

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

ZÁMERNÉ SEBAPOŠKODZOVANIE

DELIBERATE SELF-HARM



Bakalárska diplomová práca

Autor: Simona Šlesariková

Vedúci práce: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Olomouc

2018

Pod'akovanie

Na tomto mieste by som sa veľmi rada chcela poďakovať pani PhDr. Olge Pechovej, Ph.D. za odborné vedenie mojej bakalárskej diplomovej práce, jej láskavý prístup, hodnotné rady, ochotu, trpezlivosť a čas, ktorý mi venovala.

Veľké poďakovanie patrí mojim respondentom za ich ochotu sa otvoriť a podeliť sa so mnou o ich príbehy z neľahkého životného obdobia, čím mi umožnili zrealizovať svoju záverečnú prácu. Veľmi si vážim Vašej ochoty, dôvery, spolupráce, trpezlivosti a toho čo ste pri tejto spolupráci investovali. Ďakujem a prajem Vám aby ste neprestali bojovať za to čo ste dokázali a za život aký chcete žiť.

Prehlásenie

Miestoprísažne prehlasujem, že som bakalársku diplomovú prácu na tému: „Zámerné seba-poškodzovanie“ vypracovala samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

Vdňa

Podpis

Obsah

Úvod.....	5
TEORETICKÁ ČASŤ	6
1 Základné pojmy.....	7
1.1 Definícia pojmu sebapoškodzovania.....	7
1.2 Klasifikácia sebapoškodzujúceho správania	8
1.3 Formy sebapoškodzovania	9
1.4 Príznaky a symptómy sebapoškodzovania.....	10
1.5 Rizikové faktory ovplyvňujúce rozvoj zámerného sebapoškodzovania	11
2 Diagnostika	14
2.1 Diagnózy súvisiace so sebapoškodzovaním.....	14
2.2 Sebapoškodzovanie a suicidálne správanie.....	17
2.3 Sebapoškodzovanie v bežnej populácii.....	18
2.3.1 Model vyhýbania sa nepríjemným pocitom	19
2.3.2 Sebapoškodzovanie v adolescencii	20
2.3.3 Subkultúry a sebapoškodzovanie	21
2.3.4 Internet a sebapoškodzovanie	22
3 Liečba.....	25
3.1 Terapia sebapoškodzovania	25
3.1.1 Protisamovražedná - protizraňovacia zmluva	28
3.2 Minimalizácia poškodzovania - bezpečnejšie sebapoškodzovanie	30
EMPIRICKÁ ČASŤ	34
4 Výskumný problém, ciele výskumu a výskumné otázky	35
4.1 Výskumný problém.....	35
4.2 Ciele výskumu a výskumné otázky.....	35
5 Metodológia výskumu.....	36
5.1 Metóda výskumu.....	36
5.2 Populácia a kritéria výberu výskumného súboru	36
5.3 Výber a charakteristika výskumného súboru	37
5.4 Metóda získavania dát.....	39
5.5 Metóda analýzy a spracovania dát	41
5.6 Etické problémy a spôsob ich riešenia	42
6 Výsledky	43
6.1 Jednotlivé témy z rozhovoru	43

6.1.1 Prvý raz a naposledy	43
6.1.2 Situácie spúšťajúce sebapoškodzovanie.....	46
6.1.3 Pocity a bolesť.....	47
6.1.4 Formy a nástroje sebapoškodzovania.....	50
6.1.5 Miesta postihnuté sebapoškodzovaním	53
6.1.6 Frekvencia	54
6.1.7 Smrť	54
6.1.8 Otvorené priznanie sa so sebapoškodzovaním a reakcie naň.....	55
6.1.9 Odborná pomoc a rada iným	57
6.2 Témy vyplynuté z rozhovorov	58
6.2.1 Komunikácia	59
6.2.2 Ľudské kotvy.....	60
6.2.3 Sľub/závazok.....	61
6.2.4 Alternatívne spôsoby.....	61
6.3 Odpovede na výskumné otázky	62
7 Diskusia.....	65
8 Záver	77
9 Súhrn.....	79
Zoznam použitých zdrojov a literatúry	82
PRÍLOHY	87
Zoznam príloh.....	88

Úvod

Sebapoškodzovanie v spoločnosti zastáva miesto staronového fenoménu, ktorý tu stále je, občas sa vynorí, a potom zas zapadne. Ľudia tento termín vnímajú prevažne s negatívnym významom. To je výsledkom spoločnosti, ktorá si bez poznania tohto správania vytvára určité mylné predstavy a na ich základe sa môžeme stretnúť s odsudzovaním sebapoškodzujúcich sa jedincov. S touto témou sa stretneme u niekoľkých zahraničných autorov, kdežto v prípade slovenskej či českej verejnosti pomaly akoby ani neexistovala. Moc sa o nej nehovorí akoby podiel takto jednajúcich ľudí bol zanedbateľný, avšak opak je pravdou. Títo ľudia sa skôr svoje správanie snažia skrývať než ho hlásiť do sveta. Prichádzajúce informácie pre širšiu verejnosť sú väčšinou sprostredkované médiami, ktoré však môžu informácie skresľovať a tým ovplyvňovať úsudok ľudí. Ľudia, ktorí sa pri probléme uchýlia k ublíženiu si nie sú horšími ľuďmi než ľudia, ktorí uprednostnia alkohol či drogy. Kdežto títo ľudia sú na rozdiel napr. od alkoholikov vnímaní ako extrémne vybočujúci od normy.

Sebapoškodzovanie súvisí so životnými skúsenosťami jedinca. Všetko čo sa deje v našich životoch utvára náš príbeh, a ten je pre každého z nás jedinečný. To čo sa v priebehu života udeje má značný dopad na našu osobnosť. Pri zámernom sebapoškodzovaní ide o mechanizmus tohto správania, ktorý predstavuje jedincove očakávanie úľavy od necitlivosti či psychickej bolesti prostredníctvom ublíženia si. Odlíšiť správanie, ktoré je stále v rámci hraníc, a teda nie je považované za sebapoškodzovanie od správania, ktoré už hranice presahuje ide len ťažko. Pravda je však taká, že každý jeden z nás si v živote zažil rôzne momenty, neľahké chvíle, ktoré v ňom vyvolali úzkosť či zlosť a v návale týchto emócií buchol napr. do stola tak, že cítil ako ho bolí ruka. A tak sa nám naskytá otázka - kam by sme zaradili toto správanie?

Bakalárska práca má teoreticko-empirický charakter. Naším hlavným cieľom je preskúmať fenomén zámerného sebapoškodzovania. Vedľajšie ciele pre nás predstavujú - preskúmať prežívanie sebapoškodzujúcich sa jedincov tak ako ho vnímajú oni a snaha porozumieť dôvodom, ktoré ich vedú k opakovaniu tohto správania. Dôležité je získať pohľady jedincov, ktorých sa toto správanie týka. Ich pohľady sa môžu v niečom podobáť, líšiť či byť úplne rozdielne. Práve poznanie ich pohľadu nám môže umožniť lepšie porozumieť tomuto fenoménu.

Verím, že sa problematika sebapoškodzovania dostane viac na verejnosť a prinesie tak väčšie porozumenie ľudí voči týmto jedincom.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 Základné pojmy

Sebapoškodzovanie predstavuje široký pojem, ktorý však nie je ani medzi odbornou verejnosťou jednoznačný. Preto sa v nasledujúcich kapitolách budeme venovať základným pojmom súvisiacim so zámerným sebapoškodzovaním.

1.1 Definícia pojmu sebapoškodzovania

Je ťažké nájsť hranicu oddeľujúcu spoločensky akceptovateľné správanie od správania označovaného za patologické, pre spoločnosť jednoducho neprijateľné. Práve sebapoškodzovanie je vnímané ako správanie, ktoré prekračuje hranicu akceptácie a naráža tiež na ľudské nepochopenie jeho využitia.

Vymedzenie pojmu sebapoškodzovania nie je jednotné. Príčinou je zrejme fakt, že sebapoškodzujúce správanie nie je doteraz uznané ako samostatný klinický syndróm (Kriegelová, 2005 in Sobotková, 2014) a neexistuje zatiaľ žiadna medzinárodne uznaná dohoda o definícii zámerného sebapoškodzovania (Kriegelová, 2008). Tento fakt sa odzrkadľuje aj v literatúre, kde nájdeme rôzne definície nazerajúce na tento jav z rôznych uhl'ov pohľadu.

Často sa stretávame v zahraničnej literatúre s termínmi ako self-harm (sebapoškodzovanie), deliberate self-harm (zámerné sebapoškodzovanie), self-injury (sebazraňovanie), non-suicidal self-injury (nesuicidálne sebazraňovanie), self-mutilation (sebamrzačenie), self-destructive behavior (sebapoškodzujúce správanie), suicidal behavior (samovražedné správanie) a ďalšími. Môže za to odlišný prístup odborníkov, ktorí využívajú rozdielne termíny pre sebapoškodzujúce správanie, čomu vďačíme za širokú paletu definícií tohto javu.

Navzdory ich množstvu, rešpektujú niekoľko základných zložiek, a to, že sebapoškodzovanie je správanie, ktoré je zámerné, cielené a fyzicky násilné voči sebe samému, ale nesuicidálne (Kriegelová, 2008). Uvedieme definície od rôznych autorov, kde možno vidieť dodržanie základných zložiek.

Sebapoškodzovanie predstavuje vážne sebazničujúce správanie, ktoré je psychickým utrpením, s možnými dlhodobými a hlbokými účinkami na kvalitu života človeka, a tým sa stáva výzvou pre systém zdravotnej starostlivosti (Kinahan & MacHale, 2014).

Koutek (2014) definuje sebapoškodzovanie ako vedomé autoagresívne správanie, ktoré spravidla začína v adolescencii. Cieľom nie je samovražda a ani zo začiatku nesmeruje k závažnejšiemu sebazraneniu.

Klonsky (2007) definuje zámerné sebapoškodzovanie ako úmyselný čin, ktorým si sebe samému jedinec spôsobuje fyzické zranenie, avšak bez cieľa zomrieť.

Sebarezanie je najčastejšou formou sebapoškodzovania. Kast (2010) uvádza, že v súčasnosti tomuto správaniu rozumieme ako ľudskej snahe, ktorá sa snaží po tom čo stratila cit pre svoje telo a pre seba znovu začať cítiť a vnímať svoje telo. Toto deštruktívne správanie možno chápať ako úsilie získať znovu kontakt so sebou samým.

Z tejto širokej palety definícií si pre naše účely uvádzame najvhodnejšiu a najpresnejšiu definíciu od Favazzu (1999, in Kriegelová, 2008, 17) ktorý „*definuje zámerné sebapoškodzovanie ako priamu a zámernú deštrukciu alebo poškodzovanie vlastných telesných tkanív bez vedomého suicidálneho zámeru.*“.

Zároveň pre naše účely budeme používať termíny sebapoškodzovanie („self harm“), zámerné sebapoškodzovanie („deliberate self-harm“), sebazraňovanie („self-injury“) či nesuicidálne sebazraňovanie („non-suicidal self-injury“) ako termíny ekvivalentné a do veľkej miery odpovedajúce diagnostickej jednotke nesuicidálneho sebazraňovania popísanej v Diagnostickom štatistickom manuáli – 5 revízia (ďalej len DSM-5).

1.2 Klasifikácia sebapoškodzujúceho správania

Tak ako máme niekoľko definícií vďaka odlišnému nazeraniu na fenomén, tak máme aj niekoľko klasifikácií, ktoré vo svojej publikácii uvádza Kriegelová (2008).

Pattison & Kahan (1983) vo svojej klasifikácii vychádzajú z troch základných prvkov. Tieto sú - priamosť alebo nepriamosť sebapoškodzujúceho sa správania, početnosť jeho opakovania, vysoká alebo nízka úmrtnosť – tzv. sebapoškodzujúce akty. Vzájomnou kombináciou uvedených prvkov vznikajú ďalšie skupiny, kde podľa autorov je možné zaradiť všetky sebapoškodzujúce správania. Zámerné sebapoškodzovanie spadá do aktov s opakovaním udalosti a nízkou úmrtnosťou.

Klasifikácia Favazzu (1987) nám ponúka odlišný pohľad na sebapoškodzujúce správanie, kde rozlišuje medzi kultúrne akceptovaným a deviantným sebapoškodzovaním. Do kultúrne akceptovaných aktov sebapoškodzovania zaraďuje tie, ktoré sú sociálne prijateľné

ako je napr. piercing či tetovanie. Deviantné rozdelil na: závažné, ktoré sa spája s vážnym mentálnym narušením, stereotypné, kde ide o opakujúce sa akty s absenciou symboliky (vyskytujúce sa u mentálne postihnutých), mierne, ktoré v sebe skrývajú epizodické (drobné poranenia tkaniva), repetitívne (prechod epizodického správania na reakciu zvykovú) a kompulzívne (opakujúce sa rituálne správanie).

1.3 Formy sebapoškodzovania

Najčastejšie formy sebapoškodzovania podľa Gregga (2012) sú rezanie, pálenie, predávkovanie liekmi, požívanie škodlivých látok, hryzenie alebo bitie, narážanie telom do tvrdých predmetov, ťahanie za vlasy, škrabanie a pichanie do bolestivých miest.

Kriegelová (2008) uvádza ďalšie možné spôsoby sebapoškodzovania, ktorými sú napr. prejedanie sa, okusovanie si prstov a nechťov, extrémne rizikové správanie, opáranie sa, obsesívne čistenie a umývanie (do krvi), hladovanie, zotrvanie v násilnom vzťahu, prepracovanie a suicídium.

Zámerné sebapoškodzovanie predstavuje správanie, ktoré najčastejšie zahŕňa formy ako je rezanie, škriabanie, udieranie seba samého či úmyselné predávkovanie. Môže tiež zahŕňať obmedzovanie príjmu potravy či iné rizikové správanie, ako je jazda vysokou rýchlosťou či nebezpečný sex (Klonsky, 2007).

Whitlock, Eckenrode spolu so Silvermanom (2006) uvádzajú, že sú rôzne znaky vďaka ktorým môžeme zistiť či sa niekto sebazraňuje. Môžeme postrehnúť rôzne nevysvetliteľné jazvy a ich zoskupenia, čerstvé rany, rôzne modriny, popáleniny alebo iné prejavy poškodenia telesnej integrity, neprimerané oblečenie vzhľadom na ročné obdobie (dlhé nohavice a rukávy v lete), množstvo náramkov na krytie zápästia, nevysvetliteľná výbava čo do nástrojov umožňujúcich rezanie, fyzická alebo emocionálna absencia, sociálne stiahnutie, citlivosť na odmietnutie, ťažkosti s ovládaním hnevu, nutkavosť, vyjadrenia sebaobrany, hanby či bezcennosti. Dôležité je podotknúť, že aj keď u mnohých mladých ľudí toto správanie spôsobuje emočné stiahnutie, nie je to tak u všetkých. Je značný počet jednotlivcov, ktorí sú vysoko funkční a sociálne angažovaní.

1.4 Príznaky a symptómy sebapoškodzovania

Príznaky a symptómy sebapoškodzovania podľa Gregga (2012) sú rezanie zápästia, paží, stehien alebo nôh ostrým predmetom, vyrezávanie znakov do kože alebo jej pálenie, bitie alebo škrabanie, pichanie ihlou, búchanie hlavou, stláčanie očí, hryzenie do prstov, pier; ťahanie vlasov, odštipovanie kože.

Model 8 C zámerného sebapoškodzovania podľa Suttonovej (2005, in Kriegelová, 2008):

1. „Coping and crisis intervention“ – ide o sebapoškodzovanie ako stratégie zvládania a krízovej intervencie. Ich úlohou je stratégia zvládania záťaž s cieľom ihneď uvoľniť napätie.
2. „Calming and comforting“ – tu slúži na upokojenie a utešenie, pomáha zmierniť psychickú bolesť a prináša pocit pohody.
3. „Control“ – kontrola – prináša jedincovi vedomie kontroly a pocit sily.
4. „Cleansing“ – očistenie – napr. pre obete znásilnenia, ktoré sa cítia špinavé, zahŕbané predstavuje tečúca krv formu očistenia.
5. „Confirmation of existence“ – potvrdenie existencie – pomáha jedincovi zostať upriamený na realitu. Tu tečúca krv potvrdzuje skutočnú existenciu.
6. „Creating comfortable numbness“ – spôsobenie si pocitu útlmu a tým únik od reality. Tento stav sa jedinec pokúša dosiahnuť napr. zneužívaním návykovej látky.
7. „Chastisement“ – sebatrestanie – pri pocite viny, predstavuje sebapoškodenie trest.
8. „Communication“ – komunikácia – pre jedinca, ktorý nenachádza slová na vyjadrenie svojich pocitov, sebapoškodzovanie predstavuje spôsob ako ich inak vyjadriť.

Zámerné sebapoškodzovanie môže fungovať napr. na znižovanie disociatívnych symptómov, zabráňovanie spomienkam a zmätku, znižovanie stresu a napätia, vyjadrenie znepokojujúcich emócií, poskytovanie pocitu bezpečia a ochrany, znižovanie hnevu, potrestanie jedinca, ukázanie ostatným, že osoba potrebuje pomoc (Chapman, Gratz & Brown 2006).

Človek si vyvoláva bolesť pomocou sebapoškodzovania, ktorá by mala prekryť neúnosné pocity ako sú hnev, úzkosť, prázdnota a i. Fyzická bolesť predstavuje spôsob, ktorým človek odvracia svoju pozornosť od nepríjemných pocitov. Proti týmto problémom býva bolesť často využívaná podobne ako droga (Röhr, 2015).

Franklina (nedat.) zaujímalo prečo ľudia hovoria, že sa cítia lepšie potom ako sa zranili. V štúdií z roku 2010 v *Journal of Abnormal Psychology*, Franklin a kolegovia použili úlohu, ktorou merali obranné reakcie mrknutie oka pred, a potom čo testovaným ponorili ruky do ľadovej vody. Výsledky ukázali, že sebazraňujúcim to prináša lepší pocit. Druhé zistenie však bolo ešte zaujímavejšie. Všetci ostatní totiž hlásili tiež lepšie pocity. Teda aj ľudia, ktorí sa nepoškodzujú ukázali presne rovnaký stupeň fyziologickej obranyschopnosti a následnú fyziologickú úľavu ako tí, ktorí sa sebapoškodzujú (DeAnglelis, 2015).

1.5 Rizikové faktory ovplyvňujúce rozvoj zámerného sebapoškodzovania

So sebapoškodzovaním sa stretneme u rôznych ľudí, s rôznymi príbehmi. Každý jeden z nich má odlišné skúsenosti, a tak príčiny jeho správania sa môžu od ostatných líšiť. Treba však mať na pamäti, že nie každý človek si dôvody svojho správania uvedomuje, obzvlášť tie pravé.

Platznerová (2009) uvádza, že sebapoškodzujúci jedinci majú zníženú schopnosť rozhodovania a riešenia problémov. Tiež uvádza tak ako aj Kriegelová (2008), že títo jedinci často jednájú bezmyšlienkovito a v závislosti od toho akú náladu majú v určitej chvíli. Môžeme sa stretnúť s kolísaním nálad, náhlými zmenami nálad, ktoré často vyústia do podráždenosti či depresie. Okrem toho sa vyskytuje vo veľkej miere znížené až nízke sebavedomie, nadmerná citlivosť, agresivita, ťažkosti so zvládaním impulzívnosti, a toto všetko nám potvrdzujú rôzne výskumy.

Faktory zámerného sebapoškodzovania podľa Suttonovej (2005, in Kriegelová, 2008) sú dlhodobé zneužívanie v detstve, znásilnenie, strata významnej osoby, týranie, zneužívanie dieťaťa ako „pešiaka“ pri riešení manželských problémov rodičov, problémy s pohlavnou identitou, zadržovanie silných emócií, pocit osamelosti, uväznenie v smútku a častý plač, a i.

Rizikové faktory podľa Gregga (2012) sú porucha nálady alebo úzkostná porucha, trauma prežitá v období detstva či dospievania (napr. šikana, sex. zneužívanie), stres v škole alebo v zamestnaní, užívanie drog alebo alkoholu, napäté vzťahy s najbližšími príbuznými, priateľstvo s niekým kto sa úmyselne sebapoškodzuje, pocit odcudzenia a izolácie.

Vysoké emocionálne vypätie Gregg (2012) uvádza ako možnú príčinu sebapoškodzovania. Tiež je možné uvažovať o hypotéze, že dospievajúci nemajú potrebnú slovnú zá-

sobu na to, aby mohli vyjadriť svoje pocity slovami. V prípade, že sú dospievajúci pod náhlým tlakom je sebapoškodzovanie ventilovaním tenzie. Sebapoškodzovanie môže slúžiť ako nástroj na zvládanie stresujúcich situácií. Sebapoškodzujúci často udávajú, že po prevedení aktu sebapoškodenia sa dostávajú pocity úľavy. Rozhodujúcimi rizikovými faktormi pre rozvoj sebapoškodzovania sú nefunkčné rodinné vzťahy, citová deprivácia a tiež rôzne konflikty v rodine, ktoré zahŕňajú aj porozvodové spory rodičov. V období adolescencie sa prejavuje pohotovosť smerovať agresívne impulzy voči vlastnému telu. Detské traumy obzvlášť sexuálne zneužívanie sú dávane do spojitosti s príčinami sebapoškodzujúceho správania. Predpokladá sa, že za túto pohotovosť môžu nedostatočne dobré skúsenosti z detstva so starostlivosťou blízkej osoby (Koutek & Kocourková, 2003).

Priebeh sebapoškodzujúceho sa aktu zahŕňa: prítomnosť precipitujúcej udalosti; zosilnenie pocitov dysfórie, napätie a úzkosť; myšlienky na sebapoškodzovanie; pokusy zvrátiť sebapoškodzujúce konanie; sebapoškodenie - kde výsledkom celého procesu je uvoľnenie napätia. Tento model sebapoškodzujúceho sa aktu má tendenciu sa opakovať rovnako ako iné návykové prejavy (Koutek & Kocourková, 2003).

Prečo by si niekto chcel úmyselne spôsobovať bolesť alebo zranenia? Výsledky štúdií vykonané Nockom (2004) a Prinsteinom (2005) naznačujú, že existujú štyri hlavné dôvody prečo by si chcel niekto úmyselne spôsobovať bolesť či rany, a sú to: 1) zníženie negatívnych emócií, 2) cítenie „niečoho“ okrem necitlivosti alebo prázdnoty, 3) vyhýbanie sa niektorým sociálnym situáciám a 4) získanie sociálnej podpory. Napriek tomu, že sa vyskytujú všetky tieto dôvody je mylná predstava, že nesuicidálne sebazraňovanie je hlavne formou sociálnej manipulácie. V skutočnosti množstvo štúdií zistilo, že hlavným dôvodom nesuicidálneho sebazraňovania je dôvod číslo jedna, a to znížiť negatívnu emóciu. Ako je možné, že pôsobenie si fyzickej bolesti alebo zranenia by mohlo byť využívané na riešenie emocionálnej bolesti? Nech sa nám to zdá akokoľvek paradoxné, ľudia najčastejšie uvádzajú dôvody, ktoré ich vedú k nesuicidálnemu sebazraňovaniu ako napr.: zastaviť zlé pocity, zmierniť pocity prázdnoty, samoty alebo izolácie, odvieť pozornosť od iných problémov, znížiť pocity hnevu, uvoľnenie napätia, a riadiť bežiacie myšlienky (Selby, 2010).

Ako riziko navodenia, tak riziko opakovania sebapoškodzovania zvyšujú traumatické a stresujúce udalosti. Toto správanie sa vyskytuje častejšie u ľudí, ktorí majú za sebou fyzické, psychické či sexuálne násilie, a toto násilie prežívajú ako znehodnotenie seba samých. Traumatizujúci zážitok, ktorý jedinec nemá zvládnutý má za následok pokles

schopností na vyrovnanie sa s ďalšími problémami a nárast senzitivity k nasledujúcim záťažiam. Následkom toho je nárast psychického napätia, ktoré možno znížiť fyzickou bolesťou. Tendencia sa sebapoškodzovať je tiež zvýšená u závislých na psychoaktívnych látkach, aj keď povedať čo je v tomto prípade príčina a čo následok nie je jednoduché. Častejší výskyt opakovaného sebapoškodzovania je u ľudí, ktorí majú rôzne psychické poruchy, teda v prípadoch kedy ide symptóm ťažkosti v emočnej regulácii a zvládání nepríjemných prežitkov (Vágnerová, 2014).

So sebapoškodzovaním je spájaných množstvo faktorov, ktoré môžu mať prechodný i dlhodobý charakter. Môže tu pôsobiť jeden faktor, častejšie však ide o zmes rôznych faktorov, ktoré sú časom obmieňané či dopĺňané. Kompletný zoznam však zrejme nikdy nebude vzhľadom na to, že sa vždy nájde niečo ďalšie čo u jedinca vyvolá stav vedúci k sebapoškodzovaniu.

2 Diagnostika

Odborníci sa potýkajú s ťažkosťami pri diagnostike jedincov u ktorých sa vyskytuje sebapoškodzujúce správanie. Toto správanie je často pripisované rôznym diagnózam ako jeden z ich symptómov, avšak automatické prisudzovanie diagnóz týmto jedincom nie je najšťastnejšou voľbou. Je dôležité vedieť vnímať sebapoškodzovanie aj zvlášť, nie len ako súčasť niektorej z diagnóz. S takýmto prístupom budeme mať lepšiu možnosť zvoliť vhodný typ liečby. Významný je prehľad možných diagnóz spojených s týmto správaním a tiež jeho vzťah so suicidálnym správaním, s ktorým je tiež často spájaný.

Okrem vyššie uvedeného si spomenieme tiež sebapoškodzovanie ako model vyhýbania sa nepríjemným pocitom v súvislosti s adolescenciou, subkultúrami či internetom. Tieto tri oblasti sú tiež často spájané so sebapoškodzovaním ako možné príčiny tohto správania.

2.1 Diagnózy súvisiace so sebapoškodzovaním

Už nejakú dobu panujú rozpory v pohľade na túto problematiku. Aj kvôli tomu bolo už niekoľko krát navrhnuté zahrnúť do DSM-5 sebapoškodzovanie ako samostatnú diagnózu, avšak stále nie úplne úspešne. Tento fakt súvisí s tým, že sa odborníci v názore na sebapoškodzovanie ako samostatnú diagnózu nezhodujú. Jednanie odborníkov v tomto smere chápeme ako snahu o čo najpresnejšie vymedzenie sebapoškodzujúceho správania a vytvoriť tak medzinárodne uznávanú dohodu o definícii sebapoškodzovania, zjednotiť tak terminológiu a vytvoriť samostatné diagnostické kritériá. Možnosť sebapoškodzovania ako samostatnej diagnózy by mala prispieť k získaniu nových informácií vďaka, ktorým by bolo možné navrhnúť a realizovať účinnú terapiu a tiež by nám to umožnilo lepšie ozrejmiť úlohu, ktorú zohráva sebapoškodzovanie v živote jedinca. Okrem týchto plusov však vidíme aj mínus v podobe väčšej stigmatizácie jedincov, ktoré je s osamostatnením sebapoškodzovania ako diagnózy úzko spojené.

Od posledného vydania DSM-5, ktoré vyšlo v máji roku 2013 sa očakávala zmena v podobe zámerného sebapoškodzovania ako samostatnej diagnostickej kategórie. V DSM-5 máme nesuicidálne sebazraňovanie, definované ako úmyselné zničenie vlastného telesného tkaniva bez samovražedného úmyslu, ktoré je sociálne neprijateľné. Nájdeme ho v tretej sekcii ako „Ochorenia určené k ďalšiemu skúmaniu“. Tento koncept, ktorý poskytol definíciu, tak vyvolal nový výskum. Navrhnutých je šesť kritérií, ktoré zohľadňujú frekvenciu

sebapoškodzovania (päť alebo viac dní v priebehu posledného roka), prítomnosť určitej funkčnosti tohto správania (t.j. úľava od negatívnych pocitov či kognitívneho stavu), absencia samovražedného úmyslu a spoločenské prijatie správania. V Medzinárodnej klasifikácii chorôb – 10 revízia (ďalej len MKN-10) bolo zámerné sebapoškodzovanie zaradené do kategórie W00-Y59 „iné vonkajšie príčiny náhodných poranení“, Y85-Y89 „následky vonkajších príčin morbiditu a mortality“ a zároveň tak do podkategórie X60-X84 „úmyselné sebapoškodzovanie“.

Kriegelová (2008) uvádza, že najčastejšie duševné poruchy, ktoré sú diagnostikované u jedincov so zámerným sebapoškodzovaním sú F60.31 Emočne nestabilná osobnosť hraničného typu, F43.1 Posttraumatická stresová porucha, F63.8 Porucha kontroly impulzov v rámci iných návykových a impulzívnych porúch, F32.0 Lahká depresívna porucha a F50 Poruchy príjmu potravy. V MKN-10 nájdeme toto správanie prítomné aj v kategórii F70-F79 Mentálna retardácia, F20-F29 Schizofrénia, poruchy schizotypálne a poruchy s bludmi, v podkategórii F84.0 Detský autizmus, F84.2 Rettov syndróm, F95.2 Turretov syndróm, F98.4 Stereotypné pohybové poruchy.

V anamnézach ľudí, u ktorých opätovne zaznamenávame sebapoškodzovanie sa objavujú diagnózy ako depresia, bipolárna porucha, anorexia, bulímia, obsedantno-kompulzívna porucha, posttraumatická stresová porucha, rôzne disociatívne poruchy, úzkostné a panické poruchy a impulzívne bližšie nešpecifikované poruchy (Platznerová, 2009).

Podľa Platznerovej (2009) je takmer nemožné oddeliť u jedinca sebapoškodzovanie od psychopatológie, a tak nesúhlasí s tým, že by malo byť sebapoškodzovanie samostatnou diagnózou.

Nesuicidálne sebazraňovanie bolo určitú dobu všeobecne hodnotené ako jeden z deviatich príznakov hraničnej poruchy osobnosti, avšak výsledok štúdie In-Albony, Peter-Rufy a Schmida (2013) je že 80 % adolescentov s nesuicidálnym sebazraňovaním nespĺňa kritéria pre hraničnú poruchu osobnosti.

Bez ohľadu na to či sú splnené všetky diagnostické kritéria je najčastejšie u jedincov, ktorí sa sebapoškodujú diagnostikovaná hraničná porucha osobnosti (Platznerová, 2009).

