucí formou komunikace (přesto však neznamenají konec vztahu). V průběhu individuální terapie pacient získává oporu a učí se využívat adaptivnější způsoby komunikace a regulovat své emoce. V rámci skupinové terapie pak ověřuje nově získané schopnosti v rámci skupinové interakce.

V psychoterapii dospívajících se dále osvědčila **dialektická behaviorální terapie** (*dialectical behaviour therapy*), vyvinutá Maršou Linehan. Jedná se o humanistickou terapii, která využívá behaviorální a kognitivně behaviorální postupy. Cílem této metody je dosažení větší míry kontroly nad emocemi a sebou samým skrze sebepoznání, nácvik emoční regulace a kognitivní rekonstrukce. Terapie je realizována ambulantní formou po dobu jednoho roku. Pacienti se současně účastní psychoterapie individuální (zaměřena na specifické maladaptivní projevy) i skupinové (procvičování a posilování nabytých schopností).

Dialektická behaviorální terapie zahrnuje jednu předléčebnou fázi a tři fáze léčebné. Do další fáze léčby pacient nepostoupí, pokud nesplní požadavky fáze předchozí. Cílem předléčebné fáze je seznámení s kroky terapie, pacient musí souhlasit, že primárním cílem

terapie je redukce všech forem sebepoškození a zavázat se, že se během terapie nepokusí o suicidium.

V první fázi léčby se terapeut i pacient snaží snížit frekvenci sebepoškození, zredukovat formy chování, které narušují terapii a fungování v životě a posílit schopnosti potřebné k nastolení životních změn (zvýšit schopnost tolerovat stres regulovat emoce a zlepšit interpersonální dovednosti). Druhá fáze zahrnuje znovuprožití a zpracování minulých traumat a emočně důležitých událostí a třetí fáze je zaměřena na dosažení sebedpřijetí a akceptaci úspěchů v individuálních cílech na základě syntézy úkolů zvládnutých v předchozích fázích (MALÁ a kol. 2007, s. 39 – 40).

Sebepoškození je příznakem, který signalizuje vážný psychický problém, jenž postižený nedokáže zvládnout jiným způsobem. Pokud se tento prvotní problém podaří psychoterapeuticky zvládnout, sebepoškození vymizí, protože toto chování už dotyčný nebude potřebovat.

Při práci s klientem je důležitá motivace – sebepoškození může být zvykem, se kterým se těžko přestává. Člověk musí změnit své chování a způsob, jakým reguluje vlastní emoce (PHELPS 2007, s. 26).

I.II.XII Odras v kultuře

Základní psychické potřeby člověka zahrnují i potřebu někam patřit, tedy být součástí skupiny lidí, kteří mají něco společného. Tato potřeba se obzvláště v dospívání projevuje velmi intenzivně. Mladí lidé vytvářejí nejrůznější společenství, ve kterých jim členství přináší pocit sounáležitosti, a tedy uspokojení této potřeby. V posledních několika desetiletích takto vzniklo množství subkultur, které se vyznačují společným přesvědčením, stylem života, hudby, oblékání apod.

Specifické výrazové prostředky, účes či oděv posilují unikátnost a pocit výjimečnosti ve vztahu k běžné konvenční či konzumní společnosti dospělých na jedné straně, pocit příslušnosti a sounáležitosti ke specifické komunitě, skupině vrstevníků či konkrétní hodnotové orientaci na straně druhé. Oděv je také prostředkem komunikace mezi vrstevníky, výrazovým prostředkem a významným signálem pro okolí.

Zcela ojedinělý význam má jako atribut adolescenční subkultury hudba. Vyjadřuje hodnoty, názory a pocity adolescentů, je instrumentem pro sdělování a sdílení. Její specifická prezentace (koncerty, festivaly, diskotéky atd.) je zvláštním sociálním prostředím pro seznamování, sblížování, přátelské a erotické aktivity, stejně jako pro vyjádření vlastní úzkosti, nejistoty, agrese či protestu. Také v jejím aktivním provozování spatřuje řada

mladých lidí příležitost k seberealizaci, potvrzení vlastní hodnoty, kompetence a sociální prestiže (MACEK 1999, s 51).

V současné době existují dvě subkultury, jimž je společné téma sebepoškozování. Jsou jimi tzv. „emo“ a „gothic“. Na internetových stránkách je možné nalézt nespočetné množství blogů členů těchto komunit. Jednou z rubrik, která je velké většině těchto blogů společná, je právě sekce o Sebepoškozování. Ta obvykle obsahuje více či méně odborné texty týkající se problematiky sebepoškozování a dále hlavně obrázky předmětů užívaných k sebepoškozování či poškozených částí těla. Jedná se obvykle o fotografie převzaté ze zahraničních internetových zdrojů, ale také o soukromé fotografie zachycující akt sebepoškození tvůrců těchto stránek.

Je možné říci, že současný trend sebepoškozování jako způsob odčerpání psychického napětí, zlosti a úzkosti postupem doby pomalu přerůstá i v sebepoškozování vlivem některé ze subkultur. Podle National Children's Bureau má tlak vrstevníků a snaha dospívajících nelišit se na toto jednání velký vliv. Jedinec, který je členem společenství, kde je sebepoškozování obvyklým jevem, často v zájmu konformity toto chování napodobuje a přejímá (www.selfharm.org.uk).

I.II.XII.I Emo

Výraz „emo“ začal být používán v polovině osmdesátých let minulého století, a to výhradně pro hudební styl inspirovaný tehdejší washingtonskou scénou

V roce 1985 členové skupiny Rites of Spring poznamenali v interview pro časopis Flipside, že je někteří fanoušci začali označovat jako „emo“, údajně podle emocí, které skupina ukazovala při svých vystoupeních.

Když se tato hudba koncem devadesátých let dostala do povědomí širšího publika, začal výraz nabývat dalších významů. V dnešní době je „emo“ používáno v širším slova smyslu, a je často považováno za zkratku slova „emotivní“. Po roce 2000 začaly hudební skupiny popularizovat dramatictější a osobnější styl, jehož texty daleko více oslovovaly teenagery, poprvé zakoušející životní a vztahovou frustraci.

U nás byl výraznější nástup této kultury zaznamenán teprve nedávno. Byl iniciován především mediální proslulostí skupiny Tokio Hotel. Vedle nich jsou dalšími typickými představiteli tohoto stylu např. americké skupiny My chemical romance, Good Charlotte, The used či Jimmy eat the world. V tuzemsku podobné výrazné hudební těleso prozatím chybí (HEIDER 2008, s. 42).

Pro vyznavače tohoto stylu jsou typické pocity smutku, vyčlenění ze společnosti a vyhýbání se očním kontaktům s ostatními lidmi. Je možné je poznat podle krátce střižených vlasů, delší ofiny, která může sahát až do půlky obličeje, silně namalovaných očních linek, piercingu a pruhovaného oblečení často doplněného brýlemi se silnými obroučkami.

Základní charakteristikou emo stylu je citlivost až přecitlivělost vůči sobě i okolnímu světu. Chování „emařů“ bývá uzavřenější, introvertní. Příklon k tomuto stylu je často doprovázen vztahovou a životní frustrací, pocitem osamění, ztracenosti ve světě, nepochopení ze strany okolí a intenzivními emocionálními zážitky.

Divky i chlapci jsou spíše přemýšliví, zasnění a často rezignují na „běžné“ životní hodnoty, jakými jsou formální vzdělání, pracovní kariéra, majetek apod. Zájmy jsou pak orientovány výrazně na umění, nejčastěji na hudbu a literaturu, méně často pak na výtvarné umění, fotografii a film (HEIDER 2008, s. 42).

„Emo“ styl je také často spojován se sebepoškozováním a sebevraždami, které jsou častým tématem písní od „emo“ interpretů a také příspěvků na blozích a diskusních serverech navštěvovaných lidmi hlásícími se k tomuto stylu (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Emo>).

Jeden z internetových serverů uveřejňuje tento text: „Obyčejný člověk řeší své problémy s přáteli, „emo“ je řeší sebepoškozováním. Pokud mají pocit, že je nějaký problém neřešitelný nebo když jsou smutní či se nudí, vezmou si žiletku a řežou se do rukou. Pořezané ruce a jiné části těla jsou pro ně samozřejmosti. Uzavírají se do sebe, nikomu se nesvěřují“ (<http://emo-4ever.osoba.cz/>).

I.II.XII.II Gothic

Předchůdci dnešních Goths, jak se vyznavačům stylu Gothic říká, byli tzv. Noví romantici, blázniví a nostalgičtí lidé. Žili ve svých vlastních světech, nosili elegantní oblečení třicátých let, svůdné garderoby, samety a krajky. Podporovali eleganci a zjemnělost a koketovali se záměnou pohlaví. Přijímali naličené, zněznělé muže, což se projevilo i v samotném stylu Gothic.

V roce 1981 byl v Londýnské čtvrti Soho otevřen klub Batcave, čímž oficiálně vznikl kult Gothic. Tehdejší vyznavači byli dědici romantických spisovatelů Byrona a Shelleyho a už od počátku byli společností zavržováni. Jejich symboly se staly smutek, černá barva a smrt. Tato subkultura byla dlouho v nevědomosti konzumní společnosti, což jí vyhovovalo.

Dříve bylo dáno, a platí to i dnes (i když ne tak striktně), že Goths nosí černou barvu. Mají dlouhé černé vlasy, černé oblečení, černě nalakované nehty, černé oční linky, černou rtěnku. Na setkáních Goths, které se konají i u nás, jsou ženy k vidění v elegantních černých

šatech s krajkami, v korzetech a s rukavicemi po lokty. I muži se oblekají obdobně, nosí dlouhé kabáty, kilty i pánské korzety.

Gothic není samozřejmě jen stylem oblékání, je hlavně o životním stylu a názorech. Právě kvůli sdíleným myšlenkám bývají Goths odsuzováni. Mají rádi smutek, často trpí endogenními depresemi, otáčejí se zády k zábavě. Jsou fascinováni tím, co druhým připadá ošklivé a ponuré. Rádi se procházejí po hřbitovech, jejich zájmem je smrt a její různé zobrazení - andělé či démoni, duchové, krev a černé či šarlatové růže.

Ke Goths patří i poezie, hudba a filmy. V poezii a knihách jsou často zmíněné motivy smrti, padlých andělů, démonů, upírů, zrady, smutku a bolesti. Mezi nejoblíbenější spisovatele patří Edgar Allan Poe, prokletý básník Charles Baudelaire, Tolkien, král hororů Stephen King a další. Filmy mají atmosféru temnoty, hrůzy, magie a velice často se objevuje i gotická architektura - katedrály, lomené kříže, chladnost zdi.

Goths přecházejí i do větších extrémů, některých se tyká sebepoškozování. Nedělají to však proto, aby odčerpali vnitřní napětí, děsili druhé nebo proto, že je baví vyžívat se v „odporných“ věcech. Nacházejí v tom krásu (<http://www.meredith.cz/>).

Text této podkapitoly si kladl za cíl podrobně seznámit čtenáře s různými aspekty problematiky sebepoškozování. V souhrnu byly představeny rozličné úhly pohledů jednotlivých autorů, jež se u nás tímto tématem zabývají, doplněné o zkušenosti některých zahraničních autorit.

I.III DIAGNOSTICKÉ METODY

I.III.I Klinické metody

I.III.I.I Pozorování

Pozorování má prvořadou důležitost při psychologickém vyšetřování. Všechna data, veškerá zkušenost, kterou získáváme, musí projít smyslovými orgány. Metoda pozorování spočívá v záměrném a plánovitém vnímání, které je cílevědomě zaměřeno k dosažení určitého cíle.

Pozorovací metodiky jsou v podstatě dvojího druhu:

- pozorování volné (orientační): pozorovatelova pozornost je upoutána nějakým jevem, rysem, nápadností jednání apod., pozorování je bezděčné, náhodné, nepodléhá pravidlům, není vymezen předmět pozorování. Víme pouze, že máme pozorovat danou situaci, ale nevíme ještě, čeho si zvláště všimnout.

- pozorování zaměřené (systematické, kontrolované): je omezeno a řízeno předem stanoveným schématem, plánem, programem. Přitom je pozornost soustředěna na výskyt jednotlivých hledisek a neregistrujeme údaje, které nejsou podstatné pro náš pozorovací účel. Výhodou této metodiky je zpřesnění a zjednodušení úkolu a z toho plynoucí úspora času a energie.

Z hlediska časového lze hovořit o krátkodobém pozorování (omezené např. dobou návštěvy klienta v pracovně psychologa) a o pozorování dlouhodobém (při opakovaných kontaktech, ve výchovném procesu, během hospitalizace apod.) (SVOBODA 2001, s. 32 – 33).

V této diplomové práci bylo prováděno pozorování volné, krátkodobé, jednalo se převážně o pozorování vzhledu a chování klienta během rozhovoru a psychologického vyšetření.

I.III.I.II Rozhovor

Rozhovorem získáváme informace o názorech, postojích, přáních a obavách klienta, informace o jeho vnitřním světě, které nám nemohlo poskytnout pozorování.

V přímém rozhovoru se zajímáme především o obsah výpovědi, kdežto v nepřímém rozhovoru je kladen důraz spíše na jiné, většinou neobsahové, formální aspekty výpovědi.

Diagnostické interviu dělíme z hlediska pružnosti či vázanosti jeho vedení na:

- neřízené: respondent má volnost ve výběru témat, rozhovor není předem programován;
- řízené: examinátor zaměřeným a organizovaným způsobem získává informace o zkoumané osobě, resp. o dílčích aspektech osobnosti.

Řízený rozhovor má několik variant lišících se od sebe mírou standardnosti:

- standardizovaný rozhovor: postupuje přesně podle předem vypracovaného schématu, rozhovor se musí dotknout jistého počtu otázek, které jsou předkládány ve stejném sledu i formě, tento typ interviu je velmi blízký dotaznickovým metodám;
- částečně standardizovaný rozhovor: záměr a cíl rozhovoru je pevně stanoven, avšak uvolňuje taktika jeho vedení je uvolněnější, není nutné dodržovat pořadí a formulaci otázek, je však nezbytné dotknout se všech předem stanovených oblastí;

- volný rozhovor: rozhovor směřuje ke konkrétnímu cíli, cesty a prostředky k jeho dosažení nejsou předem stanoveny.

Diagnostický rozhovor má 3 fáze. Ve fázi úvodní jde především o navázání kontaktu examinátora s klientem. Je třeba vytvořit optimální atmosféru pomáhající odstranit nedůvěru a třemu, umožňující klientovi, aby se uvolnil. Tato fáze má mít ve všech případech charakter neřízeného rozhovoru.

Ve druhé fázi nazývané jako jádro rozhovoru je hlavním cílem examinátora získat maximum diagnostických informací. Může přitom používat několik postupů: postupuje od obecnějších problémů ke konkrétním údajům, vychází z jednotlivosti a vede postupně klienta k obecnějším výpovědím, od běžných a méně osobních údajů postupně přechází k intimnějším tématům apod.

V závěru rozhovoru, který je třetí fázi, je nutné uvolnit případně vzniklou tenzi. Jde o to, aby klient neodcházel s pocitem, že z něj byly informace „tahány“, případně aby byl naladěn k další spolupráci (SVOBODA 2001, s. 38 – 39).

Diagnostické interviu, které bylo prováděno s klienty pro tuto diplomovou práci, mělo charakter řízeného, částečně standardizovaného rozhovoru. Bylo prováděno s ohledem na věk a aktuální stav klienta.

I.III.I.III Anamnéza, práce s dokumentací

Anamnézou nazýváme zjišťování údajů z minulosti jedince, které mají významný vztah k poznání osobnosti. Jejím cílem je získání a kategorizace relevantních údajů z minulosti, které pomáhají vysvětlit současný stav.

Anamnéza je snímána metodou řízeného rozhovoru, v přítomnosti klienta je ihned dopodrobna zaznamenávána jeho výpověď.

V tzv. rodinné anamnéze se zaměřujeme na údaje o předcích vyšetřované osoby, aby byla možnost zachycení hereditární faktory.

Osobní anamnéza se vztahuje bezprostředně na vyšetřovaného jedince. Podle zdroje informací je možné rozlišit dva druhy:

- autoanamnézu (subjektivní anamnézu): zdrojem informací je klient sám, pokud je toho vzhledem k věku a dalším okolnostem schopen
- heteroanamnézu (objektivní anamnézu): informace podávají jiní lidé, většinou rodiče, prarodiče, příbuzní, učitelé, případně i různé záznamy a zprávy, např. od pediatra, z MŠ nebo ZŠ apod.

Medicinská anamnéza je zaměřena především na patologické projevy a vývoj. Zjišťuje prodělané nemoci v širokém příbuzenstvu i u klienta samotného, zajímá se o patologické projevy a vývojové úchyly.

Psychologická anamnéza exploruje vývoj osobnosti jako celku a zaměřuje se na všechny okolnosti, které vývoj osobnosti mohly ovlivnit, především na tyto okruhy:

- rodinně anamnestické údaje: pokrevní příbuzní z obou stran, jejich choroby, pobyty na psychiatrii, kriminalita, další relevantní údaje
- nukleární rodina: úplnost rodiny, vztah rodičů k dítěti, výchovné a emocionální klima v rodině, výchovné metody, odměny a tresty, způsob výchovy, ekonomické poměry, bydlení, trávení volného času, resp. rozvod, kontakty dítěte s druhým rodičem
- sourozenci: počet sourozenců, pořadí mezi nimi, vzájemné vztahy, podobnosti a rozdíly mezi sourozenci osobnostně, ve školním prostředí
- prenatální období a porod: dítě chtěné či nechtěné, somatický i psychický stav matky během těhotenství, porod včasný, předčasný, pozdní, komplikace
- raný vývoj: kojení, psychomotorika, počátek a vývoj hygienických a stravovacích návyků
- další vývoj: návštěva jeslí, mateřské školy, adaptace na ně, období vzdoru, vztah k okolí, reakce na příkazy, poslušnost
- scholarita: těšení se na školu, adaptace na ni, začlenění do kolektivu, vztah ke školní práci, k domácí přípravě, školní úspěšnost, výukové problémy, kázeňské problémy ve škole
- somatické zdraví: běžná dětská onemocnění, jiné choroby, úrazy, hospitalizace, operace, jídlo, spánek
- emocionální vývoj: míra citových podnětů v dětství, projevy emocí, vzrušivost, reakce na stres, úzkostnost, citové odpoutávání od nukleární rodiny (vlastní postoj, postoj rodičů, překonávání závislosti)
- vývoj postojů k hodnotám: hierarchie hodnot, postupné formování, motivace, vztah k povinnostem, učení, záliby a koníčky, lhavost, tresty a vztah k nim
- vývoj sociálních vztahů: souřadné vztahy ke spolužákům a kamarádům, vztahy k autoritám, vztahy k příslušníkům vlastní rodiny
- návyky: žádoucí i nežádoucí, jídlo, spánek, práce, hra, zlozvyky
- zájmy, aktivity: trávení volného času, záliby, zájmy, jejich šíře a stabilita

- výchovné potíže, poruchy chování: vývoj poruch chování, záškoláctví, krádeže, kriminalita, abúzus (nikotinismus, kofeinismus, gambling aj.)
- vývoj abnormních, hraničních a patických jevů: počátky a průběh abnormních projevů, jejich etiopatogeneza
- pracovní vývoj: volba povolání a její motivační faktory, kdo volbu ovlivnil, spokojenost se zvolenou profesí, změny studijního a profesního zaměření a jejich příčiny, profesionální plány, konflikty v této oblasti a jejich řešení
- eroticko-sexuální vývoj: zdroje informací o této oblasti, první zkušenosti, kontakty s druhým pohlavím, požadavky na životního partnera, neúspěchy a způsob vyrovnávání se s nimi (SVOBODA 2001, s. 44 – 46).

I.III.II Inteligenční testy

I.III.II.I WISC III – Wechsler Intelligence Scale for Children

Tato revize staršího WISCu (u nás publikován v úpravě L. Kubičky, R. Bursíka a J. Jiráskova v roce 1973 jako PDW – Pražský dětský Wechsler) byla publikována v USA v roce 1991. Vyšla z potřeby nahradit v některých oblastech zastaralý obsah. Test si zachovává svoji původní strukturu, ale je modernizován co do obsahu i úpravy podnětů (barevný a zvětšený obrázkový materiál). Současně byly některé subtesty rozšířeny o položky na krajních bodech škály, což zlepšuje diferenační schopnost metody u dětí menších a u dětí mimořádně nadaných. Test je určen pro děti od 6 do 16 let.

Mezi jednotlivé subtesty WISC III patří:

- verbální škála: Vědomosti, Podobnosti, Počty, Porozumění, Slovník a Opakování čísel
- performační škála: Doplnování obrázků, Řazení obrázků, Kostky, Skládanky, Kódování, Hledání symbolů a Bludiště.

Oproti předchozím verzím je přidán zcela nový nepovinný subtest Hledání symbolů.

Administrace souboru trvá asi 50 – 70 minut, v případě nutnosti lze použít zkrácené verze. Subtesty mají být zadávány ve standardním pořadí s pravidelným střídáním verbálních a neverbálních úkolů.

U nás byla v roce 1996 publikována úprava 3. britského vydání (1992), která je poněkud odlišná od verze americké a je bližší evropskému prostředí (SVOBODA 2001, s. 111 – 112).

Pro potřeby této diplomové práce byly výsledky popisovaného testu užívány pouze jako kritérium výběru klientů vhodných pro výzkum. Pokud by byla prokázána mentální retardace, tedy $IQ < 70$, byla by další práce s klientem vyloučena.

I.III.III Projektivní metody

I.III.III.I AAC – Apercepční karty pro adolescenty

AAC, projektivní metoda založená na apercepci, je koncepčně odvozená od TAT – Tematického apercepčního testu. Je cíleně orientovaná na dospívající a pokrývá tedy pomezi mezi dětskými projektivními testy (CAT, CATO) a klasickým TAT.

Karty mohou být užitečné pro pochopení myšlenkových schémat, které jedinec užívá k interpretaci interpersonálních postupů, typů emocionálních reakcí, způsobu, kterým jedinec vnímá chování druhých a k určení individuálního charakteristického způsobu vytváření mezilidských vztahů.

Tabule jsou zaměřeny speciálně na témata důležitá pro věkovou skupinu od 12 do 19 let. Typy vztahů, které tato kontrolní metoda podchycuje, jsou vztahy v rodině, a to zejména vztah k rodičům, k sourozencům a osobám, které tyto blízké osoby nahrazují a vztahy k vrstevníkům.

Technika ACC je koncipována tak, aby evokovala taková témata jako domácí fyzické a sexuální násilí, zanedbávání, odmítání společností vrstevníků a problematiku drogové závislosti. Protože obrázky jsou záměrně nejednoznačné, vyžaduje metoda od klienta užití vlastní představivosti a vlastních zdrojů při vytváření příběhu jako odpovědi na popis obsahu každého obrázku. Postavy na obrázcích jsou prezentovány buď s nejednoznačným výrazem v obličeji, nebo jsou nakresleny tak, že obličej není vůbec vidět. Nejednoznačnost obrázků je zvýšena tím, že implicitní aktivity, probíhající mezi postavami na obrázcích, jsou poněkud nejasné.

Test AAC je administrován ve shodě se základními pokyny pro testy odvozené z TAT. Po úvodním motivačním rozhovoru následuje asociační fáze. Klient je vyzván, aby popsal, co se na tabuli nejspíš stalo, co bude následovat, jak příběh dopadne. Je tázán na to, co asi jednotlivé postavy cítí, co si myslí, případně jaké mají mezi sebou vztahy. PO předložení všech tabulí následuje dotazování – inquiry, kdy si psycholog ověřuje, zda si správně zaznamenal a zda porozuměl příběhu.

Jednotlivé tabule jsou černobílé, jejich charakter je pro české klienty bez obtíží přijatelný, bez zjevných sociokulturních rozdílů. Čtyři tabule mají chlapeckou a dívčí variantu.

Pro účely diagnózy jsou ACC použitelné pouze jako doplňující materiál ke kompletnímu psychodiagnostickému rozhovoru, výsledkům dalších relevantních standardních diagnostických metod a souvisejícím anamnestickým informacím o klientovi (SILVERTON 2006, s. 7).

Karta 1M/1F: Matka na lůžku. Postava matky leží na kraji postele, jedna ruka visí dolů a obličej je obrácen ke stropu. Oči má zavřené, obličej bez výrazu. U lůžka stojí dospívající chlapec nebo dívka, dotýkající se jednou rukou její tváře nejspíš ve snaze ji vzbudit nebo upoutat její pozornost.

Karta 2M/2F: Chlapec/dívka sedící na obrubníku. Dospívající chlapec nebo dívka sedí na okraji chodníku před domem a hledí do svých otevřených rukou. Dům je možná uzamčený a on/a nemůže dovnitř. Není jasné, o čem postava přemýšlí. Může to být kupříkladu klíč, jestliže adolescent uvažuje o tom, jak se dostat dovnitř.

Karta 3: Otec a dívka. Dívka (ve středním věku dospívání) sedí u psacího stolu zády k nám. Zjevně předtím něco psala nebo četla, nyní však otáčí hlavu směrem k postavě otce, který stojí za ní. Možná se pokouší pomoci dívce s domácím úkolem. Dívka na něj hledí tázavě či ostražitě. Může být také vystrašená.

