

Marie Kriegelová



**ZÁMĚRNÉ
SEBEPOŠKOZOVÁNÍ
V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI**



 **GRADA®**

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

Mgr. Marie Kriegelová

ZÁMĚRNÉ SEBEPOŠKOZOVÁNÍ V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou 3375. publikaci

Odpovědný redaktor Zdeněk Kubín
Sazba a zlom Radek Vokál
Počet stran 176
Vydání 1., 2008

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2008
Obrázek na obálce © doc. MUDr. Pavel Žáček, Ph.D.

ISBN 978-80-247-2333-4 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6901-1 (elektronická verze ve formátu)
© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

Úvod	9
Literatura	11
1. Případová studie záměrně se poškozující pacientky	13
1.1 Události v historii	13
1.2 Aktuální stav	15
1.3 Úryvek Gillina dopisu noční službě v komunitě	16
2. Definice záměrného sebepoškození a terminologická nejednotnost	17
2.1 Definice záměrného sebepoškození	17
2.2 Koncepční a terminologická nejednotnost sebepoškozujícího chování	19
2.2.1 Klasifikace sebepoškozujícího chování v anglicky psané literatuře	21
2.2.2 Nejednotnost v odlišování sebepoškození a suicidálního chování	25
2.2.3 Klasifikace sebepoškozujícího chování v česky psané literatuře	27
2.2.4 Recentní přístupy k rozlišování jednotlivých způsobů sebepoškozujícího chování	29
2.3 Diskuze nad přívlastkem „záměrné“	31
2.4 Literatura	31
3. Diagnostika záměrného sebepoškození	34
3.1 Hraniční typ emočně nestabilní osobnosti	34
3.2 Posttraumatická stresová porucha	36
3.3 Poruchy kontroly impulzů	39
3.4 Záměrné sebepoškození jako samostatně diagnostikovatelná duševní porucha	39
3.5 Koncept Trauma-reenactment syndromu	40
3.6 Diagnostické nástroje	41
3.7 Literatura	44

4. Demografie a epidemiologie záměrného sebepoškození	47
4.1 Pohlaví	47
4.1.1 Genderové rozdíly v prevalenci záměrného sebeпоškození	47
4.1.2 Genderové rozdíly v závažnosti záměrného sebeпоškození	48
4.2 Věk	48
4.3 Prevalence jevu záměrného sebeпоškození	50
4.4 Literatura	55
5. Obecné charakteristiky záměrného sebeпоškození	60
5.1 Metody záměrného sebeпоškození	60
5.2 Nejčastěji využívané nástroje a substance	64
5.3 Nejvíce postižené tělesné partie a důvody jejich výběru	64
5.4 Trvání problému	65
5.5 Literatura	66
6. Etiologie záměrného sebeпоškození	67
6.1 Hodnocení vulnerability	67
6.2 Seznam možných kauzálních faktorů	68
6.3 Sociální a environmentální faktory	69
6.3.1 Interakce požadavků běžného života s internalizovanými rodinnými pravidly, hodnotami a normami	69
6.3.2 Emocionální klima v rodině	69
6.3.3 Chronicky invalidizující prostředí	71
6.3.4 Traumatická událost	71
6.3.5 Expozice záměrnému sebeпоškození	74
6.4 Faktory vyplývající z osobnosti jedince	75
6.4.1 Koncept psychologických charakteristik	75
6.4.2 Vztah impulzivitu a záměrného sebeпоškození	77
6.4.3 Profil chronicky se poškozujícího jedince	78
6.5 Záměrné sebeпоškození a přítomnost duševní poruchy	78
6.6 Genetické predispozice a neurochemické odlišnosti CNS u poškozujících se jedinců	79
6.6.1 Endogenní opiátový systém – endorfinová teorie analgezie	80
6.6.2 Dysregulace serotonergního a dopaminergního systému	81
6.7 Výzkumy prevalence jednotlivých faktorů	81
6.8 Literatura	84

