

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ U ADOLESCENTNÍCH DÍVEK



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Mgr. Michaela Berková**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.**

Olomouc

2020

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D. za vstřícný přístup a čas, který věnoval vedení mé práce. Děkuji respondentkám, které svolily ke sdílení své osobní zkušenosti. Děkuji Mgr. Haně Ortmannové za odbornou i lidskou podporu během studia. A konečně děkuji svému partnerovi a rodičům za podporu nejen ve studijních záležitostech.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Sebepoškozování u adolescentních dívek“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 9.4.2020

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1	Sebepoškozování	7
1.1	Vymezení sebepoškozování	7
1.2	Výskyt sebepoškozování	9
1.3	Diagnostika sebepoškozování	10
1.4	Etiopatogeneze sebepoškozování	11
1.5	Motivace k sebepoškozování a jeho funkce	12
1.6	Terapie a prevence.....	13
2	Adolescence	16
2.1	Vymezení adolescence	16
2.2	Změny v adolescenci	17
2.2.1	Tělesné změny	17
2.2.2	Psychické změny	19
2.2.3	Sociální změny	21
3	Dětské oddělení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech	23
3.1	Psychiatrická nemocnice v Dobřanech.....	23
3.2	Dětské oddělení	24
	VÝZKUMNÁ ČÁST	27
4	Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky	28
5	Typ výzkumu a použité metody	29
6	Sběr dat a výzkumný soubor	30
6.1	Zkoumaná populace a výběrový soubor	30
6.2	Metody tvorby dat	31
6.3	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	33
7	Práce s daty a její výsledky	36
7.1	Interview s dívkami	36
7.1.1	Otevřené kódování	36
7.1.2	Axiální kódování	43
7.1.3	Selektivní kódování.....	44
7.2	Interview s ošetřujícím personálem.....	46
7.2.1	Otevřené kódování	46
7.2.2	Axiální kódování	51
7.2.3	Selektivní kódování.....	52

7.3	Shrnutí a interpretace získaných dat.....	52
8	Diskuze	55
9	Závěr.....	58
10	Souhrn.....	59
LITERATURA.....		61
PŘÍLOHY.....		65

ÚVOD

Jaká by byla vaše první reakce, kdyby vám někdo blízký řekl, že si záměrně a dobrovolně ubližuje? Byli byste zděšení, naštvaní nebo znechucení? Měli byste o něj strach? Zpanikařili byste? Chtěli byste mu pomoci? A ptali byste se proč? Nebyli byste zřejmě sami, kdo by takto uvažoval. Přestože je sebepoškozování v dnešní společnosti již částečně detabuizováno, většina lidí pohnutkám záměrně si ubližujících jedinců nerozumí a často pak jejich chování mylně považuje za projev emo kultury či mu přisuzuje suicidální záměr.

Problematika sebepoškozování představuje zejména v populaci dospívajících velmi aktuální téma, kterému je záhodno věnovat patřičnou pozornost. Záměrným sebepoškozováním se zabývá především psychologie, psychiatrie či pedagogika, a to jak teoreticky, tak zvláště aplikovaně.

Cílem teoretické části práce je seznámení s problematikou sebepoškozování v kontextu dospívání. Praktická část se zaměřuje na zmapování sebepoškozující zkušenosti u dospívajících dívek hospitalizovaných na dětském oddělení psychiatrické nemocnice, a zároveň má ambice prozkoumat zkušenosti a postoje ošetřujícího personálu tohoto oddělení k problematice sebepoškozování.

Podnětem pro sepsání předložené práce je osobní profesní zkušenost se sebepoškozujícími se dívkami. Osobním cílem je hlouběji proniknout do zkoumané problematiky, probádat motivaci dívek k záměrnému sebepoškozování a případně objevit další možnosti terapie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

1.1 Vymezení sebepoškozování

Terminologie v oblasti problematiky sebepoškozování je především v anglicky psaných odborných textech značně nejednotná, na což upozorňuje např. Kriegelová (2008). Nejčastějšími pojmy, které pro označení sebepoškozování zahraniční autoři uvádějí, jsou self-harm, Deliberate Self-Harm neboli DSH, self-injury, automutilation či self-mutilation. Mezi všemi těmito ekvivalenty existují určité nuance zejména v definicích těchto pojmů. U nás se alternativně můžeme setkat s označením sebezraňování, autoagresivní chování, sebepoškozující chování či automutilace. Pro potřeby této práce bude nejčastěji užíváno pojmů sebepoškozování či záměrné sebepoškozování.

Sebepoškozující chování (Self Destructive Behaviour neboli SDB) je zastřešujícím pojmem pro nejrůznější způsoby poškození vlastního těla zahrnující kromě nejrůznějších způsobů sebepoškozování, tak jak se jimi budeme zabývat v této práci, také např. kouření, pití alkoholu, piercing, tetování či rizikové sporty (Kriegelová, 2008). Tyto „sebedestruktivní“ akty jsou dnes v naší kultuře všeobecně přijímány a jako sebepoškozující chování tak vlastně ani označovány nebývají.

Abychom pojmu sebepoškozování správně porozuměli, je nezbytné nejprve objasnit význam tohoto pojmu. K tomu nabízíme srovnání definic sebepoškozování v podání několika autorů.

Psychologický slovník vymezuje sebepoškozování coby „*dobrovolné poškození vlastního těla bez sebevražedného úmyslu*“ (Hartl & Hartlová, 2010, 515). Koutek a Kocourková (2003, 73) definují sebepoškozování jako: „*chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity*“. Podobné, avšak trochu rozšířené vymezení nabízí také Platznerová (2009, 11), podle níž sebepoškozování představuje: „*komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky a které lze nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na akutní a chronický stres*“. Taktéž Emmerová (2018, 88) uvádí, že: „*zámerné sebapoškodzovanie je akt fyzického násilia voči sebe. Ide o zámerné a vedomé správanie, ktorému chýba cielený zámer zomrieť*“. Rozsívalová, Trefilová a Paclt (2010, 239) zastávají názor, že v případě

patologického sebepoškozování se jedná o „*škodlivý zvládací mechanismus, nevhodnou copingovou strategii*“.

Společným jmenovatelem nejrůznějších vymezení záměrného sebepoškozování je skutečnost, že jedinec fyzicky ubližuje sám sobě, zcela záměrně a cíleně. Všechny výše uvedené definice navíc reflektují jednu důležitou skutečnost, a sice že při sebepoškozování není záměrem onoho jedince zemřít, čímž z vymezení vylučují sebevražedné akty, které ve starší literatuře pod sebepoškozování zahrnovány byly (Platznerová, 2009).

A. Favazza, autor první psychiatrické publikace zaměřené na problematiku sebepoškozování – „*Bodies Under Siege*“, se rovněž jako první pokusil sebepoškozování klasifikovat. Favazzův klasifikační systém je dodnes široce přijímaný a v odborných textech jedním z nejcitovanějších. Sebeпошкозовání (self-mutilation) rozděluje na závažné, stereotypní a mírné neboli povrchní, které zahrnuje tři subtypy – kompulzivní, epizodické a repetitivní (Favazza, 1996).

Závažné sebepoškozování bývá spojené se značným poškozením tkáně a krvácením, často se vyskytuje u psychotických onemocnění či akutní intoxikace. Stereotypní sebepoškozování představuje opakující se, rytmické a pevně zafixované akty jako např. bouchání hlavou nebo stlačování očních bulv, často se objevuje u jedinců s mentální retardací či poruchami autistického spektra. Mírné sebepoškozování je nejčastěji se vyskytujícím typem, zahrnuje např. řezání, popálení, vyřezávání nápisů nebo symbolů do kůže, rozrušování hojících se ran, lámání kostí, bodání jehlou, bití sebe sama, vytrhávání vlasů, kousání nehtů či škrábání kůže. Kompulzivní sebepoškozování je typické svým rituálním charakterem a častým opakováním, vyskytující se až několikrát denně. Při epizodickém sebepoškozování si jedinci ubližují zejména proto, aby se cítili lépe, rychle si ulevili od nepříjemných či stresujících myšlenek a pocitů nebo znovu získali kontrolu nad sebou samými (Favazza, 1996). Nejčastějším místem, kde se sebepoškozující zraňují, jsou předloktí a paže, méně poškození bývá na nohou, oblast obličeje, prsou a břicha bývají poraňovány spíše výjimečně (Malá, 2009).

Mezi často se vyskytující způsoby sebepoškozování se rovněž řadí předávkování léky neboli sebetrávení (self-poisoning, overdosing), které představuje: „*neindikované, nepřiměřené nebo nadměrné užití dávky léků bez zřetelného suicidálního záměru*“ (Koutek & Kocourková, 2003, 74).

Sebepoškozování probíhá zpravidla tajně, o samotě (Malá, 2009) a mívá charakteristický průběh, který reprezentuje sled několika na sebe navazujících fází, Koutek a Kocourková (2003) ho popisují následovně. Jedinec je nejprve ovlivněn tzv. precipitující událostí (obvykle ztrátou vztahu k významné osobě), kterou nedokáže adekvátně zpracovat. Toto u něj zapříčiní pocity tenze, úzkosti, beznaděje apod. následované myšlenkami na sebepoškození, které se však jedinec snaží odvrátit dostupnými zvládacími strategiemi. Následuje samotný akt sebepoškození, který vyústí v uvolnění napětí. Podle Malé (2009) pak více než polovina jedinců zažívá pocity zklamání, zahanbení či viny.