Karta 4M/4F: Chlapec/dívka a skupina vrstevníků. Dospívající v pozdním věku dospívání postává u skupiny svých vrstevníků. Může být z té skupiny vypuzen nebo popřípadě sám sebe separovat, či je naopak skupinou přitahován. Skupina si buď jen tak povídá, nebo plánuje nějakou aktivitu, případně se může zabývat nekalou činností, například užíváním drog.

Karta 5: Otec sahá po matce. Postava otce sahá po matčině pasu. Jeho záměr není jasný. Tázavě je pozoruje chlapec ve středním věku dospívání.

Karta 6: Dva chlapci. Dva chlapci stojí vedle sebe. Jeden z nich má svou ruku položenou na rameni druhého. Může jít o pohlazení, nebo provokující postrčení, nebo přátelské poklepání.

Karta 7: Chlapec, dívka a rodič. Chlapec a dívka (adolescenti vyššího věku) na sebe zblízka hledí stojíce v popředí. V pravém horním rohu místnost dvojici pozoruje matka. Tvář matky je vzdálená a není možné rozeznat, zda má nesouhlasný nebo jen velmi pozorný výraz.

Karta 8: Tři ženy. Postava matky stojí za mladou dívkou a na ni se soustředí také její veškerá pozornost. Dospívající dívka sedí opodál a pozoruje je. Obě dívky mohou být sestry.

Karta 9: Otec a chlapec. V popředí stojí otec a hledí na dospívajícího chlapce, který zjevně právě vchází do místnosti zadními dveřmi. Postava otce je v pohledu zezadu a není jí vidět do obličeje. Hodiny v pozadí ukazují 10:00.

Karta 10M/10F: Chlapec/dívka sehnutý/sehnutá, klečící. Dospívající klečí sehnutý na podlaze v místnosti, která vypadá jako obývací pokoj. Postava otce stojí v pozadí, výraz jeho obličeje není na kartě 10M vidět a na kartě 10F je nejednoznačný. Chlapcův obličej není vidět, protože hledí směrem k postavě otce. Dívčina tvář je vidět z profilu, výraz její tváře není jednoznačný. Na podlaze blízko ruky dítěte je nerozlišený předmět.

Karta 11: Chlapec ležící na pohovce a otec kladoucí mu ruku na rameno. Dospívající chlapec ležící na břiše hlavou dolů na pohovce. V pozadí je vidět stereosouprava. Nad chlapcem stojí otec a dotýká se jeho paže, pravděpodobně ve snaze ho probudit (SILVERTON 2006, s. 8 – 9).

Odpovědi je možné rozdělit na obvyklé a neobvyklé. Obvyklé odpovědi dostáváme v různých variantách u většiny klientů. Jsou charakterizovány:

- častým výskytem
- společenskou přijatelností tématu
- postavy jsou v očekávaných rolích
- příběh se odehrává v reálném prostředí
- příběh má většinou pozitivní zakončení
- témata příběhu jsou obvyklá a popsána v běžné kvantitě a bez formálního nebo obsahového vybočení
- příběh má srozumitelný, logický děj
- je přítomna empatie a emoční souznění

Tyto odpovědi mají podobný význam jako banální odpovědi v Rorschachově testu. Jsou indikátorem schopnosti adekvátní percepce, běžné kvality sociálního zakotvení a funkční adaptability.

Neobvyklé odpovědi jsou buď skutečně ojedinělé, nebo jsou to nezvyklé a zpravidla méně adekvátní variace na odpovědi obvyklé. Jsou znakem ozvláštněného zpracování podnětu tabule. V této kategorii je třeba rozlišit kvalitní a nekvalitní odpovědi. Odpověď může být originální námětem příběhu, nebo jeho zpracováním.

U neobvyklých odpovědí je častější výskyt:

- odmítnutí odpovědi (selhání)

- změna tempa
- latence
- nerozpoznání zjevného smyslu tabule
- nerozpoznání rolí osob na obrázku
- neobvyklé téma
- opravy příběhu
- pozitivní nebo negativní přeznačkování rolí během líčení příběhu
- zjevná úzkost
- zvýrazněná vztahovačnost (GOLDMANN, SOUKUPOVÁ 2006, s. 16)

Pro potřeby diplomové práce byl kompletní test používán k vyšetření dospívajících klientů s problémem sebepoškození. Přestože jeho autor ve výčtu problémů, na které je metoda zaměřena sebepoškození neuvádí, některé z tabulí by mohly svým obsahem v klientovi tuto problematiku přímo (hlavně tabule 2F/M) či nepřímo (tabule 1F/M, 11) evokovat.

I.III.III.II ROR – Rorschachův test

Rorschachův test je jednou z nejvýznamnějších a nejrozšířenějších verbálních projektivních metod, ve které se manifestují strukturální zvláštnosti osobnosti, včetně jejich strukturálních a funkčních změn. Má potenciální schopnost zachytit a zobrazit osobnost vyšetřovaného v celé její šíři a komplexnosti.

Test předpokládá úzký vztah mezi osobností a vizuální percepcí. Vyvolává pareidolie, které vyšetřovaná osoba verbalizuje. Vychází z toho, že projekce představ k figurám testu nejsou náhodné a odráží některé zvláštnosti zkoumané osobnosti.

Rorschachův test ukazuje schopnost percepčně-kognitivního uchopení reality a schopnost prožívat a vyjadřovat emotivitu. Může rovněž ukázat kvantitu a kvalitu zakotvení v sociálním světě a přinést informace o používaných copingových strategiích.

Testový materiál je tvořen 10 standardními tabulemi, z nichž každá obsahuje víceméně symetrickou skvrnu. Prvních 5 tabulí obsahuje pouze achromatické barvy, další 2 obsahují i barvy chromatické a poslední 3 více chromatických barev.

Použití Rorschachova testu nemá v praxi žádná omezení, je vhodný nejen pro psychopatologii a klinickou psychologii, ale nachází plné uplatnění v dětské, forenzní a sportovní psychologii, psychologii práce, tedy ve všech oblastech aplikované psychologie i ve výzkumu (SVOBODA 2001, s. 242).

I.IV KVALITATIVNÍ VÝZKUM

V sociálněvědním výzkumu se uplatňují dvě základní formy: kvalitativní výzkum a kvantitativní výzkum. Tato diplomová práce je metodologicky pojata jako kvalitativní výzkum, následující text se tedy bude dále zabývat pouze tímto typem přístupu.

Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod (MIOVSKÝ 2006, s. 17).

Creswell vymezuje kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách (CRESWELL in HENDL 2005, s. 50).

V typickém případě kvalitativní výzkumník vybere na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky mohou být modifikovány nebo doplňovány v průběhu výzkumu během sběru a analýzy dat. Z tohoto důvodu se někdy kvalitativní výzkum považuje za emergentní nebo pružný typ výzkumu. V jeho průběhu nevznikají pouze výzkumné otázky, ale také hypotézy i nová rozhodnutí, jak modifikovat zvolený výzkumný plán a pokračovat ve sběru dat i jejich analýze.

Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoli informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní i induktivní závěry. Pracuje přímo v terénu, kde se něco děje. Sběr dat a jejich analýza probíhají v delším časovém intervalu, výzkumný proces má longitudinální charakter.

Sběr dat a jejich analýza probíhají současně, výzkumník sbírá data, provádí analýzu a podle výsledků rozhoduje, jaká data jsou dále potřeba. Ověřuje popisnou, interpretační nebo teoretickou validitu výsledků. Zpráva o kvalitativním výzkumu obsahuje podrobný popis místa zkoumání, rozsáhlé citace z rozhovorů a poznámek, jež si výzkumník dělal při práci v terénu. Výzkumník může navrhnout teorii o fenoménu, který pozoroval. Často se stává, že své závěry konzultuje s účastníky výzkumu a jejich názory zohledňuje nebo přidává do výsledné zprávy (HENDL 2005, s. 51 – 52).

Kvalitativnímu výzkumu se vytýká, že jeho výsledky představují sbírku subjektivních dojmů. Pro jeho pružný a nestrukturovaný charakter ho lze – na rozdíl od kvantitativního výzkumu – těžko replikovat. Protože pracuje s omezeným počtem jedinců a obvykle na jednom místě, vznikají také obtíže se zobecňováním výsledků. Někdy je také kvalitativnímu výzkumu vytýkána jeho neprůhlednost, malá transparentnost. Z výzkumné zprávy nemusí být

vždy zcela zřetelné, jak byli vybíráni jedinci pro rozhovor nebo pozorování. Také není často rozpoznatelné, jak byla provedena analýza.

Výhrady proti kvalitativnímu výzkumu jsou však vyváženy jeho jinými vlastnostmi. Mezi výhody např. patří získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů a zkoumáme příslušné procesy. Kvalitativní výzkum poskytuje podrobné informace, proč se daný fenomén objevil (HENDL 2005, s. 52 – 53).

II. ČÁST EMPIRICKÁ

Praktická část práce se zabývá konkrétními případy dětských a dospívajících klientů, které doplňují a rozšiřují předchozí teoretický výklad.

V úvodních podkapitolách je uveden cíl práce a jednotlivé hypotézy, charakteristika souboru a popsán design výzkumu.

Navazující část je prakticky celá věnovaná jednotlivým kazuistikám. Následuje vyhodnocení výzkumu, popis výsledných dat a odůvodnění závěrů.

II.I HYPOTÉZY A CÍL PRÁCE

Vzhledem k faktu, že na téma sebepoškozování u nás dosud nevyšla žádná monografie a příspěvků mapujících tuto oblast vůbec je velmi málo, klade si tato práce za cíl podat rozšířený popis problematiky sebepoškozování u dětí a dospívajících do věku 17 let včetně, obohacený o konkrétní kazuistiky.

V teoretické části byly představeny hlavní poznatky našich i zahraničních autorů, část praktická by měla tato fakta za pomoci několika kazuistik dokreslit a ukázat její projevy v konkrétním životě dospívajících. Důraz bude kladen také na práci s diagnostickými materiály, jež byly představeny v kapitole I.III, jedná se zejména o Apercepční karty pro adolescenty a Rorschachův test. V souvislosti se zmíněnými projektivními metodami vyvstává několik otázek, jejichž odpovědi by mohly přinést zajímavé poznatky.

První otázkou, která se nabízí, je, zdali a když, tak v jaké míře, příp. u kterých klientů se budou v odpovědích na tabule AAC objevovat relevantní odpovědi k tématu sebepoškozování.

Další hypotézou je, že protokol ROR bude u těchto dětí vykazovat problémy v prožívání a vyjadřování emocí (buď jejich potlačováním, nebo naopak takové vyjádření emocí, které překračuje konvenční hranice).

H.II CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Empirické šetření bylo prováděno na dětském lůžkovém oddělení Psychiatrické léčebny v Bohnicích (PLB 28) mezi 21. květnem 2007 a 14. březnem 2008. Vzorek čítal celkem 12 dětí a dospívajících ve věku 11 – 17 let, z toho byli 3 chlapci a 9 dívek.

9 klientů žije ve vlastní rodině, 1 v pěstounské péči a 2 v ústavní péči.

Klienti na výzkumu spolupracovali ochotně, všechna vyšetření proběhla v dobré spolupráci, a proto je možné vyloučit záměrné zkreslení výsledných dat ze strany vyšetřovaných klientů, které by mohlo ovlivnit výsledky vyšetření.

Vzhledem k nízkému počtu vyšetřených klientů nás výsledky neopravňují ke zobecnění závěrů z vyšetření vyplývajících.

Třináctá kazuistika je zvláštní tím, že rozhovor nebyl proveden s klientem psychiatrické léčebny, ale s dívkou, která kvůli sebepoškozování dosud nebyla hospitalizována a žije s tímto problémem běžný život.

II.III DESIGN VÝZKUMU

Po dobu výzkumu jsem byla v telefonickém a e-mailovém spojení s Mgr. M. Marečkovou z PLB 28, která mi poskytovala informace, zda byl na dětské oddělení přijat klient, který by byl vhodný do výzkumu. Také jsem měla možnost předem nahlédnout do anamnézy a vstupního vyšetření každého klienta a udělat si tak prvotní obrázek, na základě kterého jsme rozhodovali, zdali se klient do tohoto výzkumu hodí či nikoli. Kritéria výběru byla tři:

- věk do 17-ti let včetně;
- aktuální problém sebepoškozování nebo sebepoškozování v anamnéze;
- intelekt nad hranici retardace (tedy IQ > 70).

V den, na který bylo domluveno vyšetření, jsem se zúčastnila ranní komunity buď na patře chlapců, dívek nebo na společné komunitě pro obě patra. Komunita probíhá každodenně, od pondělí do čtvrtka je samostatná pro chlapce a dívky zvlášť, v pátek pak probíhá společná komunita. Jedná se o zhruba tříčtvrtěhodinové setkání všech dětí, které jsou na oddělení, kde probíhá hodnocení uplynulého týdne, děti jsou informovány o plánu dne nebo týdne, plánu návštěv, představují se noví pacienti nebo loučí ti, kteří odcházejí apod. Účastní se obvykle sociální pracovnice, primář – psychiatr, psychologky pro obě patra, sestřičky, vrchní sestry, staniční sestra, případně terapeuti. Dětem, které jsem měla vyšetřit, byla tato informace sdělena právě na komunitě.

S vybraným dítětem jsem se setkala v místnosti, kde byl zaručen klid (společenská místnost, jídelna apod. v době, kdy byly ostatní děti ve škole). Jako první jsem s klientem navázala kontakt, úměrně k věku jsem mu vysvětlila důvod dalšího vyšetření a ujistila ho, že výsledky budou použity pouze pro účely diplomové práce a je zajištěna diskrétnost.

Následoval rozhovor, který navázal na data získaná z vstupního vyšetření. Nekladla jsem klientům tytéž otázky, na které už odpovídali, nanejvýš jsem požádala o upřesnění nebo rozšíření informací. Jednalo se o řízené, částečně standardizované diagnostické interwiev, které bylo prováděno s ohledem na věk a aktuální stav klienta. Jednalo se o tato témata:

- kdy jsem se poprvé sebepoškodil(a)

- co mě k tomu vedlo (situace, která spustila sebepoškozování)
- jak mě napadlo si ublížit (samo od sebe X z internetu X od kamarádů)
- čím si ubližuji
- na kterých místech si ubližuji
- jaké mám v průběhu sebepoškozování myšlenky
- jak reaguje moje okolí
- přítomnost myšlenky na sebevraždu
- můj partnerský vztah
- reakce mého partnera na moje sebepoškozování
- jak jsem tento problém ne/zvládl(a)
- jak si představuji svou budoucnost (vyhlídka vlastní rodiny)

Z důvodu nízkého věku některých klientů byla některá témata záměrně vypuštěna. Stejně tak pokud se klient nechtěl k některému tématu vyjádřit či ho upřesnit, nebyl k tomu nucen.

Po skončení rozhovoru následovalo vyšetření testem AAC, který se při vyšetřování klientů na dětském oddělení běžně nepoužívá. Klientům byly předkládány všechny testové tabule. V případě tabulí 1,2 a 4 byly použity varianty dle pohlaví klienta, v případě tabule 10 byly použity obě varianty (s výjimkou Ondřeje a Lucie, kteří byli vyšetřováni jako první). Stejně jako rozhovor, byly i výpovědi z testu zaznamenávány na MP₃ přehrávač. Volila jsem tuto variantu především proto, že nebylo nutno výpovědi soustavně zapisovat, bylo možné udržovat oční kontakt a celou pozornost věnovat klientovi.

Současně s rozhovorem a vyšetřením testem AAC probíhalo volné pozorování. Jednalo se především o pozorování vzhledu, způsobu mluvy, chování během vyšetření, nervozity apod. Výsledky pozorování jsem zapsala těsně po skončení práce s klientem.

Po skončení přímé práce s dítětem následovala práce s dokumentací a nahrávkou. Práci s dokumentací je míněna analýza anamnézy a přepis závěrů vyšetření Rorschachovým testem. Výsledky vyšetření ROR byly převzaty z dokumentace PLB 28, protože vyšetření ROR je součástí vstupního psychologického vyšetření každého klienta. Nebylo by vhodné tento test opakovat s tak krátkým časovým odstupem. Vyhodnocení této metody navíc vyžaduje velkou dávku zkušeností.

Z nahrávky byly přepsány důležité údaje, které klient uvedl a záznam vyšetření testem AAC. Výsledky obou testů byly dále interpretovány a porovnány.

II.IV JEDNOTLIVÉ KAZUISTIKY

Obsahem této podkapitoly jsou kazuistiky všech klientů, které mají následující strukturu:

- **jméno** (věk v době vyšetření)
- **anamnéza**: vychází ze vstupního vyšetření klientů, zpracovaná podle dokumentace PLB 28. jedná se především o popis rodinné a školní situace klienta, což jsou nejčastější zdroje obtíží
- **rozhovor**: volně přepsaná důležitá data, snaha zachovat v určitých okamžicích původní způsob vyjádření klienta
- **AAC**: doslovný přepis reakcí na jednotlivé tabule testu
- **ROR**: závěry vyšetření Rorschachovým testem
- **interpretace**: interpretace AAC, porovnání s výsledky ROR

II.IV.1 Anna² (16 let)

Šestnáctiletá Anna žije se svou matkou a otčímem v bytě o jedné místnosti v centru Prahy. Nevlastní otec patří do rodiny od doby, kdy bylo Anně 12 let. Anna je jedináček, nemá žádné vlastní ani nevlastní sourozence. S biologickým otcem se nestýká.

Anna se narodila z prvního těhotenství, porod byl spontánní, v termínu. Psychomotorický vývoj proběhl normálně.

Povinnou školní docházku nastoupila Anna do ZŠ v Praze, v 7. třídě přestoupila a ze zdravotních důvodů opakovala ročník.

Od září 2007 studuje 1. ročník středního odborného učiliště, tříletý obor aranžérka květin. Přes týden bydlí na internátu, domů pravidelně dojíždí na víkendy. Ve škole se jí líbí. Poprvé se jí tam nechtělo, ale nyní jí škola i práce baví. Na internátu si našla kamarádku, se kterou si i přes víkendy dopisuje.

Má za sebou nedávný jednorázový experiment s marihuanou, denně vykouří 4 cigarety, ale užívání drog i pití alkoholu neguje.

V psychiatrické léčebně v Bohnicích je Anna hospitalizována za posledního půl roku již podruhé. První hospitalizace proběhla v létě 2007, do léčebny se dostala kvůli sebepoškozování. PLB opustila v červenci s diagnózou Jiné Smíšené poruchy emocí a chování a dysharmonický vývoj osobnosti. Celkem se jedná o čtvrtou hospitalizaci psychiatrického charakteru (dvě předchozí byly kvůli dysharmonickému vývoji a depresím v Motole).

² Všechna jména klientů byla z důvodu ochrany osobních údajů změněna.

Koncem září našla již poněkolkáté svého nevlastního otce z fyzického napadení. Ředitelka školy ji odvezla na dětskou kliniku, odkud byla Anna převezena na dětské oddělení PLB. Nyní říká, že jí nevlastní otec nenapadl, obvinění otce pokaždé odvolá (údajně proto, že chce chránit matku). Aby otčima obvinila, jí prý poradily kamarádky ve škole s tím, že pokud to udělá, a pak své tvrzení odvolá, dostane se do dětského domova, což bylo jejím cílem. Anna má oba rodiče ráda, obzvlášť matku, ale žije s pocitem, že jí rodiče rádi nemají, a že jim doma překáží.

Zranění (oděrky na hrudniku, distorze páteře) se jí stalo údajně cestou do školy, způsobil ji ho nějaký kamarád, který jí ale nechtěl vážně ublížit.

Den předtím se před odjezdem na internát pohádala s nevlastním otcem, údajně kvůli tomu, že byla nervózní z pondělní výroby věnečků ve škole a nechtěla jíst.

Obvinění lituje, poslední dny kvůli tomu nespala, pořád musí uvažovat nad tím, co provedla. Sebevražedné myšlenky v současné době nemá, před převozem se škrábala na zápěstí.

O své blízké budoucnosti má Anna celkem jasnou představu. Ráda by si zařídila své vlastní květinářství. Říká, že bude nejspíš bez vlastní rodiny, asi i bez partnera a bude bydlet s mámou a nevlastním tátou a bude jim přispívat na nájem.

Rozhovor

Při rozhovoru se Anna chovala uvolněně, velmi dobře spolupracovala, ochotně si povídala.

Se sebepoškozováním začala asi před rokem, tedy ve svých 15-ti letech. Sama říká, že mívala špatné nálady a jednou to zkusila, protože četla v článcích na internetu, že to pomohlo mnoha lidem. Napoprvé si způsobilá mělkou ránu sklem do předloktí (ukazuje příčné jizvy na obou rukou). Myslela při tom jen na bolest, kterou si způsobilá, ne na své problémy, což jí pomáhalo.

Pak se to opakovalo, řezala se často. Každý týden si udělala alespoň něco malého, např. si okusovala nehty, trhala si záděry, několikrát si rozškrábala pupinky na nohou a pak si strhávala strupy. Nakonec už se řezala do krve, hlavně žiletkou na rukou, ale i na nohou.

Říká, že to začíná tak, že se jí chce pořád brečet, má špatnou náladu. Žádné myšlenky za tím nejsou, nechce se s nikým bavit. Pak přichází strach a bezmoc a nakonec i pocit, že už nechce žít, protože jí nikdo nemá rád, máma ji podráždí nohy. Je strašně smutná, protože na ni nikomu nezáleží. Má černo před očima a pak se řízne. Je to jako kdyby jí to rozkazovalo druhé já.

Na otázku, jak je to s bolestí, odpovídá, že nepotřebuje bolest, nemá ji ráda a nelíbí se jí. Řezání ji bolí, ale dělá to proto, že při tom myslí na něco jiného než jsou její aktuální problémy.

Občas se objeví i myšlenka, že by svůj život mohla ukončit, ale když se chtěla zabít, šla skočit z mostu. Zastavil jí náhodný kolemjdoucí, který zavolal policii, pak ji převezli na psychiatrii do Motola.

Anna říká, že se řezala kvůli tátovi: „On mi dělal zlé věci a psychicky jsem to neunesla.“ Na otázku, jestli o jejím sebepoškození někdo věděl, říká, že o tom věděla matka, ale nejevila zájem a nic na to neřekla, jen, že je „blbá“.

Kvůli sebepoškození a útěkům z domova už byla jednou hospitalizována. Při minulém pobytu se pořezala břitvou, kterou vyšroubovala z ořezávátka, protože neměla po ruce nic jiného.

V současné době za sebou má asi 1 a ½ měsíce léčby. Na deprese bere léky a je rozhodnutá s tím skoncovat („Je to špatný.“). Někdy se to ale nepovede. Když má velkou depresi a přijde to na ni, má záchvaty pláče a pořád v ní přetrvává chuť si ublížit. Buď se pokouše, nebo se někdy i pořeže. Radši všechny potenciálně nebezpečné předměty odevzdává sestrám, aby jí to nelákalo. Když jí ale někdo navádí, tak tomu podlehne (některá děvčata ji na oddělení předchozí den naváděla, aby se pořezala).

Dřív ji nevadilo, že bude mít jizvy, nebála se, že to někdo uvidí, ale teď už se jí jizvy nelíbí a stydí se za ně. Dochází ke známému chirurgovi, který jí je pomáhá odstranit.

Anna věří, že až opustí PLB, nebude už mít důvod k sebepoškození. Soud rozhodl o jejím umístění v dětském domově, je ráda, že nebude bydlet doma.

Když se ptám na její budoucnost, opakuje své přání zařídít si květinářství. Do budoucna plánuje rodinu, ale teď ještě ne. Chce oddech po tom, co jí dělal táta, nemá na kluky ani pomyslení. Bojí se, že kluci pijí a že se k ni budou chovat stejně, jako se k ni choval její nevlastní otec.

Dřív se víc bavila s chlapci než s děvčaty, už měla i partnerský vztah. Bylo to v době, kdy se řezala. Podle Anniných slov nesl přítel její sebepoškození velmi těžce, plakal a ptal se, proč to dělá. Dokonce prý volal na Linku bezpečí a mluvil s jejím psychiatrem. Chtěl jí pomoci, aby toho nechala. Vztah ukončili poté, co se jednou opil a podvedl jí s její nejlepší kamarádkou.