7. Psychiatrická komorbidita	89
7.1 Disociační poruchy	91
7.2 Poruchy příjmu potravy	92
7.3 Obsedantně-kompulzivní porucha	95
7.4 Afektivní poruchy	96
7.5 Alexithymie	96
7.6 Záměrné sebepoškození a suicidální chování	97
7.7 Literatura	99
8. Motivace jedince a individuální funkce záměrného sebepoškození	103
8.1 Nekategorizovaný seznam motivací a funkcí záměrného sebepoškození	103
8.2 Základní funkce záměrného sebepoškození	105
8.2.1 Model „Osmi C záměrného sebepoškození“ podle Jan Suttonové	105
8.2.2 Jednotlivé funkce záměrného sebepoškození	105
8.3 Funkční modely záměrného sebepoškození	110
8.3.1 Shrnutí funkčních modelů podle Karen L. Suyemotové	110
8.3.2 Jednotlivé funkční modely záměrného sebepoškození	112
8.4 Literatura	114
9. První epizoda a repetitivní povaha	116
9.1 O začátcích záměrného sebepoškození v historii jedince	116
9.2 Opakující se záměrné sebepoškození	117
9.3 Zpovědi poškozujících se dívek	118
9.4 Literatura	121
10. Průběh aktu záměrného sebepoškození	123
10.1 Akt záměrného sebepoškození	123
10.2 Cyklus myšlenek a emocí	129
10.3 Literatura	132
11. Léčba záměrného sebepoškození	133
11.1 Odborná intervence	133
11.1.1 Časté obavy poškozujícího se jedince při kontaktu s odborníkem	135
11.1.2 Motivační interview	135
11.1.3 Význam terapeutického nebo poradenského kontraktu	138
11.2 Specifické psychotherapeutické přístupy a metody využívané v zahraničí	139

11.3	Farmakoterapie	148
11.4	Obecné psychoterapeutické strategie v přístupu k záměrnému sebepoškození	148
11.5	Riziko relapsu a sebeobviňování	152
11.6	Riziko protipřenosu v psychoterapii záměrného sebepoškození	152
11.7	Supervize a jak se o sebe dobře starat	153
11.8	Literatura	154
12.	Tělomodifikující techniky a body-art	158
12.1	Dekorativní tělesné modifikace a záměrné sebepoškození	158
12.2	Záměrné sebepoškození v uměleckém směru body-art	160
12.3	Literatura	162
13.	Specifické subkultury mládeže a záměrné sebepoškození	163
13.1	Literatura	165
14.	Vliv médií na záměrné sebepoškození	166
14.1	Literatura	167
	Závěr	169
	Sebeřezání – smlouva sama se sebou	169
	Vaše první setkání se záměrným sebepoškozením?	171
	Literatura	171
	Rejstřík	172

ÚVOD

Když potkáte v baru známého, jak se opíjí, a on vám vysvětlí, že potřebuje na chvíli zapomenout na nějaké problémy a zrelaxovat se, možná s jeho jednáním nebudete souhlasit, ale nepřekvapí vás to. Pokud se nezačne opíjet denně, ale dá si jen trochu na žal, nikdo ho za nemocného považovat nebude. Vaše sousedka, která si každý večer sedne doma před televizi a ze samoty sní půlku lednice, může ostatním připadat jen jako obézní člověk, který má špatné stravovací návyky. Možná, že někdo zakroutlí hlavou a řekne si, že by měla se sebou něco dělat, nebo prohlásí: „...ach ta západní společnost!“. Obezita je stigmatizovaná, ale všeobecně akceptovaná. Další poruchy příjmu potravy, jako je mentální anorexie a bulimie, už také nejsou takové tabu. Obecně je známo, že se jedná o onemocnění spjaté s řadou psychických problémů a dívky již nejsou odsuzovány a odmítány, ale setkávají se s převážně empatickým a proaktivním přístupem svého okolí. Pravděpodobně se ještě vyděsíte, když zjistíte, že spolužačka vaší patnáctileté dcery si píchá pervitin. Většina lidí zhodnotí, že se chytla nějaké party. Někdo možná popřemýšlí, jaké musela mít problémy a jak to asi vypadá v její rodině, že se v patnácti letech dostala k tvrdým drogám. Závislost na návykové látce je sociálně neakceptovaná, odsuzovaná, ale pro mnoho lidí je její vznik v určitém smyslu pochopitelný. Ovšem pravidelné sebeřezání, sebepálení, mírné sebetrávení, leptání kůže, sebetlučení a sebedušení? Většina lidí si představí pokus o sebevraždu, někdo to mylně může považovat za masochistické tendence, jiný to chápe jako snahu upoutat na sebe pozornost nebo jako příslušnost k nějaké partě či subkulturě. Většina postojů okolí je odmítavá, objevuje se zděšení, odpor, strach, výčitky, vztek a panika. Okolí často nedokáže pochopit, proč se chování stále opakuje a že se nejedná o suicidální pokusy. Záměrné sebepoškozování je, stejně jako předchozí problémy, formou sebepoškozujícího chování a tak jako zneužívání alkoholu a jiných návykových látek, přejídání se a hladovění může sloužit jako strategie zvládnání zátěže, technika k navození relaxace, únik od bolestivé reality nebo daň za sociální interakci. Proto je třeba záměrné sebepoškozování