Cieľom štúdie Tschana, Petra-Rufa, Schmida a In-Albony (2017) bolo preskúmať vlastnosti temperamentu a charakteru na základe osobnostného modelu Cloninger (1993) s osobitným dôrazom na impulzivnosť u adolescentov s nesuicidálnym sebazraňovaním bez hraničnej poruchy osobnosti a adolescentov s nesuicidálnym sebazraňovaním s hraničnou

poruchou osobnosti. U adolescentov s nesuicidálnym sebazraňovaním bez hraničnej poruchy osobnosti zaznamenali vyššie skóre pri hľadaní nového („novelty seeking“), vyhýbanie sa zraneniu („harm avoidance“) a nižšie sebariadenie („self-directedness“), pretrvávajúce („persistence“) a kooperáciu („cooperativeness“) než u klinickej skupiny. U dospievajúcich s nesuicidálnym sebazraňovaním a hraničnou poruchou osobnosti bol tento charakter osobnosti ešte výraznejší ako u adolescentov s nesuicidálnym sebazraňovaním bez hraničnej poruchy osobnosti. Adolescenti s nesuicidálnym sebazraňovaním bez hraničnej poruchy osobnosti sa líšili od adolescentov s nesuicidálnym sebazraňovaním s hraničnou poruchou osobnosti čo sa týka psychopatológie a čiastočne v hraničnej symptomatológii, ale navzdory tomu vykazovali podobný charakter osobnosti ako adolescenti s nesuicidálnym sebazraňovaním s hraničnou poruchou osobnosti (Tschan, et al., 2017).

Sebapoškodzovanie považované za symptóm narušenia regulácie emócií je príznakom komplexnej posttraumatickej stresovej poruchy. Takto stanovená diagnóza má výhodu naproti hraničnej poruche osobnosti z dôvodu, že je zacielená na dôvod, prečo u pacienta dochádza k sebapoškodzovaniu. Tým dôvodom sú traumatické zážitky v minulosti. Diagnóza komplexnej posttraumatickej stresovej poruchy, taktiež ako ani hraničná porucha osobnosti nie je všeobecne použiteľnou diagnózou pre všetkých, ktorí sa sebapoškodzujú (Kriegelová, 2008).

Zámerné sebapoškodzovanie môže byť niekedy odborníkmi radené aj k poruchám kontroly impulzov. Môže za to fakt, že sebapoškodzujúci do určitej miery (viac menej) spĺňajú kritéria tejto diagnózy. Akt sebapoškodenia môže byť reakciou na vedomú potrebu či jedincovo želanie. Priebeh aktu je spojený s uvoľneným tenziem, ktoré môže no nemusí sprevádzať nástup pocitov viny či ľútosti (Kriegelová, 2008).

Koutek, Kocourková spolu s Dudovou (2016) skúmali komorbiditu porúch príjmu potravy so sebapoškodzovaním a samovražedným správaním. Výskum realizovali na vzorke 47 dievčat, ktoré boli prijaté na nervovú anorexiu, atypickú nervovú anorexiu a nervovú bulímiu. 72 % z nich malo depresívne symptómy, 11 % malo obsedantno-kompulzívne symptómy, 9 % malo úzkostné poruchy, 23 % zneužívalo návykové látky a 57 % malo disharmonický rozvoj osobnosti. Samovražedné správanie bolo prítomné u 60 % pacientov a sebapoškodzovanie u 49 %. Tiež sa zistila aj asociácia medzi sebapoškodzovaním a samovraždou.

Čo sa týka prítomnosti sebapoškodzovania u obsedantno-kompulzívnej poruchy

môže sa jednať o súčasť klinického obrazu či komorbiditu. Nutkavé rituály so zámerom vyhnúť sa obávaným myšlienkam môžeme pokladať ako súčasť klinického obrazu (Platznerová, 2009).

Sebapoškodzovanie v komorbidite s psychiatrickými poruchami komplikuje prácu odborníkom. Súvisí to s nepresnosťou v tom, či psychické choroby môžu byť príčinou väčšej pravdepodobnosti zámerného sebapoškodzovania, či v opačnom prípade môže za vznik psychických problémov samotné sebapoškodzovanie.

2.2 Sebapoškodzovanie a suicidálne správanie

Dôležité je sebapoškodzovanie odlišiť od suicidálneho správania, s ktorým býva často zamieňané, a to aj v medicínskom prostredí. Avšak často nachádzame u pacienta okrem sebapoškodzovania aj suicidálne správanie, a tým je situácia zložitejšia (Koutek, 2014; Koutek & Kocourková, 2003). Sebapoškodzovanie vo všeobecnosti nie je o samovražde, ale u niektorých jedincov, ktorí sa sebapoškodujú sa môže vyskytnúť súčasne či následne. Dôležité je však zdôrazniť, že sa jedná o odlišné správanie. Nutné je sledovať jedincov či sa u nich vyskytujú samovražedné myšlienky, plánovanie a správanie. Prioritne sa rieši suicidálna kríza (Walsh, 2007).

Brüne (2012) uvádza, že sebapoškodzovanie častejšie než suicidálne správanie vyjadruje otvorenejším spôsobom nevedomú túžbu potrestať seba samého či osobu, s ktorou má sice jedinec blízky, no konfliktný vzťah. Ľudia, ktorí sa sebapoškodujú, sú zvyčajne mladší, často sa jedná o ženy, volia skôr „mäkké“ spôsoby vraždy a ich interpersonálny konflikt dokazujú otvorenejším spôsobom než ľudia pokúšajúci sa so smrteľným zámerom o samovraždu. Sebapoškodzovanie a suicidálne správanie spolu súvisia. Z tohto dôvodu nemôžu byť rozlíšené na to, ktoré z nich je potenciálne nebezpečné či neškodné. Opakované sebapoškodzovanie u jedinca zvyšuje riziko, že ohľadne samovraždy získa určitú prax a zvyk, čo môže viesť napokon k tomu, že stratí pocit strachu a bude si viac ubližovať.

I keď sa u jedincov so sebapoškodzovaním vyskytuje aj suicidálne správanie môže to byť spôsob ako zdôrazniť ich zúfalstvo či volanie o pomoc. Často sa stretávame s tým, že jedinci využívajú sebapoškodzovanie ako spôsob, ktorým sa vyrovnávajú so svojim trápením. Keď však samotné sebapoškodzovanie, ktoré malo redukovať psychickú bolesť a zastrešovať alternatívu chuti po smrti, ale neumrieť pri tom nestačí, dochádza k pokusom o samovraždu. A nie vždy ostane len pri pokuse. S rastúcou tendenciou sa sebapoškodzovať

z dôvodu, že psychická bolesť sa nestráca, len narastá a už to čo niekedy zabralo prestalo zaberat', môže chtiac-nechtiac viesť k závažnejšiemu seba poškodeniu s letálnymi dôsledkami aj, keď tam nemusel byť ich prvotný zámer. Niektorí však po čase môžu pristúpiť k samovražde ako východisku z bezvýchodiskovej situácie, keď seba poškodzovanie stratilo účinky, psychická bolesť sa stala neúnosnou a už nedokázali myslieť na nič iné. Len na svoju smrť.

Seba poškodzovanie je prinajmenšom vo vzájomnom vzťahu so suicidálnym správaním. U osôb, ktoré sa seba poškodzujú je zvýšené riziko pokusu o samovraždu. Viac ako polovica osôb, ktoré sa seba poškodzujú, uskutoční najmenej jeden pokus o suicídium (Koutek, 2014).

V literatúre nájdeme dva prístupy k seba poškodzovaniu. Prvý z nich hodnotí seba poškodzujúce jednanie zvlášť od suicidálneho správania. Kladie dôraz na odlišný psychodynamický priebeh a motiváciu. K tomuto názoru vedú fakty ako to, že spôsoby seba poškodzovania nemajú letálne dôsledky, seba poškodzovanie často vedie k opakovaniu seba poškodenia a pri seba poškodzovaní je suicidálny úmysel skôr výnimočný. V druhom prístupe sa potvrdzuje, že seba poškodzovanie a suicidálne správanie sú minimálne vo vzájomnom vzťahu. U seba poškodzujúcich a suicidálne jednajúcich býva prítomná depresia, pocity beznádeje a bezmocnosti. Tiež sú viac agresívni, afektívne nestabilní a prejavujú sa hraničnou osobnostnou patológiou a podceňujú riziko autoagresívneho správania a často sa u nich vyskytujú suicidálne myšlienky a fantázie. Čo je rozdielne u seba poškodzovania a suicidálneho správania je to, že u seba poškodzovania nenachádzame cieľ zomrieť a spôsoby seba poškodzovania nemajú smrteľné dôsledky (Koutek, 2014; Koutek & Kocourková, 2003).

Stretneme sa s názormi odborníkov, ktorí seba poškodzovanie považujú za prevenciu samovraždy, iní ako jej rizikový faktor. Niektorí toto správanie považujú za súčasť suicidálneho jednania a ďalší ho zas striktne od neho oddeľujú. Názorov je mnoho, avšak stále sa realizujú výskumy, ktoré nám prinášajú nové poznatky ohľadne súvislosti týchto javov.

2.3 Seba poškodzovanie v bežnej populácii

Seba poškodzovanie predstavuje správanie, ktoré sa vyskytuje ako u klinickej tak u neklinickej populácie. Preto sa v nasledujúcich podkapitolách budeme venovať napr. modelu vyhýbania sa nepríjemným pocitom ako pokusu vyhnúť sa úzkosti či inak nepríjemným

pocitom. Ďalej sebapoškoškodzovaniu v súvislosti s adolescenciou, subkultúrami a internetom.

2.3.1 Model vyhýbania sa nepríjemným pocitom

Vyhýbanie sa nepríjemným pocitom („experiential avoidance“) je definované ako tendencia vyhnúť sa úzkosti a zahŕňa všetky formy únikového správania a vyhýbania sa vedúce k zmene formy, intenzity a funkcie skúsenosti. Jednoducho povedané ide o pokusy vyhnúť sa úzkosti (Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero & Watson, 2011). Ide o túžbu prekonať nepriaznivé emócie, myšlienky a pocity. Týka sa jedincovej reakcie na jeho pocity a nie na jeho názor na seba samého (Gámez, et al., 2011).

Model vyhýbania sa nepríjemným pocitom nám slúži ako teoretický rámec pre pochopenie faktorov, ktoré môžu pôsobiť na zapojenie sa do sebapoškodzovania. Je založený na predpoklade, že zámerné sebapoškodzovanie je negatívne posilňujúca stratégia na zníženie či ukončenie nežiadúceho emočného vzrušenia. Zámerné sebapoškodzovanie funguje na vyjadrenie, konkretizovanie a kontrolu nadmerných emócií. Hoci sebapoškodzovanie môže slúžiť na to, aby umožnilo jednotlivcovi vyhnúť sa alternatívnym vnútorným skúsenostiam (napr. myšlienkam, spomienkam, somatickým vnemom) predpokladá, že toto správanie je v podstate prejavom emocionálneho vyhýbania sa. Z pohľadu tohto modelu je sebapoškodzovanie považované za stratégiu zvládania, ktorá sa využíva na zmiernenie nežiadúcich či neznesiteľných averzných duševných stavov. Využívanie sebapoškodzovania vedie ku krátkodobému zmierneniu symptómov (Chapman, Gratz & Brown 2006).

V roku 2016 Ellis a Rufino uskutočnili výskum, ktorý priniesol výsledky naznačujúce, že vyhýbanie sa nepríjemným pocitom môže byť rozhodujúcou psychologickou premennou suicidalitu (samovražedných myšlienok) a okrem toho môže vyhýbanie sa nepríjemným pocitom terapeuticky prispieť k zníženiu samovražedných myšlienok nezávisle od zníženej beznádeje a depresívnej symptomológie. Navzdory tomu, že nám vyhýbanie sa nepríjemným pocitom môže pomôcť pochopiť vývoj samovražedných javov, tak je nutné dodať, že vyhýbanie sa úniku je len jedným z rôznych motivácií pre samovražedné myšlienky a správanie.

Nielsen, Sayal a Townsend (2016) vo svojom výskume hodnotili vzťah medzi vyhýbaním sa nepríjemným pocitom, zvládaním a aktuálnou frekvenciou sebapoškodzovania bez ohľadu na samovražedné úmysly. Skonštatovali, že tí, ktorí sa sebapoškodzujú, vykazujú

výrazne vyššie potvrdenie vyhýbania sa nepríjemným pocitom, než tí, ktorí sa nikdy nesebapoškodzovali. Tiež zaznamenali aj rozdiely vo využívaní funkcií zvládania. U tých, u ktorých má sebapoškodzovanie celoživotnú históriu je výrazne väčšia pravdepodobnosť, že budú využívať model vyhýbania sa nepríjemným pocitom. U jedincov s históriou sebapoškodzovania bola nižšia emocionálna regulácia zvládania, než u tých, ktorí sa nikdy nesebapoškodzovali. U pacientov s celoživotnou históriou sebapoškodzovania bolo značne menej pravdepodobné, prehodnotenie prístupu, prijatia spôsobu zvládania ako reakciu na stresor než u tých, ktorí sa nikdy nesebapoškodzovali.

Model vyhýbania sa nepríjemným pocitom predstavuje tiež potenciálne užitočný teoretický rámec pri posudzovaní sebapoškodzovania bez ohľadu na samovražedný úmysel či jeho absenciu. Znamená to, že vyhýbanie sa nepríjemným pocitom môže byť dôležitým psychologickým faktorom pri sebapoškodzovaní rôzneho zámeru, samovražedného zámeru alebo prijatého ambivalentného zámeru, ako nesusuicidálneho sebazraňovania. Avšak pozorované veľkosti účinkov boli malé, čo naznačuje, že ďalšie premenné môžu byť kľúčové pri vysvetľovaní tak iniciácie, ako aj pokračovania sebapoškodzovania (Chapman et al., 2006).

2.3.2 Sebapoškodzovanie v adolescencii

Adolescencia predstavuje obdobie pokračujúceho emočného, kognitívneho a hlavne sociálneho vývoja jedinca. Je plné zmien, rôznych experimentov a skúškou trpezlivosti pre rodičov. Toto obdobie so sebou prináša veľké množstvo zmien, s ktorými sa každý adolescent vysporiadáva po svojom. Stretneme sa s názormi ľudí, ktorí tvrdia, že toto obdobie bolo pre nich ako prechádzka „ružovou záhradou“, ale tiež s názormi, že to bolo „čisté peklo“, z ktorého sa ešte doteraz spamätávajú. Ide o obdobie, ktoré je spojené s nárastom zodpovednosti, hľadaním seba samých, miesta v živote, skúšaním si nových rolí, ktoré získavajú v priebehu života a budovaním si hodnotového rebríčka. Tieto nové role, povinnosti či narastajúca zodpovednosť ich vystavujú väčšej miere stresu. Je to niečo nové, čo nepoznajú, prípadne si s tým nevedia poradiť. Nevedia, či to „niečo“ sú sami schopní zvládnuť a ako reakcia na stres sa môže u nich prejavovať úzkosť. Každý jeden z nás má inú hladinu tolerancie na stres a každý máme osvojené rôzne nástroje na jeho zvládanie.

V období adolescencie sa jedinci môžu stretnúť s množstvom náročných životných situácií, na ktoré ich aktuálne stratégie zvládania nestačia. Je fakt, že v tomto čase adolescenti nemajú za sebou ešte toľko skúseností ako dospelí. Nezažili niektoré situácie, neprešli

si určitými momentami takže nemali možnosť dozvedieť sa o ďalších možných spôsoboch zvládania. A tu narážame na sebapoškodzovanie, ktoré býva súčasťou experimentovania pri vyrovnávaní sa so stresom ako jedným z mnohých nástrojov. Väčšinou si preto ľudia spájajú sebapoškodzovanie práve s obdobím adolescencie, no situácie, ktoré sa dejú počas neho sa odohrávajú aj neskôr v živote. V každej fáze života sa môžeme stretnúť so situáciou, ktorá pre nás bude predstavovať niečo nezvládnuteľné. Platí tu, že každý má nejaké svoje stratégie s ktorými sa v živote snaží bojovať tak aby úspešne zredukoval stres či napätie. Tieto boje im umožňujú zistiť, ktoré z ich súčasných stratégií sú účinné a ktoré nie. To môže byť podnetom pre nasledujúce experimentovanie za cieľom nájsť niečo nové, čo by bolo účinné či účinnejšie.

V adolescencii máme na posudzovanie autodeštruktívneho správania dva prístupy. V prvom ide o ohraničenie normálnych adolescentných prejavov od psychopatologicky vymedzených porúch. V druhom sú autodeštruktívne prejavy dospievajúcich chápané ako tie, ktoré začínajú rizikovými aktivitami a končia suicidálnym správaním. Formy autoagresívneho správania môžu prebiehať súbežne alebo následne. Rizikový faktor, ktorý môže viesť k závažnejším prejavom je výskyt miernejších foriem tohto správania (Koutek, 2014).

Napriek tomu, že sa často stretávame s tým, že sebapoškodzovanie je fenoménom dospievania, pravda je však taká, že so sebapoškodzovaním jedinci môžu začať aj v dospelosti, nie len detstve (Whitlock, 2009).

2.3.3 Subkultúry a sebapoškodzovanie

Súčasná doba značne ovplyvňuje jedincov prostredníctvom médií, internetu, ale svoju rolu tu zohráva napríklad aj hudba. Toto platí obzvlášť pre obdobie adolescencie, kedy je jedinec vo fáze hľadania seba samého a experimentuje takmer so všetkým, hľadá nejaký ideál, ktorý keď si nájde chce sa mu čo najviac podobáť. Môžeme tak postrehnúť zmenu účesu, oblečenia či názorov, ktoré ideál prezentuje.

Podľa nášho názoru spájanie „ema“ so sebapoškodzovaním, ktoré je často médiami prezentované ako subkultúra, ktorá je škodlivá pre zdravý psychický vývoj adolescentov nie je vhodné a môže mať skôr škodlivý dopad. To, že určitý človek pristúpi k sebapoškodzovaniu nemusí nutne znamenať, že vyznáva tento smer. Môže ísť čisto o snahu vyriešiť nejaký

aktuálny problém, dosiahnuť pocity úľavy či o volanie o pomoc. Tým, že spájame túto subkultúru so sebapoškodzovaním prehliadame skutočný problém, ktorý za týmto správaním stojí.

V rámci rôznych subkultúr, ktoré vyznávajú adolescenti ako napr. satanisti, „ghotici“ môže dochádzať ku skupinovému posilňovaniu tohto správania. Za rozširovanie tohto nepriaznivého javu vďačíme rôznym webovým stránkam a sociálnym sieťam, kde je sebapoškodzovanie propagované (Koutek, 2014).

V súčasnosti sa stretneme s veľkým množstvom subkultúr a rôznych životných štýlov mládeže. „Ghotik“ a „emo“ sú najčastejšie spájané subkultúry s výskytom zámerného sebapoškodzovania. Smolík (2010) uvádza, že o „ghotikoch“ sa šíri, že trpia depresiami a poškodzujú sa. Vo viacerých prípadoch to môže byť pravda. Za potenciálne nebezpečie pre dospievajúcich považuje odpojenie sa od reality a pokles schopnosti vyrovnávania sa s problémami. Tak ako nájdeme blogy „ghotikov“ tak nájdeme aj blogy „emákov“. Najmä subkultúra emo bola považovaná za „*najväčšiu tovariš na zámerne sa sebapoškodzujúcich adolescentov*“ (Kriegelová, 2008, 164). Na internete sa stále môžeme stretnúť s návodmi či manuálmi ako sa stať „emákom“. Píše sa tam napr. ako by správny „emák“ mal byť oblečený (pruhy, lebky, „konversky“ na nohách), že jeho „kamarátkou“ by mu mala byť žiletka a jazvy po rezaní by mal mať síce nápadné, ale nenápadné a tak ich môže prekryť náramkami či potítkami. Mal by vyzerat' smutne a uzatvoriť sa do seba a jeho riešením na všetky problémy má byť jeho „kamarátka“ žiletka. Ide o stereotyp, ktorý je asociovaný s touto subkultúrou. Navzdory tomu, že v súčasnosti je „emo“ na ústupe, stereotyp ostáva (Kriegelová, 2008).

Young, Sproeber, Groschwitz, Preiss a Plener (2014) vo svojom výskume zistili, že u adolescentov, ktorí vyznávali niektorú z vyššie uvedených subkultúr bolo nesesuicidálne sebazraňovanie častejšie oproti adolescentom, ktorí nepatrili do žiadnej z nich. Okrem toho, že sa u nich vyskytovalo sebazraňovanie častejšie tak sa vyskytovalo opakovane a tiež bola u nich vyššia pravdepodobnosť pokusu o samovraždu.

2.3.4 Internet a sebapoškodzovanie

S rastúcim technologickým pokrokom a čoraz väčším sprístupňovaním internetu sa spája narastajúci počet ako dospievajúcich tak dospelých, ktorí pri počítači trávajú všetok voľný čas a nie len ten. Internet ponúka, nespočetné množstvo možností, ktorým sa možno

venovať. Medzi populárne radíme sledovanie filmov či seriálov, počúvanie hudby, „skypovanie“, „čítovanie“, sledovanie a komentovanie profilov a príspevkov ľudí na sociálnych sieťach, prispievanie do rôznych diskusných fór, písanie blogov, zdieľanie vlogov a podobne.

Internet predstavuje jednoduchšiu formu ako vyjadriť svoje postoje, názory, pocity a ako komunikovať so svojim okolím. Umožňuje jedincovi prezentovať sa v pravom svetle - odhaliť sa. V tejto sfére si nájdú svoje miesto jedinci, ktorí sú v reálnom svete odmietaní a vyčleňovaní zo skupín.

Na internete sa preto môžeme stretnúť s: blogmi – tu si jedinci rozprávajú svoje príbehy (edukujú ostatných o tomto správaní); vlogmi - videovou formou blogu; videami - popri smutnej piesni či príbehu sa prezentujú fotografie rezania, pálenia, rán, žiletiek; diskusiami – prezentovanie jedincov so svojim nespracovaným vnútorným rozpoložením s očakávaním spätných podporných reakcií, rád ako to zvládnuť, ako s tým skončiť. Na podobnom princípe funguje aj webová stránka www.spovednice.cz. Nájdeme ďalšie webové stránky, ktoré sú zamerané presne na túto problematiku, kde si jedinec môže prečítať o tejto téme, zdôveriť sa so svojim trápením, pridať sa do „čítavej“ skupinky ďalších sebapoškodzujúcich. V tomto prípade by išlo o pozitívny dopad internetu, ktorý má však aj svoju druhú stranu. Tá môže predstavovať podporu a motiváciu k začatiu tohto správania, prípadne k jeho pokračovaniu alebo inak navádzať k tomuto správaniu, ktoré môže eskalovať a dôjsť tak až k smrti. V súvislosti s touto odvrátenou stranou internetu pri sebapoškodzovaní bola istú dobu medializovaná hra „Modrá veľryba“.

Tak ako doba napreduje a technológie v nej, tak sa vyvíjajú či pretransformávajú aj niektoré spôsoby správania. A tak sa stretávame s pojmami ako online a offline sebapoškodzovanie. Online či digitálne sebapoškodzovanie Patchin a Hinduja (2017) definujú ako anonymné umiestňovanie, odosielanie alebo iné zdieľanie urážlivého obsahu o sebe samom. Zahŕňajú do menovanej kategórie sebapoškodzovanie, ktorá sa prejavuje prostredníctvom SMS, e-mailu, sociálnych médií príp. webových fór či iných online platforiem. Vo svojom výskume prišli s výsledkami, že na tomto správaní sa podieľalo asi 1 z 20 detí vo veku 12-17 rokov. U tých ktorí hlásili, že sú depresívni alebo využívajú offline sebapoškodzovanie, tak bola väčšia pravdepodobnosť, že sa podieľajú na digitálnom sebapoškodzovaní.

Na tomto výskume je možné poznať ako rozširujúce sa možnosti prispievajú k vynaliezavosti jedincov. Faktom ostáva, že i v prípade keby neboli počítačové siete, ľudia by

našli iné možnosti a spôsoby ako si ublížiť. Každopádne nám to ukazuje, že táto doména je zrejme nevyčerpatel'ná. S odstupom rokov môže byť táto forma pre nás už nepredstaviteľ'ná vzhľadom na to, že nevieme čo v budúcnosti príde a čo si ľudia ďalej nájdu za účinné spôsoby zvládania. Práve v tejto dobe je však tento spôsob na vzostupe.

3 Liečba

Liečba sebapoškodujúceho správania nemusí nutne predstavovať to, čo nám zarezonuje hneď pod slovom liečba. Pod slovom liečba si často ľudia môžu vybaviť lieky a hospitalizáciu. Avšak tiež môže vyvolať v jedincoch nepríjemné pocity a tým znemožniť prácu s nimi. Je dôležité vedieť zvoliť správny prístup, ktorý bude v prospech jedinca a umožní nám pomôcť mu.

3.1 Terapia sebapoškodzovania

Jedinci sa často desia predstavy skončovania so svojim sebapoškodzovaním. Ide obzvlášť o prípady, kedy je sebapoškodzovanie pre jedinca jediným spôsobom ako prežiť v ich svete. Svete, v ktorom sa cítia nepochopení a osamelí. Dôležité je starostlivo naplánovať sociálnu starostlivosť sebapoškodujúceho jedinca (Kriegelová, 2008). Ak sú primárnou funkciou emócie, potom sa liečba musí zamerať na znižovanie emocionálnych spúšťačov a na vzdelávanie v alternatívnych zručnostiach emočnej regulácie (Walsh, 2007). Liečba sebapoškodzovania býva väčšinou náročná. Pacienti musia pristúpiť na to, že so sebapoškodzovaním skončia a miesto neho budú hľadať iné formy správania, ktoré sú neškodné (Röhr, 2015).

Redukcia počtu nasledujúcich epizód sebapoškodzovania, zníženie túžby poškodiť sa, prevencia samovraždy a tiež zlepšenie kvality života a sociálneho fungovania – to je cieľom liečby pacienta, ktorý sa sebapoškodzuje, a to chceme získať pri minime vedľajších nežiaducich účinkoch liečby. Pre liečbu sebapoškodzovania je základným odporúčením pristupovať k nemu s pochopením, rešpektom a diskretnosťou (Platznerová, 2009). Podľa Röhra (2015) je cieľom terapie striasť sa zlosti na seba samého.

U sebapoškodzujúcich sa jedincov je terapia zvyčajne komplexný proces a obsahuje niekoľko terapeutických spôsobov. Odborníci sa rozchádzajú v názoroch na hospitalizáciu sebapoškodzujúcich pacientov. Časť odborníkov, ktorá sa hospitalizácii vyhýba argumentuje tým, že hospitalizácia znižuje pacientovu zodpovednosť za jeho sebapoškodzujúce správanie. Aj Malá (2009) sa stotožňuje s týmto názorom a odporúča ambulantnú liečbu, avšak v prípade detí sa skôr prikláňa k hospitalizácii. Podľa Kriegelovej (2008) by k hospitalizácii mal byť prijatý jedinec, len v prípade, že je v ohrození zdravia alebo života. K častým hospitalizáciám dochádza v prípade, že okrem jedincovho sebapoškodzovania sa objaví aj iná

patológia (depresia, bulímia, anorexia, závislosť na návykových látkach) a sebaopoškodzovanie súvisí aj so samovražedným spávaním. Vágnerová (2014) uvádza, že ak pacient trpí určitou psychickou poruchou tak liečba musí byť zacielená na ňu. S hospitalizáciou sa stretávame aj v prípade rodičov sebaopoškodzujúcich sa jedincov, nakoľko sa často stáva, že nezvládajú byť svedkami sebaopoškodzovania svojho dieťaťa. Obsahom liečby musí byť aj práca s rodinou, ktorá býva väčšinou v podobe rodinnej terapie. Dôležité je riešiť rodinné problémy, ktoré predchádzali vzniku sebaopoškodzovania, ale tiež to aký efekt toto správanie má na vzťahy v rodine. Pri hospitalizácii jedinca so sebaopoškodzovaním je potrebný profesionálny tím, ktorý je neustále v strehu, nakoľko títo pacienti sa často správajú manipulatívne. Narážame na to, že sebaopoškodzujúci jedinec často rôznym lekárom a terapeutom prezentuje odlišné skutočnosti a údaje. Okrem toho v nich vyvoláva hnev, obavy či pocit viny. Terapeutický prístup je založený na celkovom zhodnotení a posúdení sebaopoškodzujúceho jedinca. Posudzujú sa všetky okolnosti, ktoré vedú jedinca k sebaopoškodzovaniu, jeho význam a čo tým vyjadruje, hodnotí sa tiež typ osobnosti jedinca, jeho sociálne a psychologické životné pomery a podmienky (Koutek & Kocourková, 2003).

Zo všetkých terapií je podľa odborníkov najvýznamnejšia psychoterapia, nakoľko je efektívnejšia než napríklad farmakoterapia. V niektorých prípadoch je vhodnejšia medikácia. Ide hlavne o antipsychotiká, ktoré znižujú zvýšenú aktivačnú úroveň až agresivitu (Hartl & Hartlová, 2000), a vedú k celkovému upokojeniu. Až v prípade splnenia kritérií pre diagnózu duševnej poruchy je vhodné pristúpiť k farmakoterapii. Na spevnenie sociálnych vzťahov a vytvorenie bezpečného prostredia pre jedinca je zameraná sociálna intervencia (Kriegelová, 2008).

Psychoterapiu predstavujú základné postupy a zásady ako je napr. diskretnosť, porozumenie, snaha rešpektovať každého jedinca a empatia. Personál prichádzajúci do styku so sebaopoškodzujúcim jedincom by mal byť zaškolený. Musí bez akéhokoľvek prejavu šoku či zhrozenia v tvári načúvať pacientovi. Vhodné je vyhýbať sa ľutovaniu jedinca, nakoľko toto správanie by mohlo uňho vyvolať úzkosť, ktorá vedie automaticky k ďalšiemu sebaopoškodeniu. Na vytvorenie dôvery a na pomoc stabilizovať stav sebaopoškodujúceho jedinca, než sa dostane k inému odborníkovi, ktorý mu poskytne odbornú starostlivosť sa využíva tzv. psychoterapia plánov. Podľa Platznerovej (2009) sú plány zamerané najmä na zistenie subjektívnych dôvodov sebaopoškodzovania, vyhýbanie sa predmetom s ktorými si môže ub-

lížiť ako sú napr. žiletky, zistenie pozitívne pôsobiacich miest či osôb na potláčanie sebapoškodzovania, redukcii miery a opakovania sebapoškodzovania, uvedenie si zodpovednosti za svoje správanie (Platznerová, 2009).

Pri pacientoch sa môžeme stretnúť so zámerným skrývaním ich skutočných zámerov, a to tak, že odborníkovi hovoria to čo chce počuť. To čo sa skutočne odohráva v pacientovej mysli nám môže, no nemusí ukázať jeho verbálna výpoveď, kdežto neverbálne správanie sa dá vedome kontrolovať oveľa náročnejšie. Významné je terapeutické spojenectvo medzi doktorom a pacientom pri posudzovaní suicidálneho správania či sebapoškodzovania. Tento typ spoločenstva, však môže byť pre pacientov, ktorí majú za sebou čerstvú či ešte nedávnu traumatizáciu nedosiahnuteľný. Okrem vyššieho rizika suicídia a sebapoškodzovania majú v budúcnosti jedinci, ktorí boli počas detstva týraní, zneužívaní či zanedbávaní, sklony k tomu aby prijali neistý štýl vzťahovej väzby. Preto si veľa pacientov s ranou traumatizáciou vytvorilo nedôverčivé vnútorné pracovné modely, a tento svet chápú ako nebezpečné miesto, kde sa iným ľuďom nedá veriť. Preto jedinci s anamnézou traumatizácie majú problém prijať fakt, že lekár im chce skutočne pomôcť so zvládaním situácie, ktorá stojí za ich správaním (Brüne, 2012).