1F: „Hmmm...No tak mě to připadá, že ten kluk je **nemocnej**, a že ta... máma mu šahá vlastně na hlavu jako jestli má teplotu, jo... No, zjistí, že má třeba teplotu a zůstane v posteli, no... Máma mu dá nějakou... **dojde s ním k doktorovi**, jestli bude mít teplotu no, půjde s ním k doktorovi, aby se kouknul na něj, jestli nepotřebuje antibiotika.“

2F: „Já si myslím, **že je sama...ta holčína, že...že se s ní nikdo asi nechce kamarádit...že prostě je sama no, že je smutná. Ona bude prostě čekat, prostě jestli se s ní někdo začne bavit nebo mě přijde, že je prostě taková bezradná, že prostě neví, prostě, nevím, jak to mám říct, ale no že je smutná strašně...že se s ní nikdo nechce kamarádit.**“

3: „Tyjo... Tak já si myslím, že se ta holčína učí a táta jí něco vysvětluje, no. No tak ta holčína vypadá, že je taková **zklamaná, jako že jí, že prostě, že jí to asi nebaví**. Hm...já nevím už.“

4F: „Tak já si myslím, že tohle je patra...dobrá, ale já si myslím, že **prováděj jako nějaký zlý věci prostě**. Já nevím proč. (*Jaký zlý věci?*) Ježíš, já nevím, třeba...nevím...ale prostě...nevím.“

5: „**Tak to já vůbec nevím. Já nevím, co bych k tomuhle řekla.**“ (*Odmítnutí tabule.*)

6: „Já si myslím, že to jsou **dobří kamarádi, že se smějou...protože kdyby se nesmáli, tak mi to přijde zas, že ten jeden kluk prostě ho šikanuje, že po něm něco chce...ale on se zdá, že se smějou, tak si myslím, že to jsou kámoši, že se na něčem domlouvají**. Třeba já nevím, že půjdou dneska ven, že půjdou za holkama, prostě, no.“

7: „Tady si myslím, že to je **milostnej vztah, že spolu choděj a že plánujou spolu něco a přijde tam do toho máma no... Já si myslím...no mě to připadá, že už je jako starší, že oba dva jsou starší, tak si myslím, že jako na to nic neřekne no...ale já nevím, kolik jim je a to nějak neodhadnu no...ale kdyby byla mladší, tak asi...Nebo by mohla bejt varianta, že vůbec že máma o tom neví, že je tam ten kluk...že teď se bude divit a že ho třeba vyžene prostě z bytu.**“

8: „Tady je holčína s mamčou a babička jí dělá účes třeba, že jde někam do tanečních, tak jí dělá účes, aby vypadala slušně a hezky no... No, povídají si asi, že jí...já nevím, že jí třeba poučujou, jako jak má dělat kroky a takhle.“

9: „Tak tady takhle to vypadá, že ono...jako že ten kluk je skleslej jako kdyby přišel pozdě...jo že ten čeká už táta prostě na něj a on přijde prostě pozdě a dostane zaracha...protože přišel pozdě, no, že měl třeba přijít v to...sedm a přišel až v devět.“

10M: „Tak to já vůbec nevím, co drží v ruce...No, že něco provádí, něco prostě za lubem má a teď tam přijde táta...já nevím. Řekne mu jako, co dělá a on řekne, on si začne prostě vymyšlet, že jako nic, že to... to začne maskovat prostě...už nevím...Já nemam moc to, bujnou fantazii.“

10F: „Tak mě tady přijde, že si hraje s něčím, že prostě jak tam má ten prst, tak tam není vidět co, tak, že si třeba hraje třeba hraje s morčetem nebo se štěně...nebo s kotětem, tak že tam přijde táta vlastně a líbí se mu prostě, jak si s nim hraje no...se směje ten táta.“

11: „Tak tady si myslím, že se s ním třeba rozešla holka s tím klučinou, že je smutnej a teď tam přijde táta a začne ho utěšovat a vyptávat se, co se mu stalo. No a on nechce o tom mluvit, on prostě jenom brečí a prostě nechce se s nikým vybavovat prostě mu to mrzí no. Ten táta má o něj starost.“

ROR

Protokol testu vykazuje abnormity ve smyslu ztráty kontroly realitou a hrozící dezintegrace. Je znatelné ohrožení masivní úzkostnou tenzí. Objevují se nezpracované primitivní agresivní impulzy, existuje možnost obrácení proti sobě. Emotivita je nedokonale potlačovaná, při selhání je Anna výbušná. Prožitky se snaží potlačovat, přizpůsobení předstírat, zastírat. Projevuje se deprese a nebezpečí zkratových reakcí.³

Kvalita percepčně kognitivní práce není vysoká, avšak bez specifických regresních znaků, které by obraz posunuly do blízkosti schizofrenie.

Komplexová odpověď – neřešitelný konflikt vázaný k matce. Dnes nejbližší nepevné, hraničně strukturované osobnosti na pokraji psychické dezintegrace v zátěžové situaci.

Interpretace

Skenování reality je adekvátní, s dobrým zájmem a porozuměním situaci, ale se sníženou flexibilitou. Emotivita je živá, se snahou o potlačení. V sociálních postojích převažují obavy a negativní očekávání, objevuje se úkorná vztahovačnost.

³ Zvýrazněné závěry testu ROR se ukázaly být shodné s výsledky testu AAC.

Zvládací strategie jsou pasivní – rezignace, vytěsnění a potlačení, rovněž obavy z heteroagrese. Přístup k řešení problémů je aktivní, ale bez odpovídající schopnosti nalézt řešení.

Dominujícím problémem jsou rodinné vztahy a vztahy s vrstevníky.

II.IV.II Jana (16 let)

Šestnáctiletá Jana byla nedávno soudně svěřena do péče své o sedm let starší sestry, vyučené prodavačky. V současné době bydlí se sestrou a jejím o tři roky starším přítelem v bytě v centru Prahy. Janina matka, neléčená alkoholička, v rodině nefunguje, o dcery z prvního manželství se nezajímá, žije se svým novým partnerem a novorozenou dcerou. Otec, který se o dcery staral, v předchozím roce zemřel na embolii po transplantaci ledvin a slinivky.

Jana se narodila v termínu, během těhotenství matka pila a kouřila. Psychomotorický vývoj proběhl normálně. Ve 4 letech nastoupila Jana do MŠ, v 7 letech do ZŠ, v 7. třídě změnila školu kvůli šikaně. Po přestupu na jinou základní školu se už problémy nevyskytly, většinou měla na vysvědčení vyznamenání.

V současné době Jana studuje s průměrným prospěchem prvním rokem veřejnoprávní činnosti. Na škole je spokojená, je tam dobrý kolektiv, našla si blízkou kamarádku, se kterou si hodně rozumí. Má ráda jazyky, učí se ve škole anglicky a francouzsky, doma sama zkouší španělštinu.

Přestože má spoustu zájmů jako hudba, zpěv a tanec, nikdy do žádného kroužku nechodila. Ráda by se věnovala latinskoamerickým tancům.

Přítel matky ji několikrát napadl, byl na ni sprostý, často byl opilý a vyhrožoval, že ji zbije. Sexuálně jí nikdy neobtěžoval, ale ponižoval ji. Jednou přišla domů a nenašla svého psa, kterého jí daroval otec. Přítel matky řekl, že psa doma nechce, tak ho vyhodil, kam odmítl říct.

Jana matce vyčítá, že se o ni nikdy nestarala a nikdy se jí nezastala. Když ji přítel matky ubližoval, měla z hádek s ním úzkosti, zhoršoval se jí spánek, měla děsivé sny, časté probouzení. Často jen seděla nebo ležela, nic jí nebavilo, měla pocit, že je zbytečná, překáží a komplikuje své sestře život, někdy myslela na to, jaké by to bylo nebýt.

Jednou se ve vzteku pořezala nožem, nebolelo to, úzkost se zmenšila. Přiznala se sestře, která ji odvedla k dětskému psychiatrovi. Udělala to ještě několikrát, nechtěla si ublížit, představovala si, že ubližuje matce, na kterou měla velký vztek, když se řízla, ulevilo se jí.

Jana kouří asi 1,5 roku zhruba 4 cigarety denně, někdy méně, jindy více, asi před třemi lety jednou zkusila marihuanu. Alkohol i drogy nejuje. Před nástupem na střední školu patřila do špatné party, kouřili a flákali se, ale brzy pochopila, že to nejsou přátelé, o které by stála.

Před hospitalizací v PLB docházela k psychologovi a poté k dětskému psychiatrovi, kam ji dovedla sestra pro zvýšenou únavnost, stavy litosti, poruchy spánku, vzrůstající agresivitu, sebepoškozování a výhrůžky suicidem.

Den před přijetím do PLB měla záchvat, kdy kopala do nábytku a vyhrožovala sebevraždou. Pak se uklidnila, ale odmítla jít do školy s tím, že nic nemá cenu a že už nebude sestru a jejího přítele dále obtěžovat.

Nechce sestře ubližovat, ví, že o ní má starost, že za ní ručí, chtěla by být v pořádku, proto je ráda, že je v PLB. Léky, které dostává, ji pomáhají, lépe spí, soustředí se na školu, ale také často pláče a má pocit, že jí nic nejde a objevuje se nechut' cokoli dělat.

Rozhovor

Jana mluví o svém sebepoškozování jako o krátkém uzavřeném období (asi 2 měsíců těsně před hospitalizací v PLB), přesto, že se jedná o dobu teprve nedávno minulou. Byly to chvíle, kdy byla doma v depresích, měla stavy, kdy chodila po bytě a pořád brečela, protože nevěděla, co má dělat, ani nevnímala čas.

Bylo to proto, že když jí bylo 14 let, umřel táta, který se o ni a její sestru staral. Její matka (Jana o ní nikdy nemluví jinak než o „mamce“) si asi po půl roce našla o 17 let mladšího přítele. Jana říká, že kdyby byl normální, nebyl by pro ni problém, že máma má nového partnera, i ten věkový rozdíl by byla kvůli mámě ochotná akceptovat („Láska je láska“).

Máma měla už dřív problém s alkoholismem, když byla Jana malá. Když navázala nový vztah, na chvíli pit přestala, ale po nějaké době začali pit oba. Matka se o Janu přestala starat a matčin přítel Janu psychicky deptal. Dával jí najevo, že je méně než on a matka se jí nikdy nezastala. Podle Jany bylo poslední kapkou to, že jí vyhodil z bytu psa, kterého dostala od otce před 2 lety. Pak řekla matce, že odchází. Nejdřív nevěděla kam, ale nakonec zůstala bydlet u sestry.

Poškodit sebe samu ji napadlou jednou, když byla v kuchyni, kde ležel nůž. Nožem si přejela po ruce a najednou se začala řezat. Říká, že v tu chvíli jí to skoro nebolelo, pak se opravuje: bolelo to, ale jinak než normálně. Myslela si, že ubližuje těm lidem, kteří jí ubližovali, že oni cítí tu její bolest.

Když se opakovaně řezala, honila se jí hlavou máma a to, že ji ublížila. Vzpomínala na to, co jí s přítelem dělaly. Když se pořezala, tekla jí krev, ale cítila úlevu. Říká, že se jí samozřejmě neulevilo úplně, jen na chvíli, ale když se zase někdy „vytočila“, zase sáhla po noži a řízla se. Už věděla, do čeho jde hlavně to, že se jí zlepši psychický stav.

Vždy se řezala do předloktí a používala „svůj“ nůž, který měla k těmto účelům vyhraněný a schovaný.

Toho, co dělá, si po nějaké době začala všimnat sestra, ptala se Jany, co to má po ruce. Jana se pokaždé na něco vymluvila, ale nikdo jí nevěřil, ani sestra, ani její přítel nebo kamarádky. Pak se sestře svěřila, že se řeže do rukou. Sestra jí to zakázala a začala ji hlídat, aby se to už neopakovalo.

Jana o problému sebepoškozování věděla z dřívějšíka, trpěla tím její kamarádka („Dneska to dělá skoro každá.“). Nikdy si však nemyslela, že to bude dělat také. Dřív se bála nožů, a když slyšela o sebepoškozování, říkala si, že to musí hrozně bolet.

Jana říká, že pro ni toto období skončilo, teď se na celou věc dívá tak, že už se to nevrátí. Nechce mít jizvy po ruce ani ubližovat sama sobě. Je si jistá tím, že když ji v dalším životě potká nějaká krize, zvládne ji i bez sebepoškozování. Ale znovu se říznout do ruky se prý nebojí.

V současné době žádného partnera nemá, ani ještě žádného neměla. V 10 letech se poprvé zamilovala, kluci se jí líbí, občas má zamilované sny, ale myslí si, že je na to ještě mladá.

O své budoucnosti má celkem jasnou představu. Nejprve by chtěla dodělat střední odbornou školu, kterou studuje. Pak by se ráda přihlásila ke studiu na vysoké škole. Vybrala si obor psychologie, protože jí baví starat se o lidi, nebo konzervatoř či jinou hereckou školu, protože umí zpívat, hrát, má hudební sluch. Vyčítá matce, že její talent nikdy nerozvíjela, dodnes třeba neumí noty.

Rodinu plánuje, vdávat by se ale chtěla nejdřív ve třiceti letech. Nejdřív si chce užít. Chtěla by i miminko, ale tak dva roky po svatbě.

AAC

IF: „To mě to připadá, jako kdyby byla **ta holka mrtvá a tady to nějaká vražedkyně prostě úchylná. No tady ta mi připadá mrtvá, ta už si asi nemyslí nic...a ta druhá, prostě já nevím, mě to připadá jak z takových těch horo..psychick..... takový ty psychofilmy...mi to přijde, že prostě jako, no já nevím. Neměla sis se mnou zahrávat no prostě takhle, jak jsou ty filmy, já nevím.**“

2F: „Tady ta...ta vypadá, **jako by jí někdo vyhodil z domova**. Myslí si, že neví, co má dělat a jako, já nevím, že má chuť se zabit (*smích*). Prostě že sama ani neví, co bude teďka dělat.“

3: „To že prostě jako ten tatka jako...**ona jako prostě na něj má zlost** nebo já nevím, oni všechny ty postavičky vypadaj stejně...že **prostě on na ni čumí jako, tak se vykecej nebo takhle prostě.**“

4F: „Tady ty vypadaj...**tady polovina z nich vypadá jak zfetovaný**...Tak já nevím, kdyby byli jinde pryč, tak mi připadaj, **jako kdyby chtěli skočit z útesu, nebo já nevím, ale fakt mi připadaj prostě já nevím, jak zfetovaný**, hlavně tady ty dvě na kraji. Já nevím...tadyta holka jim má něco jako dokázat, jestli chce bejt jako s nima, mě to tak přijde prostě...že je taková nejvíc normálnější. A že **prostě jim něco musí dokázat, aby jako s nima se mohla bavit nebo já nevím.**“

5: „Tadyto mi přijde jako, že **ten manžel možná chce tu jako manželku uhodit** nebo já nevím, **nějak ji čapnout** nebo takhle...**má takovej ten výraz, jako...a ten syn se na to už nemůže dívat, nejradši by po něm skočil.**“

6: „Tady no prostě...vypadá, **jako kdyby ho chtěl prostě zmlátit**, nebo já nevím prostě...**že si myslí, že mu něco provedl.**“

7: „Tadyten...no, že prostě já nevím, že si nějak povídali nebo prostě něco takovýho...To je asi nejpozitivnější obrázek zatím co jsem tady viděla, ty výrazy...No tak **tadyty dva asi nevědí, že je někdo pozoroval a ta maminka by jí nejradši vzala a zmlátila...tu holku.**“

8: „**To mi přijde jako kdyby jí to...chtěla ustříhnout ty krásný vlasy a ona byla z toho smutná, prostě, nevím no.**“

9: „No to bude asi něco ve stylu – v kolik jsi měl bejt doma (*smích*). No tak on teďka se jako bojí, že jo, že prostě má tam jít...**má strach prostě jít k tomu tátovi, prostě ví, že přišel domů pozdě a teďkon prostě se tam bojí, protože určitě ten táta určitě mu dá pohlavek nebo něco.**“

10F: „Tohle bude – **dokud si neuklidiš svůj...ne, dokud se nenaučíš nebo neuklidiš svůj pokoj, tak nikam nepůjdeš**...mě to tak přijde prostě.“

10M: „**Tak to nevím, co má tadyto představovat, to vůbec netuším teda.**“ (*odmítnutí tabule*)

11: „Že tady vypadá jako kdyby...protože **toho kluka jako zmlátil a on teďka brečel...a ten táto to jako přehnal a teď se mu jako omlouvá.**“

ROR

Jana podala nadprůměrný počet odpovědí v průměrném čase. Odpovědi podávala s živým, přiměřeným emočním doprovodem.

Schopnost percepčně-kognitivního uchopení je většinou průměrná. Kontakt s realitou je dobrý. Klientka je schopna dobrého přizpůsobení nezátěžující realitě. Je **afektivně reaktivní, afektivita je labilní, hůře vázaná racionálními mechanismy osobnosti. Sociální kontakt je zachován, klientka je schopna empatie, usiluje o sociální konsensus. Mezi nejčastěji používané obranné mechanismy patří přeznačkování negativních emocí na pozitivní a regrese.** Pokud je situace příliš zátěžová a přeznačkování ani regrese v dostatečné míře nepomohlo ke zvládnutí, má tendence rezignovat. Protokol nenese známky deprese, je však přítomna dysforie a pocity ohrožení.

Interpretace

Skenování reality je v zátěži neadekvátní, svědčící o snížené schopnosti konvenčního myšlení, což může vést k nepochopení situaci. Afektivita je labilní, hůře kontrolována. V sociálních interakcích očekává omezování, konfrontaci až agresivitu. Sebedůvěra je výrazně snižena.

V hodnotovém systému je kladen důraz na přímou příčinu a následek při konfrontačním vztahovém zaměření. Zvládací a obranné mechanismy jsou chudé a málo funkční – převažuje konfrontace a rezignace. přístup k řešení problémů je nezralý a málo funkční.

Dominující problémy jsou mezilidské vztahy, které vnímá jako ohrožující.

II.IV.III Nela (11 let)

Jedenáctiletá Nela, velmi drobná divenka romského původu, žije se svou matkou, otcem, nevlastním bratrem a sestrou v Praze, kam se přistěhovali kvůli matčině práci z menšího města. Celkem má 5 nevlastních sourozenců, jeden žije s babičkou a 2 nejstarší sestry jsou již vdané a bydlí odděleně.

Nela se narodila po fyziologickém těhotenství, ale předčasně, v 7. měsíci gravidity. Do 7 let byla Nela vychovávána v ústavní péči, nejprve v kojeneckém ústavu, poté v dětském domově v Benešově. Matce byla po porodu diagnostikována TBC a několik let strávila po léčebnách. Do dětského domova za Nelou docházela, když získala byt, dostala dceru do péče.

Do školy nastoupila Nela v 7 letech, téměř okamžitě byla kvůli pozdním příchodům, agresivitě a dalším problémům přeložena na zvláštní školu. Od té doby změnila školu ještě třikrát, v současné době je žákyní 5. třídy.

Kvůli sebepoškozování byla hospitalizována v Dětské psychiatrické léčebně už v 9 letech, objevilo se trhání vlasů, štipání se, prokousla si kůži na prstech.

Před hospitalizací v PLB Nela kradla v obchodě, a byla proto dočasně umístěna do Klokánku, odkud byla po dohodě se sociální pracovnící převezena sem. Při vstupním vyšetření nenavázala oční kontakt a po celou dobu si škrábala kůži kolem okousaných nehtů.

Na otázku, jestli ví, proč je tady odpovídá, že ne, nejspíš proto, že skočila z okna, pořezala si ruku, někdy si také trhá a páli si vlasy zapalovačem a škrábe se. Proč to dělá, neodpoví, bolí ji to, ale to nevadí. Sama neví, proč si ubližuje, nikdo jí to nenařizuje ani to nikde neviděla. Náladu má dobrou, strach z ničeho nemá, spí dobře, jídlo neodmítá.

Vykouří tak 5 cigaret denně, na otázku, kde je bere, neodpovídá, alkohol ani marihuanu nezkoušela.

Podle matky nemá Nela zájem o chlapce, stojí spíše o bližší (i fyzický) kontakt s děvčaty, sama se chová jako chlapec, má chlapecké zájmy jako fotbal apod. Nela sama jevila v léčebně zájem zůstat na chlapeckém oddělení.

Rozhovor

Rozhovor s Nelou byl poněkud problematický, protože divenka nebyla příliš sdílná. Mezi otázkou a odpovědí byly dlouhé latence a bylo třeba klást doplňující otázky, aby vznikl v rámci možnosti alespoň trochu ucelený obraz. Nebylo to tím, že by Nela nebyla ochotná odpovídat, důvodem byl nejspíš fakt, že vzhledem ke svému nízkému věku ještě neměla na sebe, své chování a události poslední doby jasný náhled. Svědčí o tom to, že u některých otázek se více „rozpovídala“ a hovořit jí nedělalo problémy, u jiných krčila rameny.

Na otázku, jestli ví, proč je v léčebně, odpovídá bez zaváhání, že proto, že si ubližuje. Doma si pořezala ruce sklem, někdy se kouše nebo se škrábe nehty. Trochu to vypadá, jako by se tuto odpověď za dobu strávenou v PLB naučila, více než že by si sama uvědomovala, že má nějaký problém a že to, co dělá, není v pořádku.

Na otázku po důvod sebepoškozování nejprve dostávám tutéž odpověď, jaká stojí v anamnéze. Nela neví. Dalšími otázkami se pokouším Nelu přimět, aby nad celou věcí trochu více přemýšlela, nakonec říká, že to není proto, že by jí to prostě jen tak napadlo, ale stává se to, když je nervózní nebo když jí někdo navede. Ona pak poslechne. V léčebně už se jí jednou stalo, že jí někdo řekl, aby si ublížila a ona se poškrábala.

Podle toho, co říká, si poprvé ublížila (pořezala se sklem na rukou) poté, co doma skočila z okna, když si s bratrem hráli na schovávanou. Z okna prý vyskočila proto, aby se mu schovala.

O své budoucnosti žádné představy zatím nemá. Věří tomu, že až se vrátí domů, tak už sebepoškození nebude pokračovat, už k tomu nebude důvod.

AAC

1F: „Hmm... šipková Růženka... tady to je šipková Růženka a tadyto je kluk. To...on spí a ona ho budí. Podaří se jí ho probudit...pak se lekne...a pak vstane.“

2F: „Sedí na zemi a brečí...Asi nemá rodinu...Bude si ubližovat.“

3: „Tady je pan učitel nebo táta a tady jeho syn asi učeje se...jako do školy.“

4F: „Se perou...*(Proč se perou?)*...no já nevím...nevím.“ *(Odmítnutí tabule.)*

5: „Tady je syn, táta, to je máma. Máma se učí, tam si něco čte a táta jí asi obejme nebo takhle. Syn se na to kouká a myslí si...že máma je smutná...*(Proč je smutná?)*...nevím...nemá k tomu důvod.“

6: „Tadyto jsou kamarádi, takhle na to dává ruku, na něj a ...jsou venku. Nepovídaj si.“

7: „Tadyto je...tadyto je nějaká pani, tadyto je táta, tadyto máma...no a dávaj si pusku, chtěj si dát pusku...dál nevím.“

8: „Tady je syn, dcera, máma. Máma dělá ty dceři vlasy a ten syn se na to kouká. Povidaj si u toho...nevím o čem.“

9: „Tady je syn, tady je táta, táta si to...chce si vzít jablko a syn přijde...a kouká se na tátu. *(Stane se ještě něco?)*...Ne.“

10M: „Tady je syn, tady je policajt, policajt ho asi zbije, něco proved...vzal pistol.“

10F: „Tady je táta, to je máma, tady ta máma uklízí po zemi no a ...ještě brečí k tomu...asi táta jí něco udělal...kopl jí do břicha *(Proč?)*...nevím.“

11: „Tady je syn, to je táta. táta ho masíruje...masíruje mu záda, aby ho nebolely.“

ROR

Protokol je mírně abnormní. Dostí vysoká produktivita, z formálního hlediska nekvalitní. Obsahově spíše chudá, s perseveracemi a stereotypii. Infantilní zdobněliny i jiné poukazy na infantilismus, nezralost.

Percepčně-kognitivní práce je nepřesná, vágní. Bez vyjádřených dispozic k sociálním vazbám. Objevují se zmnožené strachové a úzkostné momenty v prožívání. Smutná rozlada. Tendence zakrývat, předstírat. Kontrola je realitou významně oslabená.

Interpretace

Skenování a hodnocení reality je snižené jak v kvantitě zájmu, tak v kvalitě úsudku. Emotivita je stažená, převážně úzkostná. Porozumění sociální situaci je povrchní, sociální postoje jsou zabarvené úzkostným očekáváním, vztahy prožívá jako potenciálně ohrožující. Schopnost empatie je nízká, stejně tak sebedůvěra.

Zvládací a obranné mechanismy jsou chudé a nerozvinuté. Přístup k řešení problémů je rezignační s očekáváním vnější hrozby. Hodnotový systém je nezralý, morální postoje jsou orientovány na vyhnutí se trestu.

Problémové oblasti jsou vztahy v rodině a s vrstevníky

II.IV.IV Marek (14 let)

Romský chlapec Marek byl po svém narození umístěn do kojeneckého ústavu, od 3 a půl let je vychováván v pěstounské péči. Pěstouni mají v současné době 2 dospělé dcery ve věku 17 a 18 let a v pěstounské péči další 3 děti ve věku 12, 10 a 6 let. Nejmladší dítě v pěstounské péči je Markovým vlastním sourozencem. Biologičtí rodiče jsou neznámi. Pěstounští rodiče jsou středoškolsky vzdělání, bílé rasy. Matka je v domácnosti. Rodina otevřeně uvažuje, že už se o Marka nebude dál starat.

Nejraději má nejstarší nevlastní sestru, která se ho zastává, dobře vychází také se svým nevlastním otcem, kterého uznává jako autoritu. Nejvíce konfliktů má s nevlastní matkou a dvanáctiletou taktéž nevlastní sestrou, která je také Romka (Marek není smířen se svou národností).