chápat jako závažný problém a důkaz hluboké psychické nepohody, který vyžaduje pozornost odborníků i širší veřejnosti.

Záměrné sebepoškození je definováno jako úmyslné zranění vlastního těla bez zjevného suicidálního záměru (Pattison, Kahan, 1983) a bez záměru sexuálního nebo dekorativního (Sutton, 2005). Záměrné sebepoškození se může objevit u žen i mužů v jakémkoli věku, ovšem jeho výskyt je nejčastější v období adolescence, okolo 14 let (Favazza, 1989; Pattison, Kahan, 1983). Jedná se o sebeřezání, sebebálení, sebetlučení, mírné sebetrávení, pravidelné předávkování, propichování kůže a další metody.

Záměrné sebepoškození je nejčastěji přítomno u jedinců bez jasné psychopatologie, u jedinců s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti a u jedinců s posttraumatickým stresovým syndromem. Vzhledem ke stále vyššímu procentu jedinců bez zjevné psychopatologie se začíná hovořit o dysfunkční copingové strategii. Jedinec se snaží zvládnout psychické napětí a nastolit emocionální rovnováhu. Současně se mohou vyskytovat úzkosti a depresivní ladění (Sutton, 2005).

První zmínka o problému záměrného sebepoškození vyšla již v roce 1933 v případové studii L. E. Emersona. Následovaly knihy, které nerozlišovaly záměrné sebepoškození a suicidální jednání (Grunebaum, Klerman, 1967; Graff, Mallin, 1967). Problematika záměrného sebepoškození byla i v zahraničí tabuizována až do roku 1987, kdy vyšla první monografie Armanda R. Favazzy: „Bodies Under Siege: Self-Mutilation in Culture and Psychiatry“. Fenomén začal být postupně široce medializován a od roku 1992 mnoho veřejně známých osobností, jako Lady Diana Frances Spencer, herec Johny Depp, herečka Angelina Jolie, herečka Roseanne Barr a další, vystoupilo s vlastní zkušeností se záměrným sebepoškozením. Toto zveřejnění rovněž podpořilo mnoho dětí a dospívajících svěřit svůj problém odborníkům. Favazza v roce 1998 prohlásil: „Je to stejné, jako to bylo s anorexií před dvaceti lety. Všichni si mysleli, že sebepoškození se příliš často nevyskytuje. Bylo hodně podceňováno. Ale stejně tak jako se vyrojila spousta pacientů, když anorexie získala pozornost veřejnosti, tak teď přicházejí pacienti se záměrným sebepoškozením.“