1.2 Výskyt sebepoškozování

Autoři zabývající se problematikou záměrného sebepoškozování se shodují v tom, že jeho výskyt v posledních několika dekádách významně narůstá (Platznerová, 2009; Koutek & Kocourková, 2018). Nejvíce rozšířené je pak zejména v období adolescence, kdy se podle Malé (2009) objevuje až u 10–12 % jedinců, v populaci dospělých se přitom vyskytuje přibližně u 4 % osob. Obvyklý věk pro začátek sebepoškozujících praktik udává autorka mezi 12 a 14 rokem. Podle systematického přehledu zahrnujícího 128 studií zkoumajících celkem 513 118 adolescentů se až 13,2 % z nich někdy během svého života sebepoškozovalo (Evans, Hawton, Rodham, & Deeks, 2005).

Studie zaměřující se na výskyt sebepoškozování z hlediska pohlaví poukazují na vyšší prevalenci tohoto chování u žen, resp. dívek. Informace o tom, kolikrát je sebepoškozování u dívek častější se už ovšem různí. Jeden z výzkumů nabízí poměr výskytu sebepoškozování ženy vs. muži čtyři ku jedné (Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002).

Statistiky týkající se sebepoškozování se musí vyrovnávat s jedním zásadním nedostatkem, na který upozorňují např. Hawton a James (2005), a sice že většina menších případů sebepoškozování pozornosti zdravotnických zařízení (ale také rodičů a blízkého okolí) zcela uniká, čímž pádem tyto jedinci nemohou být zahrnuti ani v žádných statistikách věnujících se této problematice. Jak velká je tato „šedá zóna“ sebepoškozování se tedy můžeme spíše jen domnívat. Autoři dále uvádějí, že až 90 % případů sebepoškozování, které se dostanou do nemocnice tvoří případy předávkování.

1.3 Diagnostika sebepoškozování

Záměrné sebepoškozování jako symptom nemá v desáté revizi mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), aktuálně platném evropském klasifikačním systému, vlastní diagnostickou kategorii. Jako příznak či diagnostické kritérium je v MKN-10 uvedena u hraniční poruchy osobnosti (nejčastěji stanovovaná diagnóza u sebepoškozujících se jedinců), poruchy se stereotypními pohyby, asociované s autismem a mentální retardací a u předstíraných poruch s přítomností snahy simulovat nemoc. Automutilace se může objevovat také u psychotických pacientů, kteří si jsou pod vlivem bludů schopni přivodit velmi závažná zranění (Platznerová, 2009).

Sebepoškozování se však často vyskytuje také společně s některými dalšími diagnózami např. u deprese, bipolární afektivní poruchy, anorexie, bulimie, obsedantně kompulzivní poruchy, posttraumatické stresové poruchy, disociativních poruch, úzkostných a panických poruch či impulzivní poruchy blíže nespecifikované (Platznerová, 2009). U dětí a adolescentů se sebepoškozování obvykle objevuje u jedinců s nevyváženým až disharmonickým vývojem osobnosti, kteří zároveň často experimentují s návykovými látkami (Malá, 2009).

Prvním, kdo často odhalí sebepoškozování u dospívajícího, bývá praktický lékař při pediatrickém vyšetření, obvykle pak doporučí návštěvu dětského psychiatra, příp. léčbu na klinice či v psychiatrické nemocnici (Rozsivalová, 2015). Sebepoškozování by nemělo uniknout ani odborníkovi při odebírání anamnézy v rámci psychiatrického vyšetření. Ten by měl rovněž dokázat zvážit riziko možné sebevraždy, zejména pro to, že sebepoškozování je vysoce rizikovým faktorem pro suicidální chování (Malá, 2009). Varovným signálem by měl být také oděv neodpovídající aktuálnímu počasí, jehož účelem je maskování ran, vyhýbání se tělo odhalujícím aktivitám nebo vyhýbavé či smyšlené odpovědi na přímý dotaz po vzniku zranění (Platznerová, 2009).

K detekci a diagnostice sebepoškozování existují také různé dotazníky, které je možné vyšetřovaným předložit např. Dotazník sebepoškozujícího chování – SHBQ (Gutierrez, 1998), Funkční hodnocení automutilace – FASM (Loyd, Kelley, & Hope, 1997), Dotazník sebepoškozování – SHI (Sanson, Wiedermann, & Sanson, 1998) (Platznerová, 2009). Také Platznerová vytvořila vlastní Dotazník o sebepoškozování, který je možné použít jako diagnostický nástroj, ideálně při klinickém rozhovoru (Platznerová, 2009).

1.4 Etiopatogeneze sebepoškození

Sebepoškození je multifaktoriálně podmíněno. Mezi hlavní aspekty, které jeho vznik a vývoj ovlivňují, řadíme biologické, genetické, psychiatrické, psychologické, sociální a kulturní faktory. Záměrné sebepoškození je pak výsledkem působení menšího či většího počtu nejrůznějších konkrétních faktorů v životě jedince.

Biologické teorie vzniku sebepoškození jsou postaveny na pozorování dysfunkcí neurohumorálních systémů – opiátového, dopaminergního a serotoninergního (Babáková, 2003). Genetické faktory jsou obvykle dokazovány častějším výskytem sebevražd v rodinné historii sebepoškozujících se jedinců a častějším současným výskytem sebepoškozujícího chování u jednovaječných dvojčat než u dvouvaječných (Soomro, 2015).

Podle Platznerové (2009, 37) také osobnostní struktura jedince částečně stojí za vyjádřením genetické predispozice. Na důkaz uvádí, že sebepoškozující se osoby často: *„trpí chronickou úzkostí, mají sklon k iritabilitě, vnímají se jako neschopní zvládat zátěž, ... jsou hypersenzitivní na odmítnutí, ... mají sklon potlačovat zlost, mívají intenzivní agresivní pocity, které výrazně odsuzují a často potlačují nebo obracejí dovnitř, bývají impulzivnější, ... bývají depresivní a mívají sebevražedné/sebedestruktivní sklony, nemají flexibilní repertoár dovedností pro zvládnutí zátěže, bývají přesvědčeni, že nemají kontrolu nad tím, jak zvládají život, mají sklon k vyhybavosti, cítí se slabí, bezmocní“*.

Mezi psychiatrické a psychologické faktory řadí Hawton, Saunders a O'Connor (2012) duševní poruchy (např. deprese, úzkosti, ADHD), zneužívání alkoholu a drog, impulzivitu, nízké sebevědomí, neschopnost řešit sociální problémy, perfekcionismus a beznadějnost.

Sociální faktory ovlivňující vznik a vývoj sebepoškození u adolescentů představuje zejména rodina, vrstevníci, ale dnes také např. média či sociální síť. Do této kategorie spadají partnerské problémy, spory s rodiči, sourozenci a kamarády, problémy ve škole či v práci, potíže v sexuální oblasti (Hawton & James, 2005). Také rozchod nebo rozvod rodičů, smrt rodiče, fyzické týrání nebo sexuální zneužívání v dětství, duševní porucha rodiče, neshody v rodině, šikana a problémy ve vztazích mohou záměrné poškození provokovat (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Autoři dále upozorňují na riziko tzv. sociální nákazy, při které dochází k napodobování sebepoškozujícího chování, které jedinec viděl u někoho jiného (často u blízké nebo imponující osoby). Tento fenomén

v době internetu, nových médií a sociálních sítí, kde může kdokoli neskutečnou rychlostí sdílet a šířit takřka cokoli, získává o to více na naléhavosti.

1.5 Motivace k sebepoškození a jeho funkce

Motivace k sebepoškozujícímu chování má vysoce individuální charakter. U někoho se může objevovat jen jeden motiv, u někoho je sebepoškození výsledkem působení více motivů a někteří jedinci nejsou schopni svou motivaci k záměrnému sebepoškození identifikovat vůbec (Kriegelová, 2008).

Malá (2009) uvádí, že u naprosté většiny pacientů – adolescentů se objevuje souvislost mezi afektivními stavy a sebepoškozením, kdy se tímto způsobem někteří jedinci snaží vypořádat s pocity napětí, úzkosti, zlosti nebo méněcennosti, jiní se pokouší o zastavení pocitů znečitlivění, umrtvení či derealizace.

Podle Hawtona a Jamese (2005) jsou možnými motivy či důvody k sebepoškození snaha zemřít, únik z nesnesitelné úzkosti, změna chování druhých, únik ze situace, demonstrace vlastního zoufalství ostatním, pomsta či snaha o to, aby se ostatní cítili provinile, uvolnění napětí nebo hledání pomoci.

Rozsivalová (2015, 393) vidí jednu z funkcí sebepoškození v tom, že: „*záměrně vyvolaná bolest může vést k disociaci, tím umožňuje únik před realitou, odštěpení vzpomínek od přiléhavého emocionálního stavu*“ nebo naopak „*prožitek bolesti vrací jedince do reality, umožňuje otupělému já znovu prožít, že je ještě naživu, že existuje*“.

V odborné literatuře věnující se tématu sebepoškození bývá často citován model „Osmi C záměrného sebepoškození“ autorky Sutton, zahrnující osm základních funkcí: copingová strategie a krizová intervence (coping and crisis intervention), uklidnění a utěšení (calming and comforting), kontrola (control), očištění (cleansing), potvrzení existence (confirmation of existence), navození utěšujících pocitů otupělosti (creating comfortable numbness), sebetrestání (chastisement) a komunikace (communication) (Sutton, 2005, in Kriegelová, 2008).