Terapeutický či poradenský kontakt by podľa Kriegelovej (2008) mal obsahovať podporný systém v krízovej situácii. Uvádza pravidlo „24 hodín“, počas ktorých klient nemá právo kontaktovať terapeuta v prípade, že počas 24 hodín došlo k aktu zámerného sebapoškodenia. Toto pravidlo slúži k zabráneniu okamžitej terapeutovej pozornosti, ktorá môže sebapoškodzovanie posilňovať. Podstatné je si pravidlo 24 hodín presne špecifikovať, aby sa predišlo jeho nepochopeniu klientom, ktorý by ho mohol považovať za znak odmietania starostlivosti či dokonca za trest. Liečba zámerného sebapoškodzovania, ako už bolo uvedené, je dlhodobým procesom, pre ktorý je podstatná jedincova voľba. Získať či odmietnuť pomoc? To sú dve strany na ktorých balancujú sebapoškodzujúci jedinci.

Na odolanie voči nutkaniu si ublížiť sú účinné prostriedky ako napr. rozhovor, šport, skupinové aktivity a i. Miesto rezania si kože môže jedinec masírovať masážnou loptičkou zvyčajné miesto zraňovania. Dokonca existujú aj masti, ktoré napomáhajú k citelnému podráždeniu kože bez poškodenia. Dovoľené je niečo cítiť, ale nie sa sebapoškodzovať (Röhr, 2015).

Podľa Rozsivalovej (2016) je dôležitá psychoterapia, ktorá je kombináciou individuálnej a skupinovej psychoterapie s prácou s denníkom, možnosťou krízového telefonického kontaktu s terapeutom a podporou rodičom.

Platznerová (2009) uvádza niekoľko špecifických druhov psychoterapie, ktoré je možno využiť pri sebapoškodzovaní. Jedná sa napr. o terapiu syndrómu opakovania traumy, ktorá je založená na odstránení patologických názorov a jednaní, racionálne-emotívna terapia zaoberajúca sa riadením emócií, terapia zameraná na riešenie problému spočívajúca v zvládaní a posilňovaní psychickej záťaže, kognitívna terapia orientovaná na prácu so schémami, ktorej cieľom je odstránenie maladaptívnych spôsobov reakcií na záťažové situácie, kognitívna terapia za využitia manuálu braná ako krátkodobá kognitívno-behaviorálna intervencia, dialektická behaviorálna terapia, ktorá je zložená zo skupinovej a individuálnej terapie, liečba komplexnej posttraumatickej stresovej poruchy, ktorá je založená na vzniku terapeutického vzťahu, interpersonálna skupinová terapia pre pacientov trpiacich ťažkými poruchami osobnosti, psychoterapia zameraná na prenos (orientovaná špeciálne na pacientov s hraničnou poruchou osobnosti), hypnózy a relaxácie, ktoré zaznamenala úspechy v rámci troch hypnoterapeutických techník (technika počítanie dychov, technika pozitívnej imaginácie, technika „afektívneho mosta“), kombinácia psychoterapie s farmakoterapiou (Platznerová, 2009).

3.1.1 Protisamovražedná - protizraňovacia zmluva

V zahraničnej klinickej praxi sa môžeme okrem názvu protisamovražedná dohoda stretnúť tiež s inými jej interpretáciami ako napr. protisamovražedná zmluva, dohoda o prevencii samovraždy, zmluva o prevencii samovraždy (Caruso, nedat.; Farrow & O'Brien, 2003), protisamovražedný sľub (Caruso, nedat.), zmluva o bezpečnosti či bezpečnostný plán. To ako nazveme tento typ zmluvy závisí od toho s kým by sme ju uzatvárali. Inak sa bude líšiť jej názov napr. pri práci s mladými. Tam sa by sme využili skôr názov bezpečnostný plán (Farrow & O'Brien, 2003). Protisamovražedná zmluva, je zmluva uzatváraná medzi odborníkom a klientom, ktorá niekedy môže mať formu iba verbálnu, no vo väčšie prípadoch ide o formu písomnú. Klient sa zaväzuje, že si nespôsobí žiadne zranenia. Cieľom týchto zmlúv je zabrániť rôznym formám ubližovania sebe samému, nie iba samovražde (Caruso, nedat.; Lewis McConnell, 2007).

Takýto typ zmluvy nie je právnym dokumentom. Ich obsahom sú body, ktorými sa má klient riadiť v prípade samovražedných myšlienok. V prvej časti sa podpísaný zvyčajne zaväzuje k tomu, že v žiadnom prípade svoj život neukončí samovraždou. Druhá časť obsahuje zoznam pracovísk a telefónne čísla, ktoré je jedinec povinný v prípade potreby využiť. V zmluve musí byť tiež zdôraznené, že jedinec má volať tiesňovú linku ak je v bezprostrednom nebezpečenstve smrti samovraždou. Ak sú samovražedné myšlienky relatívne mierne, v tom prípade volá na niektoré z ďalších uvedených čísel. Bývajú krátke a zrozumiteľné, aby ich podpísanie vyžadovalo čo najmenej námahy (Caruso, nedat.).

Ciele protisamovražednej zmluvy:

1. Vytvoriť myšlienku, že nie je v poriadku spáchať samovraždu.
2. Ukázať jedincovi spôsob ako sa správať v prípade suicidálnych tendencií.

Väčšina ľudí prežíva v týchto chvíľach veľkú emočnú bolesť, sú zmätení a nie je im jasné, čo by mali robiť. Spísaním postupu ako sa zachovať a pridaním typov koho kontaktovať, to v danej situácii jedinec nemusí riešiť - informácie mu budú k dispozícii (Caruso, nedat.).

Každý u koho hrozí samovražda by mal podpísať zmluvu so svojim lekárom a s rodinou či priateľmi. Po podpise sa treba uistiť, že neexistujú nejaké nedorozumenia v tom ako konať ak na jedinca prídu samovražedné myšlienky. Dôležité však je aby klient súhlasil s tým, že neumrie za žiadnych okolností samovraždou. Klienta nenútime k podpisu zmluvy. Snažíme sa ho jemne presvedčiť, že mu to môže pomôcť zachrániť si život. Treba mať však na pamäti, že zmluva nezaručuje, že klient nespácha samovraždu (Caruso, nedat.).

Súčasným trendom je zamerať sa skôr na podporné plány, než na to aby sa nezabili (Hansen et al., 2012).

Mnoho klientov cíti nedôveru zo strany terapeutov, keď ich požiadali aby podpísali protisamovražednú zmluvu. Niektorí z nich to vnímajú skôr ako ochranu pre terapeuta, nie pre nich. Klient by sa nemal báť povedať svojmu terapeutovi, že sa pokúšal o samovraždu. Niektorí to taja z dôvodu, že sa obávajú pokarhania za porušenie sľubu. Aby však terapeut mohol klientovi efektívne pomôcť, potrebuje vedieť o tom, že sa klient pokúšal spáchať samovraždu (Freedenthal, 2013).

Farrow a O'Brien (2003) urobili kvalitatívny výskum s ôsmymi dospelými pacientami na Novom Zélande, ktorí podpísali protisamovražednú zmluvu. Väčšina pacientov zúčastnených v tejto štúdii spochybnila svoju kompetenciu podpísať platné zmluvy v období samovražedných tendencií, a to kvôli aktívnym symptómom mentálnej choroby alebo svojím zaujatím k trvajúcim stresorom. Keď vezmeme do úvahy spojitosť medzi suicidialitou a narušeným rozhodovaním, impulzivitou a emočnou nestabilitou, je dlhodobá platnosť týchto zmlúv skutočne sporná. Pacienti navyše často cítia silný nátlak pri jednaní a spisovaní protisamovražednej zmluvy, čo ešte viac spochybňuje skutočnú platnosť týchto zmlúv. Mali pocit, že nie sú kompetentní v rozhodovaní o svojej vlastnej bezpečnosti či bezpečnosti iných a tiež, že nemajú inú možnosť, než súhlasiť. Výskum, ktorý realizovala Page spolu s Kingom (2008) prišiel s výsledkami kde polovica účastníkov verila, že dohoda o prevencii samovraždy znižuje riziko samovraždy. Druhá polovica verila, že rolu hrá terapeut.

Už len zo samotného názvu kapitoly si každý vyvodí svoj záver. Samotné „proti“ bije do očí a „zmluva“ ešte viac. Nakoľko Caruso (nedat.) uviedol, že tento typ zmluvy je vhodný aj pre pacientov so sebapoškodzovaním a naviac, niektorí odborníci sebapoškodzovanie spájajú so samovražedným správaním môžu byť pre nás tieto informácie zaujímavé. I keď tento typ zmluvy nemá právnu formu, len málo kto o tom vie. Preto sa laik môže obávať takéhoto typu kontraktu. Napriek tomu, že je pacient v obraze slovo zmluva ho môže desiť. Či už je to strach zo záväzkov alebo strach zo zlyhania. Môže vďaka tomu získať pocit obmedzenia alebo určitého zákazu. Navrhnutím tejto zmluvy pacientovi môže dôjsť tiež k narušeniu dôvery vo vzťah lekár-pacient. Táto metóda môže byť v niektorých prípadoch úspešná, v závislosti od typu osobnosti pacienta a jeho aktuálneho zdravotného stavu. Hoci sme vymenovali skôr negatíva voči tomuto typu zmluvy, veríme, že za určitých okolností môže byť pre klienta prínosom.

3.2 Minimalizácia poškodzovania - bezpečnejšie sebapoškodzovanie

Sebazraňovanie vyvoláva ako klinické tak aj etické problémy. Obzvlášť preto, že toto správanie často zahŕňa jednotlivcov, ktorí chápu povahu a dôsledky svojich činov a sú prítomné morálne otázky vzťahujúce sa k prevencii poškodenia. Zložité sú aj klinické otázky týkajúce sa zásahov (Sullivan, 2017).

Dospievajúci môžu byť ochotnejší zveriť sa so svojim premáhaním, pokiaľ sa s nimi rozpráva osamote alebo majú čas na otvorenie sa a keď vedia, že ich právo na anonymitu je

skutočne rešpektované. Keďže zámerné sebapoškodzovanie predstavuje metódu zvládania, zameranie sa výhradne na odsúdenie či zastavenie konania môže byť škodlivé. Aj preto sa radí využívať bezpečnejšie sebapoškodzovanie, ktorým je udržiavanie sterilných predmetov a poskytovanie prvej pomoci doma, čo je užitočnejšie, než sa dospievajúci naučí alternatívne sebapoškodzujúce metódy. Navyše väčšina dospievajúcich pacientov sa za svoje sebapoškodzovanie hanbí alebo je ním znechutená a často sa obávajú negatívneho úsudku druhých. Lekári primárnej starostlivosti by preto mali prejsť empatickú pozíciu. Môžu pomôcť svojim dospievajúcim pacientom s porozumením ich pocitov za pomoci jednoduchých reflexií aby potvrdili ich emocionálne zážitky zdržaním sa negatívnych posudkov o ich sebapoškodzovaní (Lauw, How & Loh, 2015).

Na základe predpokladu, že je u pacientov lepšie zaznamenať zníženie frekvencie sebapoškodzovania, tak je vhodné upozorniť na možné stratégie, ktorými sú zabránenie sebapoškodzovania sa pacientovi, nezabránenie pacientovi v jeho sebapoškodzovaní či bezpečnejšie sebapoškodzovanie. Možnosť prevencie vyzerá ako najškodlivejšia a ťažko podporovateľná, zvyšné dve sa ukazujú ako tie obrannejšie stratégie. Prínos stratégie nezabránenia sebapoškodzovania je v tom, že pacienti si ponechávajú kontrolu nad ich situáciou a naďalej sú schopní využívať spoľahlivé prostriedky, tak ako ich vidia, a to z dôvodu aby sa mohli vyrovnávať so svojimi silnými pocitmi úzkosti. Použitými prostriedkami sú komplexné vyváženie fyzickej bolesti nad emocionálnym utrpením. Títo pacienti si spôsobujú takú fyzickú bolesť, akú potrebujú na ich vyrovnanie sa s emocionálnym utrpením, ktoré prežívajú (Edwards & Hewitt 2011). Hoci Gutridge (2010) podporuje aj bezpečnejšie sebazraňovanie, tak tiež tvrdí, že osoba, ktorá sa sebazraňuje, nie je plne autonómna a podporuje bezpečnejšie sebapoškodzovanie založené na jeho terapeutických výhodách. Stavia totiž na názore, že sebapoškodzovanie v skutočnosti môže byť slobodným rozhodnutím, nakoľko poskytuje prostriedky, ktoré umožňujú jedincovi zvládnuť jeho úzkosť, a tak slúži ako dôležitá funkcia.

Opakované sebazraňovanie sa však môže zvyšovať letalitou, nakoľko pacienti si zvyknú na riziká tohto správania či preto, že už pre nich nie je zmierňovanie emocionálnej bolesti tak účinné ako bolo doposiaľ (Edwards & Hewitt, 2011).

Sullivan (2017) netvrdí, že by bezpečnejšie sebapoškodzovanie malo byť bežne prijímané, a že jedinci by sa nemali za žiadnych okolností sebapoškodzovať. Bezpečnejšie sebapoškodzovanie a preventívne prístupy nepredstavujú práve binárne protiklady avšak oba

môžu byť v určitých prípadoch vhodné. A z toho plynie, že zdravotnícky personál má morálnu povinnosť, a to umožniť sebapoškodenie. Navzdory tomu, že sa nám to zdá byť v rozpore so zavedeným etickým princípom, ktorý značí, že prvoradé je neuškodiť. K vysvetleniu tohto modelu budeme tvrdiť, že v konkrétnych situáciách môže byť tento postup klinicky a morálne oprávnený.

V prípade programov, ktoré sú zamerané na znižovanie poškodzovania a abstinenciu nám dôkazy naznačujú, že tvrdosť (prístup založený na abstinenciách) sa nezdá byť tak pozitívna a účinky môžu mať významné negatívne dôsledky (Christie, Groarke & Sweet, 2008).

Sebapoškodzujúce správanie poskytuje pozitívnu úľavu od znepokojujúcich, úzkostných pocitov, ktoré ohrozujú osobu. Zabránením tohto správania môžeme zapríčiniť stratu významnej jedincovej stratégie zvládania a tým sa môže zvýšiť úroveň jeho trápenia. A práve toto zvyšuje riziko, že jedinci budú skrývať svoje sebazraňovanie a pri nebezpečnejších spôsoboch sa môžu pokúsiť o samovraždu. V najlepšom prípade by sa za týchto okolností obmedzujúcimi krokmi dosiahlo zníženie počtu incidentov, ale tie prinášajú nebezpečenstvo, že dôjde k závažnejšiemu poškodeniu. Pri bežnom používaní sa stretávame s klasickými námietkami voči ochranárskemu správaniu. Prijaté opatrenia slúžiace k zabráneniu správania môžu mať škodlivejšie následky než je samotné správanie (Sullivan, 2017).

V súvislosti s autonómiou jedinca sú prítomné obavy. Prvým je obava, že ak sa nezasiahne do jedincovho sebapoškodzovania, tak mu to umožňuje nekontrolované sebapoškodzovanie, ktoré je spojené so zvýšeným rizikom neúmyselne spôsobených väčších zranení než bolo v úmysle. Môže ísť o stret so žilami či infekciou. Teda o niečo nad čím sa skutočne nezmysľali. Druhá obava predstavuje zjazvenie tvorené na povrchu kože, ktoré môže vyzeráť abnormálne a byť tak esteticky neuspokojivé pre jedinca (Edward & Hewitt, 2011).

Bezpečnejšie sebapoškodzovanie Sullivan (2017) opísal ako prístup k čistým žiletkám na vlastné použitie a prácu personálu s jedincom, ktorý mu pomôže porozumieť tomu ako sa zraníť bezpečnejšie. Vysvetlí mu základnú anatómiu a fyziológiu, tak aby bolo zaistené porozumenie konceptov ako je sepsa a následky infekcie. Za to pre zmenu jedinec súhlasí s účasťou na psychoterapii, kde sa skúma zmysel a funkcia jeho správania a ako sa snaží ho znížiť a nakoniec zastaviť. Cieľom tohto prístupu je zníženie poškodzovania.

Nepostrádateľnou súčasťou tohto prístupu je rozvoj schopností riešiť problémy a plánovanie toho, čo robiť v prípade krízy. Nutné je aby sa objavil aj prístup k psychologickým

terapiám, ktoré sú určené na podporu jedincov pri skúmaní významu a funkcie ich správania a tiež pri podpore zmien. Aby sa zachovala úloha mechanizmu zvládania je povolené sebazraňovanie na základe pochopenia, že k nemu dochádza bezpečne. Sebazraňovanie je povolené, aby sa zachovala jeho úloha ako mechanizmu zvládania, na základe porozumenia, že k nemu dochádza bezpečne. V prípade, že nie je prístup k psychologickým liečebným postupom, ktoré sú stanovené na uľahčenie zmeny, sú značne oslabené argumenty, ktoré podporujú bezpečnejšie sebapoškodzovanie Sullivan (2017).

Práve na zneužívaní látok je možno uviesť prístup k bezpečnejšiemu sebapoškodzovaniu. Tento prístup nevyžaduje aby jedinci znížili či sa zdržali užívania návykových látok. Skôr sa snaží zmierniť negatívne dôsledky ich užívania. Abstinencia byť mohla byť konečným výsledkom, avšak nie je podmienkou prístupu. Existuje niekoľko typov intervencií, ktoré sú zamerané na znižovanie poškodzovania, uplatňujú sa však na základe konkrétnej látky a činnosti (Christie, Groarke & Sweet, 2008). V našom prípade touto intervenciou môžu byť práve sterilné žiletky, ktoré sú často využívané sebapoškodzujúcimi sa jedincami a kontrola zranení.

Bezpečnejšie sebapoškodzovanie sa objavuje ako terapeutická možnosť z mnohých dôvodov. Sebazraňovanie sa môže pohybovať od povrchových rán až po potenciálne život ohrozujúce zranenia, takže intervencie do tohto spôsobu správania by mali odrážať príslušné riziká. Okrem toho, ak sa využíva sebazraňovanie ako spôsob zvládania, bezpečnejšie sebapoškodzovanie poskytuje prostriedok, pomocou ktorého môžu zdravotnícki pracovníci terapeuticky zaujať jedincov, pretože pracujú s jedincom ako s rovnocenným, a tak je menšia pravdepodobnosť, že budú vnímaní ako osoby, ktoré vykonávajú moc a kontrolu (Sullivan, 2017). Toto je klinicky dôležité, pretože existuje dôkaz, že pozitívny terapeutický vzťah vedie k priaznivejším výsledkom v celom rade diagnóz a liečebných nastavení (Priebe & McCabe, 2008).

Napriek tomu, že toto správanie nie je nutne návykové, tak má určité podobnosti s návykovým správaním a ťažko sa zastavuje. Povolenie určitého stupňa sebazraňovania je realistickým a pragmatickým prístupom k riešeniu problému a v niektorých prípadoch môže byť jedinou možnosťou, ktorú je jedinec ochotný akceptovať. Povolenie sebazraňovania, sa teda prinajmenšom na prvý pohľad zdá byť v protiklade s povinnou profesionálnou starostlivosťou, pretože je potrebné venovať primeranú pozornosť tomu aby sa zabránilo konaniu alebo opomenutiu, ktoré budú pravdepodobne zapríčiňovať poškodzovanie (Sullivan, 2017).

EMPIRICKÁ ČASŤ

4 Výskumný problém, ciele výskumu a výskumné otázky

4.1 Výskumný problém

Zámerné sebapoškodzovanie je staronový fenomén. Niekedy je o ňom počuť viac, inokedy zas menej, ale jeho prítomnosť v spoločnosti sa nemení. Stále tu je a môže sa týkať kohokoľvek z nás. Prítomnosť tohto správania u ľudí je spojená s rôznymi životnými príbehmi, ktoré samotní jedinci vnímajú zo svojho pohľadu a rôzne ich prežívajú. Každé jedno ublíženie si bez ohľadu na jeho formu či cieľ môže mať svoj príbeh a pre človeka rozdielny význam. To, že si niekto dokáže zámerne ublížiť je pre ľudí absolútne nepochopiteľné a pre značnú časť aj desivé. Často sa u ľudí vynára otázka: „Prečo by si človek zámerne ubližoval, keď bolesť je to, čomu sa v podstate snažíme vyhýbať celý život?“ Jedinečnosť pohľadu jedincov na ich príbehy nám môže pomôcť vidieť sebapoškodzovanie z inej perspektívy.

Množstvo výskumov týkajúcich sa zámerného sebapoškodzovania v rámci Slovenskej či Českej republiky je malé. Stretneme sa s niekoľkými štúdiami či pár diplomovými prácami, ktoré sa rozhodli skúmať túto problematiku. Naopak v zahraničí je výskumná činnosť v tejto oblasti väčšia. Často je táto problematika skúmaná kvantitatívne a chýba hlbšia kvalitatívna sonda. Preto sa táto práca zaoberá kvalitatívnym výskumom, ktorý nám umožňuje zachytiť jedinečné prípady v kontexte zámerného sebapoškodzovania. Kvalitatívny výskum nám má poskytnúť bližší náhľad na problematiku sebapoškodzovania a zodpovedať výskumné otázky.

4.2 Ciele výskumu a výskumné otázky

Hlavným cieľom výskumu je preskúmať fenomén zámerného sebapoškodzovania. Vedľajšími cieľmi tejto práce bolo porozumieť prežívaniu sebapoškodzujúcich sa jedincov tak ako ho vnímajú a snaha porozumieť dôvodom, ktoré ich vedú k opakovaniu tohto správania.

V rámci tohto výskumu sme si vymedzili nasledujúce výskumné otázky:

1. Aká je skúsenosť respondentov so zámerným sebapoškodzovaním?
2. Ako respondenti chápu svoju skúsenosť so sebapoškodzovaním?
3. Čo vedie respondentov k opakovaniu aktu sebapoškodenia?

5 Metodológia výskumu

5.1 Metóda výskumu

Pre realizáciu výskumu sme si zvolili kvalitatívny výskum. Tento typ výskumu poskytuje detailné informácie toho, prečo sa objavil určitý fenomén. Jeho výhodou je získanie hĺbkových popisov jednotlivých prípadov (Hendl, 2005).

Kvalitatívny prístup využíva kvalitatívne metódy na popis, analýzu a interpretáciu nekvantifikovaných či nekvantifikovateľných vlastností skúmaných fenoménov našej vnútornej či vonkajšej reality. Tento prístup využíva princípy ako jedinečnosť, neopakovateľnosť, procesualnosť, kontextuálnosť a dynamiku. S akýmkoľvek psychologickým skúmaním pracuje cielene s reflexívnou povahou (Miovský, 2006).

5.2 Populácia a kritéria výberu výskumného súboru

Populácia, ktorej sa týkal výskum boli osoby staršie ako 18 rokov a mohli, no nemuseli byť zachytené systémom odbornej starostlivosti. Išlo o jedincov, ktorí majú priamu skúsenosť so sebapoškodzovaním. Veľkosť sebapoškodzujúcej populácie býva uvedená rôzne, no čísla nepredstavujú skutočný výskyt. Ide totiž o správanie, ktoré je individuálne a súkromné. Vyčísliť presný počet sebapoškodzujúcich jedincov dodnes nebolo možné. Je možné získať len orientačné čísla vďaka systémom odbornej starostlivosti, no ak nedošlo k hospitalizácii či vyhľadaniu odbornej pomoci, nie je možnosť inak získať počet týchto jedincov. Ryšánková (2008) uvádza, že výskyt v bežnej adolescentnej populácii je medzi 14 – 39 % a u klinickej populácie vo výške 40 – 61 %. Adolescentná populácia býva najčastejšie skúmaná v súvislosti s týmto fenoménom.

Výskumný súbor kvalitatívneho šetrenia bol tvorený 5 respondentami, z nich 4 boli ženy a 1 muž. Všetci respondenti spĺňali kritéria tohto šetrenia, tzn. priama skúsenosť so sebapoškodzujúcim správaním (4 respondenti sa sebapoškodzujú aj v súčasnej dobe, 1 má skúsenosť so sebapoškodzovaním z minulosti), súčasný vek respondenta je minimálne 18 rokov a respondent je ochotný otvorene a osobne hovoriť o svojom období sebapoškodzovania.

Do nášho výskumu sme vyberali respondentov zámerným výberom. Pri tomto výbere ide o cielečné vyhľadávanie účastníkov na základe ich určitých vlastností (Miovský, 2006).

Pre výber vzorky sme si stanovili tri kritéria, ktorým by mali respondenti vyhovovať. Jedným z kritérií bol vek respondentov, ktorý mal byť minimálne 18 rokov, ďalším kritériom

bola minulé či aktuálne prebiehajúca priama skúsenosť so sebapoškodzovaním a posledným kritériom bolo aby respondent bol schopný o období svojho sebapoškodzovania hovoriť osobne a otvorene.

Vekové kritérium sme stanovili najmä z etických dôvodov. Prípady sebapoškodzovania vieme nájsť medzi ľuďmi rôzneho veku, avšak účasť neplnoletých respondentov vo výskume a následné využitie získaných dát od nich by vyžadovalo súhlas rodičov. Často však samotní rodičia maloletých o ich sebapoškodzovaní ani nevedia. S ohľadom na citlivosť témy sme chceli zaručiť respondentom kompletnú anonymitu, teda aj pred ich rodinou.

Kritérium minulej či aktuálne prebiehajúcej skúsenosti so sebapoškodzovaním sme zvolili nakoľko si myslíme, že bez ohľadu na to kedy toto ich obdobie prebiehalo či prebieha, nám môže každý z nich poskytnúť ich jedinečný pohľad na svoju skúsenosť a obmedzením tohto kritéria by sme mohli stratiť dôležité informácie.

Kritérium osobne a otvorene rozprávať o svojom období sebapoškodzovania sme nechali na posúdení samotných respondentov. Dôležitým aspektom bola aj ich ochota hovoriť o tomto období.

5.3 Výber a charakteristika výskumného súboru

Oslovenie respondentov pre kvalitatívne šetrenie prebiehalo dvoma spôsobmi. V oboch prípadoch šlo o umiestnenie príspevku na internete. V prvom prípade umiestnenie bolo prostredníctvom sociálnej siete Facebook, kde sme prosili o šírenie nášho inzerátu medzi svojimi priateľmi, ich priateľmi a známymi a tiež bol umiestnený v skupine „Respondenti“. Ďalšie umiestňovanie príspevku bolo do diskusných fór na témy sebapoškodzovania a na blogy o tejto téme. Teda šlo o miesta, ktoré sa zdali vhodné na umiestnenie nášho príspevku a predpokladali sme vďaka nim prísun potenciálnych respondentov. Z príspevku umiestneného v skupine „Respondenti“ na stránkach Facebooku sme získali 1 respondenta. Z príspevkov na diskusných fórach a blogoch sme získali 23 reakcií a z toho sa 4 zúčastnili výskumu.

Súčasťou oslovenia respondentov bola prosba o spoluprácu na výskume a poskytnutie rozhovoru, krátke predstavenie témy, v stručnosti priebeh výskumu a informovanie o zaistení anonymity. V závere sa nachádzal kontaktný email ak by sa čitateľ príspevku mal záujem dobrovoľne zúčastniť výskumu a chcel sa dozvedieť viac. Vzhľadom na citlivosť témy sme neočakávali príliš veľkú odozvu na umiestnené príspevky. K týmto očakávaniam prispel

aj fakt, že niektoré fóra/diskusie či blogy boli už nejakú dobu neaktívne. Získali sme napokon 5 respondentov. Pre prehľadnosť uvádzame v tabuľke ich základné charakteristiky. Mená sú fiktívne a vek je orientačný.

Tab. 1: Základná charakteristika respondentov

Meno	Vek	Status	Kedy začalo	Forma	Frekvencia	Suicídálne pokusy	Diagnóza
Monika	18	študujúca	14 r.	rezanie	každý deň niekoľkokrát	Áno (5x)	F50.0
Táňa	20	pracujúca	15 r.	rezanie	premenlivé v závislosti od obdobia	Áno (3x)	-
Erika	21	študujúca	11 r.	rezanie, pálenie	premenlivé v závislosti od obdobia	Nie	-
Soňa	28	pracujúca	13 r.	rezanie pálenie bitie	premenlivé v závislosti od obdobia	Áno (5x)	F25.0
Patrik	26	študujúci	20 r.	rezanie pálenie bitie nadmerné športovanie	premenlivé v závislosti od liekov	Áno aj nie (1x)	F60.3 hraničný typ

Vnímame, že výskumný súbor nie je dostatočne veľký, ale nepodarilo sa nám zohnať viac respondentov. Určitý vplyv na tom majú aj zvolené kritéria. V priebehu hľadania respondentov sme boli v kontakte s viacerými ľuďmi, tí však nespĺňali vyššie spomínané kritéria, hlavne čo sa týka veku a osobného, otvoreného rozhovoru. Ako príčinu nesplnenia kritéria týkajúceho sa rozhovoru vnímame aj citlivosť témy. Nakoľko je sebapoškodzovanie

často činnosťou, ktorá je skrývaná, je náročnejšie prípadných respondentov osloviť či vyhľadať, keďže je len málo blízkych ľudí, ktorí o tom vedia. Ideálnym spôsobom nie sú práve ani fóra či blogy vzhľadom na ich aktuálnosť a na fakt, že ľudia, ktorí so sebapoškodzovaním bojovali v minulosti úspešne tieto stránky zväčša už nenavštevujú, a tiež nie každý musí byť práve ochotný zdieľať svoj príbeh na internete. S počtom respondentov nebolo možné dosiahnuť reprezentatívnosť. Avšak vzhľadom k forme a cieľom tohto výskumu sme nepovažovali reprezentatívnosť súboru za prioritnú.

Napriek našim očakávaniam sme napokon s množstvom respondentov spokojní.

5.4 Metóda získavania dát

Kvalitatívny výskum prebehol s osobami, ktoré boli ochotné poskytnúť informácie o priebehu ich sebapoškodzujúceho obdobia.

Vzhľadom na ciele výskumu prebiehalo toto šetrenie formou polo-štruktúrovaného rozhovoru postaveného na vlastne vytvorenom súbore otázok, ktoré sme podľa potreby obohatovali doplňujúcimi otázkami na respondentovu odpoveď.