Fenomén záměrného sebepoškození je za posledních 25 let předmětem rozsáhlých sociologických, epidemiologických, psychologických a klinických studií zejména ve Velké Británii a USA. Jedna ze studií uvádí, že 35 % středoškoláků během svého dosavadního života prošla nejméně jedním aktem záměrného sebepoškození (Gratz, 2001). Další současná studie ve Velké Británii popisuje, že 13,2 % mladých lidí ve věku 15 nebo 16 let se sebepoškozovalo v určité fázi svého života a 6,9 % uvedlo, že tomu tak bylo

v posledním roce (Hawton et al., 2002). Současně se potvrzuje, že výskyt záměrného sebepoškození u adolescentů stále stoupá. Jak prohlásili Rodham a Hawton v roce 2005: „Non-fatální záměrné sebepoškození už není ojedinělým jevem, ale je ve skutečnosti hrozivě časté u dětí a adolescentů.“

Výskyt záměrného sebepoškození se zjevně zvyšuje i v České republice a veřejná média se současně začínají o tuto problematiku zajímat, ovšem informovanost laické i odborné veřejnosti je stále spíše nízká.

Publikace „Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci“ je první českou monografií a je určena především odborníkům, kteří se ve své praxi s tímto fenoménem setkávají.

Knihou umožňuje základní orientaci v problematice záměrného sebepoškození. Jejím cílem je zprostředkovat ucelené informace o recentních přístupech a zejména prezentovat výsledky zahraničních výzkumů. Podrobněji se zabývá nejasnostmi v terminologii, vymezením v rámci diagnostických kritérií, predisponujícími a precipitujícími faktory vzniku a specifickými terapeutickými přístupy a koncepcemi, využívanými v zahraničí.

LITERATURA

- EMERSON, L. E. (1933): *The case of Miss A: a preliminary report of psychoanalytic study and treatment of a case of mutilation*. Psychoanalytic Review, vol. 1, p. 41–54.
- FAVAZZA, A. R. (1987): *Bodies under Siege. Self-mutilation in culture and psychiatry*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- FAVAZZA, A. R. (1989): *Why patients mutilate themselves*. Hospital and Community Psychiatry, vol. 40, no. 2, p. 137–145.
- GRAFF, H.; MALLIN, R. (1967): *The syndrome of the wrist cutter*. American Journal of Psychiatry, vol. 124, no. 11, p. 36–42.
- GRATZ, K. L. (2001): *Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, vol. 23, no. 4, p. 253–263.
- GRUNEBaum, H. U.; KLERMAN, G. L. (1967): *Wrist Slashing*. American Journal of Psychiatry, vol. 124, no. 4, p. 527–34.

- HAWTON, K.; RODHAM, K.; EVANS, E.; WEATHERALL, R. (2002): *Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England*. British Medical Journal, vol. 325, no. 7374, p. 1207–1211.
- PATTISON, E. M.; KAHAN, J. (1983): *The deliberate self-harm syndrome*. American Journal of Psychiatry, vol. 140, no. 7, p. 867–872.
- RODHAM, K.; HAWTON, K.; EVANS, E. (2005): *Deliberate self-harm in adolescents: The importance of gender*. Psychiatric Times, vol. 22, no. 1, p. 36–41.
- SUTTON, J. (2005): *Healing the Hurt Within: Understand Self-Injury and Self-Harm, and Heal the Emotional Wounds*. 2nd ed. Oxford: How to Books.

1. PŘÍPADOVÁ STUDIE ZÁMĚRNĚ SE POŠKOZUJÍCÍ PACIENTKY

Gill je 17,5 roku, je mladou ženou, snažící se skoncovat se záměrným sebepoškozováním. Po roční hospitalizaci momentálně žije v soukromé psychiatrické komunitě ve Velké Británii.