Kriegelová (2008) rovněž uvádí, že motivem záměrného sebepoškození může být odplata či manipulace, kdy se poškozující jedinec snaží vynutit si reakci druhých, získat jejich pozornost nebo u nich vyvolat pocity viny. Zrovna tak může být sebepoškození signálem volání o pomoc, kdy se jedinec nachází v situaci, kterou už není schopen vlastními silami zvládnout, ale nedokáže si o pomoc říci adekvátním způsobem. Specifickým motivem

sebepoškozujícího chování může být také příslušnost k určité subkultuře např. emo či gothic (Kriegelová, 2008).

Platznerová (2009) se pokouší shrnout funkce záměrného sebepoškozování do tří skupin – regulace afektu, komunikace a kontrola/trest. Regulaci afektu představuje nalezení ztracené rovnováhy a vypořádání se s nepříjemnými pocity. Funkce komunikace je pro poškozující se jedince možností nepřímého vyjádření svých pocitů či potřeb, ale současně může být prostředkem manipulace. Do kategorie kontrola/trest můžeme zařadit znovupřehrávání traumatu, ochranu druhých či sebekontrolu.

1.6 Terapie a prevence

V terapii záměrného sebepoškozování je respektován obecně platný bio-psycho-sociálně-spirituální model zdraví a nemoci. Léčba sebepoškozujících se jedinců je tedy komplexní, měla by vycházet ze specifického přístupu k primární diagnóze a zároveň propojovat různé terapeutické metody, aby se u klienta dosáhlo maximálního možného zlepšení. Malá (2009) upozorňuje na to, že lékař by měl u klienta vždy zohlednit symptom a základní poruchu, osobnostní strukturu, anamnestické údaje predisponující sebezraňování, kvalitu rodinného a širšího sociálního zázemí a také motivaci k léčbě.

Kriegelová (2008, 133) k terapii záměrného sebepoškozování uvádí: „*Odborná intervence by měla pomoci rozpoznat vzorce sebepoškozujícího chování, precipitující faktory a příčinné souvislosti. Měla by pomoci nalézt alternativní copingové strategie a způsoby autoregulace emocí. Jejím cílem by rovněž mělo být zlepšení komunikačních a interpersonálních dovedností.*“

Hospitalizace bývá nezbytná v případě, že se u jedince současně se sebepoškozováním vyskytuje zároveň další psychopatologie, suicidální chování nebo pokud už rodiče nejsou dále schopni toto chování svého dítěte zvládat ambulantně (Koutek & Kocourková, 2003). Hospitalizace má svá pro a proti. Mezi nevýhody hospitalizace patří umělé, chráněné prostředí instituce nabízející bezpečné podmínky, které brání reálnému ověření získaných zvládacích strategií (Kriegelová, 2008). Jiní autoři považují za negativum lůžkové péče to, že oslabuje odpovědnost jedince za vlastní sebepoškozování (Malá, 2009). Jednu z výhod hospitalizace při záměrném sebepoškozování uvádí např. Rozsívalová (2015), která zdůrazňuje, že komunita (již hospitalizace na psychiatrickém oddělení poskytuje) má mj. potenciál nápodoby či skupinové identifikace, a to i ve smyslu pozitivního

vztahu k vlastnímu tělu. Komunita může rovněž nabídnout jedinci cennou zpětnou vazbu, kterou může využít ke korekci sociálně maladaptivního chování (Babáková, 2003).

Při hospitalizaci je důležitá, ale zároveň náročná práce odborného týmu včetně ošetřujícího personálu, a to zejména kvůli možnému protipřenosu a manipulativním tendencím, které se u sebepoškozujících se jedinců často vyskytují (Koutek & Kocourková, 2003). Personál by se měl při kontaktu se sebepoškozujícím se jedincem vyvarovat zděšení, odsouzení, ale i přílišné lítosti (Platznerová, 2009). V rámci účinné terapie je kompenzaci klienta třeba ověřovat dovolenkami v domácím prostředí, kde si může vyzkoušet nově nabyté dovednosti v kontextu svého běžného života. Zároveň je doporučováno, aby na psychiatrickou hospitalizaci navázala dlouhodobá péče ambulantní, která pomůže klientovi kýžený stav lépe udržet (Malá, 2009).

Propojení individuální, skupinové a rodinné terapie s výukou specifických behaviorálních dovedností, posilování schopnosti regulovat emoce, zvyšování frustrační tolerance, zlepšování schopnosti efektivního řešení problémů a rozlišování vlastních pocitů považuje Flaherty (2018) dnes v rámci léčby sebepoškození již za samozřejmost. Mezi nejčastěji využívané psychoterapeutické přístupy a metody Krigelová (2008) řadí: kognitivně-behaviorální terapii (KBT), na trauma zaměřenou kognitivně behaviorální terapii (TF-CBT), dialektickou behaviorální terapii, integrativní kognitivní terapii, multimodální kognitivně-behaviorální přístup, eye movement desentization and reprocessing, narativní přístup. Důležitým prvkem psychoterapeutické práce je terapeutický vztah, jenž může být podpořen kontraktem mezi klientem a terapeutem. Kontrakt by měl zahrnovat společnou dohodu obou zúčastněných ohledně cílů terapie, hranice důvěrnosti, frekvence, četnosti a délky setkávání, domácí práce a systému podpory v krizové situaci (Kriegelová, 2008). Rozsivalová (2015) upozorňuje rovněž na terapeutický potenciál deníkové práce, relaxace, canisterapie či expresivních terapií (např. arteterapie a dramaterapie).

Mezi nejčastější potíže, které mohou při práci se sebepoškozujícími se klienty nastat řadí Garish, Wilson, O'Connell a Robinson (2017) např. váhání klienta, zda se k sebepoškození má vůbec přiznat, protože má obavy z nepochopení či odsouzení. Další překážkou může být neschopnost klienta popsat své důvody k sebepoškození, příp. skutečnost, že klient své sebepoškození nevnímá jako problém a není tedy motivován k léčbě. Problémem může být také potřeba důvěrnosti informací, kdy si klient za žádnou cenu nepřeje, aby se o jeho problému dozvěděl kdokoli jiný, přestože terapeut toto považuje z hlediska bezpečnosti klienta za nezbytné.

Specifická farmakoterapie pro záměrné sebepoškozování neexistuje. Existují však skupiny léků užívané pro léčbu další symptomatiky, která je s poškozováním spojená, mezi ně patří např. antidepressiva snižující impulzivitu a harmonizující afektivitu, antipsychotika působící proti agresivitě, anxiolytika (po přechodnou dobu) či antiagresivně a antiimpulzivně působící thymostabilizátory (Rozsivalová, 2015). Kromě farmakoterapie existují také další nefarmakologické možnosti biologické léčby záměrného sebepoškozování. Babáková (2003) uvádí např. limbickou leukotomii, elektrokonvulzivní terapii či transkraniální magnetickou stimulaci.

Prevence záměrného sebepoškozování je pro odborníky stále velkou výzvou na poli zkoumání. Panuje obecná shoda, že prevence sebepoškozování by měla být spíše nespecifická a měla by se zaměřit na posilování schopnosti zvládat stresové, zátěžové situace a negativní emoce (Malá, 2009). Emmerová (2018) považuje za přínosné u ohrožených jedinců potažmo adolescentů zvyšovat sebeúctu, podporovat vyjadřování pocitů a komunikaci. Platznerová (2009) připojuje podporu přístupům, které dospívajícím pomáhají odhalit a rozvíjet jejich silné stránky, pěstovat autentické vztahy s druhými lidmi a věnovat čas smysluplným aktivitám. Jako neefektivní či dokonce kontraproduktivní se jeví podrobné informování adolescentů o konkrétních formách a způsobech sebepoškozování. Negativní roli v tomto sehrávají média, sociální sítě a internet obecně, protože právě v tomto prostředí se řada návodů šíří (Malá, 2009). Jako účelné se jeví šířit informovanost o problematice sebepoškozování u pedagogických pracovníků a dalších profesí, které pracují s dětmi a mladými lidmi tak, aby mohli toto rizikové chování rozeznat a odkázat je na odbornou pomoc (Emmerová, 2018).

2 ADOLESCENCE

2.1 Vymezení adolescence

Adolescence neboli dospívání je fáze vývoje jedince mezi dětstvím a dospělostí, jejíž začátek lze ohraničit prvními známkami pohlavního zrání a konec dovršením plné pohlavní zralosti (Langmeier & Krejčířová, 2006). Hartl a Hartlová (2010) v psychologickém slovníku upozorňují na nejednoznačnost tohoto pojmu v odborné literatuře. Zatímco v české literatuře se podle autorů užívá tohoto termínu k označení samostatné vývojové fáze mezi pubescencí a ranou dospělostí, v anglické literatuře pojem adolescence zahrnuje celé období dospívání. Někteří autoři (např. Langmeier & Krejčířová, 2006) tedy termín adolescence užívají striktně jen pro jednu z fází dospívání, zatímco v publikacích jiných autorů (např. Vágnerová, 2012 či Dolejš & Orel, 2017) jsou výrazy adolescence a dospívání vnímány synonymně. V této práci budeme pro komplexní označení etapy dospívání používat oba výrazy.