Ide o určitú schému, ktorá je záväzná pre zadávajúceho. Zvyčajne táto schéma špecifikuje okruhy otázok, ktoré budeme klásť účastníkom výskumu. Zamieňať poradie otázok je zvyčajne možné. Pri tomto type rozhovoru máme definované tzv. jadro rozhovoru, ktoré značí minimum otázok a tém, ktoré má zadávajúci povinnosť prebrať. Nabaľuje sa naň množstvo doplňujúcich otázok a tém, ktoré zadávajúcemu pripadajú zmysluplné či vhodne rozširujúce pôvodné zadanie (Miovský, 2006).

Každý rozhovor bol zaznamenaný na diktafón, následne bol prepísaný do písomnej podoby, a potom bol podrobený analýze. Zvukový záznam výskumníkom dáva možnosť si robiť poznámky pre svoje potreby, prípadne poznámky, ktoré sa týkajú zaujímavých pozorovaní a nemôžu sa z technických dôvodov objaviť v zázname alebo by ich bolo možné prehliadnuť. Okrem toho nám umožňuje zachytiť kvality hovoreného slova ako je napr. sila hlasu, dĺžka pomlky, sprievodné zvuky či rečové vady a ďalšie. Takýto záznam je nestranný, je na ňom všetko to čo sa odohralo a je autentický (Miovský, 2006).

Miesto uskutočnenia rozhovoru bolo u každého respondenta iné. Volil si ho vždy respondent sám. Pred rozhovorom prebehla vždy krátka reflexia obáv či očakávaní od roz-

hovoru, respondent mal priestor na vyjasnenie si prípadných nejasností a opäť boli pripomenuté práva respondenta. Respondent mal právo neodpovedať na danú otázku, kedykoľvek prerušiť či ukončiť rozhovor a taktiež mal právo kedykoľvek odstúpiť od účasti na tomto výskume. Pred samotným rozhovorom boli respondenti rovnako oboznámení s tým, že rozhovor bude zaznamenávaný na diktafón, s čím súhlasili a bola im zaručená anonymita. Než sme pristúpili k rozhovoru samotnému, tak sme respondentom chvíľu kládli jednoduché, príjemné otázky aby sa tzv. „prelomili ľady“ a situácia tak bola pre obe strany príjemnejšia. Dĺžka rozhovorov sa u jednotlivých respondentov líšila.

Respondent pre nás predstavuje profesionála v skúsenosti s fenoménom, ktorý skúmame. A preto by mal mať respondent dostatočnú slobodu v smerovaní rozhovoru k tomu, čo považuje za významné (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Smith a Osborn (2003, in Řiháček, Čermák, Hytych et al., 2013) hovoria, že výskumník by mal rozhovor začať s čo najvšeobecnejšou, otvorenou otázkou a dúfať v to, že sa respondent sám rozhovori o tej oblasti, ktorú pokladá za významnú on sám. Až v prípade, že by s tým bol problém, respondent nerozumel otázke či odpovedal len úsečne a vyhýbavo je na miestne pokladať doplňujúce otázky.

Dôležitá je trpezlivosť. Niekedy sa to najzaujímavejšie dozvieme po chvíli ticha. A preto, na začiatok rozhovoru bola položená jedna akoby štartujúca otázka, ktorá mala respondentovi umožniť začať rozprávať o svojej skúsenosti so sebapoškodzovaním odkiaľ chcel. Následne rozhovor pokračoval pokladaním otvorených otázok z pripravenej osnovy. Dôležité je nechať aj priestor pre respondentove myšlienky a rozvinúť tak aj neočakávané témy. Tiež sme mali „check-list“, niečo ako ťahák, ktorý nám pomáhal udržať štruktúru rozhovoru a vďaka nemu sme mali prehľad o tom čo všetko sme s respondentom už prebrali a čo nám ešte ostalo.

Rozhovor sme sa snažili prispôbiť jednotlivým respondentom tak, aby nič nenarušovalo ich prirodzene vyvíjajúce sa reakcie. Použitie tejto metódy bolo zámerné a malo dosiahnuť získanie dostatku informácie k vykresleniu respondentovej situácie, ale tiež k lepšiemu porozumeniu jednotlivých vzťahov a súvislostí v problematike sebapoškodzovania.

Interpretatívna fenomenologická analýza (ďalej len IPA) predstavuje otvorený koncept v rámci kvalitatívnej analýzy, ktorý podporuje kreatívne využitie základných princípov skôr než striktné dodržiavanie záväzných analytických postupov. Pre túto analýzu neexistuje

správny či nesprávny spôsob jej realizácie. Smith, Flowers s Larkinom (2009) podnecujú výskumníkov aby k nej pristupovali inovatívne a kreatívne.

Zvolená metóda získavania dát umožňuje respondentovi hovoriť o téme voľne, reflektovať svoj postoj k nemu a pri tom rozvíjať svoje myšlienky o ňom. Máme tak možnosť sledovať, čo sa v rozhovore vynára a je významné pre respondenta, a tiež máme možnosť rozhovor usmerniť, aby sa neodkláňal od témy (Smith, 2004, in Řiháček, et al., 2013). V súvislosti s povahou IPA, ktorá je fenomenologická, bolo dôležité aby tvorba dát prebehla tak, že získame rozsiahly a podrobný popis skúseností respondenta (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Každý rozhovor bol ukončený krátkou reflexiou pocitov a dojmov. Na záver šlo o uzatvorenie témy, overenie si či sme účastníkovi svojimi otázkami nespôsobili nejaký stav, ktorý by mohol byť preň ohrozujúci a overenie si či účastník má pre seba tému uzatvorenú.

Predpokladali sme, že práve formou osobného rozhovoru sa nám podarí získať čo najväčšie množstvo dát. Čo sa týka voľby polo-štruktúrovaného rozhovoru, tú sme vykonali na základe predpokladu, že niektoré otázky je potrebné ďalej rozvíjať a pýtať sa na konkrétne súvislosti, ktoré nie je možné predom predvídať. Nevýhodou využitej metódy zberu dát mohla byť prípadná nechuť podeliť sa o niektoré informácie otvorene vzhľadom k citlivosti témy, ktorá sa mohla v priebehu rozhovoru objaviť. Respondenti však bez problémov odpovedali na všetky otázky otvorene.

5.5 Metóda analýzy a spracovania dát

IPA vychádza z fenomenológie, hermeneutiky a ideografie. Ide v nej o zistenie a popis skúsenosti respondentov v závislosti od toho ako si oni sami utvárajú a konštruujú realitu a aký zmysel jej pripisujú (Šuránová, 2013). Fenomenologická IPA je v snahe priblížiť sa čo najviac k žitej skúsenosti a porozumieť jej. Zaoberá sa teda detailným skúmaním jedincovej prežitej skúsenosti. Hermeneutika v IPA spočíva v tom, že sa pohybuje v hermeneutickej špirále od jednotlivých častí k celku a zase späť a tieto vzťahy interpretuje. Idiografia IPA sa zameriava na jednotlivé prípady a na spôsoby, ktorými jedinci chápu svoje skúsenosti. (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

IPA vedie k porozumeniu skúsenosti človeka na idiografickej úrovni so záujmom pre to, aký zmysel pripisuje svojej skúsenosti určitý človek za určitých okolností či situácií a aký je charakter tohto procesu nabierania zmyslu (Řiháček et al., 2013).

Počas analýzy sa výskumník vzdáva od respondenta a do analýzy dáva viac zo seba. Výsledok výskumníkovej analýzy je výsledkom spoločného snaženia, nakoľko to čo pochádza z výskumníka je spojené s respondentovou prežitou skúsenosťou (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

5.6 Etické problémy a spôsob ich riešenia

Prvotná komunikácia s respondentami prebiehala prostredníctvom e-mailu. Samotné rozhovory boli realizované osobne v mestách, kde sa aktuálne respondenti zdržiavali a na mieste, ktoré si sami zvolili z dôvodu, že je pokojné a príjemné. Šlo o miesta, kde sme neboli výrazne rušení a respondenti nemuseli za účelom poskytnutia rozhovoru vycestovať z miesta pobytu.

Každý rozhovor, bol zaznamenávaný pomocou diktafónu, a potom bol prepísaný prostredníctvom „Listen N Write“ do elektronickej verzie v podobe zhrňujúceho protokolu. Rozhovory trvali v rozmedzí 34 minút a 22 sekúnd až 1 hodinu, 53 minút a 13 sekúnd, podľa časových možností respondentov a ich ochoty podeliť sa o informácie k téme rozhovoru. Čas rozhovoru sme nijak neobmedzovali a vždy sme sa prispôbovali možnostiam respondentov.

Všetci respondenti zahrnutí do výskumného súboru vyjadrili dobrovoľný súhlas s rozhovorom, a pred samotným započatím rozhovoru boli oboznámení s jeho priebehom a účelom, vrátane pripomenutia záruky anonymity, dôvernosti zdieľaných dát a práva zriecť sa odpovede na akúkoľvek otázku.

Každému respondentovi bolo zaručené, že všetky informácie, zdieľané v priebehu rozhovoru, budú použité len za účelom tejto práce. Z týchto dôvodov vystupujú všetci respondenti v tejto práci pod zmenenými menami, z ktorých ani jedno neodpovedá skutočnému menu niektorého z respondentov a z rozhovoru sú odstránené také informácie, ktoré by mohli viesť k identifikácii týchto jedincov.

6 Výsledky

Doslovne prepísané rozhovory sme jeden po druhom prechádzali a doplňovali o poznámky. Následne sme si jednotlivé rozhovory rozkódovali, a potom sme ich spolu porovnávali a hľadali podobnosti či rozdiely medzi nimi. Určité vynorené témy jedného respondenta sme objavili aj u iných respondentov. Najprv sme spracovali jednotlivé témy rozhovoru, a potom témy, ktoré sa objavovali opakovane a v rozhovore sme ich neskúmali. Bez ohľadu na to sme ich považovali za užitočné nakoľko sa objavili u niekoľkých respondentov. V našich rozhovoroch boli položené otázky na sebapoškodzovanie, ktoré sme sa snažili rozobrať s každým respondentom aby sme si mohli utvoriť čo najlepšiu predstavu o ich skúsenosti. Jednotlivé otázky rozhovoru nájdete v Prílohe č. 3.

6.1 Jednotlivé témy z rozhovoru

6.1.1 Prvý raz a naposledy

Najviac nás zaujíma pri týchto jedincoch čo ovplyvnilo ich rozhodnutie, čo ich navedlo k tomu aby konali voči svojej osobe práve sebapoškodzujúcou formou. Každý príbeh čo sme sa dozvedeli bol obohacujúci. Navzdory tomu, že určité situácie boli totožné či podobné u viacerých respondentov tak sme sa dozvedeli niekoľko ďalších unikátnych príčin. Na začiatok jednoducho predstavíme respondentov s ich prvým stretnutím sa so sebapoškodzovaním.

Monika má 18 rokov, je študentkou strednej školy, odkedy si pamätá bola šikanovaná, nebola spokojná so svojim vzhľadom a k sebapoškodzovaniu sa dostala potom ako sa vďaka diagnostikovanej mentálnej anorexii dostala do nemocnice. Mentálna anorexia jej bola diagnostikovaná vo veku 12 rokov, predchádzalo tomu obdobie, kedy zámerne hladovala, a potom bola zas nútená priberať. Keď bola hospitalizovaná vo svojich 14-tich rokoch, tak tam stretla tú „správnu partiu ľudí“, ktorí jej boli inšpiráciou v sebapoškodzovaní. Odopreté hladovanie pre ňu predstavovalo náročnú situáciu, a tak si musela nájsť inú kompenzáciu. Tou sa stalo práve rezanie.

Táňa má 20 rokov, v súčasnosti už pracuje. So sebapoškodzovaním začala, keď mala 15 rokov a hneď na začiatok spomína, že sa nikdy nemala moc rada. Spúšťačom tohto správania u nej bol rozchod s prvým priateľom, po ktorom správanie pretrvávalo zhruba tri me-

siace. Do roka sa k správaniu vrátila vďaka situáciám ako napr. hádka s mamou, kde vo všeobecnosti ani od jedného z rodičov necítila lásku a pocit, že by bola ich dcérou. Súčasne tu bol problém s prestupom na inú školu, kde narazila na problém začlenenia sa do kolektívu a vo veľkej miere čelila ohováraniam. Okrem tohto správania sa u nej vyskytujú aj obdobia kedy si odopiera jedlo.

Erika má 21 rokov, je študentkou a udáva dve obdobia jej začiatku so sebapoškodzovaním. Prvé začalo aj skončilo vo veku 11 rokov, kedy si po hádke s mamou spôsobila rezné rany nožom. Skôr to správanie pripisovala puberte a vtedajším búrlivým pocitom. Druhé obdobie začalo vo veku 13 rokov. V tej dobe sa so sebapoškodzovaním potýkala, aj jej veľmi dobrá kamarátka, a tak sa vlastne k tomuto správaniu opäť vrátila.

Soňa má 28 rokov, je pracujúca a za jej „prvý raz“ môže inšpirácia článkom v časopise Top dívka. Tvrdí, že by ju nenapadlo niečím do seba rezať. V časopise sa síce dočítala, že to ľudia nemajú napodobňovať, avšak v opise stavov, na ktoré tento spôsob správania pomáhal, našla situácie, ktoré zažívala a tak to skúsila. Začala s tým, keď mala 13 rokov. V tomto veku už mala za sebou prvý pokus o samovraždu. Za jej náladami stojí diagnóza – Schizoafektívna porucha zmiešaného typu. V tom období mala depresie, nepáčil sa jej tento svet v ktorom žije a i.

Patrik má 26, v súčasnosti je ešte študentom. Asi vo veku 17 rokov sa uňho objavili prvé psychické problémy ako napr. sociálna fóbia a zmeny nálad. Od tej doby navštevoval psychologičku. K jeho prvému ublíženiu si došlo v jeho 20-tich, keď sa s ním rozišla prvá priateľka. Spomenul nám, že, keď má pocit, že je sám, tak vtedy si ubližuje. Má problém so znášaním samoty a tiež bojuje so suicidálnymi myšlienkami. Okrem toho bol citlivý aj na tému psychického zdravia. Vtedy sa dokáže na ľudí hneď uraziť a nahnevať. K sebapoškodzovaniu sa dostal tak, že nechcel spáchať samovraždu, ale chcel aby ho ľudia začali brať vážne. Chcel im dať najavo ako sa cíti, lebo blízki mu neverili. Manifestačne siahol po žiletke a porezal si obe ruky. Toto všetko prechádzalo k tomu aby ho konečne okolie vnímalo. Vo výsledku tohto jednania bola Patrikovi novo stanovená diagnóza - Emočne nestabilná porucha osobnosti hraničného typu.

Ako môžeme vidieť na našich respondentoch ich začiatky boli rôzne, podstatné je to, čo toto správanie spustilo a čo ich pri ňom držalo či drží ďalej.

Z našich piatich respondentov štyria uviedli vo formulári, ktorý sme im ešte pred stretnutím zaslali, že sebapoškodzovanie je u nich ukončené. V priebehu rozhovoru sme

však mali možnosť zistiť, že sami už nevedeli čo uviedli, prípadne sa ich situácia medzičasom zmenila; alebo to čo ďalej robili nepovažovali za sebapoškodzovanie. Každopádne informácie v tomto ohľade boli rozporuplné. Uvedené odpovede považovali za ich skutočne posledné, navzdory tomu, že u niektorých sa udiali krátku dobu pred rozhovorom.

Traja respondenti za svoj koniec so sebapoškodzovaním považovali to, že skončili s rezaním sa. Dve respondentky nám uviedli v súvislosti s ich poňatím konca so sebapoškodzovaním, že nenachádzajú zmysel v pokračovaní tohto správania, ktoré už nebolo tak účinné ako na začiatku. Jedna respondentka dodala, že jej to skôr priťažovalo vo vzťahoch doma, a to nechcela. U každého z respondentov sme zaznamenali snahu o nájdenie si inej formy zvládania aby mohli so sebapoškodzovaním prestať.

Monika uvádza, že jej posledná rana prebehla v roku 2015, kedy sa naposledy snažila nájsť zmysel v tom pokračovať, hľadala tú kompenzáciu a k ničomu nedochádzala a už ďalej nechcela sklamať svoju rodinu. „.... *posledné sklamanie u mojej rodiny, že furt ma to neprešlo a už ma to nebavilo jak sa na mňa prizierajú, že im dokážem, že mám na viac, že som silná.*“

Táňa sa k poslednému ublíženiu vyjadrila, že v tom nenachádzala zmysel a už to tak nepomáhalo ako inokedy. Vadilo jej to, že sebapoškodzovanie nepôsobilo komplexne a účinkovalo len na určitý čas. Svoje posledné zranenie uvádza, že sa stalo pred mesiacom.

Soňa povedala, že doteraz vie byť pre ňu sebapoškodzovanie formou ventilácie, ale snaží sa ju riešiť inak. Uviedla, že posledný raz sa zranila po hádke s manželom pred dvomi rokmi. Od tej doby u nej dochádza skôr k seba bitiu, než k ranám.

Erika: „.... *naposledy to bolo tak pred tromi týždňami, kedy práve som sa bála, že budem mať ten panický záchvat, a tak som to radšej urobila. Ale mala som pocit, že tomu panickému záchvatu inak neujdem tak som to urobila.*“

Patrik bol jediný, ktorý uviedol, že jeho sebapoškodzovanie prebieha i keď miestami bol v rozhovore neistý ohľadne svojho vyjadrenia. Každopádne v skutočnosti, u neho toto správanie naozaj prebieha ďalej.

6.1.2 Situácie spúšťajúce sebapoškodzovanie

Situácie či spúšťáče, ktoré vedú k sebapoškodzovaniu majú značnú rolu vo výskyte tohto správania. Väčšina z nich by sa dala zhrnúť do jedného slovného spojenia – zlé obdobie. Avšak nie je to len o ňom.

Tab. 2: Najčastejšie situácie vedúce k sebapoškodzovaniu

	Monika	Táňa	Erika	Soňa	Patrik
suicídálne myšlienky	x	x	x		x
inšpirácia	x		x	x	
hádky		x	x	x	
rozchod		x	x		x
nedokonalosť	x	x		x	
ventilácia	x			x	x
zlé veci	x		x	x	
túžba niečo cítiť	x			x	
vzhľad	x	x			
šikana	x	x			
nenávisť voči sebe	x	x			
výkyv nálady	x		x		
sklamanie sa v osobe	x				x
škola	x	x			
smrť blízkeho	x	x			
ohováranie	x	x			
problém zaspať			x		x
samota			x		x
problém dýchať	x	x			
problém sa sústrediť	x		x		
množstvo práce		x	x		

U respondentov (4) sa najčastejšie vyskytovala situácia, kedy toto správanie bolo aplikované z dôvodu, že nechceli zomrieť.

Monika hovorí *„ja som furt chcela každý deň, len zomrieť a každá maličkosť čo ma vytočila tak bola vlastne ďalší dôvod prečo to urobiť“*, a Táňa *„ja som vtedy mala aj také stavy úzkosti aj všetko, že to bolo neviem, mne to prišlo už také jednoducho, že by som asi sa aj zabila, a toto bol vlastne spôsob aby som sa nezabila.“*

Okrem vyššie uvedeného sa vyskytli ešte iné spúšťače, ktoré boli každé spomenuté jeden raz. Išlo napr. o zimné obdobie, stav opitosti, skupinový vplyv, panický záchvat, neschopnosť myslieť jasne, vyhodenie z domu, fascináciu týmto správaním, módu, protest, únik, nešťastnú lásku, vymedzenie seba sama, zmenu vo forme prechodu z dediny do veľkomesta, tvorbu svojich vlastných problémov, potrebu sa potrestať, rituál – významná udalosť či stretnutie osobnosti a spomínanie na zlé spomienky.

Práve Erika sebapoškodzovanie prežívala aj ako rituál, a teda v pozitívnom význame *„... kedy sa napríklad stala pre mňa nejaká významná udalosť a ja som mala potrebu nejakým spôsobom ju zaznamenať a potrebovala som nejakým spôsobom mať pocit, že nezmizne, že na ňu nezabudnem, a v takomto prípade to pre mňa vlastne vôbec nemusel byť ani negatívny zážitok, mohol to byť aj úplne pozitívny.“*

6.1.3 Pocity a bolesť

Pocity

Pocity berieme ako hlavný zdroj prežívania. To aké pocity jedinec prežíva pred tým než k sebapoškodzovaniu pristúpi a aké nasledujú po ňom, nám môžu umožniť lepšie porozumieť motivácii tohto správania.

Respondenti opisovali svoje pocity pred sebapoškodením najčastejšie ako smútok (3), otupenosť (3), samota (2), že je im mizerne (2), hnev (2), cítia tlak (2), sú odstrihnutí od svojich emócií (2) a zahĺbení v myšlienkach (2). Okrem toho opäť jedinečné výpovede: úzkosť, bezradnosť, zúfalosť, celý svet je proti mne, mimo realitu, malátnosť a strach.

Monika: *„cítla som sa mizerne tak jedine hneď bolo toto riešenie, ale nemuselo to byť úplne také intenzívne, proste najmenší výkyv nálady a už som to robila...“*. *„A vlastne to sebapoškodzovanie ma udržovalo pri realite aby som vnímala, lebo ja som vždy bola taká otupená, mimo.“*

Erika: „... úplne odstrihnutá od tých svojich emócií. Cítila som sa napríklad síce hrozne smutná, taký ten tupý smútok nie intenzívny, nie... nič. Asi nejaká taká ako malátnosť, že človek proste nedokáže si... si hovoriť, že je proste super sa zdvihnúť, ísť si zabehať niečo také, ja som proste nedokázala moc vstať ako proste to vôbec nešlo.“

Soňa: „... hrozný fakt bezbrehý smútok, tá bolesť toho tela mi ho pomohla chvíľku odfiltrovať, ale neskôr a väčšinou to bolo to, že som proste necítila nič. Že som si pripadal úplne prázdna, bez emócií a niekde hlboko, pod tou prázdnotou som cítila, že tam ako niečo je, že som hrozne smutná hlboko v sebe alebo hrozne našťvaná. Ale nedokázala som sa k tomu pocitu nejak dostať. A na to mi vlastne pomohlo vždycky použiť to sebapoškodzovanie, väčšinou teda reznutie sa niečím ostrým aby tá bolesť mohla zo mňa vyjsť von.“

Patrik: „Ja sa porežem a nerozmýšľam nad tým, že som sám alebo čo, ale mám druhý problém. Ma to bolí, ma to štípe, musím to dajak zastaviť.“

Jedna respondentka uviedla, že sa líšia pocity, ktoré má pred tým než sa poreže alebo než sa udrie. Pred porezaním pociťovala smútok, kdežto pri bití išlo čisto o zlosť a hnev na seba.

To čo cítia respondenti po, nám čiastočne dopĺňa tiež obraz o ich motivácii. Čiastočne z dôvodu, že výsledný pocit nemusí byť práve ten, ktorý si predstavovali, že sa dostaví.

Všetci respondenti spomenuli úľavu popri iných pocitoch, ktoré nasledovali po sebapoškodení. Ďalej bývajú prítomné výčitky (3). Monika sa potom cíti horšie a Táňa lepšie, u oboch sú však prítomné výčitky. Erika udáva, že vtedy doslova vypne, Soňa, že vtedy ju to nebolí vo vnútri a že sa vlastne jedná o bolesť príjemnú, keď človek konečne má možnosť niečo cítiť. Okrem toho tiež spomenula, že jej porezanie pomohlo uvoľniť tlak čo jej umožnilo sa rozplakať.

Iné pocity popisuje Patrik v prípade jeho nadmernej fyzickej aktivity. „Ja beriem aj to cvičenie do určitej miery ako formu sebapoškodzovania. Cielene behám až dovtedy, dokým proste viem behať. A behám 15, 20 km si dám, proste dokedy vyčerpaním až nevládzem. A potom som unavený, bolavý, ležím v posteli a nerozmýšľam vtedy, jak keby nemám žiadny psychický problém, ležím. Bolia ma nohy, bolia ma ruky a nad tým rozmýšľam.“

Bolesť

Bolesť je neoddeliteľnou súčasťou mechanizmu tohto správania. A tak nemožno opomenúť ako je vnímaná niekým, kto si ju spôsobuje sám.

Všetci respondenti (5) uviedli, že pre nich fyzická bolesť bola únosnejšia než psychická. Respondenti bolesť buď necítili (2) alebo nebola nejak výrazná (3), že buď to chvíľu bolelo či nebola nejak nepríjemná. Pre niektorých (3) z nich predstavovala odvedenie pozornosti od bolesti prežívanej vo vnútri.

Monika nám spomenula, že vlastne nerozumie tomu, že bolesť nijak necítila, nakoľko jej rany bývali hlboké. *„Ja som ju ani necítila, to bolo to najhoršie. Ja som bola úplne bez citu. Ja som vôbec necítila a teraz, keď sa tak na to pozerám vôbec mi, vôbec nechápem.. tie rany boli dosť sakramentské a vôbec som to necítila.“*

Erika bola jedna z tých, ktorý uviedli, že spôsobená bolesť nie je nejak výrazná: *„... Nikdy sa mi nestalo, že by tá bolesť bola nejak výrazne nepríjemná, že by som proste zrazu začala ľutovať to, že som to urobila alebo tak, pretože by ma to proste bolelo moc.“* Soňa nám doplnila jej vnímanie bolesti ako sa vyvíjalo. Od vnímania bolesti až po jej zmiznutie. *„...chvíľku ma to bolelo, takže ma potom nebolo to čo som cítila vnútri a časom potom som necítila nič. To bolo také, že som sa hrozne uzavrela do seba a keď som nič necítila tak som chcela cítiť aspoň niečo.“*

6.1.4 Formy a nástroje sebapoškodzovania

Formy

Formy sebapoškodzovania, ktoré sa vyskytujú či vyskytovali u respondentov boli rôzne a v niektorých prípadoch nešlo len o jednu formu.

Tab. 3: Formy sebapoškodzovania

	Monika	Táňa	Erika	Soňa	Patrik
rezanie	x	x	x	x	x
pálenie			x		x
škriabanie				x	
hryzenie sa				x	
bitie sa				x	x
strhávanie si chrást					x
nadmerná fyz. aktivita					x

Rezanie si zachováva svoju prvú priečku ako najčastejšie využívaná forma sebapoškodzovania. Vyskytovala sa u všetkých (5) našich respondentov. Soňa: „*ma nejakým spôsobom upokojoval ten pohľad na tú krv*“. Ako môžeme vidieť v tabuľke, u dvoch respondentiek sa jednalo len o rezanie, zároveň však pri nich možno dodať, že určitou formou sebapoškodzovania je pre nich aj odopieranie si jedla. Sama Monika uviedla, že hľadala práve kompenzáciu tohto správania, keď jej bolo odopierané ho realizovať. Zvyšní traja respondenti uviedli okrem rezania ešte minimálne jednu formu sebapoškodzovania.

U Eriky aj Patrika sa vyskytla aj forma pálenia sa, ale obaja udali, že to nie je pre nich vyhovujúca forma. Erika „*niekedy som sa niečím popálila, ale to mi zas tak moc nevyhovuje, pretože ja potrebujem ten viditeľný dôsledok*“. Soňa sa tak vyjadruje k jej škriabaniu a hryzeniu, ktoré vznikli ako alternatíva miesto rezania, keď nemala prístup k ostrým predmetom.

U Soni a Patrika sa vyskytuje aj bitie. U oboch k nemu došlo až po určitom období, kedy si prešli rezaním či inými formami. Patrik hovorí, že „*... nerezal som sa, ale som sa ako keby udieral sám... tiež je to bolesť alebo čo, ale nevidno to jak keby. Že proste si bijem*

do nohy alebo čo, dokým nemám monokel, ale poviem, a to som cvičil alebo sa buchol alebo čo... len je to ako keby akceptovateľné, lebo nikto o tom nevie, ja si ulavím. Každý vyhráva“. Patrik o sebe hovorí aj ako o provokatérovi, ktorý chce vyvolať fyzický konflikt. Dokonca chodí aj na MMA zmiešané bojové umenia. Oba tieto jeho prejavy naplňajú jeho formu sebapoškodzovania, len v tomto prípade nie je priamo nástrojom on sám. Je možné tu ešte spomenúť sekundárnu formu, ktorú nám spomenul Patrik – nadmerná dezinfekcia. Táto forma nie je priama, plní však rovnakú funkciu ako ostatné. „... dva krát som sa porezal uvoľnilo ma to, uvoľnil som sa. Ja som si to aj ošetril, dal som si náplast', akurát som si to ešte trochu vydezinfikoval. Trochu viac jak trebalo. Proste nech to štípe, nech to bolí.“. „... hlavu som mal prázdnu vtedy. Nerozmýšľal som nad ničím, len nad tým, že musím vydržať to štípanie.“

Jedna respondentka, ktorá so sebapoškodzovaním už skončila, povedala, že stále tam niečo je a ukázala na svoje prsty. Do určitej miery považuje trhanie kožík okolo nechťov a ich hryzenie za zostatkové sebapoškodzovanie. Možno ešte spomenúť, že u troch respondentov sa vyskytovali vyjadrenia ako si kladú veľa práce na seba, čo možno považovať tiež za určitú formu sebapoškodzovania. Respondenti si to uvedomili v priebehu rozhovoru, že to tak môže byť. Jedna respondentka nám uviedla, že si ubližuje aj v myšlienkach a aj to jej vie pomôcť. Napríklad v nich do niečoho silno búcha.

Nástroje

K sebapoškodeniu jedinci využívajú rozličné nástroje, pomôcky na dosiahnutie čo najlepšieho efektu. V niektorých prípadoch je nástrojom samotný jedinec.

Tab. 4: Nástroje využívané k sebapoškodzovaniu

	Monika	Táňa	Erika	Soňa	Patrik
žiletka	x	x	x	x	x
nôž			x		
nožnice	x	x		x	
cigarety			x		x
samotný respondent				x	x

Patrik: „...tie žiletky sú proste, to ide jak cez maslo.“

Erika: „...skôr fakt niečo ako porezanie. Proste aby tam bol ten jasný rez, no.“

Všetci (5) respondenti nám uviedli, že preferovaný nástroj na sebapoškodzovanie je pre nich žiletka. Ostatné nástroje ako sú uvedené v tabuľke mali slabšiu preferenciu, prípadne neboli ani tak často využívané nakoľko nenapĺňali účel, spomínaný „viditeľný rez“. Žiletka prišla respondentom najpraktickejšia nakoľko ja maličká, tenká a ostrá. Niektorí (2) ju zvykli nosiť so sebou v peňaženke či skrytú pod krytom telefónu (1). Aj pracovné prostredie vedelo poskytnúť nástroje našej respondentke. Jedna z respondentiek nám spomenula širokú paletu nástrojov, ktoré vedela pre svoje sebapoškodenie využiť. Záležalo od toho, kde bola a čo bolo v okolí dostupné. Pri tomto fakte dodala, že je vlastne šťastná, že sa jej týmto spôsobom nepodarilo si spôsobiť nejakú infekciu.