1.1 UDÁLOSTI V HISTORII

Gill je jedináček, narodila se starším rodičům po několika neúspěšných pokusech o početí a dvou potratech, kdy matka již neočekávala, že by nakonec mohla úspěšně otěhotnět a porodit. Gill tedy byla velmi chtěným dítětem, matka ovšem po předchozích nezdařilých pokusech měla mateřství velmi zidealizované. Vytoužené dítě nesplnilo její očekávání, nedokázala správně odhadnout jeho potřeby. Pravděpodobně došlo k narušení attachmentu a Gill si zjevně k matce vytvořila velmi nejistou vazbu. Otec v té době hodně pracoval a na dceru neměl příliš čas. Z období jejího raného dětství si pamatuje, že Gill byla hodně plačtivé dítě, které velmi křičelo, když zůstalo samo v místnosti, ale zároveň se nenechalo konejšit a projevovalo se ještě odmítavěji a hlasitěji. Když Gill začala takto plakat, matka často odcházela z pokoje a někdy dokonce opouštěla i byt.

Když měla Gill devět let, začaly se projevovat výchovné problémy, doma se chovala hostilně a agresivně prosazovala své potřeby. Ve škole byla pro změnu obětí šikany a začalo i záškoláctví. Rodina proto navštívila poradce, který vyhodnotil, že matka má nerealistická očekávání od své dcery a že u dítěte se zřejmě rozvinula typická symptomatologie dezorientovaného attachmentu.

Gill začala svoji psychickou nepohodu komunikovat silně maladaptivním způsobem. Časté byly somatické obtíže ve stresujících situacích, jako bolesti žaludku a hlavy. Matka se v té době již léčila pro depresivní epizodu a všechna vyšetření s Gill absolvoval otec. Nakonec se u ní kolem jedenác-

tého roku objevilo astma bronchiale. Lékař okamžitě nařídil komplexní vyšetření a jelikož se u mnoha potíží neprokázal fyziologický původ, podnítl sociální dohled. Matka tuto situaci již nezvládla a pokusila se jedenáctiletou dceru i sebe zabít nárazem automobilu do dálniční protihlukové bariéry. Obě přežily jen s lehkým zraněním a rodina otce pomohla celou situaci utajit.

Matka byla rok a půl hospitalizována v soukromém psychiatrickém sanatoriu a výchovu Gill převzala na další čtyři roky babička z matčiny strany. Gill tato léta považuje za nejhezčí v dosavadním životě, s babičkou měly velmi vřelý a důvěrný vztah. Rovněž se sblížila s otcem, který se snažil pracovat tak, aby měl na rodinu více času.

Když bylo Gill patnáct let, babička zemřela velmi náhle na infarkt myokardu. Matka Gill se musela znovu plně angažovat v chodu domácnosti. Ani Gill, ani její matka ovšem nevěděly, jak se sblížit, co od sebe navzájem očekávat, a to vedlo k velkým konfliktům a několika Gilliným útěkům z domova. Gill se přestalo dařit ve škole, zároveň nebyla v kolektivu příliš oblíbená a jelikož měla dědičně lehkou nadváhu, chlapci ji přehlíželi.

V šestnácti letech se ocitla ve středu konfliktu svých rodičů a v pozici obětího beránka, kdy ji matka vinila za všechny své minulé problémy a životní prohry. Gill se pokusila o suicidium. Zneužila několik krabiček paracetamolu, ale jak sama tvrdí, neměla ani tak v úmyslu se zabít, jako dostat se pryč od rodičů. Až teprve při převozu do nemocnice po předávkování lékař zjistil, že Gill se již několik let záměrně poškozuje, uvedla, že se superficiálně řeže žiletkou od svých třinácti let. V rodině to nikdo netušil.

Gill byla okamžitě přijata k hospitalizaci na oddělení dětské a adolescentní psychiatrie. Nebyla ovšem absolutně schopná vydržet ani jedinou noc bez rodičů. Jelikož byla stále pod sociálním dohledem, nemohla nemocnici dobrovolně opustit. Po třech dnech utekla. Zpět ji dovezla matka a při příjmu Gill nechtěla za žádnou cenu matku nechat odejít. Po týdnu se Gill v nemocnici podařilo ukrást další paracetamol a znovu se předávkovat. Na základě toho bylo shledáno, že hrozí vysoké riziko suicida a rodiče spolu s lékaři souhlasili na dlouhodobé hospitalizaci.