Marek nastoupil povinnou školní docházku v 6 letech v běžné základní škole, od 3. třídy chodil do Waldorfské školy, kde se mu líbilo. V 6. třídě mu byla diagnostikována ADHD a kvůli agresivitě a nezdrženlivosti v chování Marek přestoupil na Speciální ZŠ pro

žáky se specifickými poruchami chování Zlíchov. Rodina se v té době přestěhovala. Na vysvědčení měl v pololetí trojky z matematiky a dějepisu.

Od 10 let se u něj stupňují problémy se lhaním, drobnými krádežemi doma, výbušností a v poslední době se přidružuje povrchní sebepoškozování řezáním. V loňském roce nastoupil pobyt v diagnosticko-výchovném ústavu, odkud byl po 2 měsících po opakovaném porušování řádu vyloučen.

Mezi Markovy zájmy patří činnost v tramském oddílu. Poprvé se pořezal na letním táboře údajně proto, že chtěl hrát s ostatními hru a kluci ho nevzali mezi sebe. Naštval se, že je to proto, že je Rom.

Marek kouří asi 3 cigarety denně, vyzkoušel marihuanu.

V PLB je hospitalizován počtvrté, poslední hospitalizace byla ukončena před rokem. Objevil se nárůst poruch chování, konflikty v rodině, v průběhu prázdnin sebepoškozování a suicidální pokusy demonstrativního charakteru.

Rozhovor

Marek je drobný, krátkovlasý chlapec. Na rozhovor a vyšetření přichází v ústavním oblečení, tedy v županu a pyžamu (ústavní oblečení je určitou formou trestu pro ty, kteří porušují řád oddělení). Komunikuje celkem ochotně, vstřícně, spolupracuje.

Podle svých slov je tu proto, že doma vyhrožoval sebevraždou a řezal se. Nejdříve to dělal proto, že se chtěl předvádět, připadal si zajímavý, ale nic jiného mu to nepřineslo. Poté se pořezal po hádce s mámou, to už prý bylo vážné. Doma nemůže nikoho uhodit, tak ublíží sobě, když má koho zmlátit, tak ho zmlátí (v léčebně se projevuje agresivně vůči ostatním chlapcům). Když se pořezal naposledy na oddělení, chtěl se zabít. V léčebně se řezal opakovaně, byl to pro něj způsob, jak se odtud dostat.

Řezal se převážně do rukou, až do krve, hlavně nožem. V léčebně, kde žádné ostré předměty nejsou běžně k mání, použil plíšek vyndaný z monočlanku. Bolelo ho to, ale šel do toho i přesto, v danou chvíli byla ta potřeba ublížit si silnější než strach z bolesti.

Až ho pustí z léčebny, chce začít znovu, rodiče říkají, že tohle je jeho poslední šance, jinak ho dají do dětského domova, nesmí vyvolávat konflikty doma a ve škole a vyhrožovat sebevraždou.

S rodiči o sebepoškozování nemluvil, ale určitě jim to vadí, nechtějí, aby se řezal. Na sebepoškozování ve chvílích napětí myslí stále.

Do budoucna by chtěl mít rodinu, tedy manželku, která ale nesmí být Romka a alespoň 3 děti, a pracovat a uživil rodinu a nemusel žít ze sociálních dávek.

AAC

1M: „Tady to je asi... že začíná bejt ráno a tady ten kluk nebo...**no ten kluk spí a ten já nevim kdo... asi třeba jeho brácha za nim jde a jde ho vzbudit.** Pak se probudí a jde do školy, s nim.“

2M: „...*(dlouhá odmlka)*...Tady ten kluk mi připadá, jako že je asi smutnej. *(Proč je smutnej?)*...**že ho třeba vyhodili z domova a že on tady sedí na tom chodníku a je smutnej. Myslí na to, jaký má špatný rodiče. No...já bejt jim, tak bych asi utek...kdyby mě rodiče vyhodili z domu...No, on asi uteče, no.**“

3: „...*(dlouhá odmlka)*...Tadyto asi bude **táta a máma, máma si tam čte knížku** a to...táta za ní přišel a o něčem si s ní povídá...**třeba co čte.**“

4M: „No tadyto je nějaká **partička, čekaj...se na něčem domlouvaj. Třeba se domlouvaj, jak to...jak vykrást banku *(úsměv)*. Pak tam půjdou a vykradou ji a chytěj je. Pak je vezmou na policejní stanici. No...pak je pustěj...třeba. A musej zaplatit nějaký...nějaký peníze.**“

5: „Tady mamka asi to...studuje nějaký vaření, podle mě, protože je to kuchyň asi...připravuje nějaký vaření a ten **táta...tak to nevím...se hádaj a ten kluk se kouká tak divně na ně, jako že je mu to asi líto...mě přijde, že všichni jsou našťvaný.** Nevim...třeba ten táta přišel včera večer jako pozdě domů.“

6: „Tady to jsou nějaký kamarádi a...nebo ještě něco jinýho...že tadyto je nějaký kluk, jako a jde za tímhle klukem a **naschvál mu říká, jako že je jeho kamarád nebo tak a potom po něm bude něco chtít...třeba nějaký peníze nebo něco takovýho. On mu je dá...prostě se ho bojí.**“

7: „A tady to je jasný, jsou zamilovaný. Ta ženská nevím, co má znamenat...Asi, že jsou ve svém pokoji, a tadyto je **třeba jejich...toho kluka mamka a přijde do jejich pokoje a vidí je tam. Nic neřekne a zavře a jde dál, jde zase někam**“

8: „Tak tady je máma...to...připravuje tu holku do školy, učesává jí...a tadyto nevím, co je...to třeba může bejt teta, třeba je u nich na návštěvě.“

9: „Tady je táta a kluk se vrací domů zvenku a tady je vidět, jako že už je noc...**No ten táta se asi hodně zlobí a ten kluk se z toho nějak snaží vykroutit. Pošle spát asi.**“

10M: „No, tady to mi připadá jako **šikana**...jako že **tadyten mu říká, aby si kleknul a...tadyto nevim, co je. Prostě, že ho šikaneje a nakonec...tadyten ho napadne a prostě ho tam zmlátí a odejde**. Tadyten mi připadá jako nějaký pán z práce a tadyto nějaký nový kluk, který k nim jako přišel. **Přemýšlí, jestli ho má napadnout nebo ne**.“

10F: „Tadyto mi přijde jako, že **ta holka...že musí uklízet před ním...před tím chlapem**... To je dcera a to je taťka. Podle mě, jako že...že třeba **má nějaký trest a musí uklízet**. Třeba přinesla špatnou známku ze školy.“

11: „Tady ten kluk usnul na křesle, protože jako **někde flámoval a ten táta ho budí**. Byl někde s kamarádama a je asi hodně unavený.“

ROR

Test probíhá v přiměřeném psychomotorickém tempu, s průměrným počtem odpovědí. Vystupuje snaha být zajímavý a originální, v nestrukturované situaci to ale místy znamená špatné kognitivní uchopení (index reality = 4). **Chybí lidská témata, což značí sníženou schopnost sociálního kontaktu a porozumění, patrné jsou egoexpanzivní rysy. Afektivita je labilní, zvládací mechanismy jsou na vývojově nižší úrovni, frustrační tolerance nízká, v emočním tlaku selhává a reaguje úzkostně**. Ambivalence prožívání, hypotéza o obranném mechanismu štěpení. Protokol nenese známky depresivity.

Interpretace

Skenování a hodnocení reality je běžné ve své kvantitě, ale snížené ve schopnosti jejímu konvenčnímu porozumění. Emotivita je úzkostná, afektivita labilní. Zájem o sociální objekt je obvyklý, ale schopnost porozumět sociální situaci je snížená. Sociální postoje jsou obavné a konfrontační, schopnost empatie snížená. Sebedůvěra je nízká.

Morální vývoj je ve stadiu orientace na vyhnutí se trestu. Zvládací a obranné mechanismy jsou jednostranně orientované na očekávání konfrontace. Přístup k řešení problémů je konfrontační, případně rezignační.

Problémovou oblastí jsou obecně mezilidské vztahy.

II.IV.V Petr (13 let)

Třináctiletý chlapec romského původu vyrůstá od svých 11 let se svými sourozenci v dětském domově.

Osmatřicetiletá matka pracuje v pekárně, o dvacet let starší otec se nejdříve léčil z alkoholismu, po útěku z léčebny byl ve výkonu trestu za opakovaná fyzická napadení, nyní

pracuje, aby získal byt a mohl vzít nezletilé děti z dětského domova domů. Matka se o nezletilé děti příliš nezajímá, naposledy je byla v dětském domově navštívit před půl rokem. Prarodiče zemřeli před několika lety.

Petr má 7 sourozenců, 4 bratry (z toho je jeden nevlastní) a 3 sestry. Šestiletá sestra a bratři ve věku osm, dvanáct a šestnáct let jsou umístěni ve stejném dětském domově jako Petr, dvě dospělé sestry jsou vdané a žijí s vlastními rodinami.

Do školy nastoupil v 6 letech, v první třídě měl problémy s prospěchem, pak přestoupil do speciální základní školy, kde je dnes v 7. třídě.

V 11 letech vykrádal auta. Pro ADHD a nezvladatelné chování v dětském domově byl dočasně umístěn ve Středisku pro mládež v Řevnicích.

Před nástupem do dětského domova byl umístěn v diagnostickém ústavu, matka dlužila velkou částku, neplatila nájem.

Do PLB ho přivezl vychovatel kvůli nezvladatelnému chování (kouření, agresivita - bije děti, pere se ve škole).

Kouří přibližně 10 cigaret denně, když byl doma, kouřil marihuanu. Občas pije alkohol, nejvíc vypil 1 láhev piva, jednou byl opilý. Užívání tvrdých drog neguje.

Z dětského domova se nikdy neutekl, ale pokusil se poškrábat špendlíky a pořezat nožem kvůli rodině, hádal se s bratry a nechtěl být v DD. Má mnohočetné jizvy na obou předloktích po sebepoškození.

Je pyšný na tmavou barvu své pleti, když se mu někdo posmívá, zbije ho nebo si myslí svoje. Myslí si, že mít tmavou kůži je něco výjimečného a pozitivního.

Svou budoucnost si představuje tak, že bude bydlet v rodinném domku u moře, bude pracovat jako kuchař. Bude mít milou ženu a děti.

Rozhovor

Petr je drobný, hubený chlapec s brýlemi. Při rozhovoru se viditelně hodně se snaží, dokonce mluví spisovně. Na otázky odpovídá stručně, ani ke konci se nerozpovídá.

Na otázku, proč je v léčebně odpovídá, že proto, že mlátí děti ve škole i v domově. Je tu poprvé, asi 2 měsíce.

Na záplesti se pořezal kvůli rodině. V dětském domově se mu stýská po rodině, chtěl jet za svými rodiči a sourozenci, které nevidá a myslel si, že to pomůže. Když byl doma, nepoškozoval se vůbec, začalo to až v dětském domově asi před rokem. V domově se poškozoval opakovaně, hlavně nožem, špendlíky a dalšími ostrými předměty, které se mu

dostaly do rukou. Řezal se především na předlokti (ukazuje předlokti, které má celé pořezané).

Petr říká, že rány ho bolí, ale když je ve vzteku, tak ho nebolí skoro vůbec nic. Řeže se do té doby, dokud mu z ruky neteče krev a myslí přitom na svou rodinu.

Několikrát se pokusil se sebepoškozováním přestat, podařilo se mu to nejdéle na 14 dní, ale pak „ho to zase chytlo“. V léčbě se dosud nepořezal, prý k tomu nebyl důvod. Také se nad celou věcí zamyslel a řekl si, že už to dělat nebude a v budoucnosti bude hledat jiná řešení. Vadí mu, že po řezání má poškozenou ruku a že ho kvůli tomu vyšetřují.

Na otázku o partnerských vztazích Petr odpovídá, že má přítelkyni, se kterou se líbal.

AAC

1M: „...že on leží a **on si myslí, že, ten co stojí, že prostě že nechce vstávat, že je líný, jo a...že potom toho nechá, ať si dělá, co chce, ten co spí**. No, to je tak všechno...jsou to bratrové.“

2M: „Tady ten **kluk medituje, soustředí se na to...na přírodu a tak.**“

3: „Tady ty...jsou **rodiče, matka a otec...a třeba v pokoji je syn a něco se mu stalo, tak otec to říká matce a matka se diví**. Třeba, že má naraženej prst.“

4M: „Tady se **třeba bavěj o svý tý...o svý budoucnosti a o svých problémech a tak...a ty muži jsou kamarádi, třeba.**“

5: „Tady je matka, otec, syn a matka si čte a nechce od toho odejít, jo... a syn čeká do školy a nemůže jít sám a táta musí jít rychle do práce a máma ho musí odvézt, toho syna.“

6: „Tady to...dva kluci... Ten...**tady ten pochválí toho druhýho, že pro něj něco udělal a jsou to kamarádi.**“

7: „Tady je kluk s holkou a máma. A **prostě oni si povídaj, ten kluk a ta holka a ta máma chce, aby šel ten kluk domů. (Či to je máma?)**...Toho kluka.“

8: „Tady se divá **máma, dcera a starší dcera a tý mladší se divá, jestli má něco s uzlinami**...a je to rodina. Dál to bude, že bude mít zúžený uzliny a že půjde k doktorovi a tam to vyšetřej a...a doktor ji dá nějaký rentgen.“

9: „Tady je otec, tady je syn a ten syn se tátovi omlouvá, že udělal průšvih, jo, ve škole třeba rozbil okno, tak teď se mu omlouvá, aby na něj nebyl hnusnej a zlobívej. Táta bude reagovat slušně, přátelsky.“

10F: „Tady je otec a dcera jo a dcera čistí koberec a táta říká, že je hodná, že čistí koberec.“

10M: ...*(beze slova vrací tabuli zpět)*...

11: „Tady je otec a syn, a syn brečí kvůli tomu, že, že to...že...že mu odešel kamarád a chce být s ním ještě a táta řekl, že ne. Táta ho uklidňuje. Syn se s tím smíří a příští den se s ním, s tím kamarádem, uvidí.“

ROR

V přiměřeném psychomotorickém tempu podává průměrný počet odpovědí, vystupuje snížený kontakt s realitou (NIG = 2). V nestrukturované situaci je patrná **nejistota, silné dysforické momenty, impulzivita a agresivita. Zajímavé jsou časté dynamické odpovědi, popisující zabarvování, náказ, otisk, což spolu s nízkým kontaktem s realitou ukazuje na nevyvinuté adaptivní ego – obrany, pocity ohrožení z okolního světa, poukazují na zřejmé negativní zkušenosti se světem.**

V prožívání je patrná ambivalence – potřeba blízkosti a kontaktu, zároveň obava a pocity ohrožení. Z obranných mechanismů zachycuje idealizaci, štěpení. Z kompletových okruhů sexualita. Hypotéza o hraničním vývoji organizace osobnosti.

Interpretace

Skenování a hodnocení reality je běžné ve své kvantitě, ale snížené ve schopnosti jejímu konvenčnímu porozumění, což je dáno především tendencí vyhýbat se možnému konfliktnímu tématu. Emotivita je nevýrazná, afektivita je stažená. Očekávání v sociálních vztazích jsou zjevně uměle nivelizována, schopnost diferencovaného pohledu je nízká, empatie snížená. Sebedůvěra je nízká

Morální vývoj je ve stadiu orientace na vyhnutí se trestu. Zvládací a obranné mechanismy jsou nezralé, především pasivní a orientované na potlačení a idealizaci. Přístup k řešení problémů je schematický, s malou nadějí na schopnost jejich skutečného řešení.

Problémovou oblastí jsou rodinné a vrstevnické vztahy.

II.IV.VI Ondřej (14 let)

Ondřej žije se svou matkou, jejím partnerem a nevlastní sestrou. Matka pracuje jako sociální pracovnice, z předchozího manželství má 2 dospělé syny. Biologický otec, elektrikář, opustil manželku, když byl Ondřej malý. Stýkají se spolu jednou týdně a jednou za 14 dní s ním Ondřej tráví víkend. S přítelem své matky nevychází dobře stejně tak s mladší sestrou, se kterou bydlí v jednom pokoji.

Porod proběhl normálně, psychomotorický vývoj také. V dětství si hrál spíše s mladšími dětmi, protože špatně snášel prohru.

Do školy nastoupil v šesti letech, byl tam spokojený. Ve 4. třídě se rodina kvůli povodním musela přestěhovat. Starší bratr, který do té doby žil s Ondrou v jedné domácnosti, to špatně nesl, začal brát drogy a stal se bezdomovcem. V nové škole Ondřej spokojen nebyl, byl přetížen, jednalo se o výběrovou školu, musel dojíždět, navíc byl šikanován. Vyhrožoval, že skočí z okna.

V roce 2004 navštěvoval Dětské krizové centrum kvůli šikanování ve škole. Po jednom roce byl kompenzován.

V současné době chodí do 8. třídy ZŠ, v pololetí měl vyznamenání. Kamarády ve škole nemá. Dříve býval třídním komikem, ale poslední dobou už se snažil být vtipný jen kvůli spolužákům.

Ondřej nekouří, jednou vyzkoušel marihuanu, další drogy i alkohol nejuje.

Trápí ho, že má myšlenky na sebevraždu, netěší ho život, nemá se rád, nic ho nebaví. Tento pocit má asi půl roku. Dříve chodil se svou kamarádkou, ale rozešel se s ní, protože si všimla i ostatních chlapců a děvčat.

Před 4 měsíci matka objevila stopy po poranění na levém zápěstí, bagatelizoval to, pak našla doma papír s textem oslavujícím sebevraždu, navštívili dětskou psychiatrii v Krči a Dětské krizové centrum. Rodiče se poté rozhodli pro hospitalizaci.

Na oddělení v PLB vážně napadl jiného pacienta a sám se několikrát pořezal, především před návštěvou matky.

Rozhovor

Ondra přišel na rozhovor a vyšetření pouze s jednou pantoflí a ve značně děravých džínách. Na první pohled upoutaly černým líhovým fixem nabarvené nehty a škrábance na levém předloktí. Jeden z nich byl hluboký, ostatní byly zahojené nebo nakreslené propiskou.

Komunikuje ochotně, v odpovědích je spíše stručnější.

V PLB je 14 dní, zdá se mu to tady „dobry“, dají se tu najít kamarádi. S mámou je to teď taky „dobry“, předtím se doma pořád hadali.

Řezal se proto, že mu to pomáhalo. Vždy se mu tím ulevilo, trestal se tímto způsobem. Často má nálady, že se nemá rád. Sebeпоškození snižuje napětí, pomůže to na pár hodin. Ten pocit potřeby potrestat se se vrací, za posledního půl roku to bylo asi 3x do týdne. Jednou to udělal ve škole, pak mu na to máma přišla, a tak s tím chtěl přestat. Dřív mu pomáhalo, že psal, ale jeho máma to našla, přečetla si to a chtěla s ním o tom diskutovat, tak už to neděla.

Kromě pořezání mu pomáhá psaní, jít ven nebo poslouchat muziku. Kamarádi mu pomoci nemůžou, doma moc kamarádů nemá, rodičům to říct nejde.

Bydlí v pokoji se svou sestrou, která má spoustu věcí a zabírá většinu prostoru. Ondra tam má pouze postel. Teď mají doma nový počítač, který rodiče dali do dětského pokoje, ale neustále u něj někdo sedí, takže nemá žádné soukromí, ani hudbu už moc poslouchat nemůže.

Poslední dobou má zlost na sebe a chuť si ublížit, dříve neudržel vztek a řval nebo se pral, ale teď už ne. Sebeпоškození mu přináší úlevu, potrestání, vlastně to ani nebolí. Kdyby si neublížil, dostal by záchvat vzteku a někoho by zabil. Plánoval sebevraždu, napsal dopis na rozloučenou, ale pak se svěřil ve škole. Poslouchá Nirvanu a obdivuje Kurta Cobaina, protože se mu také rozvedli rodiče a on se s tím snažil bojovat (pozn. v mladém věku si prostřelil hlavu).

AAC

1M: „Nějakej pokoj, tadyto je asi chlapec... tady nevím, jestli to je dívka nebo chlapec, má delší vlasy, tak asi dívka. Leží na posteli, vypadá, že je nemocná nebo něco... no ten kluk to... se jí dotýká. **ta holka si kvůli němu mohla něco udělat, on má pocit viny, ona se z toho dostane a budou se alespoň normálně bavit.**“

2M: „Tady je taky nějakej kluk, sedí na ulici před nějakým domem, ruce má nastavený jako kdyby žebрал... **Možná utekl z domova... možná dostane rozum a vrátí se... cítí nějakou úzkost.**“

3: „Nějaká holka si čte knížku, sedí... a nad ní je nějakej starší chlap, asi táta její... Vypadá ten **táta, jako že chce navázat nějak řeč a ta dcera se tomu brání. Předtím se mohli nějak pohádat... časem se usmířej, ta holka je na toho otce našťvaná... On možná nevěří, že by jí nějak ublížil, ale přesto se s ní chce bavit.**“

4M: „Čtyři kluci...parta a jeden stojí dál, čtyři si povídají a tamten stojí zamyšleně, mohl se nějak přestěhovat, být nový, nezapadnout do toho kolektivu, možná se bude bavit s jinými lidmi.“

5: „Chlap a ženská, vzadu nějaký dítě, asi rodiče a syn... **Ta máma si nevšímá toho chlapa, on se jí taky snaží nějak usmířit a ten syn to sleduje s nechutí s povzdálí...podle toho výrazu. Můžou se rozvést třeba, asi by byl soudem přidělený k někomu do péče.**“

6: „Dva kluci, ten jeden drží tomu druhému za ramena...mu chtěl dokázat, že je pašák, že udělal něco dobře. **Ten kluk mohl něco udělat, ukrást, aby dokázal, že patří tady k tomu, tamten mu říká, že dobrý...Ty dva budou dál krást, provádět špatné věci a špatně to s nimi dopadne.**“

7: „**Kluk a holka...asi se chystají líbat nebo něco a tam vzadu je starší ženská, asi máma, asi spolu chodili a chtěli se spolu vyspat...Asi to moc špatně nedopadlo, když tam vletla ta máma, asi moc nadšená nebude, vyhodí to nevlastní dítě jako ven a tamto asi seřve...dostane nějaký trest.**“

8: „Dvě nějaký mladší holky a jedna starší ženská, ta ženská nějak prostě češe nebo hladí tu mladší a **ta starší na to kouká z povzdálí závistivě...Ta starší se smíří s tím, že ta mladší je mazánek, cítí závist, nechutí asi taky.**“

9: „Mladší kluk ve dveřích, starší chlap, asi jeho otec...na hodinách je asi deset hodin, takže asi přišel pozdě domů, ten otec na něj čeká...**Asi ho seřve, dá mu na zadek, ten kluk asi ví, že udělal chybu, že přišel pozdě.**“

10M: „Nějaký kluk tam klečí, něco má v ruce...přichází k němu nějaký starší chlap, podle toho co má v ruce, třeba cigára nebo něco. **Ten starší chlap ho nějak načapal, ten chlap má pocit, že mu to musí zakázat, že je ten kluk ještě mladý a že mu to musí zakázat...Ten kluk si myslí, že je to jeho věc, ať mu do toho nekecá.**“

11: „Nějaký starší chlap probouzí kluka, kterej spí na gauči, ten kluk mohl být unavený, tak usnul na gauči, probudí ho a pošle ho do postele.“

ROR

Asociační produktivita je snižena, kvalita percepčně-kognitivního uchopení je obvyklá či vágní. Myšlení je relativně pružné. Kontakt s realitou je uspokojivý (NIR = 6). Klient je

výrazně citlivý na dysforické momenty, současně se zdá, že v nich nalézá jakési uspokojení. Protokol neodpovídá depresivním znakům, je plný napětí a emocií.

Afektivní labilita reaktivního typu (klient emoce nezpracovává), impulzivita až k explozivitě. Destruktivita, podléhající impulsum, u níž nelze předpovědět, bude-li nasměrována proti sobě či druhým (klient ve vypjatých situacích zaměňuje subjekt a objekt). Autorita je výrazně ohrožující, zprvu až ochromující. Lze předpokládat potíže ve vztahu k matce a ženám vůbec (susp. obranné štěpení objektu). V sociálním světě se objevuje odstup až devitalizace.

Na výzvu emočního vztahu klient reaguje komplexově: přináší téma ohrožení života a pomoci od druhých, avšak s uspokojením konstatuje bezmocnost zachránců (lze usuzovat, že možnost destrukce je pro klienta nástrojem moci – či jediným nástrojem proti vlastní bezmoci).

Interpretace

Skenování a hodnocení reality je běžné ve své kvantitě, ale snižené ve své kvalitě, což svědčí o snížené schopnosti konvenčního myšlení. Emotivita je dysforicky laděná, afektivita labilní. Schopnost porozumět sociální situaci je snižená, sociální postoje jsou obavné a konfrontační; empatie je nízká. Sebedůvěra je nízká.

Morální vývoj je ve stadiu orientace na vyhnutí se trestu. Zvládací a obranné mechanismy jsou nezralé, převažuje ambivalence, únik a tendence ke konfrontaci i obava z ní. Přístup k řešení problémů je pasivní.

Problémové oblasti – pocity viny a mezilidské vztahy.