Monika spomína, že keď bola v nemocnici tak tam nemali povolené mať nič ostré. Počas pobytu jej však poslúžili žalúzie, perá, spinky, papier či iné kancelárske potreby, ktoré kradla z miestnosti určenej pre zdravotné sestry. Spomína, že na oddelení to fungovalo tak, že pacienti „...prepašovali žiletky alebo zo strúhatka zobrali veci, proste ako díleri si tam donášali veci a pomáhali a takto sa v tom podporovali a nie, že došli sme do nemocnice, ideme sa vyliečiť“. Tiež podotkla, že „A to som mala vôbec šťastie, že som nedostala žiadnu infekciu lebo tie prostriedky čo som používala v nemocnici tak boli dosť nehygienické. Čo bolo po ruke.“

6.1.5 Miesta postihnuté sebapoškodzovaním

To aké miesta si zvolil sebapoškodzujúci nám môže tiež niečo viac povedať o tom čo preňho sebapoškodzovanie znamená. Niekedy to však môže znemožňovať všeobecne negatívny postoj k tomuto správaniu, a tak nech by bolo toto správanie akoukoľvek formou volania o pomoc, môže byť tak ľahko prehliadnuteľné.

Tab. 5: Miesta postihnuté sebapoškodzovaním

	Monika	Táňa	Erika	Soňa	Patrik
ruky	zápästie, dlane	zápästie	ruky všeobecne	zápästie, predlaktie	zápästie, ruky všeobecne
nohy	stehná, kolená	stehná	stehná	stehná, nohy všeobecne	
brucho	x	x			
boky			x		
hrud'					x

Monika: „*Ruka, zápästie, dlane, stehná, kolená, všade... brucho. Mne už potom bolo jedno či to nájdu.*“.

Najčastejšie (5) postihnuté miesto boli ruky. Konkrétnejšie (4) zápästie. Rovnako využívané ako zápästie boli u našich respondentov aj stehná. Určitú rolu pri zvolení si miesta na ranu predstavovala viditeľnosť a schopnosť krytia rán. U dvoch respondentiek, ktoré uviedli, že sa vlastne sebapoškodzujúcim správaním až tak netajili, časom nevadilo či to niekto vidí. Chceli pomoc.

Jedna respondentka nám opísala jej vnímanie seba pri sebapoškodzovaní ako dve zvlášť časti. Prirovnala sa k autu. Jej telo pre ňu predstavuje auto do ktorého si sadne a, keď niečo sa mu stane, napr. sa mu oškrie lak, tak ju to neštve. Pokiaľ inak funguje a jazdí, tak je všetko v poriadku. Ona ako bytosť je od tela oddelená. Uvedomuje si, že pri sebapoškodzovaní to nie je práve najlepšie, lebo jej vôbec nevadí či sa jej telu niečo stane.

6.1.6 Frekvencia

Ďalším dôležitým bodom je frekvencia výskytu sebapoškodzujúceho jednania u respondentov. To nám dáva odpoveď na otázku ako často jedinci zvyknú siahnuť po tomto správaní.

Všetci respondenti uviedli, že sa sebapoškodzovali častejšie, keď mali „horšie obdobie“. V tomto období akt uskutočňovali respondenti (3) aj niekoľkokrát za deň či (2) niekoľkokrát za týždeň. Keď prežívali „menej hrozné obdobie“, tak frekvencia bola nižšia. Dve respondentky spomenuli, že aspoň raz za mesiac to muselo byť. Na to ako často sa toto správanie vyskytovalo okrem obdobia záviselo aj od toho, kde sa respondenti nachádzali a či užívali lieky.

Soňa po hospitalizácii „To bolo proste niekoľkokrát za týždeň. V podstate furt, a potom, keď už ma prepustili z tej liečebne, tak som hlavne nechcela, že aby to ako nikto nevedel, aby ma tam zase neposlali späť. ...potom v priebehu života to bolo skôr ako nárazovo, prišla zlá situácia, tak som sa k tomu načas, proste na deň, na dva vrátila, a potom zas v niektorých mesiacoch ako vôbec nič.“

Patrik potom ako dostal lieky, po ktorých mal pocit, že mu zaberajú spomína „nie je to to poškodzovanie, že sa režem, pálim, ale je to, že sa udieram a inak. Ale keď na mňa dojde úzkosť alebo dáka depresia mám dosť také myšlienky, že proste jak kebyže to zrobím zase alebo čo. Stále je tam to nutkanie...“.

6.1.7 Smrť

Sebapoškodzovanie je často spájané v súvislosti so samovražedným správaním. U našich respondentov sme sa snažili zistiť či sa u nich vyskytujú samovražedné myšlienky a či prebehli nejaké pokusy o samovraždu.

Minimálne jeden pokus o samovraždu mali štyria respondenti. Dve respondentky mali pokusov päť, jedna tri pokusy, jeden respondent jeden. Ten by ho však úplne neoznačil za pokus, ale za snahu aby ho brali vážne. Jedna respondentka nespomína žiadny pokus. Najčastejšie sa jednalo o podrezanie žíl (4) a predávkovanie liekmi (2), potom jedna respondentka uviedla ešte obesenie sa.

Skúsenosť so suicidálnymi myšlienkami majú všetci (5) naši respondenti. Prítomné sú stále u troch respondentov. Suicidálne myšlienky sa vyskytujú aj u respondentky, ktorá

nemá za sebou žiadny pokus o samovraždu. Táto respondentka nám aj uviedla, že dlho nerozumela týmto myšlienkam, ale nikdy nedospela do štádia, že by niečo začala plánovať. Tieto myšlienky už nie sú prítomné u dvoch respondentov. Jedna respondentka nám k tomu spomenula, že zo začiatku chcela zomrieť každý deň, ale potom dostala strach z toho čo je po smrti, a to nechcela riskovať.

Patrik nám najlepšie vyjadruje vzťah sebapoškodzovania a samovraždy. „...*možno keby som to nerobil, tak možno by som ten pokus mal, lebo by sa to vo mne dusilo, hej ono mi to uľaví doslova. Čiže viem, že určitý čas ako keby človek dokáže na tom požiť alebo ako to povedať.*“

6.1.8 Otvorené priznanie sa so sebapoškodzovaním a reakcie naň

Zaujímalo nás či sa respondenti so sebapoškodzovaním priznávajú, a v prípade, že áno, kto sú osoby, ktorým sa zdôverujú. V súvislosti so zdôverovaním nás zaujímali tiež reakcie na ich priznania či všimnutie si okolia bez toho aby sa im priznali. Tieto odpovede nám môžu ukázať aké sú v prípade našich respondentov skúsenosti pri odhalení sebapoškodzovania.

Otvorené priznanie sa so sebapoškodzovaním

Najčastejšou odpoveďou bolo, že sa respondenti (5) zdôverili niekomu, kto je im blízky. Boli to (4) najbližší kamaráti, kamaráti či novo poznaní ľudia, ktorí majú tú istú skúsenosť či inú s (2) psychickým zdravím a (2) partneri.

Soňa: „*Pretože takí tí bližší kamaráti sa predsa len neuspokojili s odpoveďou mladá a blbá tak som im o tom rozprávala alebo tak, aj partneri to vedeli aj tí, kvôli ktorým som si ubližovala to väčšinou nejak zistili, pretože som to v tej dobe robila na tých nohách, tak ako partner, ako chlap si toho všimne proste, že áno, ktorý so mnou žije alebo teda spí, tak to vidí.*“

Čo sa týka rodičov tí si to buď všimli (3), doteraz to nevedia (1) či im to respondent sám povedal (1). Všetci respondenti uviedli, že u nich nastala situácia kedy si to niekto všimol a reagovali na to výhovorkou. Dve respondentky tiež uvádzajú, že sa svojim správaním netajili.

Monika: „*Ja som vlastne ani vôbec sa tým netajila. Kto sa vlastne zaujímal tak som mu to povedala. Ja som chcela aby ľudia o tom vedeli. Aby sa mi snažili pomôcť. Som chcela tú pozornosť.*“

Výhovorky, že za zranenia môže mačka sme zaznamenali u dvoch respondentiek. V ostatných prípadoch si vždy vymysleli niečo kreatívne. Odpovede boli napr., že sa to stalo počas letného tábora v lese či sa poškriabali pri sťahovaní nábytku. Jedna respondentka okrem výhovoriek, si na základe reakcií ľudí zo svojho správania urobila srandu.

Erika: „*bud' som sa nejako vyhovorila alebo som z toho urobila vtip a väčšinou to boli ľudia čo neboli natoľko dobrí kamaráti aby to potom chceli riešiť.*“

Reakcie

Po zdôverení sa so svojim sebapoškodzovaním či situácii kedy si to niekto všimne nasledujú rôzne reakcie. Najčastejšie reakcie s akými sa naši respondenti stretávali boli nepochopenie (3), kde Monika uviedla, že „*ľudia nepochopia niečo také, kým si tým neprejdú*“, a potom to, že boli označovaní za blbých (3). S menším výskytom no nie slabším významom bola vyjadrená starosť, strach o respondenta (2), snaha o zabránenie sebapoškodzovania (2), kde tieto reakcie opísala Soňa „*...väčšina reakcií na tie rany bola tá, akoby tie rany samotné boli ten problém. Ako „ježiš, to nemôžeš robiť, a prečo to robíš? nerob to!“ A ja som to začala schovávať, pretože miesto toho aby mi tú ľudia ponúkli niečo ako... „tebe sa niečo deje, že to robíš? Potrebuješ s niečím pomôcť? Môžem pre teba niečo spraviť?“ Skôr boli takí nasraní a odsudzovali ma a nechápali to*“, potom respondenti boli označení za šialených (2) a stretli sa aj s výsmechom (2). „*...začalo to emo obdobie si zo mňa robili srandu, že som Snape, Samara. Že furt chodím v čiernom, emacka a vtedy aj prišlo do módy, že si len nakresliť čiarky červené, že sa režem. Jedna spolužiačka to vyskúšala aby mala pozornosť, hrala sa na veľmi chúd'atko, ale len ja jediná vtedy som sa už rezala, keď som aj nosila odhalené rukávy, proste len krátke nohavice aby videli, že mám rany, tak zrazu to už nebolo cool. Nebolo to štýlové, lebo to bolo reálne. A vlastne, keď to bolo skutočné, toho sa už ľudia zľakli.*“ (Monika)

Tiež boli spomenuté reakcie ako ľútosť a prekvapenie (2).

Erika poukazovala na to, že je rozdielne vnímanie ľudí, ktorí majú skúsenosť so sebapoškodzovaním a tými čo ju nemajú „*tí čo si tým prešli tak to ešte dokázali brať trošičku*

s nadhľadom, ale tí čo to nikdy nerobili tak to dosť často berú ako veľkú hrozbu alebo že to vznáša nejaký veľký problém.“

6.1.9 Odborná pomoc a rada iným

V súvislosti s odbornou pomocou sme zisťovali skúsenosť respondentov s týmto typom pomoci, a to ako ju vnímali. Odbornú pomoc predstavoval psychiater a psychológ.

Skúsenosť s psychiatrom majú traja respondenti, s psychológom štyria a jedna respondentka nemá skúsenosť so žiadnou odbornou pomocou. Čo sa týka vnímania pomoci psychiatria všetci traja respondenti hlásia sklamanie a pocit nezáujmu o nich. Sťažujú sa na krátky čas, ktorý im je venovaný a na základe toho (2) „spochybňujú“ stanovené diagnózy. Soňa: *„Diagnostikované od stolu behom 5 minútového rozhovoru. Takže, úplne by som tomu nehovorila diagnóza.“*

V súvislosti s krátkym časom, ktorý je im venovaný sa stretávame (2) aj v prípade psychológov. Len jeden respondent sa nevyjadril, že by mu čas stretnutia nevyhovoval. To však môže súvisieť s tým, že navštevuje psychológov dvoch. Respondentka, ktorá skúsenosť so žiadnou odbornou pomocou nemá, zvažovala návštevu psychológa nakoniec však dospela k názoru, že to nemá cenu. Táňa: *„som rozmýšľala už, že by som si vyhládala, že by mi ktosi pomohol. Potom som si povedala, že asi nie, to nepomôže.“*

Bola tiež položená aj jedna otázka, ktorá mala zistiť čo by respondenti odporučili iným, ktorí sa aktuálne potýkajú so sebapoškodzovaním. Táto otázka môže byť braná skutočne ako rada pre iných a tiež ako projektívna, a tým nám dáva odpoveď na to, ako si vlastne jedinci pomáhajú a pomohli sami. Odpovede môžu byť užitočné pre ďalšie prístupy v terapii a môžu tiež prispieť k lepšej spolupráci blízkych s jedincami, ktorý sa sebapoškodzujú.

Rady pre sebapoškodzujúcich jedincov:

- Nezaoberať sa zbytočnosťami, všetkým čo človeka trápi, priviesť ho k tomu, že všetko má nejaké riešenie, ale záleží od situácie a čo človeka trápi a podľa toho pristupovať (Táňa).
- Nehovoriť mu aby to nerobil, ale zas ani aby to robil, povedať mu nech si dáva pozor, a nech má niekoho koho môže zavolať v prípade, že situáciu už skutočne nebude zvládať sám (Patrik).

- Vysvetliť, že sebapoškodzovanie nie je úplne riešenie, že sa jedná o dočasnú úľavu spojenú s následnými výčtkami. Sebapoškodzovanie samo o sebe nie je problém, problém je to prečo si človek ubližuje. Je treba vyriešiť príčinu a sebapoškodzovanie zmizne samo. Tiež je dobré aby si jedinec našiel vzťah sám k sebe, je nevhodné týmto ľuďom nadávať, treba im pomôcť. Významná je edukácia (Soňa).
- Treba riešiť príčinu tohto správania, zistiť či to presahuje k niečomu horšiemu, dôležité je aby sa mal aspoň komu zdôveriť, dobré je keď si ujasní svoj postoj k tomu, ako to s tým vidí do budúcnosti, či mu prináša viac problémov alebo je to preň únik, nemusí hneď snažiť sa s tým skončiť, nech si utriedi myšlienky, nech sa nezačne za to, že to robí neznášať, keď dospeje k tomu, že ozaj s tým chce niečo robiť tak nech sa obráti na odbornú pomoc, a do tej doby môže získať množstvo informácií z rôznych fór a blogov (Erika).
- Najdôležitejšie je si nemyslieť, že zo dňa na deň pôjde s tým skončiť. Človek musí mať trpezlivosť a dať tomu čas. Je to ako beh na dlhej trati. V prípade, že má to nutkanie nech vyhľadá odbornú pomoc, nech to so sebou nevzdáva, a nech si hovorí, že zajtra ho niečo možno prekvapí. Tiež je dobré ak sa dá z toho vyplakať. „Je to jeho telo a má možnosť vyhrať a nikto mu v tom nebráni iba on sám.“ (Monika)

6.2 Témy vyplynuté z rozhovorov

V rámci nami realizovaných rozhovorov vyšli na povrch určité témy, ktoré sa opakovali u niekoľkých respondentov. Jednotlivé témy rozoberáme v nasledujúcom texte.

V nasledujúcej tabuľke ponúkame stručné zhrnutie obsahujúce témy s ich výskytom u respondentov.

Tab. 6: Témy vyplynuté z rozhovorov a ich výskyt u respondentov

	Monika	Táňa	Erika	Soňa	Patrik
Komunikácia	x	x	x	x	x
Ľudské kotvy	x	x	x	x	x
Sľub/záväzok	x	x	x		
Alternatívy sebapoškodzovania	x	x	x	x	x

6.2.1 Komunikácia

Prvou témou, ktorá vyplynula v našich rozhovoroch s respondentami bola téma základnej sociálnej interakcie predstavujúca komunikáciu. Išlo o komunikáciu ako takú v zmysle odovzdávania si informácií rôzneho typu.

Téma komunikácie sa vyskytla u všetkých respondentov, či už išlo o komunikáciu v rodine, s priateľmi či odborníkmi. Komunikácia v rodine buď nebola dobrá (2), nebola dostatočná (2), absentovala (1), respondentka chcela aby radšej žiadna nebola, nakoľko vyúsťovala len v hádky, nedorozumenia a urážky (1), či v prípade Moniky sa zlepšila po jej 6 mesačnom pobyte v liečebni. *„Začínala som viac pozorovať a oceňovať snahu druhých mi pomôcť. Rodičia ju fakt, že veľmi vynakladali... Takže sme začali fakt makat' na komunikácii a všetko si vraveli. Konečne som sa im mohla otvoriť s mojimi trápeniami. Už žiadne klamstvá a tajomstvá. Začala som dôverovať im a oni mne.“* Jedna respondentka uviedla, že jej v komunikácii s rodičmi vadil nedostatočný čas venovaný komunikácii a problém rozprávať sa o pocitoch, ktoré boli obzvlášť neprijemné. Nikdy sa o nich nerozprávali hoci vedeli prebrať politické dianie, infláciu, no na pocity nikdy neprišiel rad. Túto situáciu načrtla síce len jedna respondentka, no z ostatných výpovedí vidíme podobný problém, ktorý nakoniec vyúsťil do sebapoškodzovania.

Komunikácia s priateľmi súvisela najmä s dôverou, strachom ako budú reagovať na to čo by spolu preberali a s obavami, že ich to nebude zaujímať. Niektorí respondenti (3) uviedli, že nemajú moc priateľov. Jedna respondentka uviedla, že je do dnešnej doby v kontakte s ľuďmi zo zahraničia, ktorí sa sebapoškodzujú. Našli sa vzájomne prostredníctvom Instagramu, kde zdieľali fotografie, videá a citáty tohto správania. Táňa spomenula, že len dala „lajk“ na niektorý z týchto príspevkov a dotyčná osoba sa jej ozvala. Takýmto spôsobom získala niekoľko online kamarátov. Iní (2) spomenuli rôzne blogy či fóra, ktoré zvykli navštevovať či navštevujú. Tam tiež získali možnosť vyjadriť čo cítia, porozprávať sa o tom a získať podporu a porozumenie od niekoho, kto si prechádza niečím podobným.

Čo sa týka komunikácie s odborníkmi, tam uviedli (3) respondenti problém s dĺžkou stretnutí. Soňa spomína *„u tej psychologičky mi prišlo, že oni ani nemajú moc čas na tých pacientov, že tam je to proste hodina a hotovo. A ja nie som človek, ktorý úplne jednoducho dokáže začať hovoriť o veciach, ktoré má hlboko v sebe a tak pre mňa bolo vždycky ťažké behom tej hodiny, keď som sa zvládla rozrozprávať tak už bol koniec a išiel ďalší pacient a bolo to také, že ten čas nebol“*.

Na záver tejto témy je možné dodať ako to vnímala Erika, prečo nakoniec do komunikácie nešla. „... *pretože som mala pocit, že tí ľudia majú väčšie problémy než ja svojim spôsobom ...*“ S týmto typom odpovedí sme sa u nej stretli niekoľkokrát v priebehu rozhovoru. Svoje problémy považovala za nedostatočne závažné k tomu aby ich s niekým riešila. Radšej riešila problémy iných, než by im iné starosti mala pridávať.

Napriek všetkým uvedeným skutočnostiam sme u všetkých respondentov našli túžbu o tom sa s niekým pohovárať.

6.2.2 Ľudské kotvy

Ďalšou témou, ktorá vyplynula z rozhovorov sme nazvali ľudské kotvy. Ľudské kotvy predstavujú akýchkoľvek ľudí, ktorí pre respondentov majú významnú hodnotu v ich živote. Sú to ľudia, ktorých často spomínali v zmysle ich opory a ako dôvod prečo na sebe pracovať či zostať tu. U dvoch respondentov šlo najmä o rodičov. Rolu zohrávali tiež priatelia a partneri.

Monika to vyjadrila ako „*posledné sklamanie u rodičov, dokážem, že mám na viac, že som silná, v nemocnici mi nepomôžu, proste s rodinou musím byť, furt je tu ten dôvod pre koho zostať, rodina bola vždy pri mne jediná schopná mi pomôcť*“.

U Patrika bolo vidieť ako mu záleží na rodičoch. Nechcel aby ich kvôli nemu neohovárali, ak je v niečej prítomnosti pomáha mu to odolať ublíženiu si, lebo keď je niekto pri ňom tak nie je sám.

Keď sa Táňa zamýšľala nad svojim sebapoškodzovaním uviedla, že by s tým chcela skončiť tiež preto, lebo tým spôsobuje bolesť iným, ktorým na nej záleží a pri tom toto správanie nemá zmysel, lebo to pomôže len dočasne a nie komplexne.

U Soni mali kotvy tiež značný význam. Sama spomenula, že nemala nič moc čo by ju v živote udržiavalo v dobrej nálade, stále mala pocit, že by mala byť niekde úplne inde, prišla si, že je mimo. Časom však našla ľudí, ktorí sú podľa nej rovnako mimo ako je ona. Tvrdí, že jej pomohlo spoznanie ľudí, ktorí sú podobne divní. To že sa s nimi skamarátila „*ma nakoniec dostalo zo všetkých depresii*“. S týmito kamarátmi mala možnosť vytvoriť si tú druhú verziu sveta o ktorej mala predstavu, že v nej má žiť. Spoločne si dopriavali takéto úniky v lese. Uviedla tiež, že vďaka vzťahu-nevzťahu v ktorom určitú dobu žila, kde bola obmedzovaná, manipulovaná a týraná si našla cestu k samej sebe.

6.2.3 Sľub/záväzok

V tomto prípade predstavuje vynorená téma určitú formu záväzku či sľubu, ktorú respondenti dali niekomu blízkemu, že so sebaopoškodzovaním prestanú.

U respondentky Moniky sme sa dozvedeli, že si spolu s kamarátkou, s ktorou sa zoznámila v nemocnici dali sľub, že pokiaľ si neublíži jedna, tak potom si neublíži ani druhá. Podobne ako Monika, tak Táňa so svojimi online kamarátmi si dali sľub, že prestanú, keď to na niekoho prišlo mal sa im ozvať a rozobrali to. *„... my sme si dali taký, že sľub, že rýchlo prestaneme... ale, keď raz to na mňa prišlo už mesiac som sa vôbec nerezala ani nič, tak mi to prišlo také zahodiť celý ten mesiac, kvôli tomu čo som sa snažila, tak som to šla predýchať na vzduch a vyventilovať sa nejak inak.“*

Erika zas dala sľub priateľovi, že to nebude robiť. Nechcela mu robiť starosti. Pri priateľovi jej sľub nevadilo dať a dokonca ho určitú dobu aj vydržať. S opačnými reakciami sme sa u nej stretli, keď spomenula, že potom čo to zistili niektorí jej kamaráti tak ju do sľubov v podstate tlačili. V tomto prípade už je proti a nechápe, prečo by taký sľub mala prijať. *„Ja som to vlastne sľúbila, lebo som v tom sama nevidela taký zmysel, že som si hovorila, že možno by mi to pomohlo, ušetrila by som si trápenie, ale snažila som sa kvôli nemu.“*

6.2.4 Alternatívne spôsoby

Respondenti si uvedomovali, že ich správanie nie je práve najvhodnejšie a v priebehu ich života so sebaopoškodzovaním sa snažili nájsť iné spôsoby, ktoré by boli prijateľné ako pre nich tak aj pre ich okolie. Ide o spôsoby ako svoje pocity lepšie spracovať či vložiť ich do niečoho kreatívneho.

Traja respondenti uviedli, že im pomáhalo sa z toho čo cítia vypísať. Jedna respondentka si viedla blog, jedna denník a jedna len tak jednoducho sa vypísala. Dve respondentky spomenuli, že tiež je dobré kresliť či búchať do niečoho. Jedna respondentka potrebovala búchať do niečoho tvrdého, druhá spomenula, že aj do periny jej pomáha či do bubnu. Ako formu vyhnutia sa sebaopoškodzovaniu spomenuli dvaja respondenti aj čítanie. Okrem spôsobov, ktoré sa vyskytli nie len u jedného respondenta, máme aj niekoľko iných spôsobov. Predstavovali ich kričanie, dlhé prechádzky, varenie, ubližovanie si v myšlienkach či bojové umenie.

Patrik sa prihlásil na MMA zmiešané bojové umenia alebo čítal. Zaujíma sa hlavne o nihilizmus, ktorý mu pomáha zvládať nie jednu situáciu. Upokojuje ho myšlienka, že aj tak všetci zomrieme, tak nie je dôvod niečo viac riešiť.

6.3 Odpovede na výskumné otázky

1. Aká je skúsenosť respondentov so zámerným sebapoškodzovaním?

Jedincovu skúsenosť najlepšie vystihujú práve momenty rôzneho významu, no pre nich podstatné. Ide o momenty kedy sa k tomuto správaniu odhodlali a za akých okolností prebehlo. Sú však aj momenty, kedy došlo k ich odolaniu a vzdali sa tak sebapoškodzovania, aspoň pre určitú chvíľu.

Medzi najčastejšie frekventované, významné a zároveň záťažové situácie, ktoré predstavujú či predstavovali pre našich respondentov spúšťače sebapoškodzovania patria suicidálne myšlienky. Sebapoškodzovanie je v tomto zmysle ochrana pred ich realizáciou. Dôležitú rolu hrala aj diagnóza. Išlo o diagnózy pri ktorých môžeme nájsť symptóm sebapoškodzovania. So svojim významom nezaostávala ani inšpirácia, ktorá má za následok, že navzdory tomu, že jedinec o tomto správaní ani nikdy neuvažoval, sám k nemu nedospel tak ho aj popri varovaniach skúsil. Ďalším spúšťačom boli hádky predstavujúce pre respondentov hneď niekoľko emócií v jednom (zlosť, smútok, sklamanie). Takéto niečo v prípade nulovej schopnosti vyjadrovať emócie znamenalo pre našich jedincov jediné, a to len si ublížiť.

Čo sa týka frekvencie tohto správania, z výpovedí našich respondentov je vidieť, že nie je možné uviesť všeobecne platný údaj. To či jedinec k sebapoškodzovaniu pristúpi a ako často sa k nemu bude vracáť, závisí od obdobia aké práve prežíva. Metóda, ktorá si získala veľkú priazeň u našich respondentov je rezanie. To najmä z dôvodu, ktorí uvádzali respondenti najčastejšie, a to viditeľný rez. Priamo vidieť ranu a vidieť tieť krv predstavovalo pre našich respondentov najuspokojivejšiu podobu. Stretli sme sa s tým, že respondentom vadili aj nevadili jazvy. Niektorí to berú ako pamiatku, pripomienku toho čo prežili, čo zvládli a iní v tom zas skôr vidia pohľady ľudí s rôznym emočným nábojom.

Svoju skúsenosť respondenti opisujú kladne aj negatívne. V kladnom zmysle, že ich to práve uchránilo pred ich myšlienkami, že im to umožnilo prežiť momenty, kedy už nevedeli čo iné by urobili a ako si uľavili. V negatívnom zmysle hrá najväčšiu rolu práve neporozumenie tohto správania ich okolím. Jedinci samotní svoje správanie nepovažovali za

ohrozujúce, brali ho ako dočasnú pomoc, kdežto ľudia ich správaniu pripisovali ohrozujúci význam.

2. Ako respondenti chápu svoju skúsenosť so sebapoškodzovaním?

Respondenti chápu svoju skúsenosť v zmysle prežívania rôznych emócií či pocitov, ktoré sa zmietajú v ich vnútri. Najčastejšie ich pred pristúpením k sebapoškodzovaniu sprevádza smútok či otupenosť. Následne po akte pociťujú úľavu s prípadnými výčtkami. Sebapoškodzovanie pre nich predstavuje v určitých chvíľach jediný spôsob ako si pomôcť, snahu to niečo dostať zo seba von alebo tým volajú o pomoc. Toto správanie si môžeme predstaviť ako určitú formu samoliečby respondentov. Mohli sme vidieť, že sebapoškodzovanie bolo využívané ako stratégia zvládania záťaže či silných emócií. Rovnako však slúžilo na reguláciu psychickej tenzie, na potrestanie seba samého, potvrdenie svojej existencie a únik od silných emócií. A v neposlednom rade ako spôsob komunikácie, snaha získať si pozornosť ľudí a volanie o pomoc.

Respondenti zaznamenali na sebe aj vplyv tejto skúsenosti na ich osobu. Nadobudli väčší prehľad o tejto problematike, získali väčšie porozumenie pre iných a boli tiež schopnejší pomôcť. Jedného respondenta to priviedlo k práci so sebou samým, s jeho psychikou a telom. Ďalší dvaja respondenti uviedli, že im to otvorilo oči, viac si všímali ľudí či ich niečo trápi, boli citlivejší na to, poznať, kedy má niekto problém. Ešte nám dvaja respondenti spomenuli, že sú teraz viac utiahnutými, no a jeden respondent na sebe vníma, že sa stal práve otvorenejším.

3. Čo vedie respondentov k opakovaniu aktu sebapoškodenia?

Respondenti často opisovali, tento stav ako závislosť, niečo čoho sa nejde, len tak vzdať, nakoľko im to pôsobilo úľavu, ktorú potrebovali. Vplyv na opakovanie tohto správania však môže mať práve aj zakazovanie tohto správania. Tento efekt môžeme vidieť aj bežne v živote pri menej závažných situáciách. Čím viac niečo zakazujeme, tým viac zvyknú jedinci pokúšať.

Vo všeobecnosti, títo jedinci nenašli zatiaľ vhodnejšiu formu spracovávania situácií, zvládania a vyjadrovania emócií či ich získavania. Fyzická bolesť ak je prítomná, je jedincami vnímaná ako únosnejšia než psychická. Prináša práve odvedenie pozornosti od psychickej bolesti. Jedincov láka predstava, že keď si ublížia zabudnú na aktuálne problémy, vypnú a bolesť je sústredená do jedného miesta a v tú chvíľu nemyslia na nič iné, len na to jedno miesto, na tú bolesť. Nič iné v tej chvíli nie je.

Vzhľadom na veľkosť výskumného súboru nie je možné výsledky nášho výskumu zovšeobecniť na populáciu.

7 Diskusia

Táto práca sa snaží poskytnúť pohľad seba-poškodzujúcich sa jedincov na ich seba-poškodzovanie. Celkový výskumný súbor predstavoval 5 ľudí, ktorí boli vo veku 18 - 28 rokov. Výsledky, ktoré sme prezentovali vyššie, podľa nás nasvedčujú tomu, že seba-poškodzovanie predstavuje komplexný a zložitý jav. Napriek veľkosti výskumného súboru sme mali možnosť získať širokú paletu pohľadov na seba-poškodzovanie.

So seba-poškodzovaním sa môžeme stretnúť u rôznych ľudí. Každý z nich môže mať v niečom podobný, no niečím vždy špecifický príbeh, ktorý stojí za ich skúsenosťou. Situácie predstavujúce spúšťače vedúce k seba-poškodzovaniu majú značnú rolu vo výskyte tohto správania. Najčastejšie vyskytujúcim sa spúšťačom seba-poškodzujúceho sa správania u našich respondentov boli suicidálne myšlienky. Tie sa vyskytli u 4 respondentov. V tomto prípade považujeme seba-poškodzovanie ako formu pudu sebazáchovy, jedincovu snahu zostať nažive. Naše výsledky korešpondujú s tvrdením, že cieľom seba-poškodzovania nie je samovražda (Koutek, 2014; Klonsky, 2007; Favazza, 1999 in Kriegelová, 2008). Väčšina spúšťačov by sa dala zhrnúť do slova zlé obdobie, no to by bolo príliš vyhranené.