Gill strávila v nemocnici s malými přestávkami a několika úteků celý rok. V průběhu se ještě jednou předávkovala paracetamolem a pravidelně využívala jakékoli nástroje na záměrné sebeřezání. Byla s výhradami (pro nedostatečné naplnění diagnostických kritérií) diagnostikována s hraničním typem emočně nestabilní osobnosti a absolvovala dialektickou behaviorální individuální i skupinovou terapii. Současně využívala možnosti dramaterapie a muzikoterapie a začala se učit hrát na cello. Po roce došlo

k určitému zlepšení, k vymizení suicidálních tendencí a snížení záměrného sebepoškozování.

Návrat Gill zpět do rodiny ovšem lékař ani sociální pracovnice nedoporučili. Přes původní odmítání nakonec Gill souhlasila s umístěním v soukromé psychiatrické komunitě, kde byla možnost čtyřiašestihodinového dohledu a podpory a zároveň určitá míra samostatnosti. Rodiče měli doporučeno během prvního roku Gill nenavštěvovat vícekrát jak jednou za čtrnáct dní.

1.2 AKTUÁLNÍ STAV

Gill žije v komunitě již sedm měsíců. Pokusy o suicidium v podstatě ustaly, jen jednou, během druhého měsíce, si koupila paracetamol, ale vzápětí ho sama dobrovolně dala zaměstnancům.

Rodiče ji už smějí navštěvovat jednou za týden a sama má možnost jednou za měsíc strávit víkend v domě rodičů. Všechny návštěvy rodičů ovšem stále doprovází velmi silné emoce. Před jejich příchodem často pocítuje strach, je úzkostná a nervózní. Návštěvu si většinou bez velkých konfliktů užije, ovšem odchod je o to bouřlivější. Fyzicky brání rodičům v odchodu, má záchvaty vzteku a pláče. Když nakonec odejdou, je ráda, cítí se uvolněně a většinou se zaujatě rozvykládá o prožitcích z jejich návštěvy.

Po návštěvě rodičů, ale i po jinak emocionálně náročnějším dni, Gill v noci budí zaměstnance komunity, většinou pláče, křičí nebo bouchá pěstmi do zdi. Tvrdí, že potřebuje mluvit, ale nebývá toho schopna. Mnohdy, přes veškerou snahu zaměstnanců si nakonec požádá o žiletku, zavře se v koupelně a nebo ve svém pokoji a pořeže si paži. Zaměstnanci si musí vždy ověřit, jestli má dostatek sterilního materiálu na ošetření ran a snaží se s Gill mluvit. Většinou úspěšně.

Gill si zvykla na povídání až do rána, má celkově převrácený denní a noční režim a většinou je velmi těžké ji k čemukoli během dne motivovat. Gill přesto dochází za komunitním psychiatrem, navštěvuje muzikoterapii a soukromé hodiny hry na cello. Nerada se stýká s jinými lidmi, cítí se v bezpečí pouze s konzistentními zaměstnanci a při každé neočekávané změně je okamžitě v tenzi, uzavírá se do sebe, nekomunikuje, nevychází z pokoje a odmítá skupinové komunitní aktivity.

Stále přemýšlí o návratu na školu, ovšem bez jasného plánu a časového horizontu. Škola je jediné, nad čím dokáže uvažovat, když je dotázána na

plány do budoucna. Jinak je přesvědčena o tom, že ji žádná budoucnost nečeká, že pro ni není nikde místo a že je neschopná sama něčeho dosáhnout.

1.3 ÚRYVEK GILLINA DOPISU NOČNÍ SLUŽBĚ V KOMUNITĚ

„Když zrovna všichni spíte, připadá mi to jako nejlepší čas něco vám napsat. Hodiny ukazují za deset dvě. Nemůžu spát a ani nechci. Dnes večer jsem na dně, sklíčená, vystrašená. A zároveň prázdná, úplně vysátá z každodenní snahy to přežít. Mám pocit, že jsem po emocionální stránce umřela. Řežu se, abych viděla svou krev a cítila se trochu reálně, ale ani to už moc nepomáhá. Koncentruji se na dýchání, ale s každým nádechem mě to uvnitř bolí víc a víc. Asi ještě něco cítím, ale nerozumím tomu, je to tupé, nemám pro to slova.