II.IV.VII Lucie (17 let)

Lucie žije se svými rodiči a dvěma bratry. Oba rodiče jsou vysokoškolsky vzděláni, matka pracuje jako středoškolská učitelka, otec jako výzkumný pracovník. Devatenáctiletý bratr je autista, Lucie s ním má velmi blízký vztah. Mladšímu bratrovi je 9 let, je zdravý.

Lucie se narodila z druhého těhotenství, v termínu, porod byl spontánní. Psychomotorický vývoj byl normální.

Lucie nastoupila na základní školu v šesti letech, až do páté třídy měla samé jedničky, pak přestoupila na osmileté gymnázium, kde má až dosud vyznamenání. Přejít na gymnázium Lucie zvládala s obtížemi, špatně snášela zátěž, měla problém s komunikací se spolužáky, těžko mezi ně zapadala.

Za poslední 2 roky opustila své zájmy, dřív hrála házenou, pak orientační běh, postupně se vším přestala, i s výtvarnou. Nyní je delší dobu hodně unavena a nemá chuť nic dělat. Čte si těžké filozofické knihy.

Rozhovor

Lucie je drobná štíhlá dívka, působící ze začátku značně nervózním dojmem, během rozhovoru si hraje s prsty. Mluví velmi kultivovaně, trochu přerývaně, ale dlouho a v kuse.

V PLB je poprvé kvůli depresím, než sem přišla, necítila se dobře. Od prosince se její stav zhoršuje, vybudovala si vnitřní svět, ve kterém žije. Vzdálila se od světa, pak měla i pocit, že myšlenky nejsou její, že je jen stroj. Necítila důvod něco dělat, žila ze zvyku nebo z povinnosti, neměla vůli k čemukoli, cokoli dělat. Její kamarádka se v té době pokusila o sebevraždu a Lucie se obviňuje z toho, že tomu nedokázala zabránit.

Asi v 5. třídě si o sebepoškozování něco přečetla, samotnou by ji to nikdy nenapadlo. Po nějakém čase si na to vzpomněla a řekla si, že to zkusí, třeba ji to pomůže. Pořezala se do boku žiletkou, docela to pomáhalo. Řezala se do boku proto, aby to nikdo neviděl.

Lucka uvádí tyto důvody: když se cítí mizerně, slova jsou nedokonalá, nikdy jimi nelze vyjádřit to, co člověk cítí. Zdálo se jí, že když se pořezá, tak to tím alespoň trochu vyjádří. Dřív to bylo všechno jen v její hlavě, teď už i venku, byl to způsob sebevyjádření.

V 7. třídě se pořezala nožem na předloktí, vymyslela si k tomu příběh, pak už se řezala jen na boku. Tělo je její a ona si ho může poškodit, jak chce.

Rodiče o tom nevědí, asi 4 roky o tom nikdo nevěděl, pak jí nějaká spolužačka vyhrnula rukáv a Lucka se za jizvy styděla. Vždycky předstírala, že je v pořádku, nikdy nikomu nedovolila, aby jí blíž poznal, nikoho k sobě nepustila a najednou to někdo viděl.

Střídala se období, kdy se Lucie řezala, pak kdy ne, bylo to spojené s depresí. Než sem šla, tak se řezala každý den, posledních pár dní už neměla sílu se ani pořezat, na konci už to nepomáhalo, ale nedokázala si představit, že se toho vzdá.

V PLB si Lucie říkala, že až ji pustí, budou prázdniny a pojedje s rodiči do Krušných hor, kde to má ráda. Tam půjde do lesa a zabije se. Od té doby se to hodně zlepšilo. uvědomila si, že má možnost nějaké věci změnit.

Představu o své budoucnosti má Lucie již delší dobu. Půjde studovat matematicko-fyzikální fakultu, pak jí čeká práce. Dřív chtěla mít děti, ale teď už ne, protože nemá zájem mít rodinu. Musela by si vyčítat, že někoho přivedla na svět, kdo by mohl trpět jako ona. Partnera si představit dokáže, kdyby přišel někdo, kdo by o ní měl zájem, ale láska je pro Lucii jen iluzí blízkosti a lží, a ona si slíbila, že si lhát nebude.

AAC

1F: „No tak... **někdo je nemocnej...nebo umírá možná, já nevím...** ale ta, ta dívka se tváří jako kdyby to nevěděla...trošku... a snaží se toho člověka probrat...Třeba jí bylo divný, proč tak dlouho nejde, protože venku už je den...Nevím, co se bude dít, tak... **myslim, že nebude nějak schopná...**No, ona to neví tak a prostě když...bude to **strašnej šok, ale vlastně, vlastně bude mít pocit, že se nic neděje, asi zavolá sanitku, to asi lidi dělaj, když je někomu blbě.**“

2F: „No...je asi hezkej den, všichni jsou venku, tak ta holka je taky venku, ale sama, tak myslim, že **moc nevnímá to okolo ní, teda to teď vlastně říkám ze svojí zkušenosti,** to nevadí? Fajn...Myslím, že jí nebylo dobře třeba a tím, že jí nebylo dobře, tak nedokázala se zapojit do toho dne, stát se součástí toho dne a zapojit se do toho dne hezkýho...teď sedí a přemýšlí...**Někdo prostě přijde a odvede jí...** Já nevím, **cítí určitě samotu, možná třeba nějakou nostalgii, no...**“

3: „No...ta holka si určitě četla a **někdo jí vyrušil...myslim, že je jí to nepřijemný...myslim, že ten člověk je strašně vlezlej** nebo mám ten dojem z toho gesta prostě...Bere si...osobuje si to právo rozhodovat, že...ona teď přestane číst, chce jí vzít tu knihu... A na druhou stranu se, má takový... blahosklonně trošku působí, no Myslím, že **ona musí cejtít takovej odpor aspoň vnitřní, ale určitě to nedá najevo...protože ten výraz je takovej, ten výraz na toho člověka určitě působí neutrálně, kterej ona má ve tváři...spíš tak jako tak – vyrušil mě, ale vlastně nedává najevo přímo tu nevoli...**no. A pokračovat...prostě jí vezme tu knihu, já nevím, kdo to může bejt... a pak ona půjde...**třeba ji podceňuju, třeba se začne bránit, ale pochybuju...třeba řekne, že si chce číst, ale já myslim, že ne,** protože...protože myslím, že to už by to řekla dřív, že už by to nedošlo do týchle chvíle.“

4F: „To jsou jak **nějaký modelky na vyjížděce...**Já fakt nevím, tak jsou venku, třeba na focení. No, **někdo pro ně přijde a odvede je...**“

5: „Já fakt nevím, mám pocit, jako kdyby **ten kluk, co je v pozadí, tam byl jako navíc, nemá tam co dělat, tam se odehrává něco mezi těma dvěma dospělýma lidma,** ta žena si teda čte, ale ...ale ten kluk je tam prostě navíc, jako kdyby ...já nevím, třeba vy dva jste se bavili, tady něco řešili a najednou sem vpadlo nějaký dítě odtud, tak úplně stejně. Já nevím, můžou řešit nějaký problém. Ta žena, ona si teda čte, ale...ale nevypadá u toho moc

soustředěně. stojí, že jo, jenom do něčeho nahlíží. **Myslím, že řeknou tomu chlapci, aby odešel, a pak to půjdou dořešit.**“

6: „Nějaký skauti... to je hrozně těžký. říct co tam je, co se tam děje... tak... Myslím, že ten **chlapec vpravo, že se chová trošičku nadřazeně... a toho druhýho to štve, ale taky v podstatě nijak jakoby neodporuje... jenom... neodporuje, spíš tak čeká, co se bude dít...** a ten druhý, ten má pocit, že má všechno v pohodě, má ruku v kapse... **Myslím, že to prostě nějak vyšumí...** Předtím, já nevím, něco, mohli se třeba mezi sebou pohádat, to je jedno... jako ne tyhle dva mezi sebou, ale... ještě s nějakýma jinejma lidma, co tam jsou, no a třeba... třeba **ten vpravo má pocit, že ten vlevo se zachoval nějak špatně a vyčítá mu to možná...** no a ...nevím, jenom, je to hrozně divný, ta cesta tam... je to takový... to se tam trochu nehodí, no.“

7: „No tak určitě ti **dva mladí lidi vepředu tak se nějak sblíží a někdo tam přijde nevhodně... no a ta dívka trošičku ustupuje. Teď když si odmyslím toho třetího člověka... ale ne zas tak moc, spíš tak jako neví, co chce...** To ten kluk má takovej drzej výraz... no... a myslím, že ta třetí osoba prostě rozsvítí... a tím to prostě se úplně zničí ta situace, že jo, tím se tam vnese zmatek a hluk, začnou se dohadovat, všichni... no nebo by to **taky mohli bejt sourozenci... normálně se o něčem dohadují a rodič je jde napomenout, že... že už mají spát...**“

8: „Jo, tak to je podle mě dcera, maminka a babička... a tu holku nějak šňořej a upravují a jí to votravuje... **určitě je jí strašně nepříjemný** to s těma vlasama, to je hrozně nepříjemný, když vám takhle někdo chytá vlasy... no. No, myslím, že ta **matka je trošku zklamaná z toho, že se chová nepříjemně holčička k babičce, ale holčička si to ještě neuvědomuje, takže maminka jí asi napomene** a... a ona normálně **poslechne, proč by ne,** myslím, že to není zas tak hrozný, že... já nevím, vždycky každej strpí polibky od příbuznejch a takhle. A myslím, že ta holka... myslím, že časem si to jakoby uvědomí, o co tam šlo, že prostě... třeba za hodinu nebo třeba za dvě nebo třeba taky ne... ale, ale třeba bude ráda, že tam byla babička... **Já mam pocit, že si strašně vymejším.**“

9: „Kluk jde pozdě domů a už čeká, co se bude dít... Je deset večer, koukám... Nevím, no tak... tak říká si, že porušil určitě **nějaký zákaz, jinak by se netvářil tak zdrceně...** No, ten druhý ten už ho tak jako očekával, kdy... kdy teda se uráčí přijít, ale určitě to není zas takový překvapení, že jde pozdě, takže, maximálně z toho bude, já nevím, třeba, že mu další den zakážou jít ven... ale určitě jako ta situace nevypadá zas nějak vážně.“

10F: „**Ta holka něco hledá...nebo naopak něco jí spadlo?** Třeba špendlík na koberec, no, určitě se zná s tím člověkem druhým co tam je, protože jinak by se takhle nechovala, jinak by prostě, já nevím, myslím, že instinktivně by třeba stála k němu otočená čelem a ne v podstatě v týchle pozici. No a **ten druhý, já nevím...možná...tváří se trochu našťavaně, je možný, že...že ho něčím našťavala...ale myslím si, že jí jako nic neudělá**... Nevím, ona se zvedne, záleží na tom, jakou má povahu, **třeba se urazí, ale třeba...třeba ne, třeba...třeba se hned usmírej**...No...nevím, jestli ten špendlík najde.“

11: „No tak někdo prostě usnul na gauči a někam se musí jít, třeba jede vlak nebo něco takovýho. A protože už není moc času, tak ten druhý vlastně, myslím, že se ho nebude snažit vzbudit nějak jemnějš, že s ním prostě zatřese no, ale na druhou stranu jako nechce nějak...**nevypadá, že by mu chtěl nějak ublížit nebo něco takovýho.**“

ROR

Protokol abnormní, velmi vysoká produktivita. Snad tížádost kvantity. Snadné, až nekončící asociace avšak s kolísající formální kvalitou. Četné poukazy na vážné narušení kontroly realitou, nezávislost na podnětovém poli, nepevné hranice mezi fantazií a realitou. Nepříliš ostrá, přesná percepčně kognitivní práce.

Emotivita vážně narušená. Na jedné straně akutní tenze vázaná k nedostatečně integrovaným agresivním impulzům (agresivita se zachovanou funkcí rozumové kontroly), na druhé straně inklinace k pasivně receptivní poloze smutné, až k vymizení zřetelného emočního zabarvení. Pocit odcizení, izolace. Pocit ohrožení. Nepříznivé sebepojetí. Nejistota, strach, úzkost.

Celkově blízko obrazu psychické dezintegrace. Proti počínajícímu psychotickému onemocnění ze schizofrenního okruhu je absence specifických schizofrenních fenoménů i poukazů na významnou regresi.

Interpretace

Skenování je na průměrné úrovni, její hodnocení je konvenční. Emotivita má zvýrazněnou úzkostnou komponentu, afektivita je labilní. Zájem o sociální okolí je zvýšený, ale schopnost porozumět sociální situaci je limitována pocitem ohrožení a ambivalencí; snaha o vcítění je dobrá, ale schopnost empatie je snižená. Sebedůvěra je nízká.

Zvládací a obranné mechanismy jsou především pasivní: ambivalence, rezignace a deus ex machina. Přístup k řešení problémů je neproduktivní.

Problémové oblasti – obecně ambivalentně prožívané mezilidské vztahy.

II.IV.VIII Tereza (15 let)

Patnáctiletá Tereza žije se svými rodiči a o čtyři roky mladší sestrou v Praze. Oba rodiče jsou vysokoškolsky vzděláni, matka dříve pracovala jako asistentka na VŠ, nyní je v domácnosti, ambulantně se léčí pro deprese. Otec pracuje v ekonomické sféře. Jedenáctiletá sestra navštěvuje jazykovou základní školu.

Tereza se narodila z 2. těhotenství, které bylo posouzeno jako rizikové, o 14 dní dřív. Porod byl fyziologický, ale komplikovaný, pupeční šňůra kolem krku. Poporodní vývoj byl bez komplikací, ve 3 měsících nedržela hlavičku, aplikována Vojtova metoda. Motorický vývoj mírně opožděný, chůze ve 13 měsících. Od dětství trvalý problém s nočním usínáním.

V necelých 3 letech nastoupila Tereza do jesli, ale vyskytl se problém s přizpůsobením se, tak zůstala s matkou, která mezitím otěhotněla, doma. V 5 letech nástup do mateřské školy, základní škola od 7 let. Na ZŠ byl od začátku problém s neklidem, ale LMD se nepotvrdilo. Až do 7. třídy měla Tereza samé jedničky, zlom nastal v 8. třídě, kdy začala být nesoustředěná, prospěch se zhoršil, první experimenty s alkoholem a marihuanou, náznaky poruch příjmu potravy.

Poprvé se pořezala asi před 3 lety, kdy o sebepoškozování četla v časopise, chtěla to zkusit a zjistila, že to nebolí. Pořezala se kvůli chlapci, který ji dával šanci na vztah, ale pak se dozvěděla, že ji nechce. Sebepoškozování u ní bylo zjištěno na pravidelné prohlídce u pediatra, mělo charakter až závislosti.

Tereza byla hospitalizována ve FN Motol. Nejprve usilovala o propuštění, pak nastal zlom, začala tam být spokojená a snažila se propuštění zabránit. Přesto byla propuštěna, první týden doma proběhl bez potíží, pak zhoršení, před kontrolou se řízla, aby byla znovu hospitalizovaná, ale neuspěla.

V současné době navštěvuje Tereza 9. třídu s dobrým prospěchem (tři dvojky), podává si přihlášku na gymnázium. Do PLB se dostala proto, že se pořezala a spolykala větší množství prášků (20 tablet) proto, aby se dostala zpět do Motola, kde má kamarádku. Byla převezena do Krče, kde se zlepšila, čekala na přeložení do Motola, ale Motol ji z nedostatku volných míst odmítl.

Sexuální orientace je nevyhraněná, spíše bisexuální, partnera nemá.

Rozhovor

Terezka je štíhlá, bledá dívka s dlouhými blond vlasy. Při rozhovoru na sobě měla samé černé oblečení a černě nalakované nehty (patrně dle hudebních stylů, které vyznává a

mezi které patří punk, rock, gothic a emo). Po celou dobu si nervózně kroutila vlasy okolo prstu, ale reagovala pohotově a odpovídala ochotně.

Poprvé se pořezala, když jí bylo 12 let. V ten den si o sebepoškozování přečetla v časopise, odpoledne se pohádala s mámou, a tak si řekla, že ji ukáže. Potmě se zavřela do koupelny s nůžkami v ruce, řízla se a udělalo jí to dobře. Pak dlouhou dobu sebepoškozování nepotřebovala, znovu začala zase asi před rokem o prázdninách kvůli klukovi. Pomalu na tom začala být závislá.

Terka se řeže na rukou, nohou a na bocích. Nejčastěji používá nůž a žiletku, občas také žiletku z ořezávatka, kružitko a co je zrovna po ruce.

Při řezání Tereza podle svých slov nemyslí vůbec na nic, to je na tom to dobré, že nemusí na nic myslet. Když se řízne jenom jednou, tak jí to nebolí, při hlubokých zářezech už bolest cítí, ale vyžívá se v tom, takže jí to nevadí, fyzická bolest vyrovnává tu vnitřní.

Po rukou má Terka mnohočetné jizvy, říká, že jizvy jsou to jediné, co jí vadí, i proto s tím chce přestat. Teď se jí to přestávání daří, v Motole ani v PLB neměla čím by se řezala a i kdyby měla, asi by to nedělala. Není si jistá tím, jak by to bylo, kdyby byla doma, ale nejspíš by to vydržela.

O tom, že si Tereza ubližuje, věděli její rodiče, kamarádi i učitelé. Říkali jí, že se má sebrat a přestat s tím, ale nikdo jí nechápal. Maminka plakala, když se to dozvěděla, když Terka zjistila, že tím maminku trápí, propadla do toho ještě víc.

V současné době Tereza nemá žádného přítele. O své budoucnosti také nemá jasnou představu, ještě neví, co by chtěla po gymnáziu dělat. Jediným plánem s konkrétnějšími obrysy je představa budoucí rodiny. Tereza by chtěla mít jedno nebo dvě děti a partnera, který si prožil v dětství to, co ona, aby jí pochopil a nevadili mu jizvy.

V dokumentaci PLB byl mj. dopis na rozloučenou, který Tereza napsala:

Měla a mám vás hrozně moc ráda, nebuďte smutní, já jsem to nezvládla, ne vy. Nikdo si to nevyčítejte, můžu si za to sama, to já jsem ošklivá, tlustá, hloupá, blbá, to já na tomhle světě nemám své místo. Prosím pochopte to, já už nechci zažít budoucnost, já se jí moc bojím a já obvykle před strašidly utíkám. Dělam to taky kvůli tomu, že nechci být celý život po léčebnách ale doma také (ale doma také přeškrtnuto) protože si myslím, že to doma absolutně nezvládám, Mám vás opravdu moc ráda, a doufám, že i já zůstanu ve vašich srdíčkách na vždy. A nezoufejte, život jde dál a smrt i ta neopravdová si nevybírá. Pochopte mě, prostě to nezvládám, prostě jsem furt smutná, i když nevím proč. Nic moc mě nebaví. Jsem naprosto neschopná a debilní. Tak proč zabírat místo na světě někomu hezčímu, lepšímu a

chytřejšímu? Ano nemá to cenu mu to místo zabírat a já mu ho raději uvolním...The End...Mam vás moc rada.

AAC

1F: „Tak ta ležící, ta bude asi **nemocná...a ta se o ní stará...se o ní stará. To bude asi maminka a dcera...Asi se uzdraví a zas budou spolu běhat po venku.**“

2F: „No...sedi vlastně před domem, je **smutná, protože...nevím**, mě to tak připadá...já si aspoň takhle sedám, když jsem smutná. **Třeba se s někým pohádala...Chvilku si to promyslí a pak půjde asi domů a nějak se to vyřeší...snad.**“

3: „**Dcera se učí domácí úkoly a táta jí s tím pomáhá.**“

4F: „Nějaká parta lidí si vyšla někam na louku si popovídat.“

5: „Maminka si asi čte nějaké recept, bude něco vařit...**a táta se synem jí možná budou pomáhat.**“

6: „Kluci se o něco vsázejí...o co...to tam není patrný. **Někdo vyhraje a někdo prohraje.**“

7: „**Já nevím...budou se líbat. Možná si říkají, jak se milují a jak se mají rádi.**“

8: „To je u paní kadeřnice...to tak vypadá...se nechává ostříhat.“

9: „**Syn přišel domů v trošku podnapilém stavu. Táta mu vynadá.**“

10M: „**Já nevím, mě nic nenapadá.**“ (*odmítnutí tabule*)

10F: „**Tam krmí nějakou myšku a táta tomu přihlíží. Asi si myslí, že je moc citlivá.**“

11: „Syn spí a táta ho probouzí, aby už vstal.“

ROR

Tereza nebyla v průběhu hospitalizace v PLB testem ROR vyšetřena. Dokumentace z hospitalizace v Motole uvádí:

Aktuálně rysy infantility (emoční, ale převážně sociální), emoční lability při kvalitním kognitivním výkonu, je ráda středem pozornosti, zřejmě tak kompenzuje nekvalitní sebeobraz a selkově i self-koncept. Chování často postrádá hranice, může tak posilovat horší sociální adaptaci dívky a její sociální přijetí v rámci vrstevnických vztahů.

V rodinném systému susp. chybění pevných hranic a přesouvání rolí. Klinický obraz bez psychotických fenoménů, pozorované susp. hypomanické projevy jsou spíše nasedající na dříve diagnostikovaný ADHD syndrom.

Interpretace

Skenování a hodnocení reality je ve své kvantitě snižené, ve své kvalitě konvenční. Emotivita je nevýrazná, afektivita utlumená. Schopnost porozumět sociální situaci je konvenční, sociální postoje adekvátní, schopnost vcítit se do druhých je především nesena zkušeností, nikoli spoluprožíváním.

Zvládací a obranné mechanismy jsou málo rozvinuté, převládá racionalizace, ambivalence a rezignace. Přístup k řešení problémů je realistický, ale postráda vnitřní aktivitu.

II.IV.IX Klára (16 let)

Šestnáctiletá Klára žije se svou matkou, otcem a třináctiletým bratrem v Praze. Oba rodiče se léčí pro úzkosti a deprese. Matka pracuje jako kuchařka, otec je kvůli depresím, agorafobii a sociální fobii třetím rokem v částečném invalidním důchodu. Dříve byl závislý na alkoholu, rodinu psychicky a dceru i fyzicky týral. V rodině jsou výrazné finanční problémy a dluhy.

Klára se narodila z prvního těhotenství v termínu, psychomotorický vývoj probíhal bez problémů. Ve třech letech nastoupila do mateřské školy, v šesti letech bez odkladu na základní školu, kde se od 3. až do 6. třídy potýkala se šikanou. V PPP byla diagnostikována dyslexie. Po ukončení 9. třídy nastoupila na střední odborné učiliště – obor kadeřnice, odkud po 1 měsíci odešla a v současné době navštěvuje 1. ročník Střední zdravotnické školy. Zde má Klára sníženou známku z chování pro pozdní příchody a neomluvené hodiny. Z tohoto důvodu je neklasifikována z několika předmětů a hrozi jí vyloučení.

S matkou Klára vychází dobře, matka má ve své dceři spojence, vztah s otcem byl dříve velmi problematický, když Klára nechtěla poslouchat, otec ji bil, nyní se situace zlepšuje.

Před hospitalizací v PLB byla ambulantně léčena pro sebepoškozování. V červnu se pokusila o demonstrativní sebevraždu v opilosti léky a pořezáním zápěstí, byla hospitalizována ve FN Motol.

Klára kouří jeden a půl krabičky cigaret denně, pije pivo, občas tvrdý alkohol, vyzkoušela marihuanu a extázi. Nedávno se rozešla s přítelem, v současné době žádného nemá.

Rozhovor

Klára je tmavovlasá dívka menšího vzrůstu s několika násobným piercingem v obličeji. Poslouchá hlavně punk, ve slabé chvílce Gothic a různou depresivní hudbu.

Problémy se sebepoškozováním začaly ve 12 letech kvůli neshodám v rodině a šikaně ve škole. Situaci, kdy se pořezala poprvé, si dobře pamatuje. Seděla v křesle a něco si stříhala, pak přišel táta, začal řvát a nadávat, tak utekla do koupelny. Protože měla pořád v ruce nůžky, řízla se jimi do předloktí. Nikdy předtím o sebepoškozování neslyšela.

V současnosti už je to s rodinou lepší, i ve škole si získala respekt, ale se sebepoškozování Klára pokračuje, přistupuje k němu vždy, když se vyskytne nějaký, stačí i malý, problém. Řeže se žiletkou, hlavně do předloktí a do kotníků. Když se chce říznout, nemyslí na nic jiného než to, kdy už konečně ucítí bolest a uvidí krev, protože potom se jí uleví, fyzická bolest odplavuje bolest psychickou.

Po ruce má mnohočetné jizvy. Říká, že nemůže říct, že by jí jizvy nevadily, ale není to pro ni žádný velký problém.

O tomto problému vědí Klářiny kamarádky i její rodiče. Od jedné z kamarádek dostala na začátku pár facek, ale moc to nepomohlo. Druhá kamarádka s tím měla problémy také, tak to lépe chápe. Někteří spolužáci si všimají Klářiných jizev třeba při tělocviku a ptají se, ale berou to.

Rodiče z toho byli zničení, což Kláru ovšem od sebepoškozování neodradilo, byl to naopak impuls říznout se do té míry, aby utrápené rodiče už nikdy neviděla.

Partnera Klára měla donedávna, pořád prosil, aby to nedělala a byl z toho také zničený, snažil se jí pomáhat, ale pak ho potkala s jinou dívkou.