Suttonová (2005, in Kriegelová, 2008) uvádza okrem iných zadržiavanie silných emócií, pocit osamelosti či uväznenie v smútku ako faktory zámerného seba-poškodzovania. Gregg (2012) zas spomína rizikové faktory poruchy nálady, úzkostnú poruchu, šikanu, stres v škole či v práci, napäté vzťahy s blízkymi, priateľstvo s niekým, kto sa zámerne seba-poškodzuje, problém s vyjadrovaním emócií. Tieto skutočnosti sa preukázali aj v našich výsledkoch, kde okrem týchto situácií boli častými spúšťačmi inšpirácia niekým či niečím k seba-poškodzovaniu, hádky, rozchod, nedokonalosť seba ako bytosti a práce, ktorú vykonávali, potreba ventilácie či jednoducho zlé veci. Pre niekoľko respondentov predstavovalo práve seba-poškodzovanie spôsob ako prežiť tieto chvíle. Stretli sme sa tiež so zaujímavými spúšťačmi vo forme protestu, ako nespokojnosť s tým, kde sa jedinec nachádza a s kým je či v pozitívnom ponímaní samotnou respondentkou. V pozitívnom zmysle ako pamiatka či pripomienka nejakej významnej udalosti či stretnutie výnimočnej osobnosti. V spoločnosti sa stretneme s prijateľnou formou zaznamenávania takýchto momentov, a to v podobe tetovania. Našej respondentke však vyhovovala forma rezania. V kapitole 6.1.2 uvádzame ďalšie spúšťače, ktoré sa vyskytovali u našich respondentov.

Okrem toho, že u troch respondentov je ich správanie spojené aj s ich diagnózou, tak spomenuli v rozhovoroch nespočetné množstvo dôvodov, ktoré nakoniec vyústia v toto správanie. V našom výskume sme sa stretli s diagnózami mentálna anorexia, schizoafektívna porucha zmiešaného typu a emočne nestabilná osobnosť hraničného typu. Výskyt sebapoškodzovania u týchto diagnóz odpovedá tvrdeniami Kriegelovej (2008), Platznerovej (2009) a tiež nám to podkladá MKN-10. Rovnako ako Tschan et al. (2017), ktorí vo svojej štúdii boli síce zameraní len na adolescentov s nesuicidálnym sebazraňovaním s emočne nestabilnou poruchou osobnosti hraničného typu a bez nej, priniesli však výsledky s ktorými sa zhodujú aj naše. Naša vzorka predstavovala jedného respondenta práve „hraničiara“, no jediné v čom sa od neho líšili ostatní bola psychopatológia a čiastočne hraničná symptomológia. Jedna z našich respondentiek trpí mentálnou anorexiou. V tejto súvislosti robili výskum Koutek, Kocourková s Dudovou (2016), ktorí na svojej dievčenskej výskumnej vzorke prišli s výsledkami, že sebapoškodzovanie bolo prítomné u necelých polovice z nich a u viac ako polovice tiež suicidálne správanie.

Bez ohľadu na množstvo spúšťačov, ktoré rozhodne nie je konečné, skrz fakt, že pre každého je spúšťač vnímaný jedinečne, tak môžeme tvrdiť, že sa jedná jednoducho o „riešenie“. Ide o riešenie akejkoľvek situácie, ktorá pre jedinca nepredstavuje lepšej formy riešenia, východiska z nej, ako je práve sebapoškodzovanie. Dôležité je poznamenať, že aj keď spúšťače predstavujú rizikové faktory, ktoré môžu spôsobiť väčšiu pravdepodobnosť, že sa bude niekto sebapoškodzovať, neznamena to zákonite, že sa ten niekto bude sebapoškodzovať. Rovnako tak niekto, kto sa sebapoškodzuje to nemusí robiť na základe vymenovaných spúšťačov.

Napriek tomu, že sa jedinci so sebapoškodzovaním skončili, stále môže nastať moment kedy po sebapoškodzovaní znovu siahnu navzdory tomu, že už nechceli. Aj po skončení v nich ostáva tá skúsenosť, že toto správanie im prinášalo určitú formu uspokojenia aktuálnych potrieb. Práve táto skúsenosť má vplyv na ich budúce jednanie v závislosti od nových získaných či natrénovaných stratégií zvládania spúšťačov.

Pocity, ktoré jedinci prežívajú pred sebapoškodzovaním nám umožňujú lepšie porozumieť motivácii tohto správania. U jedincov so sebapoškodzovaním bývajú prítomné napr. pocity ako smútok, otupenosť, samota, hnev, tlak či odstrihnutie od svojich emócií. Selby (2010) tiež uvádza ako jedny z najčastejšie uvádzaných dôvodov, ktoré vedú k sebapoškodzovaniu samotu, hnev a i. Toto je len zlomok pocitov, ktoré sa môžu vyskytovať u sebapoškodzujúcich sa jedincov. Najčastejšie boli spomínané pocity smútku a otupenosti,

a to u troch 3 respondentov. Môžeme sa tiež stretnúť s rozdielnymi pocitmi pred sebapoškodením, ktoré majú vplyv na voľbu formy sebapoškodenia. Túto skutočnosť sme zaznamenali u jednej respondentky. Pre tým než sa porezala cítila smútok, no pred seba bitím cíti hnev.

Aj pocity, ktoré nasledujú po sebapoškodení môžu pomôcť k dotvoreniu predstavy o motivácii. Ide však skôr o čiastočné doplnenie vzhľadom k tomu, že výsledný pocit nemusí predstavovať, ten ktorý jedinec očakával. V našich výsledkoch všetci respondenti spomenuli úľavu popri iných pocitoch, ktoré nasledovali po sebapoškodení. Úľavu spomína aj Gregg (2012) či Koutek s Kocourkovou (2003) ako pocit dostavujúci sa po prevedení aktu sebapoškodenia. Sullivan (2017) tiež uvádza, že sebapoškodzovanie poskytuje pozitívnu úľavu od nepríjemných, úzkostných pocitov. Prítomné boli aj výčitky za vykonanie aktu. V týchto chvíľach dokážu jedinci vypnúť, preklenúť vnútornú bolesť či niečo konečne cítiť a vyjadriť emócie. Preklenie či prekonanie nepriaznivých emócií, myšlienok a pocitov predstavuje model vyhýbania sa nepríjemným pocitom, ktorý popisuje napr. Gaméz et al. (2011). Chapman, Gratz a Brown (2006) dodávajú, že ide o zmiernenie nežiadúcich či neznesiteľných pocitov avšak ide o krátkodobé zmiernenie. Tieto pocity nám opisujú tiež naši respondenti a jedna respondentka k tomu dodala, že nejde o komplexné riešenie. Krátkodobosť účinkov má vplyv na opakovateľnosť tohto správania. U jedného respondenta sme sa stretli s pocitom vyčerpania a bolesti rúk a nôh. Takéto pocity hlásil po nadmernej fyzickej aktivite, ktorú vníma ako jednu z jeho foriem sebapoškodzovania. Čo majú všetky pocity po spoločné je, že umožňujú jedincovi na určitú dobu zabudnúť na pocity, ktoré zažívali pred tým. V momente ako si ublížia majú iné pocity a tie pre nich predstavujú iný problém na ktorý sa treba sústrediť.

Neoddeliteľnou súčasťou mechanizmu sebapoškodzovania je bolesť. V čom sa zhodovali všetci respondenti je, že fyzická bolesť pre nich bola únosnejšia než psychická. Respondenti sebe privedenú bolesť buď nevnímajú alebo je to také, že ju „len“ cítili akoby nič. Táto bolesť im umožňuje odvieť pozornosť od bolesti prežíanej vo vnútri. Túto skutočnosť uvádza aj Röhr (2015), že pôsobená bolesť predstavuje odvrátenie pozornosti od psychickej bolesti tak tiež umožňuje prekryť nepríjemné pocity, prázdnotu, úzkosť či hnev. Práve táto bolesť značne vplyva na porozumenie tohto správania u ľudí. Tí nerozumejú prečo by si niekto dobrovoľne spôsoboval bolesť, keď práve tomu sa človek chce celý život vyhnúť. Z nami skúmaných príbehov však vyplýva, že prežitá bolesť zo zranenia buď nie je vnímaná ako bolesť v pravom zmysle alebo je považovaná za príjemnú za predpokladu, že

jedinec do tej doby necítil vôbec nič. Sebapoškodzovanie samo osebe bolesť ako takú v určitých prípadoch prináša, avšak nespôsobuje jedincom utrpenie či ujmu. Ide o prezentovanie vnútorne prežívanej bolesti na povrchu.

Najčastejšou formou sebapoškodzovania u našich respondentov bolo rezanie. Vyskytlo sa u všetkých piatich. Ďalej nasledovali formy ako pálenie sa, bitie seba samého, ktoré sa tiež vyskytli u niekoľkých respondentov. Tieto formy ako najčastejšie tiež uvádza Kriegelová (2008) či Gregg (2012) s Klonským (2007). Stretli sme sa však aj s menej častými formami. Predstavovali ich škriabanie sa, hryzenie sa, strhávanie si chrást, nadmerná fyzická aktivita či sem možno zaradiť aj okusovanie si prstov, hladovanie (Kriegelová, 2008; Klonský, 2007) a prepracovanie (Kriegelová, 2008). Respondenti uvádzali, že rezanie im vyhovuje najviac cez viditeľnú formu zranenia. Významná tam je prítomnosť krvi. Tá totiž vyteká v jednom mieste, v ktorom je aj rana a celá koncentrácia je sústredená práve na to jedno miesto a nikam inam. To umožňuje odpútanie sa od problémov, ktoré ich dovedli k zraneniu.

Výskyt viacerých foriem sebapoškodzovania chápeme ako snahu nájsť najlepšie vyhovujúcu formu, ktorá poskytne očakávaný efekt vždy. Akonáhle prestane plniť svoju funkciu či nebude dostatočne vyhovujúca, jedinec sa začne obhliadať po ďalšej. V určitých prípadoch môže ísť vyložene o experimentovanie.

Formy sebapoškodzovania prechádzajú rôznym progresom. Niektorí ostane verní jednej metóde. Iní sa snažia nájsť niečo čo bude prijateľné aj pre okolie. Jeden z našich respondentov rád vyvolával fyzické konflikty a tiež sa prihlásil na bojové umenia. Miesto svojej osoby ako nástroja prenechal iným. V našom výskume sme sa stretli aj so „sekundárnou formou sebapoškodenia“. Predstavovala ju dezinfekcia. Respondent nám túto formu opísal ako nadmernú dezinfekciu spôsobenej rany, ktorá vyvolala ešte väčšiu bolesť, a tak predĺžila odpútanie pozornosti od predošlých pocitov.

Dá sa v podstate povedať, že každé správanie, ktoré so sebou prináša niekomu zranenie či inú formu ublíženia ako spôsob riešenia náročných situácií či emócií, možno považovať za sebapoškodzovanie.

Respondenti preukazovali kreativitu v období ich sebapoškodzovania. V prípade, že nebolo možné využívať jednu formu, našli si druhú. Akonáhle nemali dostupné ich bežne využívané nástroje, stali sa nimi veci z ich aktuálneho prostredia. Žiletka bola nástrojom prvej voľby u všetkých respondentov. Túto preferenciu si zaslúžila svojou praktickosťou

a ostrosťou. Praktickosť v zmysle prenosnosti, jej jednoduchého ukrytia a v manipulácii. Zvyknú ju často nosiť v peňaženke či kryte telefónu, teda vo veciach, ktoré majú neustále zo sebou, lebo ich potrebujú mať poruke v prípade nutnosti. Práve tak ako potrebujú aj žiletku. V prípade, že nemajú dostupný nástroj, ktorý využívajú vedľa si nájdu niečo iné. Tam už to však hraničí s rôznymi rizikami. Jedným z nich je napríklad infekcia z dôvodu nečistého nástroja. Na príklade respondentky, ktorej boli zhabané všetky ostré predmety tak ako každému pri nástupe do nemocnice sme mohli vidieť, že zakazovanie či neumožnený prístup k nástrojom nemá veľký zmysel. Jednak účinkuje jedincova vynaliezavosť, kedy keď chce, spôsob ako to urobiť a s čím si nájde a ďalšia vec je, že to čím to spraví nemusí byť práve bezpečným v zmysle infekcie. V tomto prípade je možné spomenúť bezpečnejšie sebapoškodzovanie, ako prístup k sterilným nástrojom na vlastné použitie, práci s jedincom aby porozumel ako sa bezpečnejšie zraniť a tiež ho uviesť do základov anatómie a fyziológie aby porozumel pojmom ako je sepsa a infekcia (Sullivan, 2017). V prípade našej respondentky môžeme hovoriť o šťastí, že nedošlo k infekcie a inému. Respondentka sa sama tak vyjadrila o jej pobyte v nemocnici s nástrojmi, ktoré neboli práve čisté.

Postihnutými oblasťami na tele našich respondentov boli najčastejšie ruky – konkrétne zápästie. Podobne často využívané boli aj stehná. Práve Gregg (2012) medzi príznakmi a symptómami sebapoškodzovania radí pomedzi ostatné, zápästia a stehná ostrým predmetom. Môžeme vidieť, že miesta, ktoré sú využívané boli aj také ktoré sa dali skryť, ale aj miesta, ktoré jednoducho skryť nešlo. Niektorí respondenti uviedli, že potom už nezáležalo na tom, či to nájdu. Chceli pomoc, ale neprichádzala. V tomto vyjadrení možno vidieť určitú rezignáciu v očakávaní, že im bude poskytnutá pomoc, prejavový záujem, ktorý očakávajú. Zaujímavé bolo prirovnanie respondentky seba samej k autu a na dve časti. Rany na svojom tele nepovažovala za nijak znemožňujúce ďalej v jej fungovaní, teda ako keď na aute si oškrie lak. Pokiaľ inak funguje a jazdí, tak je to v poriadku.

Frekvencia využívania sebapoškodzovania sa líši. Dôležitými činiteľmi bolo obdobie, ktoré aktuálne respondenti prežívali. Čím pre nich bolo horšie, tým častejšie siahali po sebapoškodzovaní, a naopak. Každopádne nám aj dve respondentky uviedli, že to muselo byť aspoň raz za mesiac. Vplyv na frekvenciu mali aj hospitalizácie či lieky.

Smrť – často skloňované slovo v súvislosti so sebapoškodzovaním. Sebapoškodzovanie ako prejav túžby po smrti, jej predchodca či samotná entita? Táto rozporuplnosť trápi ako odborníkov, tak záujemcov o túto oblasť.

Naše výsledky prispievajú k tvrdeniu, že sebapoškodzovanie je vo vzťahu so smrťou len v takom, že u jedincov s týmto správaním sa vyskytujú suicidálne myšlienky či snaha vyhnúť sa samovražde. Nejde však o správanie, ktoré by malo za cieľ fatálny následok vo forme samovraždy. Tento vzťah je však úzky a z toho dôvodu býva sebapoškodzovanie práve spájané so suicidálnym správaním, kde je považované za správanie, ktoré predchádza samovražde resp. je označované za rizikový faktor samovraždy.

Dôležité je odlišovať toto správanie od samovražedných sklonov, hoci sa môže vyskytnúť súčasne, s čím súhlasíme s Walshom (2007). Dobré je sa zvlášť jedincov pýtať na toto správanie, skôr než dôjde k zlej interpretácii. Automatické spájanie suicidálnych tendencií si so sebapoškodzujúcim sa jedincom môže mať negatívny dopad na jedinca samého, a tiež na vzťah medzi odborníkom či osobou s ktorou sebapoškodzujúci zdieľa svoje správanie. Túto skutočnosť ilustruje aj Walsh (2007) na prípade Tonye, ktorá sa lieči pre rezanie sa a ďalšie problémy. Tonya sa priznáva, že sa vyhýbala psychoterapii z dôvodu, že bola „naštvaná“ na reakciu jej školského poradcu. Poradca jej totiž potom ako zistil, že si ubližuje zavolať sanitku s tým, že sa ju snažil dostať do nemocnice ako samovražednú.

U väčšiny respondentov bol minimálne jeden pokus o samovraždu. Koutek (2014) uvádza, že u sebapoškodzujúcich sa osôb je zvýšené riziko pokusu o samovraždu a viac ako polovica z nich uskutoční najmenej jeden pokus. Jeden z respondentov svoj „pokus“ nepovažuje úplne za pokus. To, že uňho došlo k podrezaniu žíl súviselo s jeho zúfalstvom – nikto ho nebral vážne.

Skúsenosť so suicidálnymi myšlienkami mali všetci naši respondenti. U troch z nich ostali prítomné doteraz. Napriek tomu, že u jednej respondentky nedošlo k pokusu o samovraždu, myšlienky tu boli prítomné. Jeden z respondentov sa vyjadril k sebapoškodzovaniu ako k niečomu na čom sa dá „požiť“, inak by sa v ňom kopili všetky pocity, a keby ich nedostal von tak by možno ten pokus mal. Ellis a Rufino (2016) považujú za terapeutický prínos k zníženiu samovražedných myšlienok model vyhýbania sa nepríjemných pocitom, predstavujúci sebapoškodzovanie.

Rodina, priatelia, partneri boli volení na základe vybudovaného vzťahu, dôvery alebo z dôvodu, že u nich našli väčšie pochopenie (prípád jedincov s rovnakou skúsenosťou či inou) alebo preto, že pri nich jednoducho zranenie nešlo skryť ako osoby vhodné na zdôverenie sa so sebapoškodzovaním. Bud' sa im zdôverili alebo si to stihli skôr všimnúť. Všetci

respondenti uvideli, že sa so svojim sebapoškodzovaním niekomu zdôverili. Dve respondentky uvideli, že sa svojim správaním nijak netajili a kto sa na to opýtal tak mu odpovedali.

Keď sa niekto poreže alebo si iným spôsobom nejak ublíži, vyvolá to v ľuďoch rôzne reakcie. Od prehnanej pozornosti a citlivé porozumenie až po časté nepochopenie či odsúdenie a zdesenie. Práve skúsenosť s takýmito reakciami či obavy z nich vedú k výhovorkám. Tie predstavujú poškriabanie od mačky, niekde pri prenášaní nábytku či v lese. alebo otočenie konverzácie vo vtip. Čokoľvek čo by uspokojilo zvedavosť ľudí. Respondentka sa vyjadrila, že v prípade, že si tým niekto prešiel tak to berie viac s nadhľadom, ostatní to považujú rovno za hrozbu. Platznerová (2009) spomína, že personál prichádzajúci do styku so sebapoškodzujúcim sa jedincom by mal byť zaškolený. Nemalo by dochádzať k šoku či zhrozeniu v tvári po vypočutí jedinca. Dôležité je načúvať. Tento fakt, ktorý uvádza Platznerová, je možné zovšeobecniť aj na ľudí s jedincovho blízkeho okolia, nie len na personál.

Zistili sme, že štyria respondenti mali skúsenosť s odbornou pomocou (psychológ, psychiater). Táto skúsenosť však bola vnímaná ako sklamanie. Mali pocit, že o nich nemajú záujem. Vadil im čas, ktorý odborníci majú na nich vyhradený. Nepovažovali ho za dostatočný. Respondentka, ktorá skúsenosť nemala sa vyjadrila o tejto forme pomoci ako zbytočnej, ktorá aj tak nepomôže. Napriek tomu by jedincovi s rovnakou skúsenosťou dvaja odporučili aj odbornú pomoc.

Pýtali sme sa respondentov aj na to, čo by odporučili iným, ktorí sa aktuálne potýkajú so sebapoškodzovaním. Odpovede na túto otázku môžu byť považované za projektívne a tým nám dať odpoveď na to, ako si vlastne jedinci pomáhajú a pomohli sami či môžu skutočne predstavovať radu pre iných. Tieto odpovede môžu byť užitočné pre ďalšie prístupy v terapii a môžu tiež prispieť k lepšej spolupráci blízkych s týmito jedincami. Vzhľadom na veľkosť nášho súboru je to len niekoľko rád, no navzdory tomu môžu byť impulzom k ďalšiemu výskumu.

Rada jedného z respondentov odpovedá z časti prístupu bezpečnejšieho sebapoškodzovania, ktoré predstavuje umožnenie sa poškodzovať (napr. Sullivan, 2017) a čiastočne nesuicidálnym dohodám, v zmysle možnosti kontaktovať niekoho. Síce respondent uviedol, že nemá byť bránené jedincovi v tomto správaní, tiež ho však v tom netreba podporovať. Len umožniť. Čo sa vyskytlo nie raz bolo, že je potrebné riešiť príčinu sebapoškodzujúceho správania, nie sebapoškodzovanie samotné. Respondentka uviedla, že jej nikto neposkytol pomoc či už vo forme otázky, že čo sa deje, keď to robí. Jediné čo hneď chceli bolo aby

s tým hneď prestala. Abstinencia tohto správania, ktorá býva často vyžadovaná pri zistení sebapoškodzovania má skôr negatívne dôsledky (Christie, Groarke & Sweet, 2008). Negatívne dôsledky predstavovali ďalšie zranenie sa z dôvodu sklamania sa v osobe. Osoba, ktorej verili im nepodala pomocnú ruku, ktorú čakali a tak znovu pristúpili k sebapoškodeniu.

Z rozhovorov nám vyplynulo niekoľko tém. Jednou z nich bola komunikácia, ktorá bola prítomná u každého respondenta. Predstavovala komunikáciu s rodinou, priateľmi a odbornou pomocou. V prípade rodiny komunikácia nebola dobrá, bola nedostatočná, prípadne absentovala. Viac-menej vždy vyústila v hádky, nedorozumenia a urážky a podnecovala tak túžbu respondentov radšej nekomunikovať. Tak ako u odbornej pomoci, tak aj u rodiny sme sa stretli s výpoveďou, že komunikácii nie je venovaný dostatočný priestor a obzvlášť problematické je to s vyjadrovaním emócií. Na ich vyjadrenie nikdy neprišiel rad, a to nakoniec vyústilo do sebapoškodzovania.

V komunikácii s priateľmi bola podstatná dôvera. Určitú rolu zohral tiež strach a obavy zo spätnej väzby priateľov, ich reakcie prípadne záujem. Svoju úlohu zohral aj internet, kde bola možnosť nájsť si priateľov s podobnou či totožnou skúsenosťou. Na týchto miestach mali možnosť získať podporu, priestor sa vyjadriť a pocítiť, že nie sú sami. U ľudí s rovnakou či podobnou skúsenosťou nachádzali totiž porozumenie ako nikde inde nie. Sebapoškodzovanie nie je niečo čo by len tak vykrikovali do sveta, a teda ideálnou formou hľadania niekoho kto si tým tiež prechádza sú rôzne blogy, online komunity či diskusné fóra.

U respondentov bola pozorovaná absencia vyjadrenia hlavne negatívnych emócií, prípadne sa ich snažili vyjadriť nepriamo. Sebapoškodzovanie môže predstavovať neverbálnu formu komunikácie respondentov, ktorá je vyjadrená na úrovni správania. U všetkých respondentov sme našli túžbu sa o svojich pocitoch porozprávať. Povedať niekomu o svojom sebapoškodzovaní ukazuje na silu a odvahu jedinca. Často práve rozhovor, kde sa odhalí toto tajomstvo môže predstavovať úľavu. Rozprávanie môže predstavovať formu ako sa vyrovnáť s problémom, ktorý si jedinci nesú v tú chvíľu vo svojom vnútri, vo svojej hlave.

Ľudské kotvy boli ďalšou témou, ktorá vyplynula z našich rozhovorov. Ľudské kotvy predstavovali ľudí, ktorí mali pre respondentov významnú hodnotu v ich životoch. Títo ľudia tu boli pre nich v zmysle opory, dôvod prečo na sebe pracovať či vôbec ostať žiť. Túto rolu v konečnom dôsledku zastávali rodičia, priatelia a partneri.

Nasledujúca téma bola určitá forma záväzku či sľubu. Išlo o záväzok či sľub, ktorým sa respondenti zaviazali niekomu blízkemu, že so sebapoškodzovaním prestanú prípadne

s vynorením nutkavého pocitu sa mu ozvú. Tento sľub fungoval určitú dobu obzvlášť ak bol uzatvorený s priateľmi či partnermi. U jednotlivých respondentov, kde sa táto téma vyskytla bolo vidieť, že pokiaľ išlo o sľub vyjadrený blízkej osobe malo to vplyv na ich správanie. Vo výskume Page a Kinga (2008) polovica účastníkov hlásila, že im zmluva pomáha a zvyšná polovica, že rolu zohráva terapeut. V našom prípade je vidieť, že rolu zohráva tiež najmä iná osoba, nie samotný sľub. Teda ide o kombináciu a dôležitý je vybudovaný vzťah medzi nimi. Takýto sľub avšak uzatváraný medzi klientom a odborníkom spomína Caruso (nedat.). Táto zmluva môže mať ako písomnú tak ústnu formu. V našom prípade išlo o formu ústnu a odborníka predstavovala nejaká blízka osoba. Týmto sľubom sa respondent zaviazal, že si nespôsobí žiadne zranenia. U jednej respondentky sme mali možnosť vidieť ako reagujú respondenti na formu sľubu. V prípade partnera, ktorý vyjadril o ňu starosť pristúpila k sľubu bez problémov. Avšak tí ostatní, ktorí po zistení jej sebapoškodzovania rezolútne trvali na tomto sľube sa stretli s odporom. Dôležité je ako je jedincovi podaný návrh na sľub a podstatnú rolu hrá jeho slobodná vôľa. Túto skutočnosť tiež spomína Caruso (nedat.), že nútením nič nedocielime. Farrow a O'Brien (2003) tiež uvádzajú, že pacienti často pociťujú nátlak v súvislosti s jednaním a spisovaním zmluvy. Majú pocit, že iná možnosť než súhlasiť nie je. Je potrebné presvedčiť jedinca o tom, že takýto záväzok je preň dobrý, hoci to nie je záruka.

Poslednou vyplynutou témou boli alternatívne spôsoby sebapoškodzovania v zmysle ako sa vyhnúť poraneniu a pri tom získať uvoľnenie či odklon pozornosti. Okrem toho si respondenti uvedomovali, že ich správanie nie je ideálne a v priebehu života sa snažili nájsť iné spôsoby, ktoré by boli prijateľné pre nich aj pre okolie. Alternatívne spôsoby predstavovali rôzne činnosti ako spracovať pocity či ich vložiť do niečoho kreatívneho. Častou odpoveďou bolo vypísanie sa z toho čo cíti. To nám uviedli traja respondenti. Vypísanie sa na blog, do denníčka, písanie básne alebo príbehu. Dvaja respondenti spomenuli, že vyhovujúcimi bolo tiež kreslenie prípadne búchanie do niečoho. Jedna respondentka potrebovala búchať do niečoho tvrdého, druhá spomenula, že pomohlo aj do periny alebo do bubna. Ako formu vyhnutia sa sebapoškodzovaniu spomenuli dvaja respondenti aj čítanie. Okrem spôsobov, ktoré sa vyskytli nie len u jedného respondenta, máme aj niekoľko iných spôsobov. Išlo napr. o kričanie, dlhé prechádzky, ubližovanie si v myšlienkach či aktívna účasť v bojovom umení. Jeden respondent sa prihlásil na MMA zmiešané bojové umenia alebo čítal. Zaujíma sa hlavne o nihilizmus, ktorý mu pomáha zvládať nie jednu situáciu. Upokojuje ho myšlienka, že aj tak všetci zomrieme, tak nie je dôvod niečo viac riešiť. Aj Röhr (2015)

uvádza, že sú rôzne metódy na odolanie voči nutkaniu si ublížiť. Tvrdí, že je dovolené niečo cítiť, ale nie sa seba poškodzovať. Spomína rozhovor, šport, masírovanie masážnou loptičkou miesto zraňovania a krém, ktorý dráždi pokožku. Takže jedinec má možnosť niečo cítiť bez toho aby si ublížil.

Sebapoškodzovanie či chceme alebo nie, má vplyv na jedincov, a to si uvedomujú aj oni. Toto správanie pre nich predstavovalo skúsenosť ako každú inú. Uvádzali, že vďaka tomu získali väčší prehľad o danej problematike, mali väčšie porozumenie pre iných a boli schopnejší pomôcť. Jeden z respondentov tvrdil, že ho to doviedlo k práci so sebou samým s jeho psychikou a telom. Dvaja respondenti uviedli, že sa stali vnímavejšími a citlivejšími voči trápeniam a problémom iných. Protipólom k týmto vyjadreniam boli zistenia, že dvaja respondenti uviedli opačnú skúsenosť. Stali sa viac utiahnutými a uzavretými. Jeden respondent naopak vníma, že sa stal otvorenejším (problému v komunikácii s ľuďmi, obzvlášť cudzími a dievčatami).

Na záver uvádzame obmedzenia a prínosy výskumu a námety na ďalší výskum. Ako už uvádzame vyššie, náš výskumný súbor predstavoval 5 respondentov. To, že výskum zostával práve z 5 respondentov považujeme za limit výskumu. Vzhľadom na to, že sme respondentov hľadali i napriek citlivosti témy na internete, zaznamenali sme síce záujem zúčastniť sa, ale dosť často aj mortalitu. Na inzerát umiestnený na rôznych blogoch, v diskusných fórach či svedniciach a iných miestach, ktoré súviseli so zámerným seba poškodením nám reagovalo 24 ľudí. Z týchto reakcií sa výskumu napokon zúčastnilo 5 z nich. Najčastejším problémom bolo, že sa záujemci už prestali ozývať, to sme zaznamenali u 15-tich. Okrem toho, že sa prestali ozývať tiež nespĺňali niektoré z kritérií. Obzvlášť išlo o ochotu hovoriť osobne o svojej skúsenosti so seba poškodením. Túto neochotu prejavilo 11 záujemcov. Boli ochotní sa z toho vypísať, len prostredníctvom e-mailu. Jedna záujemkyňa bola žiaľ vyradená z dôvodu nesplnenia kritéria veku. Veľkosť súboru však vzhľadom na zvolený typ analýzy, ktorý predstavovala IPA sme považovali za žiadúci. V IPA ide o skúmanie menšieho počtu respondentov do väčšej hĺbky (Řiháček et al., 2013).

Ďalším limitom môže byť fakt, že sa jednalo aj o jedincov s diagnózami, ktoré mohli modifikovať ich seba poškodzujúce správanie. Z našich výsledkov sme však nezistili nijak výrazné rozdiely, avšak toto tvrdenie nie je možné zovšeobecniť vzhľadom na rozsah súboru. Limit pre nás predstavovalo aj zaradenie sa respondentov ku jedincom s ukončeným či pokračujúcim seba poškodením. V tejto oblasti sme v priebehu rozhovorov dochádzali

k rozporuplným odpovediam, ktoré sa však nakoniec v priebehu rozhovoru viac ubrali jedným smerom a nám tak umožnili orientačne určiť ich aktuálny stav. Vnímaným limitom bola aj nejednotnosť pojmu sebapoškodzovania. Nakoľko doposiaľ neexistuje žiadna medzinárodná uznaná dohoda o definícii sebapoškodzovania (Kriegelová, 2008) v literatúre, tak sa stretávame u jedincov s ťažkosťami zaradenia svojho správania do tejto kategórie. Zistili sme, že niektoré formy sebapoškodzujúceho správania nepovažujú priamo za sebapoškodzovanie.