Zajímalo by mě, kolik vám dělám problémů a jestli už kvůli mně nenávidíte svou práci, když vás v noci budím a pak na vás křičím, ať vypadnete a necháte mě být. Zajímalo by mě, jestli se na mě ještě koukáte jako na člověka nebo už jsem to všechno pokazila a jsem jen každodenní kolonkou v papírech, co je potřeba vyplnit. Nelamte nade mnou hůl, já potřebuji pomoc! Sedím tady a nemůžu kontrolovat svůj strach, bojím se každého dne, bojím se každé noci, nemůžu jen tak zhasnout a jít spát jako vy! Není mi teď zrovna dobře a ani nevím, co zase pokazím tím, že tohle píšu. Jsem na hodně tmavém místě a mám takovou chuť vrátit se ke svým starým známým copingovým strategiím. Ale uslyšíte, že jsem se zavřela v koupelně, a to já nechci. Snad mi aspoň někdo věří, že to nechci! A hlavně prosím, prosím, prosím, neposílejte mě zpátky do nemocnice! A slibuji, že nechci zemřít a chci tady být s vámi, jenže vy tady se mnou nebudete, nikdy to nikdo nevydrží dlouho. Nenávidím se. Já vím, asi tohle zrovna píšu v ten nejhorší čas a tím nejhorším možným způsobem. A všichni si myslí, že jsem jenom blbá holka, ale já jsem! Jsem vystrašená, zoufalá a blbá holka a potřebuji nějakou pomoc. Omlouvám se, jestli jsem vás zase naštvala, já to tak nemyslela. Děkuji. Gill“

2. DEFINICE ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ A TERMINOLOGICKÁ NEJEDNOTNOST

2.1 DEFINICE ZÁMĚRNÉHO SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Většina definic je postavena na popisu fyzického aktu a hodnocení intencionality. Pro naše potřeby jsme vybrali jednu z posledních definic Armanda R. Favazzy (1999), který definuje **záměrné sebepoškození jako přímou a záměrnou destrukci nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru.**

Pro správnou definici je rovněž nutné vymezení pojmu v rámci dalšího sebepoškozujícího chování. Záměrné sebepoškození (in orig. „Deliberate Self-Harm“, „Self-Harm“) je tedy chápáno jako specifický typ sebepoškozujícího chování („Self-Destructive Behaviour“) a je nutno jej odlišit od rizikového chování („Risk-Taking Behaviour“), suicidálního jednání („Suicidal Behaviour“) a automutilace („Automutilation“) (Sutton, 2005; Duffy, 2006). Metody záměrného sebepoškození se dělí do dvou hlavních skupin: „sebetrávení“/„předávkování“ („Self-poisoning“/„Overdosing“) a „sebezraňování“ („Self-Injury“) (Hawton et al., 2002; Sutton, 2005), kdy „sebetrávení“/„předávkování“ představuje nadměrné požití předepsaných nebo nepředepsaných léků, drog či alkoholu a požití nepoživatelných substancí nebo předmětů za účelem záměrně poškodit vlastní tělesné tkáň ovšem bez záměru suicidálního. „Sebezraňování“ pak představuje akt pořezání, poškrábání, popálení a propichování kůže, trhání vlasů, sebekousání, sebití nebo vpravování předmětů pod kůži za účelem poškodit vlastní tělesné tkáň bez suicidálního záměru.

Za posledních několik desítek let se v zahraničí objevilo mnoho publikací o záměrném sebepoškození. Jelikož stále neexistuje mezinárodně uznávaný konsenzus na definici záměrného sebepoškození, setkáváme

se v této oblasti se značnou rozmanitostí. Většina definic ovšem respektuje několik základních klíčových komponent. Jedná se o chování, které jedinec vykoná sám sobě, je záměrné a cílené, je fyzicky násilné, ale není suicidální (Alderman, 1997). Přehled definic nejznámějších zahraničních autorů uvádí tabulka 2.1.