V budoucnosti by se chtěla zabývat tetováním a piercingem ve specializovaném salonu. Rodinu neplánuje, děti mít nechce, bála by se, že by se s ní neměly dobře a nedokázala by jim dát, co by potřebovaly.

AAC

1F: „To je asi... chlap, že jo? No já bych řekla, že to spíš bude **mladší sestra a že se docela bojí o svého brácha, protože vypadá docela mrtvě. Asi tak nějak...No, a jelikož je to starší brácha, tak si asi ze sestry dělá jenom srandu.**“

2F: „**Tu holku něco hrozně trápí a nechce bejt doma. Asi se tam rodiče perou nebo hádají nebo něco takového...Já myslím, že tam bude sedět, dokud jeden z těch rodičů nevylítne a nerozhodne se, že odejde.**“

3: „To bude asi otec a dcera...dcera, která asi dělá domácí úkol nebo si čte... Asi se mu moc nelíbí, co čte, protože ona se tváří docela tak nějak...nevím, jak se tváří, tak nějak...ne moc vesele, jako by říkal něco radostného. Nevím, co bude dál, asi to bude muset odložit nebo jí to vezme.“

4F: „To je nějaká...parta holek, nějaká taková hodně odlišná, taková asi drsnější a snaží se k sobě vzít nějakou... nějakou takovou, která je asi úplně jiná než ony...a vypadá to, že se k nim přidá a bude jako ony.“

5: „To bude táta, to bude máma, jejich syn... **ona je asi našťvaná a táta se jí snaží uklidnit. A...asi se ta máma pohádala se synem, protože ten se tváří nějak našťvaně. Asi jí řekl něco ošklivého.**“

6: „To vypadá, **jako by se dva usmířili**...když on takhle pokládá ruku na rameno. Možná spolu někam zajdou, třeba hrát fotbal nebo tak.“

7: „**Kluk, holka, asi se mají hodně rádi...a tadyta má asi hodně ráda toho kluka...to je jeho přítelkyně. A on je jí nevěrný a ona asi bude hodně zoufalá. Ona vypadá, že zavře dveře a půjde se někam zhroudit.**“

8: „To bude možná maminka...já nevím, ale ta holčička vypadá, že jí připravují na něco, do čeho se jí zrovna moc nechce. Třeba na nějaký vystoupení nebo tak, ona **má trému a prostě se jí tam nechce, ale asi bude muset.**“

9: „**Ten kluk něco provedl a táta tam na něj čeká, až přijde...a ten kluk asi dostane...asi pěkný nářez.**“

10M: „**Nějakej kluk a nějakej chlápek tam nad ním stojí a asi mu za něco nadává nebo...ho zrovna při něčem nachytl.** Hmmm, nevím.“

10F: „**Nějaká ženská a ten chlap jí kouká...na zadek?...Vypadá to tak. Ona si toho možná všimne a uteče...odejde. Ten chlap vypadá dost nedůvěryhodně.**“

11: „Táta, co budí...asi syna. Buď usnul u televize, u rádia, on ho chce poslat do postele, tak nějak.“

ROR

Produktivita poněkud nižší, obsahy bez větší invence, kontrola realitou dobrá. **Nápadný je emoční vztah k úkolům, až panika, ostražitá ve vztahu k lidem,**

vztahovačnost, strach. Dobré rozumové přizpůsobení, emotivita však nepřizpůsobivá, impulzivní až explozivní při únavě ze zátěže. Bez patognomických fenoménů.

Interpretace

Skenování a hodnocení reality je ve své kvantitě dobré, ve své kvalitě se zmnoženým tématem mezilidské agresivity. Emotivita se zvýrazněným obavným a úzkostným laděním, afektivita labilní. Schopnost orientace v sociální je výrazně omezena očekáváním konfrontačních postojů. Sebedůvěra je nízká.

Morální vývoj je ve stadiu orientace na vyhnutí se trestu. Zvládací a obranné mechanismy obsahují především agresivitu v obranné i konfrontační podobě a dále tendenci k rezignaci. Přístup k řešení problémů je pasivní.

Problémové oblasti – mezilidské vztahy, obava z agresivity a nejistoty ve vztazích, sexualita.

II.IV.X Adéla (12 let)

Dvanáctiletá Adéla byla až dosud v péči adoptivních rodičů, kteří v důsledku nevladatelnosti dívky požádali o zrušení péče.

Biologičtí rodiče žijí, jsou známi, avšak nezaměstnaní a na adrese trvalého bydliště se nevyskytující. O svou dceru se nezajímají.

Adéla se narodila ze 4. těhotenství, poporodní adaptace byla dobrá, po propuštění byla umístěna do kojeneckého ústavu. Poté byla několik let v pěstounské péči, pěstounská péče byla na žádost pěstounů soudně zrušena. Adéla byla umístěna do Diagnostického ústavu v Dobříchovicích a následně do Dětské psychiatrické léčebny v Opařanech. Z DPI. byla přemístěna dětského domova se školou, kde v současné době navštěvuje 6. třídu. V domově snědla několik špendlíků.

Dívka nebyla nikdy předtím psychiatricky pravidelně sledována, problémy nastaly asi před rokem, situace byla řešena péčí psychologa. Mezi jednotlivé nálezy patří hyperkinetická porucha na bázi organicity, dysharmonický vývoj osobnosti, chronická tiková porucha, sociální nezralost, impulzivita, agresivita, negativismus, specifické poruchy učení (dysgrafie, dysortografie, mírnější dyslexie), heboidní chování a sebepoškozování.

Adéla nekouří, alkohol ani drogy neužívá.

Do PLB byla Adéla převezena po hospitalizaci na chirurgii po požití špendlíků. Udělala to údajně pod tlakem jedné z pacientek z DPI. Opařany, která ji řekla, že pokud to neudělá, přijde za ní do dětského domova a bude ji otravovat.

Dle personálu dětského domova se u Adély projevují impulzivní změny nálady a emoci či nečekané změny v chování.

Rozhovor

Tmavovlasá a černoooká Adela je menšího vzrůstu, v průběhu vyšetření na sobě měla ustavní oblečení. Odpovídala krátce, byla potřeba klást větší množství otázek než obvykle, což je ovšem možné vysvětlit nižším věkem. Přesto však dívka spolupracovala ochotně, na konci rozhovoru se zajímala o nahrávku („Můžeme si to teď pustit?“) a výsledek vyšetření.

Adélka začala se sebepoškozováním ve svých 11 letech. Vyzkoušela 2 způsoby: polykání špendlíků a řezání se.

Špendlíky jedla poprvé proto, že jí nějaké děvče z DPI. vyhrožovalo, že pokud je nesní, zbije ji. Podruhé a potřetí ji k tomu navedla děvčata z domova, ale Adéla říká, že samotnou ji to taky už několikrát napadlo.

Když se řeže, řeže se pouze do rukou, hlavně sklem, až do krve. Stalo se to už několikrát, protože měla „depku“, což znamená, že jí někdo naštvál nebo byla smutná. Když se řízla, tak se to zlepšilo. Řezání jí bolí, ale to jí nevadí. Myslí při tom na to, že to bude mít špatné následky, lidé jí přestanou mít rádi. Napadlo ji to samotnou, nikde o sebepoškozování nic nečetla, ani neslyšela (na začátku rozhovoru nevěděla, co termin sebepoškozování znamená). Pořezala se i v PLB, sklem, protože ji tady všichni štváli. Na otázku, zda se tu dají takové ostré věci sehnat, kývla, ale bližší to neupřesnila ani po přímém dotazu.

Po obou rukou má Adéla jizvy, které jí vadí.

Když se kamarádi dozvěděli, že se Adéla řeže, reagovali tak, že jí řekli, že je hloupá. Dále Adélka mluvila o tom, že rodiče jsou z toho nešťastní, chce s tím kvůli tomu přestat (s rodiči se ale dívka vůbec nestýká, jedná se pravděpodobně o vyjádření přání). Někdy se jí to daří, je přesvědčena, že až jí pustí domů, snad to zvládne.

Dle Adéliných slov má teď přítele, se kterým chodí. Byl nešťastný z toho, že si Adéla ubližuje, ale nevadí mu to natolik, že by jí přestal mít rád (zde vyvstává otázka, zda přítel opravdu existuje nebo je to opět pouze přání).

Adéla by se chtěla stát zpěvačkou, v budoucnosti by ráda měla rodinu se 2 dětmi.

AAC

1F: „Tohleto? To je třeba nějaký kluk, že spí... nebo holka... a ta máma ho třeba budí, ráno.“

2F: „To je jedna holčička, že... že třeba je smutná, že sedí, že... že jí nikdo nechce... **no, třeba se řízne.**“

3: „Tohle je **táta, kterej kontroluje svou dceru, jestli se učí.**“

4F: „To je **parta ožralých kámošů... Kouřej, smějou se a dělaj kraviny.**“

5: „**Tohle je táta se synem, který vyhrožujou mámě...že spíš jí nadávaj, že něco provedla třeba...já nevím.**“

6: „Tohle...tohle je **brácha s bráchou, který se nikdy neviděli a potkali se...jsou rádi**“

7: „Tohle je kluk s holkou, který se chtěj libat (*pousmání*) a máma je načapala. Teď jim jde vynadat a jde vyhodit toho kluka.“

8: „To je...tohle je máma, tohle je to...sěgra, tohle je taky...sěgra to... toho bráchy a máma je češe.“

9: „Tohle nevím...že **táta to...čeká...že syn čeká na tátu, až půjde...třeba do práce nebo až ho odveze do školy.**“

10M: „Tohle je nějakej **chlap, kterej se chce pořezat a tady má na to nůž...a pistol.**“

10F: „Tady je holka, která hledá brejle, no... a táta na ni kouká, jak to hledá.“

11: „To je...hm, to nevím...nebo já nevím...nevím.“

ROR

Protokol středně nespécificky abnormní, odpovídá intelektové úrovni. Obsahově banální odpovědi se střídají s formálně nekvalitními. Kontrola realitou mírně oslabená. Dále pasivita, stažení se do sebe při ústupu vazeb, chybi emoční přizpůsobení. Nepříznivé sebepojetí. **Obranná projekce hostilis, provázená dysforickými prožitky, sklouzávání k odevzdanosti, netečnosti, citově ochuzený život.** Bez poukazů na jevy z oblasti závažné psychopatologie.

Interpretace

Skenování a hodnocení reality je povrchní, emotivita je chudá, afektivita labilní. Schopnost porozumět sociálním situacím je chudá, bez empatie, sociální postoje jsou konfrontační. Zvládací a obranné mechanismy jsou chudé, převažuje konfrontační strategie, auto a heterogrese. Přístup k řešení problémů je pasivní.

Problémovou oblastí je všeobecná chudost sociálního prožívání a chabé hranice uvolňování tenze, prožívanou problémovou oblastí je vztah k sobě.

II.IV.XI Martina (17 let)

Sedmnáctiletá Martina žije v bytě 3+1 se svou matkou, patnáctiletým bratrem, babičkou a strýcem (s bratrem a strýcem se dělí o jeden pokoj). Rodiče jsou 3 roky rozvedeni, děti bývaly svědky domácího násilí páchaném na matce, samy však fyzicky napadány nebyly. Matka se po rozvodu léčila antidepresivy, měla přítele, který s rodinou nežil, zemřel.

S otcem se Martina několik let vůbec nestýkala, nyní k němu chodí na víkendy, ale necítí se u něj dobře, nemá ráda jeho novou přítelkyni. S matkou měla v dětství dobrý vztah, který se ovšem zhoršil po rozvodu, kdy si rodiče vyřizovali své záležitosti přes děti. Poté, co si matka našla nového přítele, nechávala děti často doma samotné.

Martina se narodila z prvního, rizikového těhotenství, byla chtěné dítě. Porod byl vyvoláván, po termínu, ale fyziologický. Psychomotorický vývoj probíhal normálně, chůze v 1 roce.

Martina nastoupila ve 3 letech do mateřské školy, do jeslí nechodila. Zprvu problémy s adaptací, pak si zvykla. Na základní školu nastoupila v šesti letech, zde byla spokojená a měla kamarády. V osmi letech onemocněla Perthesovou chorobou, která trvala 3 roky. Martina byla opakovaně hospitalizována, chodila o berlich, školu navštěvovala 1x týdně. V 8. třídě změnila školu, projevilo se výrazné zhoršení prospěchu, spolužáci se jí posmívali, ale základní vzdělání ukončila. V současné době navštěvuje střední odborné učiliště - obor kuchař, kde byla podminečně vyloučena kvůli špatnému prospěchu, chození za školu a podvodům, bude opakovat 2. ročník.

Martina kouří 1 krabičku cigaret denně, alkohol spíše jen výjimečně, jednou vyzkoušela marihuanu. Matka u ní cestou do PLB našla hrst léků.

Martina má za sebou dva krátkodobé partnerské vztahy, v současné době chodí 1,5 roku s dvacetiletým Ukrajincem. Když ho poznala, žil na ulici. Kradla kvůli němu doma věci, které zastavovala, matka ji nahlásila policii. Od šestnácti let pravidelně užívá hormonální antikoncepci.

Kvůli problémům ve škole a v rodině se Martina řeže do rukou, matka je přesvědčena o tom, že jí tím dcera od rozvodu citově vydírá.

Rozhovor

Martina začala se sebepoškozováním teprve nedávno, asi před 3 – 4 měsíci. Poprvé se to stalo, když měla depresi po hádce s mámou, se kterou si už od 10 let moc nerozumí, cítila se strašně a hledala něco, čím by si ulevila. Jednou se řízla zrcátkem do ruky, což jí pomohlo. Byl to osvobozující pocit, najednou z ní všechno spadlo. Rozhodně to prý není proto, že by

chtěla dosáhnout toho, aby si jí okolí více všimalo. Myslela u toho na ten aktuální problém, také, jak se pomstít, libil se jí i pohled na stékající krev.

O sebepoškozování předtím někde slyšela, zmiňuje, že teď je to taky „to emo“. Někteří si o ní mysleli, že to dělá proto, že mezi ne patří, ale ona tento hudební styl neposlouchá.

Opakovalo se to celé čtyři měsíce, než nastoupila do PLB, udělala to kvůli příteli, o kterém se dozvěděla něco špatného a musela to ze sebe dostat, zase jí to pomohlo. Teď už našla jiný způsob, čímž může ventilovat své problémy, píše si deníček.

Přítel o tom věděl, křičel, nechápal to, říkal Martině, že je to jenom frajeřinka, že se tím předvádí. Jednou když se zase pohádala s mámou a pořezala se, on se taky říznul a ptal se, co z toho má, hodně jí za to nadával.

Rodiče o tom také vědí, máma, když to viděla poprvé, tak si myslela, že se chce Martina zabít. Myšlenky na sebevraždu Martina také jednou měla, když byla hodně na dně, to se však nechtěla pořezat, ale stála na lávce nad Vltavou a přemýšlela, jestli má skočit, nakonec odešla.

Martina do PLB nechtěla, před nástupem si našla psycholožku, které důvěřuje, protože ví, o co jde, v mládí měla stejné problémy a také nic neřekla mámě. Martina si myslí, že do léčebny nepatří, nemá tak velké jizvy, deprese už taky skoro nemá, vztah s mámou se po dlouhé době vylepšuje.

Sní o tom, že bude mít jednou v budoucnosti svoji restauraci nebo kavárnu a doufá, že se jí to podaří.

AAC

1F: „Nevím, tady o tom obrázku... prostě je to **kluk s holkou, který k sobě něco cejtěj a on asi je hodně nemocnej a ona ho utěšuje**. Sedi u něj prostě a hladí ho po tváři. Nevím, **podle mě to dopadne špatně...že asi on zemře a ona bude hrozně nešťastná**. Já teda teď všechno vidím hrozně negativně okolo toho vztahu, protože přítele jsem neviděl 14 dní a nevím o něm vůbec nic.“

2F: „Malá **holčička, která se pohádala s rodičema a utekla ven?** Nevím... asi se vrátí domů a bude to všechno dobrý... **takhle jsem to vždycky udělala já**... Já jsem nevydržela být venku dýl jak třeba čtyři hodiny... prostě musela jsem se vrátit a omluvit se... někdy jsem věděla, že jsem já za to nemohla, protože **máma je taky hrozně výbušná**.“

3: „Otec s dcerou, nevím... asi jí něco vysvětluje s učením nevím... Tady o tom fakt nevím, co mam říct, protože **otce nemám od svých 10 let a nenávidím ho. Odešel, jelikož...rozvedli se, jelikož on miloval motorky, moje máma byla pro normální rodinnej život, jo. dovolený, o prázdniny a to on ne a hlavně mámu mlátil. A já ho nesnáším, takže...**“

4F: „Parta holek...nevím...nevím... Bavěj se, řešej kluky a takový ty různý věci, malovatka a tohle.“

5: „**Otec s matkou a syn...asi matka s otcem něco řeší a ani nevědí, že ten kluk tam je a poslouchá je. Asi se něco dozví a uteče pryč.**“

6: „Dva kamarádi a něco si slibujou... **na něco si přísahaj...asi po nějaký hádce, že už se to nikdy nestane nebo...nevím.**“

7: „Hmmm... **kluk s holkou a načapala je asi ty holky máma a moc se jí to nelíbí. Takže kluka vyhodí a holku seřve**“

8: „Starostlivá maminka učeše svoji dceru, kterou pak pošle do školy...hmmm. Tý se tam nechce, podle výrazu, nevím, myslím si, že se jí tam moc nelíbí, že jí třeba ubližujou a nechce jí to říct a ví třeba o tom ta třetí osoba, která jí chápe, ale neví, jak jí má pomoci...bratr.“

9: „**Otec a syn...syn asi něco provedl, bojí se jít domů, protože ví, že když se to otec dozví, tak že bude hodně zle...a že by ho pak mohl třeba i zmlátit nebo...něco takovýho.**“

10M: „Taky asi otec a syn...ten syn asi něco udělal špatnýho a krčí se před otcem, protože se bojí, že od něj dostane ránu.“

10F: „**Otec a dcera, otec pozoruje dceru, jak si hraje na koberci...viděla bych to, že má asi...takový...myšlenky na něco jinýho než na co by měl otec mít myšlenky, takže bych to viděla třeba jako že by jí potom mohl znásilnit nebo něco takovýho, podle toho jeho výrazu v obličejí jak na ní kouká.**“

11: „**Asi velká hádka nebo někdo tomu klukovi ublížil a otec se ho snaží utěšit.**“

ROR

Protokol mírně nespecificky abnormní. Především pro **silné, nezvládnuté afektivní reakce. Brání se popíráním, zastíráním. Kvalita percepčně kognitivní práce nespolehlivá, upadá při emočně významných podnětech, kontrola realitou zřetelně**

oslabená. V prožívání strachové momenty, kompleťové odpovědi odkazující na pocit bezmoci, strach z matky. Celkově dysharmonická osobnost, citově nevyrovnaná, plná zakoušených konfliktů. Nespolehlivá přesnost vnímání reality. Bez poukazů na závažnou psychopatologii.

Interpretace

Skenování a hodnocení reality je konveční v kvantitě i kvalitě, emotivita je úzkostná, afektivita labilní. Schopnost porozumět sociálním situacím je omezená tím, že vztahy prožívá jako ohrožující a neposkytující bezpečí. Sebedůvěra je nízká.

Morální vývoj je ve stadiu orientace na vyhnutí se trestu. Zvládací a obranné mechanismy jsou převážně pasivní, se zvýrazněnou tendencí uniknout ze situace přístup k řešení problémů je pasivní.

Problémové oblasti jsou rodinné vztahy, vztah k sobě a sexualita.

II.IV.XII Eliška (14 let)

Čtrnáctiletá Eliška žije se svou matkou, devatenáctiletou sestrou a pětiletým nevlastním bratrem. Rodiče se rozvedli, když bylo Elišce 1,5 roku. Eliščin otec měl dlouhodobé problémy s alkoholem a gamblerským. S dětmi se po rozvodu nestýkal, několik let se léčil na psychiatrii, nyní je ve výkonu trestu. Matčin přítel, otec nevlastního bratra, žil s rodinou 4 roky, poté před 3 lety spáchal sebevraždu kvůli potížím v zaměstnání a finančním problémům.

Sestra Elišky vystudovala Střední veterinární školu v Hradci Králové a nyní studuje VŠ v Českých Budějovicích.

Eliška se narodila ze 6. těhotenství, bez komplikací, narodila se v terminu. Psychomotorický vývoj byl normální, nikdy nebyla vážněji nemocná.

Od 3 let chodila do mateřské školy, kde se adaptovala bez problémů, v 6 letech nastoupila na základní školu v Praze. Na druhé pololetí 3. třídy a 1. pololetí 4. třídy přestoupila do základní školy v menším městě, kam se rodina přestěhovala. Tam byla velmi spokojená, poté se však vrátila do původní pražské školy. Pátou až sedmou třídu absolvovala v základní škole při dětském domově, pak se opět vrátila a nastaly problémy s prospěchem. V současné době chodí do 9. třídy, propadá ze 4 předmětů, podala si přihlášku na střední odborné učiliště, obor kuchař – číšník.

Do PLB byla umístěna kvůli smíšené poruše emocí a chování, pobyt byl přerušen týden trvajícím útekem. Útěk realizovala s jednou ze spolupacientek, u jejíž matky se po celou dobu zdržovaly. Zpátky do PLB byly dívky přivezeny Policií.

Eliška kouří, údajně 20 – 40 cigaret denně, alkohol nepije, několikrát vyzkoušela marihuanu, jiné drogy nejuje.

Rozhovor

Eliška je štíhlá dívka s krátkými tmavými vlasy. O svém problému hovořila ochotně, uvolněně, celkově činila dojem někoho, kdo má na věc jasný náhled.

Se sebepoškozováním Eliška začala asi před rokem, viděla to u kamarádky, které se pak ptala, proč to dělá. Doma se Elišce v té době nahromadily problémy, tak to zkusila a zvykla si na to. Nyní tak ventiluje stres, řeší své problémy.

Ublíží si po celé délce paží, především škrábáním se nehty a sterilní jehlou a řezáním se žiletkou. Nemyslí při tom na problémy, ale na bolest, která je příjemná. Jizvy bere jako součást sebepoškozování, nevadí jí, a ten, kdo jí nebude brát takovou, jaká je, má dle Eliščiných slov, smůlu.

O tom, že si Eliška ubližuje, vědí akorát její přátelé. Říkají jí, ať to nedělá, ona už jim to několikrát slíbila, ale zatím nejde přestat, je na tom závislá.

Eliščina matka o tom prý neví, viděla pouze jizvy nad loktem, Eliška jí řekla, že spadla do křoví, když hrála s přáteli fotbal.

Několikrát se chtěla zabít, ale nikdy se to nepovedlo, zkoušela se říznout, předávkovat prášky, ale nebylo jí po tom ani špatně.

Partnera Eliška v současné době nemá. O své budoucnosti zatím nemá představu, rodinu neplánuje, zatím si neumí představit, že by někdy měla děti.

AAC

1F: „... Nevim, tak se asi zabila...nevim...nějaká holka ji našla...nebo ho našla.“

2F: „ Nevim, asi nějaký problémy, neví jak to řešit...je smutná z těch problémů...jak to bude řešit...nevim, asi sebepoškozováním.“

3: „... Tak asi před ním něco schovává a on to chce vidět, ten táta... nebo...“

4F: „... (latence 43 vteřin)... Nevim, tak je tam jakoby ta slušná holka a většina jí vítá do tý party jakoby těch neslušných holek, co vlastně kouřej a pijou.“

5: „...Nevim, asi taky nějaký problémy a prostě ten táta s tím bráchou se jí ptají, co jí je...ona přemejšlí.“

6: „Ne.“ (*odmítnutí tabule*)

7: „Kluk a holka, který spolu choděj...je přistihla máma při něčem, co by asi neměla vidět. Nevím, asi toho kluka vyhodí, tu holku seřve, zakáže jí se s ním vidat.“

8: „Nevim, taky ta holčina nějaký problémy, máma se jí ptá jako, co jí je, chce nějak vyzvědět, co si myslí nebo...co se jí děje.“

9: „Prostě kluk, kterej přišel domů pozdě a táta na něho čekal, jako a vlastně ho asi nějak seřve...tak.“

10M: „Vypadá to, jako že před tím klukem leží nějaká injekční stříkačka...nevím, co dělá.“

10F: „...(*beze slova vrací tabuli*)...“

11: „Nevim, se asi taky nějak zabil...a táta přišel jako neví co se děje a teprve zjistí, jako že se asi něco stalo, že je třeba mrtvej a že si prostě něco udělal.“

ROR

Protokol středně nespecificky abnormní, pro velmi nízkou produktivitu s četnými útlumy a zárazy. Značně prodloužený reakční čas. Silná dysforie, nezvládnuté reakce na emočně významné podněty. Celkově neodpovídá mentální úrovni. Kontrola realitou dobrá. Úzkostné a depresivní útlumy. Jinak bez poukazů na závažnou psychopatologii.

Interpretace

Skenování a hodnocení reality je ve své kvantitě i kvalitě snižené a svědčí o zhoršené adaptabilitě v zátěži, emotivita je úzkostná, afektivita utlumená. Schopnost porozumět sociálním situacím je snižená, vztahy prožívá jako ohrožující. Sociální postoje jsou charakterizované obavou z ublížení a nedůvěrou. Sebedůvěra je nízká.

