

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, umísťování 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 sebepoškozování a terminologická nejednotnost	17
2.1 Definice záměrného sebepoškozování	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 sebepoškozování 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 sebepoškozování	34
3.1 Hraniční typ emočně nestabilní osobnosti	34
3.2 Posttraumatická stresová porucha	36
3.3 Poruchy kontroly impulzů	39
3.4 Záměrné sebepoškozování 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 sebepoškozování	47
4.1 Pohlaví	47
4.1.1 Genderové rozdíly v prevalenci záměrného sebeпоškozování	47
4.1.2 Genderové rozdíly v závažnosti záměrného sebeпоškození	48
4.2 Věk	48
4.3 Prevalence jevu záměrného sebeпоškozování	50
4.4 Literatura	55
5. Obecné charakteristiky záměrného sebeпоškozování	60
5.1 Metody záměrného sebeпоškozování	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 sebeпоškozování	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 sebeпоškozování	74
6.4 Faktory vyplývající z osobnosti jedince	75
6.4.1 Koncept psychologických charakteristik	75
6.4.2 Vztah impulzivity a záměrného sebeпоškozování	77
6.4.3 Profil chronicky se poškozujícího jedince	78
6.5 Záměrné sebeпоškozování 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 psychoterapeutické přístupy a metody využívané v zahraničí	139

11.3	Farmakoterapie	148
11.4	Obecné psychoterapeutické strategie v přístupu k záměrnému sebepoškozování	148
11.5	Riziko relapsu a sebeobviňování	152
11.6	Riziko protipřenosu v psychoterapii záměrného sebepoškozování .	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 sebepoškozování . . .	158
12.2	Záměrné sebepoškozování v uměleckém směru body-art	160
12.3	Literatura	162
13.	Specifické subkultury mládeže a záměrné sebepoškozování	163
13.1	Literatura	165
14.	Vliv médií na záměrné sebepoškozování	166
14.1	Literatura	167
	Závěr	169
	Sebeřezání – smlouva sama se sebou	169
	Vaše první setkání se záměrným sebepoškozováním?	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 zakrouť 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 psychologických 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 subkultuře. 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 suicidalní 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 zvládání 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 sebepoškozování je definováno jako úmyslné zranění vlastního těla bez zjevného suicidálního záměru (Pattison, Kahan, 1983) a bez záměru sexuálního nebo dekorativního (Sutton, 2005). Záměrné sebepoškozování 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, sebedpálení, sebetlučení, mírné sebetrávení, pravidelné předávkování, propichování kůže a další metody.

Záměrné sebepoškozování 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. Současné se mohou vyskytovat úzkosti a depresivní ladění (Sutton, 2005).

První zmínka o problému záměrného sebepoškozování vyšla již v roce 1933 v případové studii L. E. Emersona. Následovaly knihy, které nerozlišovaly záměrné sebepoškozování a suicidální jednání (Grunebaum, Klerman, 1967; Graff, Mallin, 1967). Problematika záměrného sebepoškozování 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 sebepoškozováním. 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 sebepoškozování 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 sebepoškozováním.“

Fenomén záměrného sebepoškozování 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 sebepoškozování u adolescentů stále stoupá. Jak prohlásili Rodham a Hawton v roce 2005: „Non-fatální záměrné sebepoškozování už není ojedinělým jevem, ale je ve skutečnosti hrozivě časté u dětí a adolescentů.“

Výskyt záměrného sebepoškozování 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 sebepoškozování v dětství a adolescenci“ je první českou monografií a je určena především odborníkům, kteří se ve své praxi s tímto fenoménem setkávají.

Kniha umožňuje základní orientaci v problematice záměrného sebepoškozování. 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, snaží 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 čas-to 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, podnítil 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 superfiálně 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 útky 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 pracovníce nedoporučili. Přes původní odmítání nakonec Gill souhlasila s umístěním v soukromé psychiatrické komunitě, kde byla možnost čtyřadvacetihodinového 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 pocituje 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 naštvála, 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 sebepoškozování 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 sebepoškozování (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 sebepoškozování 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 tkáně ovšem bez záměru suicidálního. „Sebezraňování“ pak představuje akt pořezání, poškrábání, popálení a propichování kůže, trhání vlasů, sebekousání, sebebití nebo vpravování předmětů pod kůži za účelem poškodit vlastní tělesné tkáně bez suicidálního záměru.

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