Podle Macka (2003) je adolescence současně obdobím dospívání i mládí, vyznačujícím se zejména pohlavním dozráváním, psychickým a fyzickým rozvojem a sociálním učením. Thorová (2015) nazývá adolescenci obdobím pozdního dětství, jehož začátek je dán nástupem pubescence v 12–13 letech, konec pak přibližně v 19 letech. Nielsen Sobotková (2014, 26) charakterizuje adolescenci jako: *„životní etapu spojenou s biologickým zráním, se zrychlením tělesného růstu a nově (oproti předchozí vývojové etapě) se schopností reprodukce“*.

Rozdíly mezi jednotlivými autory lze najít také v dělení období dospívání do jednotlivých fází. Vágnerová (2012) rozlišuje dvě fáze: ranou adolescenci neboli pubescenci (11–15 let) a pozdní adolescenci (15–20 let). Macek (2003) rozděluje dospívání do tří fází: časná adolescence (10–13 let), střední adolescence (14–16 let) a pozdní adolescence (17–20 let). Další periodizaci nabízejí také Langmeier a Krejčířová (2006), kteří dospívání člení na období pubescence (11–15 let) zahrnující fázi prepuberty a fázi vlastní puberty a období adolescence (15–22 let).

Doba nástupu dospívání, resp. nástupu prvních tělesných známek předjímajících dospívání se u jednotlivých jedinců různí. Dnes už však považujeme za obecně známý fakt, že u dívek se první projevy dospívání objevují dříve než u chlapců (přibližně o 1–2 roky)

(Nakonečný, 2011). V posledních přibližně sto letech se navíc můžeme setkat s jevem nazývaným sekulární akcelerace, který popisuje urychlení fyzického a psychického vývoje u dětí a dospívajících způsobené především zkvalitněním stravy, zdravotní péče a podnětějšími prostředím (Vymětal, 2003).

V souvislosti s periodizací adolescence si dovolueme upozornit na zajímavý fenomén posledních několika desítek let, který jako první pojmenoval již v roce 2000 Arnett, a který se označuje jako „vynořující se dospělost“ (Arnett, 2000). Vynořující se dospělost se typicky objevuje u jedinců přibližně mezi 18 a 25 lety. Arnett (2015) tuto životní etapu charakterizuje pěti hlavními rysy: zkoumáním identity (zkoušení různých životních možností), nestálostí (např. ve vztazích, zaměstnání či bydlišti), zaměřením na sebe sama, pocitem nacházení se „někde mezi“ (už se necítí být dospívajícími, ale ještě se necítí být dospělými) a konečně optimismem potažmo pocity neomezených možností.

Pokud jsme si na začátku vymezili adolescenci jako období mezi dětstvím a dospělostí, je nyní nasnadě přiznat si, že mezi dětstvím a plnou dospělostí se v moderní společnosti zřetelně vykristalizovalo ještě jedno vývojové období, kterým je právě vynořující se dospělost. Když pak uvážíme hlavní charakteristiky vynořující se dospělosti, jakými jsou např. zkoumání identity, zaměření se sám na sebe či těžko uchopitelný pocit „nedospělého dospělého“ v kontextu záměrného sebepoškozování, není nepochopitelné, že se také v této životní etapě setkáváme se sebepoškozujícím chováním stále velmi často.

2.2 Změny v adolescenci

U adolescentů dochází k velkému množství změn po stránce tělesné, psychické i sociální, přičemž tyto kategorie se vzájemně ovlivňují a částečně také překrývají (rozdělení a zařazení jednotlivých změn v této kapitole je proto třeba chápat spíše jako orientační). Tyto změny jsou pravděpodobně více než pro adolescenta samotného viditelné pro jeho okolí. Obecně lze říci, že společnost tuto vývojovou etapu pojímá jako moratorium a v řadě případů dospívajícím jejich zvláštní chování toleruje (Thorová, 2015). Podobně jako u změn, ke kterým dochází v jiných vývojových obdobích, také zde můžeme nalézt značnou interindividuální variabilitu.

2.2.1 Tělesné změny

V adolescenci dochází k dozrávání mozku, které lze částečně ovlivnit vlastním přičiněním (skladbou a množstvím stimulujících podnětů), dále se zefektivňují neuronální

propojení a změna se dotýká také produkce neurotransmiterů (Vágnerová, 2012). Výzkumy dokazují, že zásadní roli při kognitivním a emocionálním vývoji adolescenta sehrává zejména zrání prefrontální kůry (Yurgelun-Todd, 2007).

Proměna tělesné schránky dospívajícího je dána tzv. růstovým spurtem, při kterém dochází ke značnému výškovému a hmotnostnímu nárůstu. Zvyšuje se rovněž fyzická síla. Prodlužují se také horní i dolní končetiny, které v této době rostou v poměru k ostatním částem těla abnormně rychle, a tento nevyvážený tělesný vývoj může u adolescentů způsobovat neobratnost (Langmeier & Krejčířová, 2006). Mezi změny vyskytující se jak u dívek, tak u chlapců patří zvýšené pocení a zvýšená sekrece mazových žláz a jejich následné ucívání, což může mít za následek tvorbu akné. Nejen to pak může mít negativní dopad na tzv. body image neboli představu jedince o vlastním těle a vnímání svého fyzického vzhledu celkově, která je v tomto věku velice významná a zároveň velmi křehká (Thorová, 2015).

Jak jsme uvedli výše, začátek dospívání je spojen s prvními známkami pohlavního zrání, které jsou dány hormonálními změnami. Tělesně se začínají dívky a chlapci významně odlišovat. U dívek dochází k vývoji primárních pohlavních orgánů (vaječnicků), nástupu menstruace (neboli menarché), růstu prsou, růstu pubického ochlupení, ale také rozšíření boků (Shaffer & Kipp, 2010). Také u chlapců během dospívání dochází k vývoji primárních pohlavních orgánů (varlat), růstu genitálu, růstu pubického a jiného tělesného ochlupení včetně vousů, růstu a rozvoji svalové hmoty, objevuje se první ejakulace a také mutace hlasu (Vágnerová, 2012). Autorka rovněž upozorňuje na subjektivně pozitivnější vnímání tělesných změn v dospívání u chlapců než u dívek. Dívky často tyto fyziologické změny hodnotí jako nepříjemné a omezující.

„Pokud nedojde k uspokojujivé identifikaci s vlastním tělem. Může ve vztahu k němu převážit negativní postoj, nenávisť a odmítání. Tělo, s nímž nejsou spokojeny, mohou chápat jako viníka všech svých problémů a trestat je.“ (Vágnerová, 2012, 474)

Autorka zde zřetelně odkazuje na poruchy příjmu potravy, které jsou pro dospívající tak typické. Dost možná však může mít nedostatečná identifikace/nespokojenost se svým tělem a jeho následné trestání souvislost také se záměrným sebepoškozováním.

2.2.2 Psychické změny

Pokud mluvíme o psychických změnách v životě adolescenta, máme na mysli zejména rozvoj kognitivních funkcí jako jsou vnímání, myšlení, paměť, řeč či pozornost, dále pak vývoj v emoční oblasti a také vytváření identity, což je jeden z nejdůležitějších vývojových úkolů této životní etapy.

Podle Piagetovy teorie kognitivního vývoje (Piaget & Inhelderová, 1997, 117) je základní charakteristikou adolescence: „*vymanění se z konkrétního a obrat k nereálnému a k budoucnosti*“. Tento přechod od dětství k adolescenci (alespoň po stránce kognitivního vývoje), kdy dominuje stadium formálních logických operací, zařazuje Piaget k věku 11 až 15 let. Kvalita myšlení dospívajících postoupila na vyšší úroveň – jsou nyní schopni přemýšlet abstraktně a hypoteticky (Blatný, 2016). I nadále se rozvíjí řeč, roste slovní zásoba, zlepšují se vyjadřovací schopnosti, myšlení je pružné, tvořivé, komplexnější, intelektové schopnosti jsou v tomto období na svém maximu (Langmeier & Krejčířová, 2006).

V rámci kognitivních schopností se dále objevuje relativismus, adolescentní egocentrismus, vyhraněnost názorů, kritické myšlení, opozice vůči názorům autorit, zlepšuje se úroveň metapaměti a metakognice a s tím spojené sebepoznání a schopnost introspekce (Thorová, 2015). Adolescentům se lépe daří rychleji zpracovávat informace a operovat s vlastní pozorností, což má pozitivní vliv na řešení nejrůznějších typů problémů (Vágnerová, 2012).

Emocionalita adolescenta je během celého období dospívání poměrně dynamickou záležitostí, která se postupně vyvíjí. Těžko bychom v tomto ohledu mohli srovnávat třináctiletého, který do procesu dospívání sotva vstoupil a devatenáctiletého, který stojí téměř na prahu dospělosti. V následujících odstavcích tedy představíme emoční vývoj dospívajících v rané a pozdní adolescenci.

Emoční reakce dospívajících v rané adolescenci bývají velmi intenzivní, avšak krátkodobé a dost proměnlivé, okolí se navíc mohou zdát až nepřiměřené. Adolescenti v tomto období bývají uzavřenější, přecitlivější, vztahovační, vysoce dráždiví a mívají také nízkou úroveň frustrační tolerance (Vágnerová, 2012). To vše může být častým zdrojem nedorozumění a konfliktů mezi dospívajícím a jeho okolím. Všechny dramatické emoční stavy jako jsou smutek, osamělost, stud, pochybnosti, depresivní pocity, které mohou být u adolescentů na denním pořádku, jsou výzvou pro získání schopnosti regulace emocí –

jednoho z nejdůležitějších vývojových úkolů této životní fáze (Kesek, Zelazo, & Lewis, 2008).