Posledný limit pre nás predstavoval práve nedostatok výskumov tejto problematiky na súbore zo Slovenskej či Českej ako klinickej tak neklinickej populácie. V niektorých prípadoch jedinci spomenuli, že sa o sebapoškodzovaní dozvedávali aby porozumeli svojmu správaniu. Vzhľadom na spomínanú nejednotnosť pojmu mohli rôzne získané informácie ovplyvniť jedincovo vnímanie, avšak hlavnú rolu zohráva jeho vlastné presvedčenie o „škodlivosti“ tohto správania. Obzvlášť významný vplyv však predstavovalo aj vnímanie tohto správania okolím.

Mali sme možnosť zistiť, že téma výskumu je značne rozsiahla. Tento fakt sme si uvedomovali nakoľko aj jedným z cieľov výskumu bolo preskúmať fenomén sebapoškodzovania. No napriek tomu nás to pri spracovávaní empirickej časti ešte dost „prekvapilo“. Rozsiahlosť témy však predĺžila rozhovory, ktoré mohli v respondentoch vyvolať únavu. Túto únavu mohla tiež podporiť doba stretnutia. Naši respondenti žiadnu únavu nereflektovali skôr sme sa stretli s tým, že vyjadrili úľavu a vďačnosť za to, že sa mohli so svojou skúsenosťou s niekým podeliť.

Pre ďalší výskum by bolo zaujímavé, keby sa zamerali zvlášť na neklinickú populáciu. Nachádzame zahraničné výskumy, ktoré sú prevažne kvantitatívne a zamerané na klinickú populáciu. Uvedomujeme si, že tá je prístupnejšia z hľadiska ich podchytenia v systéme odbornej starostlivosti, ale neposkytuje nám tak aj druhý pohľad, ktorý je významný pre porozumie tohto fenoménu. V súvislosti so získaním druhého pohľadu považujeme za podstatné realizovať viac kvalitatívnych výskumov hoci sú časovo viac náročnejšie. Sme si vedomí, že ide nie len o časovú náročnosť, ale aj väčší problém získať respondentov vzhľadom na charakter skúmanej témy. Z našich výsledkov sme však mali možnosť vidieť, že hoci sa zúčastniť odhodlalo nie veľké množstvo záujemcov, tak pre nich spoločný rozhovor predstavoval prínos. Preto vidíme potenciál v realizácii kvalitatívnych výskumov na získanie viac odpovedí na sebapoškodzujúce sa správanie jedincov z ich uhla pohľadu. Okrem

získania nových pohľadov nám vyšlo z výskumu, že by bolo zaujímavé preskúmať viac se-
bapoškodzovanie v súvislosti s protizraňovacími dohodami či bezpečnejším se-
bapoškodzovaním. Okrem toho tiež preskúmať čo by samotní se-
bapoškodzujúci jedinci odporučili iným, ktorí sa potýkajú s rovnakým problémom čo môže mať prínos pre zlepšenie prístupu a tera-
pie.

Prínosom tejto práce je minimálne preskúmanie témy samotnej, a to, že sme praco-
vali s klinickou aj neklinickou populáciou. Na tému se-
bapoškodzovania nenájdeme v rámci
Slovenskej či Českej republiky mnoho výskumov napriek tomu, že problematika se-
bapoškodzovania je široko uplatniteľná. Jedná sa o rozšírený problém, ktorý nie je prítomný len
u detí, adolescentov či klinickej populácie. Snažíme sa ponúknuť pohľad na se-
bapoškodzovanie vnímané priamo jedincami s touto skúsenosťou. Zo samotných rozhovorov s respon-
dentami sme mali možnosť pootvoriť rôzne témy, ktoré sú neopomenuteľné v súvislosti
s týmto fenoménom. Ponúkaný pohľad nám môže umožniť lepšie porozumenie tohto sprá-
vania a zvoliť či vylepšiť prístup k jedincom v terapii či v bežnej situácii.

8 Záver

Práca Zámerné sebapoškodzovanie ponúka pohľad na menej skúmanú problematiku v Českej a Slovenskej republike, ktorú je dôležité skúmať. Nejde len o jav prítomný u detí, adolescentov či klinickej populácie. Ide o fenomén, ktorý sa vyskytuje naprieč celou populáciou. U ľudí, ktorý nemajú za sebou sebapoškodzujúcu históriu dochádza k nepochopeniu tohto správania s nepríjemnými reakciami naň. Vo výskumnom súbore sme mali 5 respondentov, z toho 4 ženy a 1 muža. V rámci výskumu pomocou rozhovoru sme získali jedinečné pohľady respondentov na ich skúsenosť.

Zistili sme prítomnosť rizikových faktorov, ktoré sme si označili za situácie vedúce k sebapoškodzovaniu či jeho spúšťače. Najčastejším spúšťačom sebapoškodzujúceho správania boli suicidálne myšlienky. Nejak významne nezaostávali ani diagnózy, inšpirácia, hádky, rozchody, nedokonalosť seba samého a svojej práce, potreba ventilácie či všeobecne dianie zlých vecí. Zaujímavosťou bolo pozitívne vnímanie rezania sa, kde spúšťač predstavovala významná udalosť či stretnutie výnimočnej osobnosti. Rovnako zaujímavý je aj spúšťač vo forme protestu ako prejavu, že jedinec nie je spokojný kde je a s kým je. V našich výsledkoch sa neobjavil vplyv prítomnosti sexuálneho zneužívania a týrania v detstve.

Prítomnosť sebapoškodzujúceho správania u ľudí naráža na neporozumenie. Súvisí to okrem iného aj s bolesťou. Ľudia nechápu prečo by si niekto zámerne spôsoboval bolesť, keď tomu sa snažíme práve celý život vyhýbať. Z odpovedí našich respondentov sme zistili, že bolesť, ktorú si sebapoškodzovaním spôsobujú buď nevnímajú alebo ju takmer necítia. A práve táto bolesť im umožňuje odvieť pozornosť od bolesti prežíanej vo vnútri, ktorá je pre nich neúnosná. Táto bolesť prekryje nepríjemné pocity, prázdnotu, úzkosť či hnev alebo práve vyvolá žiadúci pocit u niekoho kto nič necítil. Samo o sebe sebapoškodzovanie bolesti v určitých prípadoch prináša, avšak nespôsobuje jedincom utrpenie či ujmu.

Čo sa týka foriem a nástrojov sebapoškodzovania tak si prechádzajú progresom a vplyvom kreativity. Bola preukázaná snaha nájsť niečo čo by bolo prijateľné ako pre jedinca tak aj pre okolie. Vyšlo nám, že nástroje sú najčastejšie volené na základe účinnosti. Respondenti najčastejšie volili ostré predmety, ktoré prinášali najväčšie uspokojenie. Bolo spomenuté tiež, že sa jedná o krátkodobé a nie komplexné riešenie. Jeden respondent využíva aj „sekundárnu formu“ sebapoškodzovania – nadmernú dezinfekciu. Tá mu predlžuje stav privodený sebapoškodzovaním. Ako často jedinci siahajú po sebapoškodzovaní závisí od aktuálneho obdobia. V období, ktoré vnímajú najhoršie dochádza k sebapoškodzovaniu

každý deň aj niekoľkokrát.

Sebapoškodzovanie podľa odpovedí našich respondentov predstavuje formu redukcie suicidálnych myšlienok a ochránenie sa pred samovraždou.

Skúsenosť s odbornou pomocou, ktorá predstavovala psychiatria či psychológa mali skoro všetci respondenti. Hlásili však sklamanie spojené s pocitom, že odborník o nich nemá záujem a nevenuje im dostatok času. Respondenti prejavovali záujem zdôveriť sa so svojim sebapoškodzovaním sa niekomu s kým mali blízky vzťah. S niekým komu dôverovali a vedeli, že by pre nich mohol byť oporou a pomôcť im. V odpovediach na to čo by poradili niekomu inému, kto aktuálne zažíva obdobie sebapoškodzovania sa vyskytla rada vo forme nezabráňovania tohto správania, ale zas ani jeho podporovania. U nie jedného respondenta bolo zdôraznené, že dôležité je riešiť príčinu prečo sa správanie deje a nie samotné správanie.

Z rozhovorov nám vyplynulo tiež niekoľko tém. Komunikácia všeobecne v zmysle výmeny či zdieľania informácie. Respondentami bola vnímaná za nedostatočnú, zlú či absentujúcu. Každý z nich prejavil záujem o ňu a tiež o možnosť podeliť sa so svojou skúsenosťou so sebapoškodzovaním. Niektorí však vyjadrili obavy z reakcií na ich správanie. Respondenti tiež spomínali ľudské kotvy zastupujúce rodinu, priateľovi či partnerov. Títo ľudia ich udržiavali v realite, kvôli nim sa snažili so sebou pracovať či tu pre nich zostať. Ďalšou vykryštalizovanou témou boli sľuby. Preukázal sa vplyv na zníženie či ukončenie sebapoškodzovania v prípade, že osoba s ktorou sebapoškodzujúci uzatváral túto dohodu preň predstavoval niekoho významného a nebol pri tom naň vyvíjaný tlak. Poslednou vyplynutou témou boli alternatívne spôsoby, ktoré mali byť riešením aktuálnych pocitov nezraňujúcou formou či aspoň nie priamou.

Záver, ktorý vyplýva z nášho výskumu je, že téma je veľmi rozsiahla a vyžadovala by si ďalšie skúmanie.

9 Súhrn

V teoretickej časti bol kladený dôraz na vymedzenie samotného pojmu sebapoškodzovania. Pre naše účely využívame termíny sebapoškodzovanie, zámerné sebapoškodzovanie a nesuicidálne sebazraňovanie. Najčastejšie využívanou formou sebapoškodzovania býva rezanie sa (Gregg, 2012; Klonsky, 2007). Sebapoškodzovanie býva vo väčšine prípadov sprevádzané symptómami ako je porezané zápästie či stehná ostrým predmetom, vyrezané znaky do kože či jej pálenie (Gregg, 2012). Platznerová (2009) uvádza, že u sebapoškodzujúcich jedincov býva znížená schopnosť rozhodovania a riešenia problémov. Priebeh sebapoškodzujúceho sa aktu sa vyznačuje prítomnosťou precipitujúcej udalosti, zosilnením pocitov dysfórie, napätia a úzkosti (Koutek & Kocourková, 2003). Najčastejšie uvádzané dôvody k sebapoškodzovaniu: zastaviť zlé pocity, zmierniť pocity prázdnoty, samoty alebo izolácie, odvieť pozornosť od iných problémov, znížiť pocity hnevu, uvoľnenie napätia, a riadiť bežiacie myšlienky (Selby, 2010). Výsledkom býva uvoľnenie napätia (Koutek & Kocourková, 2003).

Nasledujúca kapitola je o diagnózach súvisiacich so sebapoškodzovaním. Často ide o emočne nestabilnú poruchu osobnosti hraničného typu, poruchy príjmu potravy, posttraumatickú stresovú poruchu či depresívnu poruchu (Kriegelová, 2008; Platznerová, 2009). Bez ohľadu na splnenie diagnostických kritérií je najčastejšie diagnostikovaná hraničná porucha osobnosti u sebapoškodzujúcich (Platznerová, 2009). Štúdia In-Albony, Peter-Rufy a Schmida (2013) ukazuje na to, že 80 % adolescentov s nesuicidálnym sebazraňovaním nespĺňa kritéria pre hraničnú poruchu osobnosti. Sebapoškodzovanie a suicidálne správanie bývajú často zamieňané (Koutek & Kocourková, 2003). Napriek tomu existuje medzi nimi vzťah a u sebapoškodzujúcich sa je zvýšené riziko samovraždy. U viac ako polovice sebapoškodzujúcich sa o osôb sa uskutoční najmenej jeden pokus o samovraždu (Koutek, 2014). Model vyhýbania sa nepríjemným pocitom je braný ako túžba prekonať nepriaznivé emócie, myšlienky a pocity (Gámez, et al., 2011). Ellis a Rufino (2016) prišli s výsledkami, že vyhýbanie sa nepríjemným pocitom môže byť rozhodujúcou psychologickou premennou suicidality a tiež, že tento model môže terapeuticky prispieť k zníženiu samovražedných myšlienok. V závere tejto kapitoly sa venujeme tiež sebapoškodzovaniu v súvislosti s adolescenciou, subkultúrami a internetom.

Teoretickú časť zakončujeme kapitolou o liečbe. Podľa Walsha (2007) ak sú primárnou funkciou emócie, tak sa liečba musí zamerať na znižovanie emocionálnych spúšťačov

a vzdelávanie v alternatívnych zručnostiach emočnej regulácie. Pre liečbu sebapoškodzovania sa odporúča pristupovať k pacientovi s pochopením, rešpektom a tiež diskretnosťou (Platznerová, 2009). Spomíname aj protisamovražedné dohody uzatvárané medzi odborníkom a klientom, kde sa klient zaväzuje, že si nespôsobí žiadne zranenia. Cieľom je zabrániť rôznym formám ubližovania sebe samému (Caruso, nedat.; Lewis McConnell, 2007). Sullivan (2017) popisuje bezpečnejšie sebapoškodzovanie ako prístup k čistým žiletkám na vlastné použitie a prácu personálu s jedincom, ktorý mu pomôže porozumieť tomu ako sa zraníť bezpečnejšie. Sebazraňovanie je povolené, aby sa zachovala jeho úloha ako mechanizmu zvládania na základe porozumenia, že k nemu dochádza bezpečne.

V empirickej časti sme si stanovili výskumný problém, ktorý predstavovalo neporozumenie sebapoškodzujúceho správania a nedostatočné množstvo výskumov tejto problematiky na Slovensku a Česku. Naším hlavným cieľom bolo preskúmať fenomén zámerného sebapoškodzovania. Vedľajšie ciele predstavovali porozumenie prežívania sebapoškodzujúceho správania jedincov a porozumieť dôvodom, ktoré vedú k jeho opakovaniu. Mali sme niekoľko výskumných otázok – Aká je skúsenosť respondentov so zámerným sebapoškodzovaním? Ako respondenti chápu svoju skúsenosť so sebapoškodzovaním? Čo vedie respondentov k opakovaniu aktu sebapoškodenia?

Pre výskum bol zvolený kvalitatívny dizajn a dáta boli získané prostredníctvom pološtruktúrovaných rozhovorov. Respondentov sme vyberali zámerným výberom prostredníctvom inzerátov na internete: blogy, diskusné fóra, spovednice zamerané na tému sebapoškodzovania. Mali sme stanovené tieto kritériá: vek respondentov minimálne 18 rokov, minulá či aktuálne prebiehajúca priama skúsenosť so sebapoškodzovaním a schopnosť hovoriť osobne a otvorene o období svojho sebapoškodzovania. Náš výskumný súbor nakoniec tvorilo 5 respondentov vo veku 18 - 28 rokov, z toho boli 4 ženy a 1 muž. Etika výskumu bola zaistená informovaným súhlasom respondentov, ktorý zahŕňal všetky informácie o výskume, o anonymite, nahrávaní na diktafón, možnosti neodpovedať na otázky, právo odstúpiť od výskumu a i. Výskum prebiehal na miestach, ktoré si zvolili samotní respondenti. Rozhovor sme po doslovnej transkripcii spracovali pomocou interpretatívnej fenomenologickej analýzy. Celý rozhovor bol zameraný na sebapoškodzovanie respondenta.

Z rozhovorov vychádza množstvo spúšťačov sebapoškodzujúceho správania. Niektoré sa vyskytovali naprieč príbehmi respondentov a iné boli jedinečné. Smútok, otupenosť, samota sú najčastejšie pocity pred sebapoškodzovaním. Po ňom nasleduje vo väčšine prípa-

dov úľava. Bolest' predstavuje neoddeliteľnú súčasť mechanizmu sebapoškodzovania. Z príbehov vyplýva, že bolesť buď nie je vnímaná alebo je považovaná za žiadúcu. Sebapoškodzovanie však jedincom neprináša bolesť, ktorá by im spôsobovala utrpenie či ujmu. Najviac využívanou formou sebapoškodzovania je rezanie a preferovaným nástrojom je žiletka. Na tele zvyknú byť vo väčšine prípadov postihnuté sebapoškodením zápästia a stehná. Po sebapoškodzovaní najčastejšie jedinci siahajú v ťažkom období, ktoré je neúnosné. U všetkých respondentov boli prítomné suicidálne myšlienky a u väčšiny došlo minimálne k jednému pokusu o samovraždu. Navzdory tomu sebapoškodzovanie považujú za formu ako samovražde predísť. Až na jedného respondenta všetci majú skúsenosť s odbornou pomocou. Táto skúsenosť je vnímaná ako sklamanie (nezáujem, nedostatok času). Považujú za podstatné riešiť problém prečo sebapoškodzovanie vzniklo a nie samotné sebapoškodzovanie. Svoju skúsenosť so sebapoškodzovaním vedia jedinci zdieľať najviac s ľuďmi, s ktorými majú blízky vzťah alebo podobnú skúsenosť. Vplyv na to majú aj očakávané reakcie na ich odhalenie tajomstva.

Z rozhovoru sa vykryštalizovalo niekoľko tém. Komunikácia, ktorá bola vo väčšine prípadov neuspokojivá. Zaznamenali sme však túžbu po rozprávaní sa o svojich pocitoch. Nasledovali ľudské kotvy, ktoré motivovali respondentov k práci so sebou samým, snahou ukončiť sebapoškodzovanie a nepodliehať samovražedným úvahám. Vyplynula aj téma sľubov v zmysle dohody o tom, že si jedinec neublíži. Vplyv na túto dohodu mal vzťah a prístup osoby, ktorá dohodu navrhla. Poslednou vykryštalizovanou témou boli alternatívne spôsoby ako snaha presmerovať svoje pocity na niečo iné ako na seba.

Za obmedzenia výskumu považujeme menší výskumný súbor s ktorým je spojená aj nemožnosť zovšeobecniť tieto výsledky na celú populáciu. Ďalej tiež obsiahlosť témy, ktorú bolo náročné zmapovať. Za prínos považujeme získanie rôznych pohľadov na sebapoškodzovanie a množstvo informácií, ktoré môžu byť podnetom pre ďalší výskum. Uplatniteľnosť poznatkov mimo nový výskum je široká, nie len pre prácu so sebapoškodzujúcimi jedincami, ale aj ľuďmi v ich okolí.

Zoznam použitých zdrojov a literatúry

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association. doi: 0.1002/9781118625392.wbecp308

Brüne, M. (2012). *Evolučná psychiatria. Pôvod psychopatológie*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

Carr-Gregg, M. (2012). *Psychické problémy v dospívaní*. Praha: Portál.

Caruso, K. (nedatované). No-Suicide Contracts – What They are and How You Should Use Them. Získané 15. 02. 2018 z <http://www.suicide.org/no-suicide-contracts.html>

DeAngelis, T. (júl/august, 2015). *A new look at self-injury*. Získané 10. 02. 2018 z <http://www.apa.org/monitor/2015/07-08/self-injury.aspx>

Edwards, S., & Hewitt, J. (2011). Can supervising self-harm be part of ethical nursing practice? *Nursing Ethics*, 18, 79–87. doi: 10.1177/0969733010386166

Ellis, T., & Rufino, K. (2016). Change in experiential avoidance is associated with reduced suicidal ideation over the course of psychiatric hospitalization. *Archives of Suicide Research*. doi: 10.1080/13811118.2015.1093983

Farrow, T.L. & O'Brien, A.J. (2003). 'No-suicide contracts' and informed consent: an analysis of ethical issues. *Nursing Ethics*, 10, 199–207. doi: 10.1191/0969733003ne594oa

Freedenthal, S. (2013). The Use of No-Suicide Contracts. Získané 30. 01. 2018 z <http://www.speakingofsuicide.com/2013/05/15/no-suicide-contracts/>

Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23, 692–713. doi: 10.1037/a0023242

Guttridge, K. (2010). Safer self-injury or assisted self-harm? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31, 79–92. doi: 10.1007/s11017-010-9135-z

Hansen, A., Heath, A., Williams, M., Fox, J., Hudnall, A. G., & Bledsoe, C. (2012). No-suicide contracts with Suicidal Youth: Mental Health Professional Perceptions and Current Practise. *Contemporary School Psychology*, 16, 146-159. Získané 20. 02. 2018 z <https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.cz/&httpsredir=1&article=4463&context=etd>

Hartl, P. & Hartlová, H. (2000) *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The Experiential Avoidance Model. *Behaviour Research Therapy*, 44, 371–394. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005

Christie, T., Groarke, L., & Sweet, W. (2008). Virtue ethics as an alternative to deontological and consequential reasoning in the harm reduction debate. *International Journal of Drug Policy*, 19, 52-58. doi: 10.1016/j.drugpo.2007.11.020

In-Albon, T., Peter-Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry Journal*. doi:10.1155/2013/159208.

Kast, V. (2010). *Hněv a jeho smysl: podněty k seberozvoji*. Praha: Portál.

Kinahan, C. J., & MacHale, S. (2014). The surgeon and self-harm: At the cutting edge. *The surgeon: journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*, 12(6). doi: 10.1016/j.surge.2014.03.002

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002

Koutek, J., Kocourková, J., & Dudová, I. (2016). Suicidal behavior and self-harm in girls with eating disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment: Dovepress*, 12, 787-793. doi: 10.2147/NDT.S103015

Koutek, J. (2014). Autoagresivní chování v dospívání. In Kabíček, P., Csémy, L., Hamařnová, J., & et al. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví* (162-166). Praha: Triton.

Koutek, J., & Kocourková, J. (2003). *Sebevražedné chování*. Praha: Portál.

Kriegelová, M. (2008). *Zámerné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada.

Lauw, M., How, H. Ch., & Loh, C. (2015). Deliberate self-harm in adolescents. *Singapore Medical Journal*, 56(6), 306-309. doi: 10.11622/smedj.2015087

Lewis McConnel, L. (2007). No-Harm Contracts: A Review of What We Know. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(1), 50-57. doi: 10.1521/suli.2007.37.1.50

Malá, E. (2009). *Sebepoškozování jako závažný symptom a nebezpečný společenský jev*. Získané 16. 01. 2018 z <http://sebeublizovani.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=441>

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Nielsen, E., Sayal, K., & Townsend, E. (2016). Exploring the Relationship between Experiential Avoidance, Coping Functions and the Recency and Frequency of Self-Harm. *PLoS ONE*, 11(7), 1-20. doi: 10.1371/journal.pone.0159854

Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885-890. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885

Page, A. S. & King, C. M. (2008). No-Suicide Agreements: Current Practices and Opinions in a Canadian Urban Health Region, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(3), 169-176. doi: 10.1177/070674370805300307

Pathin, W. J. & Hinduja, S. (2017). Digital Self -Harm Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 1-6. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.06.012

Platznerová, A. (2009). *Sebepoškození. Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén.

Priebe, S., & McCabe, R. (2008). Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry*, 20, 521–526. doi: 10.1080/09540260802565257

Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. et al. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.

Rozsivalová, E. (2016). Sebepoškození v dětství a dospívání. Získané 27. 02. 2018 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2016/01/06.pdf>

Röhr, P. H. (2015). *Závislost. Jak ji porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál.

Ryšánková, M. (2008). Proč se dospívající sebepoškodují? *Pediatric pro praxi*, 9(6), 383-387. Získané 25. 02. 2018 z <http://pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/07.pdf>

Selby, A. E. (30. januára 2010). *Cutting to Escape From Emotional Pain?* [Správa z blogu]. Získané z 10. 01. 2018 <https://www.psychologytoday.com/blog/overcoming-self-sabotage/201001/cutting-escape-emotional-pain>

Smith, A. J, Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.

Smolík, J. (2010). *Subkultúry mládeže. Uvedenie do problematiky*. Praha: Grada.

Sobotková, N. V. et al. (2014). *Rizikové a antisociálne správanie v adolescencii*. Praha: Grada.

Sullivan, P. J. (2017). Should healthcare professionals sometimes allow harm? The case of self-injury. *Journal of Medical Ethics*, 0, 1-5. doi: 10.1136/medethics-2015-103146

Šuráňová, V. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza (IPA). In Gulová, L., Šíp, R. 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, 2013.

Tschan, T., Peter-Ruf, C., Schmid, M., & In-Albon, T. (2017). Temperament and character traits in female adolescents with nonsuicidal self-injury disorder with and without comorbid borderline personality disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(4), 1-10. doi: 10.1186/s13034-016-0142-3

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Walsh, B. (2007). Clinical Assessment of Self-Injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1057-1068. doi: 10.1002/jclp.20413

Whitlock, J. (2009). The Cutting Edge: Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence. *ACT for Youth Center of Excellence*. Získané 10. 01. 2018 z http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_nssi_1209.pdf

Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948. doi: 10.1542/peds.2005-2543

World Health Organization (2008). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Praha: Bomton Agency.

Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, C. R., Preiss, M. & Plener, L. P. (2014). Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry*, 14(137), 1-14. doi: 10.1186/1471-244X-14-137

PRÍLOHY

Zoznam príloh

Príloha č. 1: Abstrakt BcDP v slovenskom jazyku

Príloha č. 2: Abstrakt BcDP v anglickom jazyku

Príloha č. 3: Otázky k rozhovoru

Príloha č. 4: Informovaný súhlas pre respondentov

Príloha č. 5: Ukážka prepisu rozhovoru

Príloha č. 1: Abstrakt BcDP v slovenskom jazyku

ABSTRAKT BAKALÁRSKEJ DIPLOMOVEJ PRÁCE

Názov práce: Zámerné sebapoškodzovanie

Autor práce: Simona Šlesariková

Vedúci práce: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Počet strán a znakov: 82 strán a 165 231 znakov

Počet príloh: 5

Počet titulov použitej literatúry: 51

Abstrakt:

To, že si niekto dokáže zámerne ublížiť je pre ľudí absolútne nepochopiteľné a pre značnú časť aj desivé. Ľudia nechápu prečo by si mal jedinec zámerne ubližovať keď bolesť je to, čomu sa snažíme celý život vyhýbať. Zaujímalo nás aká je skúsenosť respondentov so zámerným sebapoškodzovaním, ako chápú svoju skúsenosť a čo ich vedie k opakovaniu aktu sebapoškodenia. V teoretickej časti sa zaoberáme vymedzením základných pojmov sebapoškodzovania. Venovaný je aj priestor sebapoškodzovaniu vo vzťahu s diagnózami, suicidálnym správaním či ako model vyhýbania sa nepríjemným pocitom. Uvádzame tiež informácie spojené s liečbou a prístupmi k sebapoškodzovaniu. Respondentov sme získali zámerným výberom prostredníctvom inzerátu na internete (blogy, fóra, skupiny zamerané na túto problematiku). V rámci výskumu sme mali respondentov vo veku 18 - 28 rokov. Jednalo sa o 4 ženy a 1 muža. Dáta sme získavali prostredníctvom pološtruktúrovaného rozhovoru, ktorý bol zameraný na sebapoškodzovanie. Po doslovnej transkripcii rozhovoru sme dáta vyhodnotili interpretatívnou fenomenologickou analýzou. V rozhovore sa objavilo niekoľko tém ako napríklad komunikácia, ľudské kotvy či sľuby.

Kľúčové slová: sebapoškodzovanie, zámerné sebapoškodzovanie, nesuicidálne sebazraňovanie

Príloha č. 2: Abstrakt BcDP v anglickom jazyku

ABSTRACT OF THESIS

Title: Deliberate Self-Harm

Author: Simona Šlesariková

Supervisor: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Number of pages and characters: 82 strán a 165 231 znakov

Number of appendices: 5

Number of references: 51

Abstract:

The fact that someone can intentionally harm themselves is totally incomprehensible to other people, and for many of them even frightening. People do not understand why an individual should intentionally hurt himself when (the) pain is something we're trying to avoid our whole life. We were interested in the experience of respondents with deliberate self-harm, how they understand their experience and what leads them to the repetition of self-harm. In the theoretical part we deal with defining the basic concepts of self-harm. We also address the issue of self-harm in relation to diagnoses, suicidal administration or as a model of experiential avoidance. We also provide information about treatment and approaches to self-harm. Respondents have been intended selected through an ad on the Internet (blogs, forums, groups on this theme). Our respondents were four women and one man aged 18 – 28 years. We obtained the data through a semi-structured interview focused on self-harm. After the literal transcription of the interview, we evaluated the data using an interpretative phenomenological analysis. There were several topics in the conversation, such as communication, human anchors, or promises.

Key words: self-harm, deliberate self-harm, non-suicidal self-injury

Príloha č. 3: Otázky k rozhovoru

1. Aký príbeh stojí za vašim obdobím zámerného sebapoškodzovania?
2. Kedy ste so sebapoškodzovaním začali? (vek)
3. Čo vás priviedlo k tomu, že ste si ublížili prvý raz?
4. Aké pocity a situácie u vás vedú k sebapoškodzovaniu?
5. Čo cítite pred tým než siahnete po sebapoškodzovaní?
 - Aké pocity máte pri SP? / Aké sú vaše pocity po SP?
6. Ako to prebieha predtým než pristúpите k sebapoškodzovaniu? (položila som ju?)
7. Aké spôsoby ste využívali/využívate?
 - prečo práve týmto spôsobom?
8. Na akých miestach sa zraňujete?
9. Ako často siahate po sebapoškodzovaní?
10. Poškodzujete sa osamote?
11. Ako vnímate bolesť? (pred sebapoškodením, sebapoškodenie a po ňom)
12. Máte/Mali ste potrebu si ubližovať čoraz častejšie?
13. Zažili ste situáciu, kedy ste si chceli ublížiť, ale nakoniec ste to nespravili?
14. Máte/Mali ste myšlienky o smrti?
 - Došlo u vás k pokusu o samovraždu?
15. Je vo vašom okolí niekto, kto vie o vašom sebapoškodzovaní?
 - ak áno, kto? prečo práve on/ona?
16. Povedali ste niekomu o vašom sebapoškodzovaní?
 - Aké boli jeho/jej reakcie?
 - Zmenilo sa tým niečo?
17. Naďalej u vás sebapoškodzovanie prebieha?
 - Ak nie, kedy ste s tým skončili? (vek)
 - čo bolo dôvodom, že ste prestali?
18. Vyhľadali ste odbornú pomoc?
 - ak áno – ako to vnímate?; navštevujete odborníka aj v súčasnosti?
 - ak nie – prečo?
19. Domnievate sa, že ste sa od doby kedy ste so sebapoškodzovaním začali nejak zmenili?
20. Čo by ste poradili niekomu, kto sa potýka tiež so sebapoškodzovaním?
21. Je niečo čo by ste chceli ešte povedať?