Morální vývoj je ve stadiu orientace na vyhnutí se trestu. Zvládací a obranné mechanismy jsou nezralé, převládá pasivní obava a rezignace. Přístup k řešení problémů je výrazně pasivní, nechává se unášet situací.

Problémové oblasti jsou obecně mezilidské vztahy a vztah k sobě.

II.IV.XIII Teenka (15 let)

Téměř šestnáctiletá Teenka je autorkou úvodního příběhu této diplomové práce. Ten byl nejprve převzat z internetového serveru, který se zabývá sebepoškozováním. K uveřejnění článku bylo ovšem nutné získat souhlas autorky, který Teenka ochotně poskytla, navíc tehdy přes e-mailovou komunikaci nabídla svou spolupráci. V té chvíli vznikla myšlenka třinácté kazuistiky, která by nebyla o klientovi PLB, ale dívce, která s problémem sebepoškozování žije běžným životem.

S Teenkou jsme si domluvily rozhovor přes ICQ, protože nebylo v našich silách se sejít osobně. Data, která byla nakonec zpracována do závěrů výzkumu, byla převzata právě z tohoto rozhovoru.

Teenka žije asi od 7 let pouze se svou maminkou, rodiče jsou rozvedeni, otec má novou manželku, se kterou vychovává ročního syna.

O rozvodu svých rodičů Teenka říká, že jí nijak nevadil, otec je omezoval a alespoň teď má brášku a „super macechu“. Se svou maminkou vychází výborně, dobře si s ní rozumí, stejně jako s nevlastní matkou. Otec se o ni zajímá víc než dřív, nevlastního bratra má ráda.

Teenka studuje na osmiletém gymnáziu s průměrným prospěchem, po prázdninách půjde do kvinty.

Se sebepoškozováním začala asi před 2,5 roky, ve 13 letech, kdy se nepohodla s kamarádkami a musela si najít jiný okruh přátel. Zezačátku se řezala nožem, potom i žiletkou. Několikrát se zkoušela i popálit zapalovačem nebo cigaretou, ale v poslední chvíli si to vždy rozmyslela.

Dřív se řezala především do rukou (zápěstí, rameno), v současné době už pouze do nohou (stehno, lýtka, kotníky), kde to není tolik vidět.

Na otázku, zdali se řeže do krve, Teenka odpovídá, že když u toho nevidí krev, tak jí to ani netěší. Co se týče jizev, na rukou jsou vidět asi tři nebo čtyři, na nohou už se i překrývají. Teenku hlavně baví vytváření různých nápisů.

Přímo při sebepoškozování myslí na to, jak budou jizvy vypadat hezky, na to, že je „blbá“ a na to, že jí to vlastně nic nedává. Řezat se jí nutí hlavně nenávisť k sobě samé (je to jakýsi způsob sebepotrestání, když něco „provede“, např. se nenaučí na písemku do školy). Občas prý taky chtěla, aby si toho všimla maminka.

O tom, že se Teenka řeže, vědí dva její kamarádi, jeden z nich to dělá taky a druhá je nejlepší kamarádka.

Své jizvy ale nikomu neukazuje, spíš je schovává, a protože se to někdy schovává špatně, vymluví se když, tak na to, že se třeba stříhla.

Když to viděla maminka, řekla jí, že když to bude dělat dál, nebude chodit ven. Podruhé si všimla napisu, který si Teenka vyřezala a ta jí řekla, že si to udělala z nudy o hodině a že už to dělat nebude.

Svůj problém Teenka nikdy odborně neřešila, přemýšlela o tom, ale pak si řekla, že když se dokáže pořezat, tak má vůli na to, aby přestala, pořád si nechce připustit, že by mohla být závislá.

Už několikrát myslela na to, že by mohla skončit se životem, ale neměla odvahu to udělat žiletkou, tak pár dní úmyslně hladověla. Pak si řekla, že by to byla blbost, má tu kamarády a všechno před sebou.

Teenka přiznává, že má občas problémy s jídlem. Jednou omdlela v koupelně, občas se rozhodne nic nejíst, usmyslí si, že zhubne na kost, někdy se jí dělá z jídla špatně.

Na otázku, jestli kouří, Teenka říká, že občas na akcích, ale poslední dobou už moc ne. Drogy nezkoušela, umí bavit i bez nich, nepřijde jí to atraktivní.

Co se týče budoucnosti, Teenka zatím vůbec netuší, nic neplánuje, nechává to tak, jak to bude. Nebaví ji si něco plánovat, stejně nic nevyjde a byla by zbytečně zklamaná. Na otázku týkající se budoucí rodiny říká, že je spíš kariérový typ. Děti mít zatím netoužím, a chlapa možná tak někdy, zatím spíš párty, práce, kamarádky.

Teď byla zamilovaná do jednoho kluka, který jí řekl, že bude lepší, když budou jenom kamarádi. Pořezala si ruku, bylo jedno, že to bude vidět, a řekla si, že hodně dlouho se na žádného kluka ani nepodívá. Dřív jich pár bylo, ale nic vážného, ještě není na vážné vztahy.

Když se ptám, jestli si myslí, že dokáže se sebepoškozováním přestat, odpovídá, že neví. Když se nevyskytne žádný problém, je v pohodě a necítí žádný „absták“. Ale někdy zas má chuť úplně si pořezat nohu a na všechno se vykašlat. Pak dodává, že ani nějak zatím přestat nechci.

Posledním tématem našeho rozhovoru bylo „emo“. Teenka říká, že přešla do ema asi před rokem, ale se sebepoškozováním to nemá nic společného, to už dělala rok a půl předtím. Nesnáší, když ji někdo říká, že to dělá kvůli tomu, že je emo. Myslí si, že dneska je to celé o módě, ale sebepoškozování není móda, ale nemoc.

Od Teenky není k dispozici vyšetření ROR ani AAC

V předchozí kapitole byly představeny kazuistiky jednotlivých klientů a výsledky AAC a ROR, a přidaná kazuistika děvčete, které svůj problém nikdy odborně neřešilo.

Následující kapitola je věnována především představení výsledků tohoto empirického šetření.

III. DISKUSE

III.I VYSLEDKY EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

III.I.I Děvčata

	1. <u>Nela</u> 11 let	2. <u>Adéla</u> 12 let	3. <u>Eliška</u> 14 let	4. <u>Tereza</u> 15 let
CIQ	75	80	98	neuveдено
Dg.	F 91.2 F 60.8	F 92.9	F 92.8 F 60.8	F 92.8 F 60.8 (susp. PO)
počáteční věk	9 let	11 let	13 let	12 let
zdroj informace	žádný	žádný	kamarádka	časopis
metoda	řezání škrábání kousání trhání, pálení vlasů štipání	řezání polykání špendlíků	řezání škrábání	řezání
umístění	předloktí hlava	předloktí	páže	předloktí nohy boky
nástroj	nehty sklo zapalovač	špendlíky sklo	nehty jehla žiletka	nůžky nůž žiletka ořezávatko kružítko
na co myslí	nic	následky	bolest	nic
bolest	ano	ano	ano	ano
krev	ano	ano	ano	ano
motivace	smutek navedení	smutek navedení	stres	smutek pomsta
pokus o suicidium	ne	ne	ano	ne
metoda			léky pořezání	
jizvy	vadí	vadí	nevadí	vadí
partner dříve	ne	ne	ano	ne
partner nyní	ne	ano	ne	ne
rodina	ano	ano	ne	ano
abúzus	cigarety	ne	cigarety	cigarety
zkouška drogy	ne	ne	marihuana	marihuana
emo X gothic	ne	ne	ne	emo gothic

	5. <u>Teenka</u> 15 let	6. <u>Anna</u> 16 let	7. <u>Jana</u> 16 let	8. <u>Klára</u> 16 let
CIQ	-	83	115	105
Dg.	-	F 92.8 F 60.8	F 43.2	F 92.0
počáteční věk	13 let	15 let	16 let	12 let
zdroj informace	internet	internet	kamarádka	žádný
metoda	řezání	řezání škrábání rytí do ran	řezání	řezání
umístění	předloktí paže nohy	předloktí nohy	předloktí	předloktí kotníky
nástroj	nůž žiletka	nehty žiletka sklo ořezávatko	nůž	nůžky žiletka
na co myslí	jizvy sebe	bolest	problém	bolest krev
bolest	ano	ano	ano	ano
krev	ano	ano	ano	ano
motivace	potrestat se zvyk	smutek	smutek pomsta	problém
pokus o suicidium	ne	ano	ne	ano
metoda		skok		alkohol léky
jizvy	nevadí	vadí	vadí	ano i ne
partner dříve	ano	ano	ne	ano
partner nyní	ne	ne	ne	ne
rodina	ne	ano	ano	ne
abúzus	příležitostně kouří	cigarety	cigarety	cigarety
zkouška drogy	ne	marihuana	marihuana	marihuana extáze
emo X gothic	emo	ne	ne	gothic

	9. <u>Lucie</u> 17 let	10. <u>Martina</u> 17 let
CIQ	134	93
Dg.	F 32.1 F 60.8	F 92.9
počáteční věk	12 let	16 let
zdroj informace	byl, neurčen	byl, neurčen
metoda	řezání vytrhávání vlasů	řezání
umístění	boky předloktí	předloktí
nástroj	žiletka nůž	zrcátko sklo
na co myslí	nic	problém pomsta
bolest	ano	ano
krev	ano	ano
motivace	vyjádření pocitů	smutek pomsta
pokus o suicidium	plánovaný	ano
metoda	neurčeno	skok
jizvy	vadí	vadí
partner dříve	ne	ano
partner nyní	ne	ano
rodina	ne	ano
abúzus	příležitostně kouří	cigarety
zkouška drogy	ne	marihuana
emo X gothic	ne	ne

III.1. II Chlapci

	11. <u>Petr</u> 13 let	12. <u>Marek</u> 14 let	13. <u>Ondřej</u> 14 let
CIQ	75	92	130
Dg.	F 90.9 F 60.8	F 90.1 F 60.8	F 32.1 F 60.8
počáteční věk	12 let	14 let	14 let
zdroj informace	žádný	žádný	žádný
metoda	řezání škrábání	řezání	řezání
umístění	předloktí	předloktí	předloktí
nástroj	nůž špendlíky	nůž plíšek z baterky	sklo plíšek z konzervy
na co myslí	problém	nic	úleva
bolest	ano	ano	ne
krev	ano	ano	ano
motivace	problém	agresivita, vztek problém	napětí potrestat se
pokus o suicidium	ne	ano	plánovaný
metoda		pořezání	neurčeno
jizvy	vadí	vadí	nevadí
partner dříve	ano	ano	ano
partner nyní	ano	ne	ano
rodina	ano	ano	nezjištěno
abúzus	cigarety	cigarety	ne
zkouška drogy	marihuana	marihuana	marihuana
emo X gothic	ne	ne	ne

III.I.III Analýza výsledků

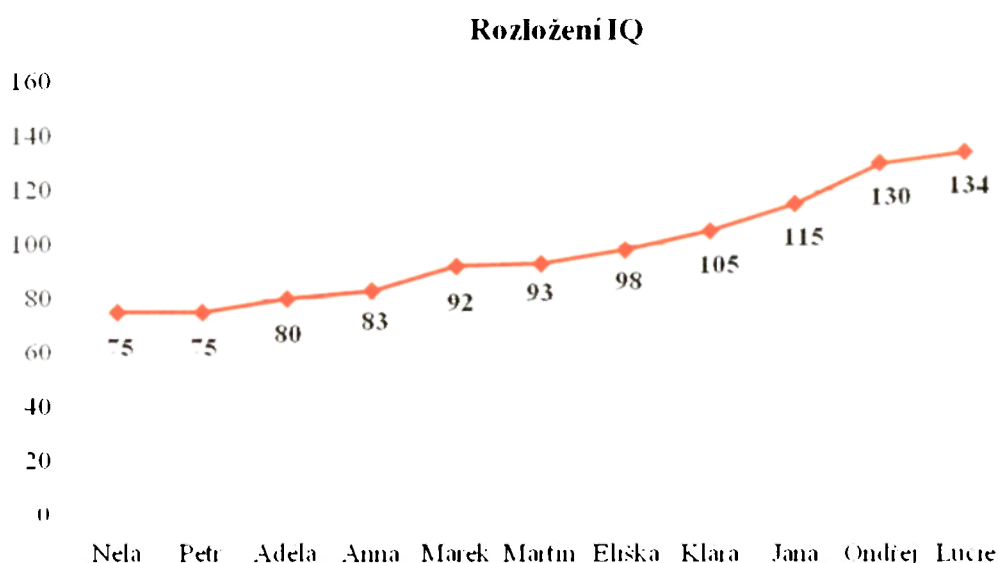
Data ze všech uvedených kazuistik byla zpracována do navazujících tabulek zvlášť pro chlapce, zvlášť pro dívky podle věku vzestupně, aby bylo možné sledovat a porovnávat jednotlivé údaje a případně sledovat zajímavé fenomény.

V následujících podkapitolách jsou podrobněji rozebrány jednotlivé položky tabulek.

III.I.III.I CIQ

Na tomto místě je v tabulkách uvedena hodnota celkového intelektu. Tento údaj je orientační, byl jedním z kritérií pro výběr vhodných klientů do výzkumu.

Je možné konstatovat, že sebezpoškození není u předkládaného vzorku klientů závislé na hodnotě CIQ, níže uvedený graf znázorňuje pravidelné rozložení hodnot.



III.I.III.II Diagnóza

Z dokumentace PLB 28 byl pořízen výpis diagnóz jednotlivých klientů, který uvádí následující přehled. Tabulka je doplněna o výskyt dysharmonického osobnostního vývoje u nezralé osobnosti a suspektní poruchy osobnosti.

<u>Diagnóza</u>		<u>celkem</u>	<u>dívky</u>	<u>chlapci</u>
F 32.1	Středně těžká depresivní fáze	1	0	1
F 43.2	Poruchy přizpůsobení - Reakce na těžký stres	1	1	0
F 90.1	Hyperkinetické poruchy - Hyperkinetická porucha chování	1	0	1
F 90.9	Hyperkinetické poruchy - Hyperkinetická porucha, NS	1	0	1
F 91.2	Poruchy chování - Socializovaná porucha chování	1	1	0
F 92.0	Poruchy chování a emocí - Depresivní porucha chování	1	1	0

F 92.8	Jiné smíšené poruchy chování a emocí	3	3	0
F 92.9	Smíšená porucha chování a emocí, NS	2	2	0
F 60.8	Dysharmonický osobnostní vývoj u nezralé osobnosti ¹	8	5	3
-	susp. PO	1	1	0

Jak je z tabulky zřejmé, není možné říci, že by se některá z diagnóz výrazně opakovala. Třikrát se vyskytují pouze Jiné smíšené poruchy chování a emocí, dvakrát Smíšená porucha chování a emocí, nespecifikovaná a Středně těžká depresivní fáze.

O vysoké hodnotě je možné hovořit u počtu klientů s Dysharmonickým osobnostním vývojem u nezralé osobnosti. Zde je možné sledovat souvislost s faktem uváděným v literatuře, kde je sebepoškozování v dospělosti často spojováno s poruchami osobnosti (především s hraniční poruchou).

III.1.III.III Počáteční věk a délka sebepoškozování

Každý klient byl dotazován, v jakém věku se poprvé poškodil. Otázka byla pokládána především proto, aby bylo možné určit, jak dlouho se již klient poškozuje. Dále však také proto, aby bylo možno alespoň orientačně určit spodní hranici věku prvního sebepoškození.

	Počáteční věk		
	celkem	dívky	chlapci
9 let	1	1	0
11 let	1	1	0
12 let	4	3	1
13 let	2	2	0
14 let	2	0	2
15 let	1	1	0
16 let	2	2	0

Z tabulky je zřejmé, že rozpětí věku, kdy se jednotliví klienti poprvé poškodili, je velké, 7 let. Nejčastější dobou začátku je 12. rok věku, tedy časná adolescence.

	Délka sebepoškozování		
	celkem	dívky	chlapci
méně než rok	3	1	2
1 rok	5	4	1
2 roky	2	2	0
3 roky	1	1	0
4 roky	1	1	0
5 let	1	1	0

¹ Plné znění diagnóz bylo převzato z MKN-10 (www.zachrannaslužba.cz).

Rozpětí délky sebepoškozování je taktéž celkem široké. Nejčastější délka sebepoškozování je zhruba 1 rok. Tři klienti uvedli delku kratší než je jeden rok, nejdelší doba trvání je 5 let.

III.I.III.IV Zdroj informace

Protože informační kampaň o sebepoškozování je v poslední době téměř nepřehlédnutelná (především časopisy, internet), byla jednou z otázek rozhovoru také dotaz, odkud se klient o sebepoškozování dozvěděl (a jednalo se o první impuls k sebepoškozování)

<u>Zdroj informace</u>			
	<u>celkem</u>	<u>dívky</u>	<u>chlapci</u>
žádný	6	3	3
kamarádka	2	2	0
byl, neurčen	2	2	0
internet	2	2	0
časopis	1	1	0

Z tabulky by se na první pohled mohlo zdát, že není jednoznačná převaha vlivu informačních kanálů. Zde je ovšem nutné přihlídnout k rozložení pohlaví a věku klientů (ten tabulka nezohledňuje). Při bližším zkoumání se ukázalo, že žádný zdroj ovlivnění uvedli všichni chlapci a tři nejmladší dívky (ve věku 11, 12 a 15 let). Tyto děti na otázku většinou odpovídaly, že je to napadlo samotné. Nabízi se tedy následující otázky:

- zda mají mladší dívky k těmto zdrojům ztížený přístup nebo jimi nejsou tolik ovlivnitelné;
- zda jsou chlapci méně ovlivnitelní než dívky (přip. je také možné to přisoudit věku chlapců, který se pohyboval v rozmezí 13 – 14 let)

Tyto hypotézy by ovšem mohl potvrdit pouze další výzkum s větším počtem klientů mladšího i staršího věku.

III.I.III.V Metoda

Každý klient byl dotazován na metody, které při sebepoškozování používá. Někteří se uchylovali pouze k jedné, jiní jich střídali několik.

<u>Metody</u>			
	<u>celkem</u>	<u>dívky</u>	<u>chlapci</u>
řezání	13	10	3
škrábání	4	3	1
trhání vlasů	2	2	0

kousání	1	1	0
štípání	1	1	0
pálení vlasů	1	1	0
rytí do ran	1	1	0
polykání špendlíků	1	1	0

Nejčastější užívanou metodou jak mezi chlapci, tak mezi dívkami bylo řezání se. Zajímavé je, že všichni chlapci používali téměř výhradně řezání se. U dívek se dále často vyskytovalo škrábání se, které je svým charakterem řezání velmi podobné. Z dalších užívaných metod je možné jmenovat trhání a pálení vlasů, rytí do ran, kousání, štípání se a polykání špendlíků, které je samo o sobě specifické a nepříliš časté.

Mezi metodami se v tomto vzorku klientů nevyskytlo jinak časté popalování se.

III.I.III.VI Umístění

Malá píše, že nejčastěji bývá sebepoškozování cíleno na předlokti a paže, méně pak na dolní končetiny. Zcela výjimečně bývá zraňován obličej, prsa a břicho. Zejména u chlapců bývá uváděn velmi výjimečný výskyt v oblasti dolních končetin a břicha.

	<u>Umístění</u>		
	<u>celkem</u>	<u>dívky</u>	<u>chlapci</u>
předloktí	12	9	3
nohy	4	4	0
boky	2	2	0
hlava	2	2	0
paže	2	2	0
trávicí trakt	1	1	0

S tím je možné bezvýhradně souhlasit, protože jak je zřejmé z tabulky, nejčastěji bylo sebepoškozování u klientů mířeno na předlokti (u chlapců výhradně). Dalším cílem u dívek byly nohy a boky, výjimečně paže a trávicí trakt.

III.I.III.VII Nástroje

Na žebříčku oblíbenosti mezi předměty užívanými k sebepoškozování skončili na první pozici dva předměty: žiletka, kterou používaly výhradně dívky (a která vede také ve všeobecných statistikách) a nůž. V těsném závěsu se umístilo sklo.

Nástroje			
	celkem	dívky	chlapci
žiletka	6	6	0
nůž	6	4	2
sklo	5	4	1
nehty	3	3	0
nůžky	2	2	0
špendlíky	2	1	1
plech	2	0	2
ořezávátka	2	2	0
zrcátko	1	1	0
jehla	1	1	0
kružítko	1	1	0
zapalovač	1	1	0

Mezi další užívané předměty nechybí nehty (které jsou asi nejdostupnějším „nástrojem“ pro všechny), dále nůžky, špendlíky, zrcátko, jehla, kružítko a zapalovač. Mezi originální předměty patří především ostrý kov z ořezávátka a plíšky (z konzervy a z monočlánu). Ty děti často využívají hlavně tam, kde není k dispozici nic jiného.

III.I.III.VIII Na co myslí

Klientům byla pokládána otázka, na co myslí ve chvíli, kdy poškozují sami sebe, přímo při aktu. Pro některé z nich, obzvláště pro ty mladší, nebyla tato otázka jednoduchá.

Myšlenky			
	celkem	dívky	chlapci
nic	4	3	1
problém	3	2	1
bolest	3	3	0
úleva	1	0	1
pomsta	1	1	0
jizvy	1	1	0
na sebe	1	1	0
následky	1	1	0

Mezi nejčastější odpovědi patřilo, že klienti nemyslí na nic. Nemyslí tedy hlavně na aktuální problém, což jim přináší kýženou úlevu. O další příčku se dělí myšlenky na bolest a na samotný problém. Myšlenky na bolest plní, dle mého mínění stejnou funkci jako zmiňované nemýšlení na nic. Jedná se o útek od soustředění se na aktuální problém a tím zmírnění tenze. Jsou ovšem i klienti, kteří v průběhu sebepoškození myslí právě na

problém, který je dohnal až k sebeubližení. Domnívám se, že u těchto dvou skupin dětí se jedná o rozdílný mechanismus, jak dojít k úlevě. V prvním případě se může jednat o mechanismus chvilkového potlačení, ve druhém o pocit moci nad vlastním tělem, jak bude popsáno níže v kapitole III.I.III.X Krev.

III.I.III.IX Bolest

V literatuře se uvádí, že velké procento pacientů trpících sebepoškozováním (50-75%) vypovídá, že v průběhu sebepoškozování necítí bolest.

	<u>Bolest</u>		
	<u>celkem</u>	<u>dívky</u>	<u>chlapci</u>
ano	12	10	2
ne	1	0	1

Klienti byli při rozhovoru dotazováni, zda je sebeubližování bolí. Pouze jeden chlapec řekl, že nikoli, zbylí hovořili o bolesti jako o nedílné součásti sebepoškození. Uváděli bolest jako příjemnou či jako něco, co je na sebepoškozování přitahuje, protože právě bolest odvádí jejich pozornost od aktuálního problému (fyzická bolest přehluší bolest psychickou).

V tomto výzkumu se tedy výše uvedené tvrzení nepotvrdilo.

III.I.III.X Krev

Všichni klienti uvedli, že si ubližují do té doby, dokud jim neteče krev. Krev přináší spolu s bolestí žádanou úlevu, odplavuje napětí.

	<u>Krev</u>		
	<u>celkem</u>	<u>dívky</u>	<u>chlapci</u>
ano	13	10	3
ne	0	0	0

Možným vysvětlením je, že krev je viditelným důkazem porušení kůže, která slouží jako bariéra mezi tělem a okolním světem (JÁ a ne-JÁ). Když si klient dokáže, že má moc nad vlastním tělem a je schopen je ovládnout (ovládne sám sebe na rovině fyzické), je schopen zvládnout i stresující situaci (sám sebe na rovině psychické), což může přinést pocit úlevy.

III.I.III.XI Motivace

Z hlediska příčin lze všechny děti zařadit do skupiny s externí konotací, sebepoškozování má účel, který může být, jak píše Malá, vyjádřením tenze, voláním o pomoc, vyjádřením násilí, nenávisti apod.

Motivace			
	celkem	divky	chlapci
smutek	3	6	0
problém	3	1	2
pomsta	3	3	1
stres, napětí	2	1	1
navedení	2	2	0
vztek, agresivita	1	0	1
potřeba se potrestat	1	0	1
zvyk	1	1	0
vyjádření pocitů	1	1	0

Příčiny, tedy motivaci k sebepoškození, uváděly děti velmi různorodě. Je ale možné říci, že většina z nich je v souvislosti s afektivními stavy, kdy jde o snahu ulevit si od pocitů smutku, stresu, napětí, vzteku apod.

Literatura uvádí, že v populaci dospívajících je prokázána spojitost mezi sebepoškozením a řadou možných příčin. Ve výzkumu se potvrdila souvislost s těmito:

- šikana (Jana, Klára)
- ztráta blízkého člověka – rodiče nebo kamaráda (Jana, Teenka)
- fyzické napadání (Klára)
- nedostatek lásky a náklonnosti, zanedbávání ze strany rodičů (Nela, Jana, Marek, Petr, Adéla)
- porucha osobnosti, neurotická porucha, která zapříčiní změněné vnímání sebe sama (Lucie, Ondřej)
- poruchy příjmu potravy (Tereza, Teenka)
- jedinci experimentující až závislí na návykových látkách (Nela, Eliška, Tereza, Anna, Jana, Klára, Martina, Petr, Marek)
- hyperkinetické poruchy (Petr, Marek, Tereza)

Naopak se ani v jednom případě neprokázalo sexuální zneužívání, které je literaturou hojně uváděné.