V pozdní fázi dospívání labilita a náladovost pomalu odeznívají, emoce se stabilizují, na významu získávají erotické, estetické a morální city (Macek, 2003). Kesek, Zelazo a Lewis (2008) jsou přesvědčeni, že schopnost regulovat emoce do velké míry závisí na kognitivních schopnostech jedince, které spolu s dospíváním jedince rovněž postupně vyzrávají. V pozdní adolescenci dospívající dosahují lepší schopnosti sebekontroly, dokážou už se účinněji ovládat, a to i v zátěžových situacích (Vágnerová, 2012).

Budování identity jako ústřední vývojový úkol období dospívání popisuje ve své klasické teorii vývoje osobnosti např. Erikson (1999, in Orel, Obereignerů, & Mentel, 2016), který jej staví do konfliktu s rizikem tzv. zmatení rolí. Širůček, Macek a Tyrlík (2010, 38) se domnívají, že utvoření identity je dáno dosažením „*určité vnitřní kontinuity a integrity v pohledu na vlastní já*“. Součástí identity dospívajícího je jeho fyzický vzhled, který je často konfrontován srovnáním s vrstevníky a stává se zdrojem nejistoty a nespokojenosti. V souvislosti s tím o sebe začíná adolescent více pečovat, pečlivě volí oblečení a dbá na úpravu svého zevnějšku, neboť i toto jsou způsoby, jak může vyjádřit svou identitu. Langmeier a Krejčířová (2006) upozorňují, že hledání identity není pouze pasivní činností, ale jedná se aktivní proces, při kterém se dospívající skrze introspekci, sebereflexi a experimentování snaží být sám sebou.

Jak jsme uvedli výše, v adolescenci se do popředí dostává mj. morální cítění. Podle Kohlbergovy klasické teorie morálního vývoje má adolescent předpoklady dospět do třetího – postkonvenčního – stádia. Tato úroveň morálky je charakterizována jako autonomní a na autoritách nezávislá, dospívající jsou schopni sami rozhodnout o tom, co je správné a dobré (Kohlberg & Hersh, 1977). Ne všichni adolescenti a potažmo i dospělí však během svého života postkonvenční úroveň morálního vývoje dosáhnou, mnoho z nich skončí na konvenční úrovni. Podle Macka, Ježka a Vazsonyiho (2013) se morální normy a hodnoty české společnosti obecně po pádu minulého režimu rozvolnily, pravidla i koncept dobra a zla jsou nyní relativněji než kdy dřív. Dopad to má mj. na dnešní adolescenty, kteří upřednostňují materiální a hedonistické hodnoty, pasivní formy aktivit při trávení volného času, jednoduchou zábavu a krátké nicméně intenzivní zážitky.

2.2.3 Sociální změny

Sociální změny v adolescenci zahrnují proměny mezilidských vztahů dospívajícího jako jsou vztahy s rodiči, vrstevníky, autoritami, erotické vztahy a proměny v oblasti osvojování si nových sociálních rolí a kompetencí. Na pozadí všech těchto změn probíhá proces socializace, který je definován jako: „*začleňování člověka do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace... součástí socializace je přijetí základních etických a právních norem dané společnosti*“ (Hartl & Hartlová, 2010, 537). Socializace začíná narozením jedince a její podstatou jsou procesy učení a působení činitelů socializace, zejména rodiny, školy, vrstevnických skupin, spolupracovníků a masmédií (Výrost & Slaměnik, 2008).

Jak uvádí Thorová (2015, 416): „*Vztah mezi dítětem a rodičem se v průběhu dospívání musí proměnit. ... stává se více symetrickým a demokratickým... Emoční závislost se přeměňuje v reciproční vztah vzájemné podpory, respektu a spolupráce.*“ Zatímco na začátku období dospívání je dítě na rodičích zcela ekonomicky i citově závislé, v průběhu této životní etapy dochází k postupné separaci adolescenta od rodiny a nabytí samostatnosti a nezávislosti. Podle Langmeiera a Krejčířové (2006) je proces emancipace snazší v rodinách, kde mezi dospívajícím a rodičem existují hluboké, pevné, bezpečné a nepřiliš konfliktní vztahy. Macek, Ježek a Vazsonyi (2013) uvádějí, že současná generace adolescentů netráví s rodiči tolik času jako ty předchozí, stále je však vnímají jako nejdůležitější osoby, které sehrávají podstatnou roli v jejich „emoční pohodě“, hodnotové orientaci či výběru školy a kariéry.

V počátcích dospívání bývají adolescenti vůči rodičům a dalším dospělým více kritičtí a méně tolerantní, často s nimi diskutují, oponují jim a testují jejich autoritu, přesto však dokáží některé jejich charakteristiky stále ocenit. Snaží se získat více volnosti, kompetence k rozhodování za sebe sama a vymanit se tak z plné kontroly rodičů (Vágnerová, 2012). Jak autorka dále uvádí, na konci období adolescence se naopak vztahy mezi dospívajícími a rodiči zpravidla vyřeší a stabilizují, ubude konfliktů a také kritičnost vůči rodičům klesá.

Vztahům s vrstevníky bývá v období dospívání přikládán důležitější význam než ostatním. Vrstevnické vztahy umožňují adolescentům uspokojit potřebu sdílení, komunikace a interakce, díky nimž mohou sami sebe testovat (Macek, 2003). Členstvím ve vrstevnické skupině si jedinec utvrzuje svůj sociální status a vlastní hodnotu. Důležitou úlohu ve

skupinách adolescentů sehrává vrstevnická konformita, identifikace a nápodoba, které však kromě pozitivních aspektů mohou přinést také napodobování rizikového chování např. užívání drog, nebezpečné sexuální chování či poruchy stravování (Nielsen Sobotková, 2014). Podle Vágnerové (2012) v adolescenci získává na naléhavosti potřeba přátelství, které je charakterizováno vzájemností a intimitou a pro dospívajícího se stává zdrojem emoční vazby a opory, osobní vyrovnanosti a sebejistoty.

V souvislosti s tělesným zráním dospívajících se dostává do popředí zájem o druhé pohlaví, sexualita, první zamilovanost a současně také první erotické vztahy (Blatný, 2016). Podle Thorové (2015) je adolescentní láska nestálá a bláznivá, první navazování partnerských vztahů doprovází především erotická vášeň, experimentování a často také promiskuita. Až v pozdní adolescenci potažmo v období vynořující se dospělosti jsou tyto charakteristiky partnerských vztahů vystřídány důvěrností, intimitou a závazkem. Dospívající začínají se sexuálními aktivitami dříve než předchozí generace. Z průzkumu Pastora, Weisse a Sigmundové (2017) vyplývá, že počet jedinců (obou pohlaví), kteří mají první pohlavní styk před patnáctým rokem, se v České republice od roku 2010 výrazně zvýšil. Dolejš a Orel (2017) zkoumali prevalenci pohlavního styku u skupiny dospívajících v České republice (Moravskoslezský a Zlínský kraj). U adolescentů, jejichž průměrný věk byl 13,3 let, byla prevalence pohlavního styku 7,09 v Moravskoslezském kraji a 5,70 v kraji Zlínském.

Školní docházka vyplňuje významnou část života adolescenta. Na začátku adolescence je významnou změnou přechod školáka na druhý stupeň základní školy (resp. víceleté gymnázium), pro dospívající ve střední a pozdní adolescenci je pak klíčová volba budoucího povolání a s tím spojené rozhodnutí o výběru vhodné střední školy. Postoj mladších adolescentů k učení je spíše laxní, motivace k učení na druhém stupni klesá, zato kritičnost vůči učitelům (stejně jako k dalším autoritám) vzrůstá (Vágnerová, 2012). Zvýšenou aktivitu a úsilí o lepší školní výkon autorka pozoruje jen na konci povinné školní docházky, kdy se dospívající snaží dostat na vybranou střední školu. Dospívající si uvědomují, že pro volbu střední školy a budoucí profese nejsou už rozhodující pouze jejich přání a sny, ale především pak jejich schopnosti, dosavadní školní prospěch a nároky pracovní činnosti (Langmeier & Krejčířová, 2006). Autoři také upozorňují na rozpor mezi nezbytností zvolit si v této životní etapě profesní kariéru a současným nedokončeným vývojem schopností, charakterových vlastností a zájmovou nevyhraněností dospívajícího.

3 DĚTSKÉ ODDĚLENÍ PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE V DOBŘANECH

Psychiatrická léčba duševně nemocných pacientů v České republice je zajišťována skrze tři základní pilíře – ambulantní péči, komplementární péči a lůžkovou péči. Ambulantní péče je realizována prostřednictvím psychiatrických ambulancí, kam pacient pravidelně dochází ke kontrole a konzultacím svého zdravotního stavu, je vhodná v případech, kdy není třeba přijetí klienta na lůžko. Komplementární psychiatrickou péči představují např. denní stacionáře, chráněná pracoviště, chráněná bydlení, svépomocné skupiny apod., nabízejí klientům možnost náviku a udržení soběstačnosti, sociální interakce a smysluplného trávení volného času. Lůžková péče je poskytována v případech, kdy je nezbytná hospitalizace klienta, zajišťují ji psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické kliniky fakultních nemocnic a psychiatrické nemocnice (Orel, 2016).