Tab. 2.1 Přehled definic záměrného sebepoškození

Přehled definic záměrného sebepoškození		
Autor	Použitý termín (in orig.)	Definice
Kreitman, 1977	<i>Parasuicide</i>	Non-fatální akt, ve kterém jedinec záměrně zapříčiní sebezranění nebo nadužití substance.
Walsh, Rosen, 1988	<i>Self-mutilation</i>	Takové chování jedince, kdy si dobrovolně a úmyslně poškodí vlastní tělesné tkáň nebo tělesnou integritu bez ohledu na zdravotní riziko nebo nebezpečí a bez záměru zemřít.
Winchel, Stanley, 1991	<i>Self-injurious behaviour</i>	Akt úmyslného poškození vlastního těla, které zapříčiní narušení tělesných tkání, bez suicidálního záměru.
Platt et al., 1992	<i>Self-mutilation</i>	Akt s non-fatálním výstupem, ve kterém jedinec záměrně iniciuje chování, které bez intervence další osoby vede k sebepoškození, nebo zneužije větší množství určité substance s cílem změnit svůj fyzický stav vytouženým způsobem.
Herpertz, 1995	<i>Self-mutilation</i>	Opakující se, záměrné a přímé fyzické sebepoškození bez vědomého suicidálního záměru, které ani nevede k evidentnímu ohrožení života.
Suyemoto, 1998	<i>Self-mutilation</i>	Přímé, sociálně neakceptované, repetitivní chování bez suicidálního záměru, které zapříčiňuje mírné až středně těžké fyzické poranění.

Favazza, 1999	<i>Self-mutilation</i>	Přímá a úmyslná destrukce nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru.
Sutton, 2005	<i>Deliberate self-harm</i>	Záměrné poškození vlastních tělesných tkání bez zjevného záměru ukončit život a bez záměru sexuálního nebo dekorativního.

Prvním jasným problémem při vymezení záměrného sebepoškození v zahraniční odborné literatuře je rozdílnost užívaných termínů pro jednotlivé kategorie sebepoškozujícího chování a jejich přesného definování. Zvláště v anglicky psané literatuře se setkáváme s termíny, které jsou používány paralelně a ne vždy se shodnou definicí. Jedná se o: „Self-harming behavior“, „Self-injurious behavior“, „Self-harm“, „Self-injury“, „Self-mutilation“, „Self-mutilating behavior“, „Self-destructive behaviour“, „Deliberate self-harm“, „Self-wounding“, „Self-cutting“, „Parasuicide“, „Attempted suicide“, „Suicide“, „Suicidal behavior“. Terminologický spor vede k mnoha závažným problémům. Vědci, probírající se akademickou literaturou za účelem statistiky, mohou získat zcela zkreslené informace a výsledky statistického zpracování budou nepoužitelné. Média, ve snaze o poskytnutí ucelených informací, mohou špatně interpretovat výsledky výzkumů. Pro širokou veřejnost to znamená zmatenost a nejasnost v problematice sebepoškozujícího chování, což může vést k prohloubení nechápavého a už tak odmítavého přístupu k jedincům, kteří se poškozují.

2.2 KONCEPČNÍ A TERMINOLOGICKÁ NEJEDNOTNOST SEBEPOŠKOZUJÍCÍHO CHOVÁNÍ

Sebepoškozující chování je heterogenní skupinou, zahrnující různé techniky poškození vlastního těla od kouření, požívání alkoholu, piercingu až po dokonalé suicidium. Do oblasti sebepoškozujícího chování ovšem nepatří pouze záměrné narušení vlastního těla, ale také automutilace jako symptom závažné fyziopatologie nebo psychopatologie. Tabulka 2.2 uvádí seznam možných způsobů sebepoškozujícího chování, ve svém nejširším nekategorizovaném pojetí. Seznam zdaleka není úplný, ale umožní nám pochopit, co všechno se dá zahrnout do pojetí sebepoškozujícího chování.