III.I.III.XII Pokus o suicidium a metoda

Jak se ukázalo, není pokus o suicidium u klientů se sebepoškozením ničím neobvyklým.

<u>Pokus o suicidium</u>			
	<u>celkem</u>	<u>dívky</u>	<u>chlapci</u>
ano	6	5	1
ne	5	4	1
plánovaný	2	1	1

Šest klientů se v minulosti pokusilo spáchat sebevraždu, dva z nich to měli v plánu. Kocourková uvádí 2 přístupy k možnosti suicida u pacientů trpících sebepoškozováním.

První přístup posuzuje sebepoškozující se a suicidální jednání odděleně a zdůrazňuje odlišný psychodynamický průběh a motivaci. Suicidální úmysl je spíše výjimečný.

Druhý přístup dokladuje, že sebepoškozování a suicidální chování jsou ve vzájemném vztahu. U osob, které se sebepoškozují, je větší riziko, že se pokusí o suicidium.

Dle výsledků uvedených v tabulce se přikláním ke druhému přístupu, stejně jako k názoru Malé, že sebepoškozování je vysoce rizikovým faktorem pro suicidální chování.

Dalším zajímavým aspektem je, zdali se způsob pokusu o sebevraždu shodoval se způsobem sebepoškozování.

<u>Metoda</u>			
	<u>celkem</u>	<u>dívky</u>	<u>chlapci</u>
pořezání	2	1	1
skok	2	2	0
léky, alkohol	2	2	0
neurčeno	2	1	1
hladovění	1	1	0

Jak se ukázalo, pouze 2 z 6 klientů, u kterých byla známa metoda pokusu o suicidium použili tutéž, tedy pořezání. Mnohem oblíbenější byl skok z výšky a požití většího množství alkoholu a léků. Je tedy možné se domnívat, že mechanismus sebepoškození a suicida se liší.

III.1.III.XIII Jizvy

Další otázkou, na kterou klienti odpovídali, byla, zdali jim vadí jizvy, které po sebepoškozování mají.

<u>Jizvy</u>			
	<u>celkem</u>	<u>dívky</u>	<u>chlapci</u>
vadí	9	7	2
nevadí	3	2	1
ano i ne	1	1	0

Velká většina klientů se vyjádřila ve smyslu, že jim jizvy vadí (jsou viditelným důkazem sebepoškozování), často je pracně je před okolním světem skryt (když mi Tereza nabídla, že mi ukáže své jizvy na předloktí, musela odstranit tři vrstvy – dva dlouhé rukavy svetru a trika a jedny bavlněné rukavice sahající k loktům). Nicméně, ani to, že jizvy klientům vadí, není to dostatečný důvod se sebepoškozováním přestat.

Tři klienti se vyjádřili ve smyslu, že jim jizvy nevadí, jsou součástí sebepoškozování a oni je tak berou. Teenka se vyjádřila ve smyslu, že ji baví vyřezávání nápisů a je to jeden z důvodů jejího sebepoškozování. Čtrnáctiletá Eliška dokonce odvinula od této otázky požadavek na svého budoucího partnera: „Musí mě mít rád takovou, jaká jsem a pokud mu to bude vadit, tak má smůlu.“

III.I.III.XIV Partner dříve a nyní

Především kvůli zmapování citové oblasti byli klienti dotazováni nejen na své rodinné zázemí, ale i na své dřívější či stávající partnery. Kvůli citlivosti tématu zejména u teenagerů zkoumala otázka reakci partnera na sebepoškozování klienta. Pokud klient odpověděl, že v současné době partnera nemá, byla další otázka směřována na minulé zkušenosti.

	<u>Partner</u>					
	<u>dříve</u>			<u>nyní</u>		
	<u>celkem</u>	<u>dívky</u>	<u>chlapci</u>	<u>celkem</u>	<u>dívky</u>	<u>chlapci</u>
ano	8	5	3	4	2	2
ne	5	5	0	9	8	1

Zkušenosti s partnerstvím byly různé a závislé na věku klientů. Většina z nich nějakou dřívější zkušenost měla, v současné době byli ovšem bez partnera.

Zajímavým se ukázal být fenomén, kdy někteří klienti měli problém s láskou jako vyjádřením citu. Především Ondřej a Lucie hovořili o tom, že láska je pouze „iluze blízkosti“ nebo „jenom slovo“.

Několik klientů uvádělo při tomto tématu své požadavky na budoucího partnera. Několikrát se objevilo přání, aby měl partner obdobné zkušenosti jako klient, aby ho byl schopen pochopit.

III.I.III.XV Budoucí rodina

Ve výzkumu se velmi záhy ukázalo, že velká většina klientů pochází z problematického rodinného prostředí, resp. z pěstounské či ústavní péče, děti měly problematickou zkušenost s blízkými osobami.

V rámci tématu o představách o vlastní budoucnosti se nabízel otázka na představu vlastní rodiny (miněn je partner či partnerka a děti).

Budoucí rodina			
	celkem	dívky	chlapci
ano	8	6	2
ne	4	4	0
nezjištěno	1	0	1

Problém s představou vlastní rodiny měly tři dívky, které ovšem tuto představu velmi striktně odmítly. Vyjádřily se v tom slova smyslu, že si nedovedou představit, že by na tento svět přivedly děti, případně, že by se o ně dokázaly adekvátně postarat. Jedna z dívek prozatím nemá konkrétní představy a její odpověď byla ve smyslu, že spíše ne.

Není jednoznačně možné říci, že toto odmítnutí budoucího rodinného života by přímo ovlivnila zkušenost se sebepoškozováním. Je pravděpodobnější, že tento postoj u dívek ovlivnila předchozí problematická zkušenost s vlastní rodinou a okolním světem vůbec.

III.I.III.XVI Abúzus, droga

Téma závislostí bylo ve výzkumu nejprve úplně opomenuto, ovšem s přibývajícím množstvím vyšetřených klientů nabývalo na významu.

Abúzus, zkouška drogy			
	celkem	dívky	chlapci
kouření	9	7	2
příležitostné kouření	2	2	0
marihuana	9	6	3
extáze	1	1	0

Jak je z tabulky zřejmé, téměř většina klientů stabilně kouří (různé množství cigaret). Závislost na cigaretách nevedli Adéla a Ondřej. Lucie a Teenka kouří pouze příležitostně. U Adély je možné uvést jako možný důvod nízký věk (i když kouření dnes není ani u dvanáctiletých výjimkou, důkazem je jedenáctiletá Nela, která patří do skupiny kuřáků). Je zajímavé, že Ondřej a Lucie jsou klienti s nejvyšším CIQ, u Teenky je tato hodnota neznámá, je však možné předpokládat, že coby gymnazistka se bude pohybovat od mírného nadprůměru výše.

Dále byli klienti dotazováni na experiment s drogou. Opět velký počet z nich uvedl zkušenost s marihuanou, jeden s extází.

Pokud vezmeme v úvahu fakt, že klienti účastníci se výzkumu mají všichni problémy se sebepoškozováním a z velkého procenta jsou závislí na nikotinu a mají za sebou experiment s drogou, skýtá se hypotéza, se sebepoškozováním (které je nazýváno novou závislostí) trpí především osoby mající sklon k závislostem.

III.I.III.XVII Emo, gothic

V průběhu výzkumu začal nabývat na významu vliv dvou subkultur, emo a gothic. Klienti byli proto dotazováni na svůj oblíbený hudební styl.

	Emo X Gothic		
	celkem	dívky	chlapci
emo	2	2	0
gothic	2	2	0

Pouze tři dívky se vyjádřily ve smyslu, že jsou jim zmíněné styly blízké. Rozhovor s těmito dívkami rozhodně neprokázal souvislost mezi zvoleným stylem a sebepoškozováním. Na takovou možnost reagovaly naopak odmitavě až zlostně.

Dle mého názoru není na místě dávat rovnítko mezi sebepoškozováním a především emo stylem, jak je to v současné době časté nebo tvrdit, že sebepoškozování je ze 100% následkem příslušnosti k nějaké skupině.

Není možné vyloučit, že existují teenageři, kteří se sebepoškozují pouze v důsledku konformity se subkulturou. Na druhou stranu není možné opomenout ani ty, u kterých je spojení sebepoškozování a emo X gothic spíš paralelní skutečností než závislé jedno na druhém.

Není až tak překvapující, že dospívající, kteří poškozují sami sebe, tihnou ke stylům, jako jsou zmíněné dva, pro které je příznačný smutek a uzavřenost a emoce.

VŠEOBECNĚ JE MOŽNÉ ŘÍCI, ŽE U VŠECH VYŠETŘOVANÝCH KLIENTŮ SE POTVRDILY ZÁVAZNÉ FAKTORY SEBEOŠKOZOVÁNÍ, KTERÉ UVÁDÍ MALA. JEDNA SE PŘEDEVŠÍM O VYSOKÉ SUICIDÁLNÍ RIZIKO A Z NĚHO VYPLÝVAJÍCÍ MOŽNÉ OHROŽENÍ ŽIVOTA, MANIPULATIVNÍ SLOŽKA, MOŽNOST NAKAZY, IMPULZIVITA, NUTKAVOST, CARVING A V NEPOSLEDNÍ RADĚ TĚŽKÁ OVLIVNITELNOST.

U všech klientů se jednalo o opakované sebepoškozování. Vzorec sebepoškozujícího se aktu má tendenci se opakovat podobně jako jiné návykové projevy. Realizace je většinou prováděna tajně, o samotě. U většiny se také potvrdil průběh aktu sebepoškození dle Kocourkové.

Terapie pacientů se sebepoškozováním u nás většinou představuje ambulantní individuální psychoterapii, která je, pokud nemá odpovídající výsledky, následovaná hospitalizací. Pacienty přijímá většinou nejprve FN Motol, při opakované hospitalizaci nebo při kombinaci s poruchami chování přicházejí tito pacienti do PLB.

Zde se pacienti účastní především skupinové terapie na režimovém oddělení a alternativních terapií jako je arteterapie, dramaterapie a centrální terapie, při které pacienti odchází mimo pavilon a věnují se činnostem jako je výroba svíček, košíkářství apod. Při léčbě se také hojně využívá farmakoterapie. Hospitalizace většinou trvá 2 – 3 měsíce (v odůvodněných případech i déle), děti zde po celou dobu chodí do školy.

III.1. IV Interpretace projektivních metod

Všichni klienti (kromě Teenky) byli vyšetřeni výše popsaným testem AAC. Žádný z nich toto vyšetření úplně neodmítl, zkušenosti se spoluprací s klienty jsou naopak velmi dobré.

Odpovědi jednotlivých klientů se lišily v závislosti na věku i vyspělosti. Někteří nabízeli odpovědi spíše kratší, jiní byli sdílnější. Ve výsledcích se ukázalo několik zajímavých momentů.

V celkem 8 případech se stalo, že některý z klientů nějakou tabuli odmítl. Jednalo se konkrétně o tabule 4F (Nela), 5 (Anna), 6 (Eliška), 10F (Eliška), 10M (Jana, Petr, Tereza) a 11 (Adéla).

U 10 tabule se ukázalo, že přestože chlapecká a dívčí varianta ukazují téměř totéž, klienti na ně reagují rozdílně a podobnost se neprojevuje. Chlapecká varianta je vnímána mnohem víc jako ohrožující a ve 3 případech byla tato tabule odmitnuta.

V kapitole II I Hypotézy a cíl práce, byla uvedena domněnka, že je možné že se bude v některých reakcích na tabule explicitně objevovat tema sebepoškozování, konkrétně u tabuli 2F a 2M, dále 1Fa 1M, 11.

Domněnka se potvrdila pouze v případě tabule 2F, u které se celkem 3x objevila výpověď přímo směřující k sebepoškozování:

Nela: „Sedí na zemi a brečí... Asi nemá rodinu... <i>Bude si ubližovat.</i> “
Adéla: „To je jedna holčička, že... že třeba je smutná, že sedí, že... že ji nikdo nechce... no, <i>třeba se řízne.</i> “
Eliška: „ Nevim, asi nějaký problémy, neví jak to řešit... je smutná z těch problémů... jak to bude řešit... nevim, <i>asi sebepoškozováním.</i> “

V tabulích 1F, 1M a 11 se zmínka o sebepoškozování nevyskytla ani jednou, mimoto se jednou objevila v odpovědi na podnětovou tabuli 10M:

Adéla: „Tohle je nějaký chlap, kterej se chce <i>pořezat</i> a tady má na to nůž... a pistol.“
--

Zajímavé je, že tyto explicitní odpovědi se objevují pouze u třech nejmladších dívek. Je tedy možné, že starší klienti jsou ve volbě slov opatrnější, více si promýšlejí své odpovědi? Nebo pro mladší dívky není sebepoškozování jednoznačně negativní záležitostí? Je také možnost, že tyto děti prostě ulpěly na tématu, na které probíhal rozhovor.

Následující tabulka shrnuje „patologické“ odpovědi. Jak již bylo řečeno, jednoznačně alarmující jsou reakce na tabule 10F a 10M.

	nemoc	násílí	sebevražda	sebepečkozování	smrt	abúzus	odmítnutí
Anna	1F						5
Jana		5, 6, 7, 9, 11	4F, 2F		1F	4F	10M
Nela		10M, 4F, 10F		2F			4F
Marek		10M					
Petr	8						10M
Ondřej	1M		1M				
Lucie	1F						
Tereza	1F						10M
Klára		2F			1F		
Adéla				2F, 10M		4F	11
Martina	1F	10M, 10F					
Eliška			1F, 11	2F			10F, 6

Celkově lze výsledky testu AAC shrnout tak, že ve sledované skupině byly proti běžné populaci zvýrazněny tyto znaky:

- skenování a hodnocení reality je často nedostatečné, což zhoršuje orientaci a reagování v situaci zátěže;
- emotivita je často úzkostná a depresivní;
- afektivita je většinou labilní, chabě kontrolovaná zvládacími psychickými mechanismy;
- schopnost porozumět sociální situaci je většinou snižena, rigidní a bez empatie;
- sociální postoje jsou charakterizované obavami z konfrontace; někteří dospívající obrazejí prožívanou agresivitu pouze vůči sobě, jiní i vůči okolí;
- sebedůvěra je zpravidla nízká;
- morální vývoj je, pokud jej bylo možno testem zjistit, ve stadiu orientace na vyhnutí se trestu;
- zvládací a obranné mechanismy jsou zpravidla nezralé a téměř výhradně pasivní a rezignační (to je pravděpodobně nejvíce specifická informace získaná testem AAC);
- přístup k řešení problémů je buď pasivní a neproduktivní, nebo jej nebylo možno specifikovat;
- problémové oblasti jsou téměř u všech vztahy, ale i vztah k sobě, sexualita;
- jen část dospívajících zmínila v testu explicitně téma sebepoškození.

Rorschachův test byl v PLB při vstupním psychologickém vyšetření zadán 11 klientům. Z jednotlivých protokolů tohoto testu je zřejmé, že u klientů se často vyskytovaly problémy v prožívání a vyjadřování emocí. Nejčastěji se jednalo o:

- potlačovanou emotivitu
- potlačené prožitky
- labilní afektivitu
- selhávání v emočním tlaku
- ambivalence v prožívání
- emoční nepřizpůsobivost
- citovou nevyrovnanost
- nezvládnuté reakce na emočně významné podněty

Závěry ROR korespondovaly se závěry testu AAC. Počáteční hypotéza byla potvrzena.

IV. ZÁVĚR

Záměrné sebepoškozování je rozšířeným problémem především mezi současnými dospívajícími, je možné se s ním setkat u dětí od 11 let.

Tato práce si kladla za cíl podat komplexní náhled na problematiku sebepoškozování a provést čtenáře světem dnešních dětí a teenagerů, pro něž je sebeubližování zdanlivě jediným východiskem v obtížné situaci, kterou není v jejich silách řešit jiným způsobem.

Sebepoškozování jako způsob řešení problémů často souvisí s jevy, jako je šikana, ztráta blízkého člověka, fyzické napadání, nedostatek lásky a náklonnosti či zanedbávání ze strany rodičů. Většina klientů měla velmi problematické rodinné zázemí.

Ukázalo se také, že sebepoškozování je vysoce rizikovým faktorem pro suicidální chování. Více jak polovina klientů se v minulosti pokusila skončit se životem vlastní rukou či si tento pokus naplánovala.

Testem AAC se nepotvrdila výraznější přítomnost přímých výpovědí týkajících se sebepoškozování. Klienti většinou reagovali výpověďmi bližícími se jejich primární problémové oblasti (v rodině, ve škole, mezi kamarády), přičemž sebepoškozování je pouze způsobem řešení nepříjemných pocitů z dané situace.

Testem ROR byla potvrzena původní hypotéza o problematickém prožívání a vyjadřování emocí.

Celkově byla u klientů, jež poškozují sami sebe, prokázána špatná orientace v sociálním světě a nestandardní řešení problémů.

SUMMARY

Deliberated self-harm (DSH) is defined as any form of self-injurious behaviour. It is conscious targeted injure him or herself deliberate invasion of personal physical identity. Picture of self-harm is unconfined in accordance with form, quantity and measure of urgency.

Self-harm can take a number of forms. The main methods of DSH are:

- cutting (knife, blade, cullet, scissors);
- scratching (nails);
- taking overdoses of tablets or medicines;
- punching oneself;
- pulling out hair;
- burning (cigarettes, lighter).

There are used vary places on the body, where someone self-harm. It is forearm, arm, leg or hip most frequently, abdomen and face too.

We can go shares self-harm on impulsive and compulsive. Impulsive self-harm is episodic or recurrent behavior, which bring some sort of respite. Compulsive self-harm is urgent and recurrent ritual behaviour, which have symbolic character.

Motives for DSH vary. Who self-harm often reports self-punishment, escape from a terrible state of mind and the desce to stop bad feelings.

DSH is very dangerous because of high risk of suicide, possible threat of life, possibility of „infection“, craving and very difficult pharmacological and psychotherapeutical suggestibility.

Rates of deliberate self-harm appear to be rising among young people. Self-harm is most common in children over the age of 11 and increases in frequency with age. Self-harm is more common amongst girls and young women than amongst boys and young men.

The tendency of this dissertation was to give extended description of DSH enriched of concrete cases children and teenagers. Accent is putting to work with special diagnostic material too, mainly Apperception Cards for Adolescents and Rorschach Inkblot Test.

There is explanation of common frame within self-harm falls, delimitation of conception DSH, types of DSH, methods, motives, biological and psychodynamical causes and therapy in the theoretical part. Then you can find there description of used clinical a diagnostic methods.

In the empirical part, there are 13 stories of 12 patients from child department of Psychiatrial health resort in Bohnice and 1 girl, who lives with DSH common life.

SEZNAM LITERATURY

- /1/ ATKINSON, R. L. a kol. *Psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
- /2/ BABÁKOVÁ, L. *Sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Psychiatrie pro praxi, červenec 2003, roč. 4, č. 4, s. 165 – 169. ISSN 1213-0508.
- /3/ BALCAR, K. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. 2. opravené vydání. Chrudim MACH, 1991. 217 s. ISBN neuvedeno.
- /4/ BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
- /5/ ČECHOVÁ, E. *Má láska žiletka*. Rodina a škola, únor 2008, roč. 55, č. 2, s. 18 – 19. ISSN 0035-7766.
- /6/ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- /7/ HEIDER, D. *EMO: generace smutných teenageru*. Psychologie DNES, červenec – srpen 2008, roč. 14, č. 7 – 8, s. 40 – 43. ISSN 1212-9607.
- /8/ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- /9/ HORNEY, K. *Neuróza a lidský rust. Zápas o seberealizaci*. 1. vydání. Praha: Triton, 2000. 343 s. ISBN 80-7205-715-4.
- /10/ HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
- /11/ KOUTEK, J.; KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-732-9.
- /12/ KURIC, J. a kol. *Ontogenetická psychologie*. 1. Vydání. Praha: SPN, 1986. 264 s. ISBN 14-409-86.

- /13/ MACEK, P. *Adolescence. Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 208 s. ISBN 80-7178-348-X.
- /14/ MALÁ, E. *Agrese u dětí a adolescentů*. Česká a slovenská psychiatrie, květen 1996, roč. 92, Supplementum 1, s. 58 – 67. ISBN 0069-2336.
- /15/ MALÁ, E. a kol. *Dítě a stres. Sebepoškozování*. 1. vydání. Praha: Tigis, 2007. 143 s. ISBN 978-80-903750-1-7.
- /16/ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- /17/ PHELPS, L. *Bolest jako úleva*. Psychologie DNES, červen 2007, roč. 13, č. 6, s. 24 – 26. ISSN 1212-9607.
- /18/ PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-737-X.
- /19/ ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.
- /20/ SILVERTON, L. *Apercepční karty pro adolescenty*. Přel. P. Goldmann. 1. české vydání. Praha: Testcentrum, 2006. 27 s. ISBN nevedeno.
- /21/ SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vydání, Praha: Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
- /22/ SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 791 s. ISBN 80-7178-545-8.
- /23/ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- /24/ VÁGNEROVÁ, M. *Variabilita a patologie psychického vývoje*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1993. 187 s. ISBN 80-7066-797-4.
- /25/ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

/26/ VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1999. 210 s. ISBN 80-7184-421-7.

/27/ VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.

/28/ VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. 1. vydání. Praha: Československý spisovatel, 1996. 216 s. ISBN 80-202-0605-1.

/29/ YAMAMOTOVÁ, A.; PAPEŽOVÁ, H. *Neurobiologické mechanismy disociace, bolesti a vnímání vlastního těla*. Psychiatrie pro praxi, zář 2002, roč. 3, č. 5, s. 213 – 218. ISSN 1213-0508.

WWW

/1/ *Emo* [online]. 2008 [cit. 2008-03-11]. Dostupné na WWW: <<http://emo-4ever.osoba.cz/>>.

/2/ FORTUNE, S. A., HAWTON, K. *Deliberate Self-Harm in Children and Adolescents* [online]. Poslední revize 2005 [cit. 2008-03-11]. Dostupné z <http://www.medscape.com/viewarticle/507655>>.

/3/ HOŇKOVÁ, K. *Subkultura Gothic* [online]. Poslední revize 2007 [cit. 2008-03-12]. Dostupné z: <<http://www.meredit.cz/content/view/18/27/>>.

/4/ ICNP. *Klasifikace sesterských jevů* [online]. Poslední revize 2001 [cit. 2008-03-11]. Dostupné z: <<http://www.icnp.cz/klas/osaa1.htm>>.

/5/ JEDLIČKA, M. *Sebepoškozování vězňů, aneb co všechno lze sníst*. Zpravodaj Střední policejní školy MV v Brně [online]. Červen 2004, ročník 5, č. 2. [cit. 2008-04-21]. Dostupné z: <http://www.spsmvbr.cz/zpravodaj/2004/2_2004.pdf>.

/6/ MICHALOVÁ, Z. *Sebepojetí* [online]. Poslední revize 2007 [cit. 2008-03-04]. Dostupné z: <<http://www.rvp.cz/clanek/6/1259/>>.

/7/ National Children's Bureau. *Young People and Self Harm* [online]. Poslední revize 2003 [cit. 2008-03-11]. Dostupné z: <<http://www.selfharm.org.uk/>>.

/8/ *Nemoci duševní a poruchy chování* [online]. 2008 [cit. 2008-07-01]. Dostupné na WWW: <http://www.zachrannasluzba.cz/propacienty/dg/dg_V.htm>.

/9/ PRAŠKO, J. *Impulzivita a sebepoškozování*. [online]. 2008 [cit. 2008-05-14]. Dostupné z: <http://www.kbtinstitut.cz/materialy/jano/impulzivita_a_sebeposkozovani_k_tisku.pdf>.

/10/ *Sebepoškozování* [online]. 2006 [cit. 2008-03-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.sebeposkozovani.ath.cx/>>⁵.

/11/ *Sebepoškozování – častější než anorexie!* [online]. 2008 [cit. 2008-04-12]. Dostupné z: <<http://zena.atlas.cz/zivot-je-boj/154761-sebeposkozovani-castejsi-nez-anorexie.aspx>>.

/12/ SEIFERTOVÁ, M. *Touretův syndrom* 100 + 1 [online]. Březen 2007, ročník 44, č. 7. [cit. 2008-04-23]. Dostupné z: <http://www.stoplus.cz/archiv/7_2007.php>.

/13/ Wikipedie – otevřená encyklopedie. *Emo* [online]. Poslední revize 2002 [cit. 2008-03-11]. Dostupné z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Emo>>.

⁵ *Všechny autorské příspěvky ze serveru [sebeposkozovani.ath.cx](http://www.sebeposkozovani.ath.cx) jsou v této diplomové práci publikovány se souhlasem autoru.

*V průtrži mračen koupou se vily,
jejich šat je smáčen a na napjaté žíly,
jak na struny lyry brnkají kapky deště,
chladné a řezavé, k tomu ostré ještě,
rozpálené jak kovářské kleště,
kdo si v krvi zaplave?*

*Otvírákem na konzervy nervy zavírám,
se zbytkem verry postavím z nich stan,
stran všemu ruchu,
zvyším rezervy sešlého sluchu,
pak otvírákem tím
zanořím se do hlubin...**