3.1 Psychiatrická nemocnice v Dobřanech

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech (dále také PNvD) zahájila svoji činnost v roce 1880. Dnes zaměstnává přibližně 1200 zaměstnanců (zdravotnických i nezdravotnických profesí) a zajišťuje zejména akutní psychiatrickou léčbu a na ní navazující dlouhodobou léčbu a léčebnou rehabilitaci. Lůžková část léčebné péče má aktuálně kapacitu přibližně 1200 lůžek a je rozdělena na 30 specializovaných oddělení (Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2019). Jednotlivé pavilony jsou rozmístěny po celém areálu nemocnice, jenž je situován v rozsáhlém udržovaném parku, o který se starají zaměstnanci spolu s klienty (v rámci pracovní terapie).

Kromě psychiatrické a psychologické péče mají v PNvD své nezastupitelné místo při léčbě pacientů také tzv. expresivní terapie, které dosahují terapeutického účinku skrze záměrné využití umění (Vybíral a Roubal, 2010). Expresivní terapie jsou v PNvD realizovány prostřednictvím arteterapie a muzikoterapie (Psychiatrická léčebna v Dobřanech, 2010). Blízko k expresivním terapiím mají také chráněné terapeutické dílny, které fungují jako ergoterapeutické pracoviště. Ergoterapie si klade za cíl pomoci klientovi zvládat běžné denní, pracovní, vzdělávací, sociální, zájmové a rekreační činnosti (Švestková, 2015). Chráněné terapeutické dílny navštěvují klienti napříč odděleními,

vyzkoušet si tu mohou např. výrobu mýdel, svíček, tkaní na tkalcovském stavu, k dispozici jsou jim rovněž truhlářská, keramická, šicí či košíkářská dílna. Terapeutky s klienty trénují také vaření a pečení ve cvičné kuchyňce, praní ve cvičné prádelně nebo procvičují kognitivní funkce pomocí kvízů, testů a křížovek (Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2020).

3.2 Dětské oddělení

V následujícím popisu fungování dětského oddělení vycházíme především ze zkušeností a dlouhodobého pozorování autorky coby terapeutky na dětském oddělení PNvD. Dětské oddělení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech je určeno pro děti od 3 do 18 let věku a tvoří jej celkem 3 samostatná oddělení (A – chlapci předškolního a mladšího školního věku, B – dívky mladšího a staršího školního věku a dospívající dívky, C – dívky a chlapci staršího školního věku a dorost), která jsou však těsně provázaná a vzájemně spolupracující. Celková kapacita dětského oddělení je 50 lůžek. K dispozici je rovněž pedopsychiatrická a psychologická ambulance pro děti na detašovaném pracovišti nemocnice v Plzni. O pacienty na dětském oddělení pečuje multidisciplinární tým skládající se z dětských psychiatrů, dětských klinických psychologů a ostatních psychologů, terapeutů, sociální pracovníce, zdravotních sester a pomocných zdravotních pracovníků.

Na oddělení jsou realizovány krátkodobé (zejména diagnostické) i dlouhodobé (diagnosticko-terapeutické) pobyty. Odborníky z řad psychiatrů a psychologů je zde prováděna psychiatrická a psychologická diagnostika a komplexní léčba v režimu terapeutické komunity. Langmeier, Balcar a Špitz (2010) uvádějí, že v komplexním terapeutickém systému mají význam všechny činnosti (např. i odpočinek, společné aktivity, povinnosti) nejen terapeutické aktivity. Nejčastější indikací k hospitalizaci jsou hyperkinetické poruchy, poruchy chování, poruchy příjmu potravy, úzkostné poruchy, podezření na počínající i rozvinuté psychotické stavy příp. experimentace s návykovými látkami (Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, 2019).

Základem komplexní léčby je režimová terapie, která podle Hartla a Hartlové (2010, 284) probíhá prostřednictvím „*promyšleného režimu, jehož dodržování znamená změnu každodenních návyků stravovacích, pohybových, společenských, včetně trávení volného času*“. Děti jsou vedeny k dodržování řádu a pravidel oddělení. Při překročení těchto pravidel je dotyčnému udělen „zápis do odchylek chování“ a následně udělen adekvátní trest. Na komunitním režimu se děti podílejí také v rámci plnění zadaných služeb (péče o morčata, květiny, úklid herny apod.).

Na dětském oddělení je rovněž zaveden bodovací systém, který podle Matouška a Matouškové (2011, 233) funguje na klasickém způsobu podmiňování: „*za žádoucí chování klient dostává kladné body, za nežádoucí chování dostává záporné body, body se sčítají a závisle na výsledku se klientovi dostává, resp. nedostává určitých výhod.* Autoři dále konstatují, že díky užití bodovacího systému je možné efektivně regulovat chování klientů během hospitalizace, upozorňují však na problém se (ne)zvnitřněním norem. Na dětském oddělení v PNvD je nedostatečný počet získaných bodů penalizován zákazem televize, terapeutických aktivit či terapeutické dovolenky. Naopak jedinci, kteří sesbírají bodů nejvíce, se mohou účastnit týdenních a měsíčních odměn, které probíhají např. formou návštěvy cukrárny, speciálních tvořivých aktivit či přístupu k počítačům za účelem zábavy.

Děti jsou během hospitalizace v častém kontaktu s lékaři i psychology. Na oddělení probíhají pravidelné lékařské vizity, jednou týdně také vizita primářská. Děti zde mají možnost konzultovat svůj aktuální fyzický i psychický stav, subjektivní účinky farmakologické léčby, vývoj hospitalizace a plán dovolenek. Terapeutické dovolenky jsou neodmyslitelnou součástí léčby, při které se ověřuje, zda dítě dokáže fungovat v extramurálním prostředí (v rodině, ve škole apod.). Jednou týdně se rovněž koná setkání celé komunity (dětí i zaměstnanců), kde jsou probírány zejména organizační záležitosti a bodové hodnocení dětí.

Podstatou psychoterapie je užívání psychologických prostředků k léčbě se záměrem dosažení žádoucí změny u klienta (Langmeier, Balcar, & Špitz, 2010). V PNvD mají děti a dospívající možnost individuální i skupinové formy psychoterapie. Další možností, jak mohou děti na své léčbě pracovat a zároveň komunikovat s psychologem je psaní deníku. Deník je alternativou např. pro ty pacienty, kteří své problémy nedokáží úspěšně verbalizovat. Součástí léčby jsou také arteterapeutické a ergoterapeutické aktivity, relaxace, cvičení pro dívky a muzikoterapie, pro tyto činnosti jsou k dispozici arteterapeutická místnost, dílna, cvičná kuchyňka, tělocvična a další prostory, v letních měsících pak také venkovní bazén. Terapeuti dále s dětmi využívají možnosti navštěvovat volejbalové hřiště, minigolf či bowling. Pro děti jsou během celého roku připravovány nejrůznější sportovní a soutěžní akce, výlety či oslavy tradičních i méně tradičnějších svátků (Vánoce, Velikonoce, Halloween, Masopust) a významných dní (Den dětí, konec školního roku).

Pro děti plnící povinnou školní docházku zřizuje ZŠ Dobřany v nemocnici 6 speciálních tříd pokrývajících 1. a 2. stupeň základní školy (s celkovou kapacitou 48 žáků), v nichž je realizováno dopolední vzdělávání. Škola v nemocnici rovněž provozuje školní

klub, v němž jsou v odpoledních hodinách k dispozici vychovatelky, které dětem pomáhají především s přípravou na školní vyučování. V zájmu co nejefektivnějšího průběhu hospitalizace dětských pacientů funguje mezi zaměstnanci školy a nemocnice úzká spolupráce. Pro děti předškolního věku je terapie zajištěn dopolední program, při kterém jsou trénovány dovednosti jemné a hrubé motoriky, grafomotoriky, sebeobsluhy, řeči a jazyka a další kognitivní funkce. Dospívajícím dětem, které již mají ukončenou povinnou školní docházku (zpravidla však studují střední školu či učební obor), je dopoledne umožněno individuální vzdělávání pod vedením terapeuta. Všechny děti pak mají také možnost během své školní přípravy navštěvovat patientskou knihovnu a půjčovat si knihy jak pro studium, tak pro svůj volný čas.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě poznatků uvedených v teoretické části práce můžeme říci, že problematika sebepoškozování, která je v posledních desetiletích stále aktuálnější, kulminuje v období adolescence. V této životní etapě se sebepoškozující chování objevuje vůbec nejčastěji a rovněž počátky sebepoškozujících praktik jsou v tomto období nejobvyklejší. Vyšší prevalence záměrného sebepoškozování z hlediska pohlaví je zjištěna u dívek.

V oblasti výzkumu sebepoškozování u adolescentů zahraniční zdroje např. Hawton a jeho spolupracovníci (2012) nezaostávají za aktuálností dané problematiky. U nás se sebepoškozování dospívajících věnují především vysokoškolské závěrečné práce a odborné články, současné monografie mapující toto téma chybí. Empirická část předložené práce se bude zabývat mapováním zkušenosti adolescentních dívek se sebepoškozujícím chováním.

Cílem výzkumu je zmapovat, popsat a interpretovat zkušenosti adolescentních dívek se sebepoškozováním. Druhým cílem je zmapovat, popsat a interpretovat zkušenost a postoj ošetřujícího personálu dětského oddělení k problematice sebepoškozování u dospívajících dívek.