Príloha č. 4: Informovaný súhlas

INFORMÁCIA PRE RESPONDENTA

Dovoľujeme si Vás požiadať o spoluprácu na výskumnom projekte *Zámerné sebapoškodzovanie*, ktorého cieľom je zistiť ako respondenti vnímajú svoju skúsenosť so sebapoškodzovaním.

Cieľom tejto informácie je oboznámiť Vás o všetkých okolnostiach, ktoré súvisia s Vašou prípadnou účasťou v tomto výskume. Ak by ste mali potrebu ozrejmiť si niektoré otázky, radi Vám ich zodpovieme. Vaša spolupráca bude pozostávať z účasti na rozhovore, ktorý sa uskutoční v priebehu jedného stretnutia, ktorého dĺžka bude záležať od Vašich možností (príbehu). Rozhovor začne položením jednej úvodnej otázky, ktorá bude slúžiť ako impulz pre začatie rozhovoru. Do rozhovoru respondentovi nebude nijak zasahované pokiaľ to nebude nutné (odklon od témy, zaseknutie v hovore, doplňovacie otázky pre lepšie porozumenie).

Výsledky výskumu budú použité len pre účely bakalárskej práce, budú spracované a prezentované anonymne. Vaše meno bude uverejnené len na informovanom súhlase. Kvôli zabezpečeniu anonymity Vám bude pridelený kód, ktorý bude uvedený na všetkých Vašich dátach. Vaša účasť na výskume je dobrovoľná a anonymná. Od výskumu môžete kedykoľvek bez udania dôvodu odstúpiť.

Kontakt:

Odborný dohľad nad výskumom vykonáva PhDr. Olga Pechová, PhD

Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Křížkovského 10, 779 00 Olomouc, ČR

Výskum vykonáva: Simona Šlesariková, študentka Katedry psychológie

V prípade akýchkoľvek otázok ma môžete kontaktovať na emailovej adrese:

vyskumdsh2017@gmail.com

INFORMOVANÝ SÚHLAS

Dobrovoľne a na základe svojho vlastného rozhodnutia súhlasím s účasťou vo výskumnom projekte, s nahrávaním hlasového záznamu rozhovoru a s použitím mojich dát anonymne pre výskumné účely. Prehlasujem, že som bol/a riadne poučený/á o priebehu a všetkých náležitostiach, ktoré účasť vo výskumnom projekte prináša a mal/a som možnosť opýtať sa na skutočnosti, ktoré mi neboli úplne zrejmé. Informovaný súhlas je vystavený dvojmo.

Účastník výskumu	Výskumník
Meno a priezvisko	Meno a priezvisko
Dátum	Dátum
Podpis	Podpis

Príloha č. 5: Ukážka prepisu rozhovoru

(...) Ja: Ten začiatok si vlastne spomínala, že si to vlastne ani dobre nepamätáš, že to bolo po nejakej hádke s mamou.

R3: Áno, to som mala asi 11 rokov. To som bola malinká. Bolo to jednorazové, pamätám si na to, dokonca mám malú jazvu, ktorá by tuto nebola asi vidieť, ale nejakým nožom, pretože proste skauti majú u seba nože, to je taká super vec. Nášmu skautskému oddielu špeciálne zakázali do KPZ, v krabičke poslednej záchrany, máš oficiálne mať žiletku. Nášmu skautskému oddielu to bolo zakázané, pretože keď máš polku detí čo sa sebapoškodzujú, tak to nie je najlepší nápad no, tak to bolo ako len jednorazové a vtedy v tej chvíli mi to veľmi pomohlo. Prišlo mi to také zvláštne, a to.. ale vlastne potom som na to zabudla, lebo v tej dobe som ešte tak často nemala nejaké veci na riešenie. To bolo také bezstarostné detstvo.

Ja: Takže si to prvý krát skúsila takto v tých 11-tich, ten jedenkrát, a potom si to akú dobu nechala?

R3: Približne do tých 13-tich, než s tým vlastne prišla tá kamarátka a tým ako som sa s tým stretávala u nej, tak akoby..

Ja: Takže už v tom kruhu na skaute?

R3: Áno. Tak asi dvakrát v priebehu, tak sa mi stalo, že asi rok a pol som to vôbec nerobila, že som nemala tú potrebu, takže ako boli tam aj celkom dlhé pauzy. Ale.. asi záleží.

Ja: Potom aké boli všetky tie situácie čo ťa k tomu viedli?

R3: To bolo zasa veľmi rôzne. No vlastne zo začiatku, keď som to začala robiť to bolo dosť to, akože síce som mala nejaké problémy, ale takto skôr väčšinou ešte v tej dobe to boli také tie pseudoproblémy. Ako bola to vlastne tá kamarátka čo bola s tým problémom, čo všetko a tak, ale ešte to bola skôr tá komunita, skôr to zvládanie tých pubertálnych emócií, neskôr to bolo fakt riešenie nejakých väčších problémov, ktoré som nezvládala, proste som nezvládala vymyslieť to riešenie, a to mi hrozne vadilo, tiež to, že som furt riešila tých ostatných a potrebovala som nejako ako sama, ak som nemala ani čas premýšľať sama nad sebou. Možno, keby som vtedy nad tými svojimi problémami premýšľala tak by som to nerobila, ale .. ako, že by som si to vyriešila. A potom nejakú dobu to bolo fakt ako viac menej rituál, kde to bolo pre mňa ako, zažila som výnimočnú udalosť a mala by som na to mať pamiatku, a to bolo obdobie asi tak rok, takže v tú chvíľu to bolo aj nejako akoby slávnostný rituál. Napríklad mám niekde jazvu na pamiatku, na maturák. Je to také divné, ale tak ako na maturák. Alebo práve na ten summit. Alebo na nejaké osobnosti, ktoré som stretla.. a na ktoré nechcem zabudnúť. Takže v tú chvíľu to bol nejaký rituál dajme tomu na spôsob tetovania,

proste spomienky. Brala som to vo svojej podstate pozitívne ako nejakú.. ako niečo čo by malo nechať známky na mne, tak ich zanechá aj viditeľne. Neskôr to fakt bolo v tých panických atakoch. To bol veľmi nepríjemný pocit, ale vlastne to je skôr spojené s tými atakmi, než s tým sebapoškodzovaním. To vlastne pre mňa bolo, také akože, taká úľava, pretože potom som napríklad ospalá, mohla som konečne ísť spať, nemusela som to riešiť. To vlastne bolo, keď som tam v tých 15-tich, 16-tich a boli tie rôzne problémy v tom oddiele, a tak.. Tak to bolo to isté. Proste ja som bola šialene vyčerpaná akoby z tých riešení problémov a v okamihu tohto človeka tak nejak vypol hlavu a cítil sa zrazu ďaleko. Proste mohol napríklad zaspať a neriešiť to. Cítil sa vyčerpane. A vlastne tie pocity predtým, ja som sa dosť často predtým než som to urobila, to samotné rezanie, tak som sa cítila dosť často akože úplne odtrihnutá od tých svojich emócií. Že vlastne, áno bola som tam, stále som dokázala ako nejak vnímať, ale proste nedokázala som tie emócie ani spracovávať. Cítila som sa napríklad síce hrozne smutná, taký ten tupý smútok nie intenzívny, nie.. nič. Asi nejaká taká ako malátnosť, že človek proste nedokáže si... si hovorí, že je proste super sa zdvihnúť, ísť si zabehať niečo také ja som proste nedokázala moc vstať ako proste to vôbec nešlo. Zvlášť ešte ako potom, keď ono to asi prerástlo v nejak regulérnu depresiu, tak tam proste nešlo nič robiť. Nebola som schopná vstať, nič.. proste človek sa snažil spať ako najdlhšie to šlo, a keď to potom nešlo, tak sa s tým proste musel nejak vyrovnávať a toto niekedy proste pomohlo, že ak sa človeku zvýšil ten adrenalín proste to tak bol schopný niečo urobiť. Vstať, a potom to napríklad aj to nejakým spôsobom vyriešiť. Proste dosť často boli predtým nejaké pocity ako úplného otupenia, smútku... viem, že práve ako v tých rôznych denníčkoch, ktoré ja furt niekde mám tak, keď som mala nejakých proste 15, tak som to popisovala ako, že proste mám pocit akoby som mala v hrudi čiernu dieru a ona úplne všetko vysávala a ja proste som nemohla nič robiť. Všetko do nej padalo. Takže asi tak, no.. Neskôr, keď som mala tých 19,20,21 tak som to robila dosť často, keď som bola opitá. Pretože ako, vtedy som mala celkom dosť silnejší pud sebazáchovy a ani som to nezvládla, keď som nebola opitá. Potom som sa proste opila a zrazu v tú chvíľu to bolo, a ako bol človek proste oblbnutý tým alkoholom, tak to bol taký intenzívnejší zážitok. Bola som hrozne opitá a hrozne nešťastná a vtedy to bolo v tej chvíli také.. ten pocit umocnený tej úľavy, alebo.. alebo aj toho protestu. Pretože on to bol dosť často ako protest, pretože proste ja som bola niekde a.. bola som niekde s ľuďmi v bare a bola som proste opitá a nechcela som tam byť, chcela som ísť domov, chcela ísť spať, chcela som proste to nemusieť riešiť, nemusieť sa s nimi baviť, už ako zároveň proste to proste boli jediní ľudia, s ktorými som sa v tej dobe bavila a v tú chvíľu to bol taký ako protest sama pre seba, že proste toto nechcem vlastne. A oni to akoby toto

nevideli zas ten protest, ale akoby pre mňa samu ďalší deň som to urobila znova tak ako to už, to už potom to človek zas vnímal inak, keď bol triezvy.

Ja: Aký bol rozdiel medzi pocitmi, ktoré boli pred a potom?

R3: U mňa veľmi úľava, určite... veľmi nejakým spôsobom to, že som dokázala vnímať ostrejšie, proste silnejšie zmyslové vnímanie, dokázala som myslieť jasnejšie, predtým sa mi dosť často stávalo, že som nebola ani schopná poriadne premýšľať a v okamihu, keď som to spravila tak už som ako bola schopná proste si racionálne povedať, áno, okej. Napríklad potom, prejsť k nejakému riešeniu práve. Takže ako nejaké vyjasnenie, ukludnenie, utriedenie si myšlienok... dosť často aj ten pocit, že tým vyjadrujem nejaký proste statement, že tým, že som to urobila, tak to proste niečo znamená už, že dávam buď najavo, že je problém alebo že je proste alebo v tom pozitívnom slova zmysle, že ako je to pre mňa dôležitá vec, takže akoby nejaké spečatenie toho, že je to dôležitá vec a že proste som si to tak pre seba ujasnila. Takže veľa akoby, ujasnenie si pocitov, úľava, nejak akoby paradoxne aj fyzicky tak psychicky, pretože fyzicky to ako to bolelo na tom jednom mieste, ale akoby celkovo to telo sa nejakým spôsobom uvoľnilo a proste sa to sústredilo do toho jedného bodu a nie do celého tela, či hlavy, či do hrude, takže nejaká koncentrácia.

Ja: Tie pocity predtým?

R3: Veľmi ten smútok, odpútanie od vlastnej mysle, taká proste nemožnosť.. nemožnosť sa sústrediť, nemožnosť sa nejakým spôsobom sa ani napríklad konštruktívne zaoberať tými problémami, stále som začala nad niečím premýšľať a tá, proste hlava akoby vyplala. Ani nie, že by som premýšľala nad niečím iným proste sa vypínala, furt som sa točila v kruhu, v myšlienkach.. dosť a často teda som riešila nejaké problémy. Alebo mala som aj pocit, že ako ma okolie nechápe.. ale tak ani nie ako takí tí protestujúci tínedžeri čo majú pocit, že ich nikto nechápe, ale, že v tú chvíľu napríklad ani ma nemôžu pochopiť alebo ja nie som schopná im to povedať tak aby to oni mohli pochopiť, že nie som schopná to ani vyjadriť. Proste aj odcudzenie od okolitého sveta. Odcudzenie, otupenie, ten smútok samozrejme, tá panika to už bolo dosť inde, ale tak to proste šialená panika, to bola aj proste fyzická bolesť úplne. To je teda úplne iný stav mysle. No proste šialený strach, šialený.. no len niekde inde no.

Napríklad zo začiatku ako fakt som tým bola hrozne fascinovaná, tak som proste išla domov zo školy a už som vedela, že to ako urobím, že je to proste ako rituál. Tak som to hrozne skúmala, aké to má účinky a tak.. a...niekedy zas fakt ako bolo úplne spontánne v tú chvíľu, keď mi začalo byť naozaj zle a som rýchlo potrebovala, tak proste.. som svojím spôsobom preto hľadala vyjadrenie. A keď som zrovna bola doma, kde ako tá možnosť bola, tak sa to stalo, ale vychádzalo to z toho momentálneho stavu fakt a niekedy to bolo aj, že vlastne

vôbec som nemala dôvod. Som proste niekde bola, kde bol nejaký nôž alebo niečo a proste ma to tak len napadlo a asi pre ten pocit alebo tak som to proste urobila.. zase v niekoľkých tých rôznych obdobia sa mi toto stalo pár krát, ale to asi nikdy nebol ako nejaký zvyk z toho.. len niekoľko krát.. a napríklad zvlášť, občas neskôr, keď som bola opitá tak mi to zrazu prišiel ako super nápad. Ani v podstate som nemala žiadny dôvod, žiadny ako smútok čo by som riešila. Len akoby.. som vlastne mala rada ten pocit. Tak som to urobila.

Ja: Aké spôsoby a nástroje si využívala?

R3: Tak nože, žiletky v podstate.. niekedy som sa niečím popálila, ale to mi zas tak moc nevyhovuje, pretože ja potrebujem ten viditeľný dôsledok, a to tam proste nebolo.. občas som do niečoho mlátila alebo tak, ale to mi tiež ako vlastne moc nepomáhalo, takže.. skôr fakt niečo ako porezanie. Proste aby tam bol ten jasný rez, no.

Ja: Na akých miestach na tele?

R3: Hlavne ruky. Zo začiatku som to robila, len akoby na hornej strane, teraz vlastne skôr na spodných stranách a.. menej, fakt ako celkom málo niekde ako stehná alebo boky, ale ako v podstate skôr nie. Ony tie ruky sú také viac viditeľné a.. človek ich má a zároveň sa to tam dá dosť schovať nejakým náramkom alebo tak, tak je to.. v podstate skoro vždy ruky.

Ja: Čo sa týkalo intenzity a frekvencie?

R3: Hrozne rôzne. Niekedy fakt aj každý deň, proste. Zo začiatku dosť ako som to skúmala, neskôr napríklad, keď bolo fakt nejaké to krízové obdobie. Niekedy bolo aj také akoby horšie obdobie, že to aj raz za týždeň, za dva týždne pravidelne po celkom dlhú dobu. Potom už som vlastne hovorila, tak asi dva krát sa mi stalo, že aj rok a pol som to vôbec nerobila, pretože proste nejak zrovna nebola potreba alebo tak.. Takže hrozne rôzne. Napríklad v súčasnosti za posledný rok keby som to mala zhrnúť, keď už je teda ten stav nejaký dajme tomu u mňa stabilizovanejší tak sa to stane raz za mesiac, za 6 týždňov a sú to v podstate dosť malé rany, že to nie sú tak veľké rezania.

Ja: Predtým bývali väčšie?

R3: Zase ako kedy. Zo začiatku nie. Zo začiatku boli proste väčšinou skôr maličké a tie veľké paradoxne boli skôr v dobe, kedy som to brala skôr pozitívne, že na pamiatku alebo tak. A potom, keď som bola opitá tak som to úplne neodhadla, takže no čo sa ako aj jednu dobu to bolo tak ako spojené, takže no..

Ja: Teda hovoríš, že ste mali vtedy takú tú svoju skupinku, ale napriek tomu vždycky si sa zraňovala sama, osamote.

R3: Áno.

Ja: Ako si vnímala tú bolesť, tú pred tým a tú potom?

R3: Predtým bola proste taká tá tupá bolesť a keď som sa pozerala bola proste v jednom tom mieste, zároveň bola len fyzická, že to do istej miery prehlušilo tú psychickú bolesť. Nikdy sa mi nestalo, že by tá bolesť bola nejak výrazne nepríjemná, že by som proste zrazu začala ľutovať to, že som to urobila alebo tak, pretože by ma to proste bolelo moc. Skôr niekedy mi to prišlo potom otravné v ďalšie dni, keď na to človek narazil a ono to tak hrozne svrbelo, bolelo, hojilo sa to. Takže akoby, ale ja som nikdy nemala nejak extra hlboké rany. Vlastne mám iba pár, z ktorých mám vôbec nejaké jazvy, takže to boli skôr také škrábance, nebola to tak veľká bolesť.

Ja: Nechávala si si tie rany zahojiť? Alebo, keď si hovorila, že ťa potom trápili, že to aj svrbelo..

R3: Ja som to nechávala zahojiť, nič som nikdy ako proste.. napríklad kamarátka to rezala cez seba, a to by mi proste chýbalo, to že mám tú čistú kožu, a proste urobím tam nový rez, takže.. Ja som to nechávala nejak ako zahojiť a nejak vlastne som to moc neriešila, Pár krát sa mi stalo, že som cez to nejak mala náplasť alebo tak, pretože to bolo na viditeľnom mieste alebo tak, alebo som si na to jednu dobu dávala nejaké mastičky aby sa to hojilo rýchlejšie, ale viac som to neriešila.

Ja: Zažila si niekedy situáciu, kedy si si chcela ublížiť, ale nakoniec si odolala?

R3: Áno, pár krát sa to asi stalo. Bolo to asi keď som sa snažila prestať kvôli tomu prvému priateľovi tak akoby som si povedala, že nie. To som mala nejakých 16 rokov. To my sme spolu boli asi rok a pol a on akoby.. potom som mu to vlastne akoby hovorila, on ako dosť chcel aby som prestala takže vlastne skoro asi rok z tej doby som to nerobila, takže.. A asi sa to pár krát stalo, ale väčšinu tej doby som s tým asi nemala taký problém aby som akoby radšej si prechádzala tou dilemou než aby som to neurobila, no.

Ja: Takže držalo ťa to, že proste si mu sľúbila, že to vydržíš.

R3: Áno, presne. Ja som to vlastne sľúbila, lebo som v tom sama nevidela taký zmysel, že som si hovorila, že možno by mi to pomohlo, ušetrila by som si trápenie, ale snažila som sa kvôli nemu, teda.

Ja: Aký bol ten pocit, že si to sľúbila niekomu, boli tam potom nejaké tie tenzie, že musím, chcem, ale neurobím to?

R3: Bolo to skôr také ako otravné, som si hovorila, ty vole ja už proste chcem asi.. viem ako to funguje, mohla by som to spraviť a mohla by som do štvrt hodiny sa už netrápiť a ísť spať, a teraz ako.. kvôli tomu radšej ešte hodinu budem smutná a nebudem spať.. takéto. Zároveň keď som to sľúbila tak som to chcela dodržať. A hlavne trochu som akoby nechápala prečo všetci to brali ako hrozne big deal a pre mňa to proste big deal nebol, pre mňa to

bolo akoby jednoduché riešenie. Jasné, nebolo to pre mňa nič viac, bolo to dosť tým, že proste v tom okolí bola aj tá kamarátka čo mala tie samovražedné tendencie a chápem, že proste pre ľudí z vonku je to hrozne ťažké odlišovať ale proste mne to neprišlo ako nič tak hrozné, pretože ja som vedela, že ja takéto tendencie nemám, ale chápem, že pre tých ľudí to bolo ťažšie odlíšiť, no.

Ja: Takže spomínala si teda, že samovražedné tendencie u teba neboli a myšlienky..

R3: ..boli asi pred rokom, ale predtým neboli. Pre rokom jak som akoby v tom decembri mala fakt ako depresiu, že som asi mesiac nevyšla z domu tak som mala aj samovražedné myšlienky, ale vlastne nikdy to nedošlo ani k tomu, že by som si začala zisťovať ako to robiť, že by som sa o to pokúsila. Žiadny pokus, ale ako tie myšlienky tam boli a.. doteraz sa to občas objaví, ale skôr tak akože.. ja neviem, človek ide autom a zrazu si predstaví aké by to bolo keby umrel a vlastne mi tá predstava nepríde desivá. Čož je samo o sebe trochu desivé. V určitom okamihu akoby mi to zrazu prestalo pripadať ako desivé, alebo také to, že som to nechápala. Dlho som nechápala tieto myšlienky. Vždycky mi prišlo, že človek má prečo žiť a že to je úplne jasné. A asi pred rokom ako som to pochopila, že niekedy sa človek fakt ako cíti tak, že proste už to nezvláda a že proste by to bolo jednoduchšie, ale vlastne nikdy som akoby nepristúpila k niečomu ďalej.

Ja: A v tom decembri to len tak prišlo, vlastne ten pocit tej depresie alebo to bolo niečím odôvodnené? Udialo sa vtedy niečo?

R3: V tej dobe som sa rozišla s nejakým chalanom a začala som práve, ale chodiť s Michalom s ktorým som doteraz, ale akoby to bolo skôr také, že už to bolo jasné dlhšiu dobu.. skôr sme sa k sebe správali ako kamaráti ako nejak sme obaja vedeli, že to príde a tak a necítila som sa kvôli tomu nejak horšie, skôr proste asi.. ako prišla tá zima a vždycky akoby stres kvôli škole tak to nejak sa skôr zložilo. Pretože akoby som bola z toho čo sa rôzne dialo predtým vyčerpaná ten ako posledný človek, s ktorým som chodila pred Michalom, on sám mal dosť silné psychické problémy. Bolo to také to klasické, že som riešila cudzieho človeka než seba, ale akože ja som si tam dosť držala odstup už ako som to chápala, ale stále akoby tam boli tie problémy natoľko silné, že asi nejde aby ma to nezasiahlo. On ako ozaj mal halucinácie kedy nevedel čo robí a bolo to dosť nepríjemné. Ako ja som si fakt svojím spôsobom držala odstup a vlastne aj kvôli tomu som ten vzťah asi potom postupne uťala, ale aj tak to vo mne niečo zanechalo a teraz človek to tak nejak všetko postupne spracovával a také to klasické, že keď sa to deje, tak človek ešte zvláda, a potom zrazu, keď to opadne tak proste sa to naň všetko zosype a vráti sa to. Takže možno čiastočne to, ale hlavne proste klasicky zima.

Ja: Tá zima, to obdobie na teba vplýva. Takže tak to máš každý rok?

R3: Áno. Dlho čo si pamätám. Tak ako dieťa som to asi úplne nevnímala, ale aj celú tú pubertu vždycky proste ako prišla zima, akonáhle napadne sneh, akonáhle nie je vonku zeleno.. Mňa hrozne ukludňuje zelená farba asi tým, že som dievča z dediny, človek čo je zvyknutý chodiť do prírody. Tak akonáhle to nie je, tak mi to hrozne chýba. Väčšinou to dosť intenzívne príde s tou druhou polkou novembra, začiatkom decembra, kedy už fakt je zima, už nie sú také tie pekné dni ani a keď už je fakt opadané to lístie a je to najintenzívnejšie tak do toho nového roku, a potom už si človek na to tak trochu zvykne, takže sa cíti nejak lepšie alebo sa dosť teší na tú jar a furt to tam je, ale.. vlastne je to najintenzívnejšie práve pred tými Vianocami mi to príde, je tam nejaký vianočný zhon a tak, takže..

Ja: Po tých Vianociach sa ti uľaví?

R3: Trochu áno. Možno aj tie prázdniny, ale dosť často som cez tie prázdniny práve ešte mala voľno, ale bola som dosť smutná, a tak potom skôr akože si človek asi už zvykol.

Ja: Osoba, ktorá o tom vie. Takže to vlastne tá sestra, tá vaša skupinka „skautáci“. Bol tam ešte niekto?

R3: Jednu dobu nejaká tá spolužiačka čo mi bola celkom blízka. Potom neskôr väčšinou ten človek s ktorým som chodila, tak tým som to hovorila alebo si to všimli sami a sami sa opýtali a pár nejakých práve ako bližších kamarátov v priebehu tých rokov vždycky ako, keď niekto bol dosť dobrý kamarát tak nakoniec som mu to nejak povedala alebo tak, ale väčšinou to ani nebolo tak akože mám problém a teraz sa cítim hrozne a toto, ale skôr na to prišla nejak reč a ja som povedala, že som si tým prešla tiež a proste chápem to alebo tak, takže ako skôr skúsenosť.

Ja: S akými reakciami si sa stretla, keď si im to povedala?

R3: Niekedy tí zo začiatku tie ostatné baby boli také, ty si úplne blbá, sme ti hovorili aby si to nerobila, nám to robí len problémy, tak skôr akoby trochu našťavané, ale z toho, že majú o mňa starosť, a potom väčšinou fakt ako starosť tých ľudí, hlavne tých ..čo si tým prešli tak to ešte dokázali brať trošičku s nadhľadom, ale tí čo to nikdy nerobili tak to dosť často berú ako veľkú hrozbu alebo že to vznáša nejaký veľký problém a nejak tak, takže dosť často neradi videli, chvíľu sa ma snažili dohnať práve k sľubom, že už to nikdy neurobím som hovorila, že tak to je kravina, tak proste keď budem spokojná tak to proste neurobím dosť dlhú dobu alebo s tým raz aj úplne prestanem, ale ako nedá sa to takto direktívne to spôsobuje akurát tak väčší stres mi a skôr sa dostanem do nejakej situácie, kedy to urobím. Takže proste dosť starosť, nepochopenie, ja som rada za to, že to nechápu, že to nemusia riešiť, že áno, ale vlastne väčšinou mi tá starosť prišla taká ako neúmerná tomu problému, keď sa proste stará len o to sebapoškodzovanie. Samozrejme akože, teraz proste posledný rok, keď ako

fakt som mala problémy iné, tak úplne chápem starosť tých ľudí, ktorí o tom vedeli. Akože to tam úplne chápem, že tá starosť je oprávnená. Ale proste je to kvôli niečomu inému trochu.

Ja: Takže, keď si prišla ty k starostiam tak si pochopila tie starosti tých ostatných?

R3: Áno.

Ja: Kedy si si ublížila naposledy, to bolo niekedy pred tým septembrom?

R3: Nie, naposledy to bolo tak pred tromi týždňami, kedy práve som sa bála, že budem mať ten panický záchvat, a tak som to radšej urobila. Ale mala som pocit, že tomu panickému záchvatu inak neujdem tak som to urobila. A v podstate je asi pravda, že predtým celkom dlhú dobu som to skoro nerobila. Možno vlastne paradoxne asi skoro celú zimu, vlastne dajme to od toho decembra do toho leta som to možno asi nerobila. Ako som mala intenzívne tie záchvaty tak niekedy v polovici ako proste som sa k tomu nejak ako chvíľkovo vrátila. Ale v podstate, neriešila som tým tie záchvaty vždycky. Tak jeden z piatich alebo nejak tak. Videla som to inak, no. Takže asi tak.

Ja: Ako to prebieha, že, keď vravíš, že si mala pocit, že to príde?

R3: Ja to cítim aj tri hodiny predtým, že proste sa prestanem cítiť vo vlastnej koži, začnem sa cítiť tak ako odstrihnutá od toho a niekedy to trvá aj pol dňa a teraz ako človek vie, že keď príde domov a bude sám tak to bude horšie, a potom ako vyložene už začne cítiť tie príznaky. Poslednú dobu sa mi to dialo fakt ako často tak akoby už spoznávam fyzické príznaky. Napríklad mi začnú brnieť nohy a začne ma tak nejak zvierať na hrudi a tak a mám pocit, že ma svrbia končatiny a potom s tým akoby tá myseľ sa začne odstrihávať a tak už poznám o čo ide. A nejakú dobu sa s tým človek snaží bojovať, ale potom začne cítiť, že sa to začne ako zvrhávať a že už to moc nejde, a to tak proste v tom okamihu pre mňa bolo jednoduchšie to urobiť alebo vlastne asi som sa k tomu vrátila tak, že to bolo v priebehu nejakého toho záchvatu a ja som fakt chcela aby to prestalo a dost' mi to pomohlo, a potom som to urobila skôr akoby preventívne alebo zo začiatku toho záchvatu.

Ja: Bol tam nejaký iný ten pocit, keď vravíš, že niekedy si to nevyužila a niekedy áno.

R3: Možno to skôr, že to nebol priamo pocit toho záchvatu, pretože ten je pomerne podobný celú dobu, skôr akoby napríklad v akom rozporení som bola v ten deň celkovo alebo kedy to bolo, keď to bolo niekedy dopoludnia a človek ešte má pocit, že s tým zvládne bojovať a že teraz ide do školy, tak sa premôže a ako pôjde do tej školy, a tak som to nerobila a šla som tam, ale stalo sa, že to bolo neskoro večer a práve ja už som chcela spať, chcela som to neriešiť takže v takomto okamihu som skôr po tom siahla. Ten záchvat v podstate prebieha väčšinou rovnako alebo, keď to bolo opakované, ten záchvat prišiel dva dni za sebou a človek vedel, že by prišiel tretí tak už radšej nie, to už potom človeka rozhádže na celý týždeň,

a proste pokiaľ to šlo riešiť inak, tak som sa snažila skôr.. Ani nie, že by som zvažovala, ktoré riešenie je lepšie horšie a tak ďalej, ale tak proste, že ako prirodzene sa človek snaží s tým bojovať, nejak inak asi. Že to už je to.

Ja: Tak čo sa týka tej odbornej pomoci, tak si spomínala, že si bola teda raz u psychologičky a už si nič iné neriešila?

R3: Už som tam nešla.

Ja: Ani si nad tým neuvažovala ďalej do budúcnosti?

R3: Zvažovala som to potom v tom septembri, prelom august september. Kedy akoby mi fakt bolo zle a potom akoby som sa chcela o tom porozprávať s mamkou, že by som tam zase šla k tej psychologičke a zatiaľ som akoby si nainštalovala nejakú aplikáciu volá sa to seven cups alebo niečo také a je to ako, že sa tam môžeš zveriť rôznym ľuďom a tak. A vlastne som tam pár krát ako niečo písala a krátkodobo mi to v tú chvíľu nejako pomohlo. Potom som necítila tú akútnu potrebu, tak som to nejak furt odkladala a bola toho kopa, ja som medzi tým jazdila na rôzne akcie, práve ako účastník a tak a začala škola potom to tak nejak vyplynulo ako, že som to tej mame vlastne nepovedala, pretože som už bola tri týždne v pohode, a to som nebola strašne dlho. A potom ako som bola zrazu mesiac v pohode, mesiac a pol, tak už som za tou mamou nešla. Ale s tým, že keby sa mi to vrátilo tak fakt som už v tú chvíľu odhodlaná v podstate bola. Asi keby sa to vrátilo v takej zlej forme, tak by som asi za tou psychologičkou išla. Uvidíme, keď príde zas tá predvianočná depka ako sa s tým vysporiadam no. (...)