Na základě rešerše odborné literatury jsme si pro výzkum stanovili následující výzkumné otázky:

- 1) Jaké jsou typické okolnosti prvního aktu sebepoškozování?
- 2) Jaký je typický průběh a okolnosti aktu sebepoškozování?
- 3) Jaké důvody vedou dívky k sebepoškozování?
- 4) Jakými způsoby se snaží dívky sebepoškozování překonat?
- 5) Jak vnímá ošetřující personál dětského oddělení problém sebepoškozování dospívajících dívek?

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

S ohledem na charakter a složitost zkoumané problematiky, kterou sebepoškozování představuje, byl pro výzkum zvolen kvalitativní přístup, který podle Miovského (2006, 18) využívá principu: „*jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky*“ a k tomu, aby popsal, analyzoval a interpretoval nekvantifikovatelné fenomény využívá kvalitativních metod. Hendl (2016) řadí mezi výhody kvalitativního výzkumu získání podrobného popisu a vzhledu do zkoumaného jevu, možnost studovat procesy a navrhnout teorie či přirozenost prostředí zkoumaného fenoménu.

Typem výzkumu, který jsme se v rámci kvalitativního výzkumného designu rozhodli použít, je zakotvená teorie (grounded theory). Zakotvená teorie je jak výzkumným designem, tak kvalitativním přístupem a zároveň také metodou analýzy dat. Podle Řiháčka, Čermáka, Hytycha a spolupracovníků (2013, 44) se jedná o: „*komplexní přístup, který řídí výzkumný proces od hledání výzkumné otázky až po publikaci výsledné teorie a její případné další rozvíjení*“. Zakotvenou teorii vyvinuli v roce 1967 američtí sociologové Glaser a Strauss, časem se však rozpadla do tří hlavních odnoží. Představitelem té první je Glaser, druhou reprezentují Strauss a Corbinová a třetí verzi zformulovala Charmazová (Řiháček et al., 2013). V této práci budeme chápat zakotvenou teorii v podání Strausse a Corbinové.

Cílem zakotvené teorie není ověřování již objevené teorie, ale naopak se výzkumníci snaží dát prostor pro vynoření něčeho nového, významného, co by vedlo k vytvoření nové teorie o zkoumaném jevu (Strauss & Corbinová, 1999). Zakotvenou teorii je vhodné využít především v teoreticky méně zpracovaných a aplikovaných oblastech výzkumu, vyžaduje vstup výzkumníka do terénu, kde shromažďuje data do doby, než dojde k jejich saturaci (Hendl, 2016).

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

6.1 Zkoumaná populace a výběrový soubor

Zkoumanou populaci tvoří dívky adolescentního věku, které mají zkušenost se sebepoškozováním. Vymezit rozsah této populace je nesnadný úkol, jelikož statistiky týkající se sebepoškozování zahrnují jen malé procento těch, kteří se skutečně sebepoškozují (zejména jedince zachycené zdravotnickým systémem). Hrubá, Burešová a Klimusová (2012) hovoří o vlastní sebepoškozující zkušenosti u téměř 20 % českých adolescentů. Kdybychom tak vzali např. počet českých dívek ve věku 12 – 18 let (tedy námi přijímané věkové rozmezí adolescence), kterých bylo ke konci roku 2018 celkem 333 540 (Český statistický úřad, 2019) a drželi se spodní hranice odhadu výskytu sebepoškozování, jednalo by se o 33 354 dívek v České republice.

Výběrový soubor byl získán nepravděpodobnostním výběrem, konkrétně metodou příležitostného a záměrného výběru. Záměrným výběrem cíleně hledáme respondenty podle určitých vlastností či kritérií, příležitostný výběr pak znamená využívání našich možností k vyhledávání účastníků výzkumu (Miovský, 2006). Pro výběr respondentů byla stanovena následující kritéria: zkušenost se záměrným sebepoškozováním, ženské pohlaví a věk mezi 12 a 18 lety.

Vytipováno bylo původně jedenáct dívek splňující výše uvedená kritéria. Po zvážení a konzultaci s dětskou klinickou psychologkou bylo upuštěno od oslovení dvou dívek, u kterých bylo vysloveno podezření na možné psychotické onemocnění a jedné dívky s diagnózou lehké mentální retardace, jelikož u těchto dívek mohl být zdroj sebepoškozování jiný než námi zamýšlený. Osloveno bylo tedy osm dívek hospitalizovaných na dětském oddělení psychiatrické nemocnice v Dobřanech (a následně také jejich zákonný zástupce). Jedna dívka účast na výzkumu odmítla, důvodem byla obava ze sdílení citlivé osobní zkušenosti pro účely výzkumu, u dalších dívek nesouhlasili s účastí rodiče (pravděpodobně také kvůli citlivosti tématu).

Výsledný výběrový soubor představuje šest dospívajících dívek odpovídající zvoleným kritériím. Dívky jsou ve věku 15 – 17 let a pocházejí z různých krajů České republiky. Přehled respondentek včetně základních charakteristik s ohledem na zkoumanou

problematiku nabízí tabulka č. 1 (v rámci anonymizace respondentů jsou jména dívek změněna).

Tabulka č. 1 – Základní charakteristiky výběrového souboru

Jméno	Věk	Diagnóza	Nejčastější způsob sebepoškození	Začátek sebepoškození	Opakovaná hospitalizace
Uršula	17 let	pervazivní vývojové poruchy – Aspergerův syndrom	řezáním – žiletkou, nůžkami, kouskem plastu	Ve 13 letech	ano
Laura	16 let	fobické úzkostné poruchy – agorafobie, disharmonický vývoj narcistický	řezáním – kružítkem, záměrným padáním	Ve 13 letech	ne
Ingrid	16 let	poruchy příjmu potravy – Atypická mentální anorexie, disharmonický vývoj narcistický	řezáním – žiletkou; přejídáním	Ve 12 letech	ano
Nela	16 let	faktivní porucha, disharmonický vývoj histriónský	řezáním – kouskem plastu či skla	Ve 13 letech	ano
Dagmar	17 let	smíšená porucha chování a emocí, disharmonický vývoj histriónský	pálením žehličkou/ohněm	V 17 letech	ne
Izabela	15 let	jiné smíšené poruchy chování a emocí, disharmonický vývoj disociální	řezáním – žiletkou, skalpelem, škrábáním	Ve 14 letech	ano

6.2 Metody tvorby dat

Za relevantní metody získávání dat při užití zakotvené teorie považuje Hendl (2016) např. rozhovor neboli interview, pozorování či analýzu dokumentů. V rámci snahy o zajištění validity výzkumu jsme se v této práci pokusili o triangulaci kombinací dvou z výše uvedených metod tvorby dat – interview a analýzy dokumentů (Ferjenčík, 2010).

Hlavní metodou tvorby dat bylo zvoleno polostrukturované interview. Tato metoda má na jednu stranu jasně definované jádro interview – témata a otázky, které výzkumník nesmí vynechat, a na stranu druhou, nechává tazateli také prostor pro doptávání se či upřesňování si respondentových odpovědí, což je dokonce považováno za žádoucí (Miovský, 2006). Interview bylo tvořeno především otázkami zohledňujícími čtyři základní tematické okruhy odpovídající výzkumným otázkám – první akt sebepoškození, průběh a okolnosti sebepoškození, motivace k sebepoškození a překonávání sebepoškození (viz tabulka č. 2). Doplnovaly ho pak okruhy, které sloužily spíše k dokreslení celkové představy o sebepoškozující zkušenosti dívek – dosavadní kontakt z psychiatrií, četnost

a frekvence sebepoškozujících aktů, reflexe aktuální hospitalizace, reakce okolí na sebepoškozování dívek či zkušenost s výskytem sebepoškozujícího chování ve svém okolí.

Za účelem dosažení triangulace, byla zároveň s realizací interview se sebepoškozujícími se dívkami uskutečňována také interview s ošetřujícím personálem dětského oddělení PNvD, na kterém byly tyto dívky hospitalizovány. Interview s ošetřujícím personálem, jenž je tvořen zdravotními sestrami a pomocnými sestrami (resp. sanitářkami), měla opět polostrukturovanou formu. Jejich cílem bylo zejména zmapovat, jak ošetřující personál vnímá problém sebepoškozování u dospívajících dívek, o které běžně pečuje v rámci své profese. Vyzpovídáno bylo celkem sedm sestřiček, stěžejní otázky interview s nimi jsou uvedeny v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 – Základní okruhy polostrukturovaného interview

Výzkumná otázka	Tematický okruh	Konkrétní otázky z interview
Jaké jsou typické okolnosti prvního aktu sebepoškozování?	První akt sebepoškození	V kolika letech si se poprvé sebepoškodila? Vyhledávala sis např. na internetu informace o tom, jak se sebepoškozovat nebo to bylo rozhodnutí bez promyšlení? Pamatuješ si, co tomu předcházelo? Proč si to poprvé udělala?
Jaký je typický průběh a okolnosti aktu sebepoškozování?	Průběh a okolnosti sebepoškozování	V jakých situacích se nejčastěji sebepoškozujete? Jakým způsobem se nejčastěji sebepoškozujete? Jak dlouho ti obvykle vydrží účinek sebepoškozování? Co cítíš bezprostředně po tom, co si ublížíš a co pak, když ty bezprostřední pocity odezní? Vyzkoušela si i nějaké další způsoby sebepoškozování?
Jaké důvody vedou dívky k sebepoškozování?	Motivace k sebepoškozování	Mohla bys popsat jaký je vlastně tvůj důvod proč se sebepoškozujete? / Co ti sebepoškozování dává? Co obvykle předchází tomu, než se jdeš pořezat/sebepoškozovat?

<p>Jakým způsobem se snaží dívky sebepoškození překonat?</p>	<p>Překonávání sebepoškození</p>	<p>Co ti funguje, aby ses nešla pořezat, když máš chuť to udělat?</p> <p>Co jsi zatím ty sama po nástupu do nemocnice udělala pro to, aby se ti podařilo sebepoškození překonat?</p> <p>Znala jsi některé způsoby, jak sebepoškození předejít, než si nastoupila sem na léčbu?</p>
<p>Jak vnímá ošetřující personál dětského oddělení problém sebepoškození dospívajících dívek?</p>	<p>Pohled personálu na sebepoškození</p>	<p>V čem je obecně práce s dospívajícími dívkami specifická?</p> <p>Jak často se stává, že jsou zde na oddělení hospitalizované dívky, které se sebepoškozují?</p> <p>Proč si podle Vás tyto dívky ubližují?</p> <p>Je váš přístup k dívkám, které se sebepoškozují v něčem jiný než k ostatním?</p> <p>Je něco, čím se tyto dívky odlišují od ostatních?</p> <p>Na co je třeba dát si pozor při práci s dívkami, které se sebepoškozují?</p> <p>Jak se dá pomoci dívce, když za vámi přijde a řekne, že má chuť si ublížit?</p>

Cenným zdrojem dat byla také zdravotnická dokumentace dívek, díky níž bylo možné získat přesnou diagnózu a rodinnou, osobní, sociální, psychiatrickou a farmakologickou anamnézu. Nahlédnutí do dokumentace tak bylo důležitým aspektem při utváření komplexního pohledu na životní příběhy dívek v kontextu sebepoškození, protože jak je známo, člověk je bio-psycho-sociálně-spirituální jednotou.

6.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

Vzhledem k velmi osobní a citlivé povaze zkoumané problematiky bylo třeba dbát zvýšené pozornosti vůči ošetření všech etických aspektů výzkumu tak, aby nedošlo k ohrožení či poškození respondentek. Před započítím výzkumu byl získán písemný souhlas s jeho realizací od vedení nemocnice a současně od primáře dětského oddělení. Před samotnou realizací byl rovněž konzultován výzkumný záměr a následně pak všechny další fáze výzkumu (např. vhodnost respondentů pro výzkum, způsob oslovení zákonných zástupců či přiměřenost otázek v interview vzhledem k léčbě apod.) s dětskou klinickou psychologou působící na oddělení, kde výzkum probíhal.

Dívky oslovené s nabídkou účasti na výzkumu byly nejprve seznámeny s tématem a účelem výzkumného záměru, se svou úlohou v rámci výzkumu a očekávaným průběhem.

Dívkám byl předložen informovaný souhlas (příloha č. 3) a vysvětleny všechny informace v něm uvedené. Dívky byly poučeny o tom, že jejich účast na výzkumu je dobrovolná a mohou z něj kdykoli odstoupit, dále o tom, že jejich osobní údaje získané v rámci výzkumu (z chorobopisu a během interview) budou anonymizovány a nebudou použity k jiným účelům než pro potřeby bakalářské diplomové práce. Dívky byly také informovány o tom, že kvůli další práci s interview je potřeba ho nahrávat, ale že získané nahrávky budou rovněž chráněny proti zneužití (např. heslem a pseudonymem) a po skončení výzkumu budou neprodleně smazány. A konečně byly oslovené dívky poučeny o tom, že vzhledem k nezletilosti je nutné, aby s účastí na výzkumu souhlasili také jejich rodiče (resp. zákonní zástupci). Poté dostaly dívky několik dní na rozmyšlení.

V případě, že se dívky rozhodly pro účast na výzkumu, domluvily jsme se na způsobu oslovení rodičů k získání jejich souhlasu. Některé dívky se domluvily s rodiči pouze samy a předaly jim informovaný souhlas ke schválení, jiné využily autorčiny nabídky ke kontaktování rodičů telefonicky, tak aby jim dovysvětlila případné dotazy. V obou případech byli rodiče informovaným souhlasem (příloha č. 3) poučeni stejně jako předtím dívky o účelu výzkumu, o dobrovolné účasti a o etickém zacházení s osobními údaji.

Před samotnou realizací interview bylo dívkám připomenuto, že mohou kdykoli odmítnout odpovědět na kteroukoli z otázek, případně interview zcela přerušit, pokud by jim to bylo nepříjemné. Interview probíhaly v dívkám známém prostředí arteterapeutické místnosti, která je lokalizována spíše stranou rušivého chodu oddělení. Po skončení interview se autorka ujistila o dobrém psychickém stavu respondentek a nabídla jim případnou možnost konzultace s psychologem.

Jelikož je autorka práce zároveň terapeutkou na prezentovaném dětském oddělení, jedná se o střet zájmů, který by případně mohl ovlivnit průběh výzkumu. Přes všechna rizika, která může takovýto střet zájmů přinášet, jsme se snažili této skutečnosti naopak využít ve prospěch výzkumu. Výhodou se ukázal např. navázaný blízký vztah terapeut-klient podpořený vzájemnou důvěrou, díky kterému většina oslovených dívek (a rodičů) s výzkumem souhlasila a následně se nebála poměrně otevřeného interview. Přínosem byla znalost aktuálního stavu respondentek v procesu léčby, díky čemuž bylo možné interview vhodně časově zařadit. Drobným benefitem pak byla také znalost prostředí, díky které bylo možné najít vhodné místo pro realizaci interview. Znalost životního příběhu respondentek pak sama o sobě může být vnímána jako výhoda i nevýhoda.

Negativním dopadům střetu zájmů jsme se snažili předejít vysvětlením respondentkám, že výzkum slouží výhradně k osobním studijním účelům autorky a informace sdělené během interview nebudou předávány třetí straně (zejména pak ostatnímu personálu či rodičům). Z účasti na výzkumu dívkám také neplynuly žádné výhody, které by mohly ovlivnit buď informace sdělované v interview či následný vztah terapeut-klient.

7 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

V této kapitole budou prezentovány výsledky výzkumu získané analýzou dat, která proběhla metodou zakotvené teorie dle Strausse a Corbinové (1999) za pomoci počítačového programu ATLAS.ti. Získaná data byla postupně podrobena otevřenému, axiálnímu a selektivnímu kódování.

7.1 Interview s dívkami

7.1.1 Otevřené kódování

Z otevřeného kódování vykryštovaly tyto klíčové kategorie: motivace k sebepoškození, strategie zvládnání, důsledky sebepoškození a bludný kruh. Každá z kategorií má svoje vlastnosti a dimenze. Hlavní kategorie, které vzešly z otevřeného kódování, budou níže představeny, popsány a obohaceny o konkrétní úryvky z výpovědi respondentek (v zájmu zachování autenticity jsou tyto výpovědi doslovně přepsané).

MOTIVACE K SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Kategorie motivace zahrnuje možné podněty, které dívky vedou k sebepoškozujícímu chování. Motivace je sycena čtyřmi oblastmi: náročné životní situace, pocity, experimentace a zautomatizované jednání.

Tabulka č. 3 – Motivace dívek k sebepoškození

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
MOTIVACE K SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	náročné životní situace	překonání – vyhnutí se
	pocity	zbavení se nepříjemných – navození příjemných
	zautomatizované jednání	návyk – závislost
	experimentace	zvědavost – nápodoba

Velmi častým důvodem, proč se dívky uchylují k sebepoškození, je zpracování náročné životní situace zpravidla stresové či konfliktní. Tyto pak řeší sebepoškozením,

aby je překonaly, či se jim vyhnuly. Ukázalo se, že největšími stresory jsou pro dívky škola a konflikty s rodiči.

Uršula: *„Já jsem byla v devátý třídě – řešily se přijímačky, takže jsem toho měla až nad hlavu a prostě 8. března jsem se pořezala poprvé.“*

Ingrid: *„nepřišla jsem na důvod, proč jsem to udělala, ale asi s tím hodně souvisela změna školy, protože jsem přestupovala jakoby ze základky na osmiletý gympl.“*

Laura: *„Táta ten mi začal nadávat, že jsem magor, takže ten to vůbec, ten prostě to vůbec nepochopil a akorát to ještě všechno zhoršil, protože pak jsem to začala dělat ještě víc kvůli němu.“*

S náročnými životními situacemi souvisí také druhá oblast – pocity, obvykle totiž u dívek způsobují ty nepříjemné, jakými jsou např. úzkost či napětí. Právě s nimi se pak pomocí sebepoškozování vyrovnávají. Někdy ale není snahou dívek zbavit se negativních pocitů, ale spíše dosáhnout pocitů příjemných.

Dagmar: *„Hmm asi při úzkostech nebo při nějakým napětí“*

Nela: *„...no prostě jste v nějakým napětí, tak stačí udělat pár čárek...“*

Nela: *„A někdy prostě, když si chci zlepšit náladu nebo mám na to chuť prostě.“*

Izabela: *„No a pak už jsem to dělala kvůli tomu, že mi to dělalo dobře, dělá mi dobře ta bolest a ten pohled na tu krev.“*

Zejména u děvčat, která mají se sebepoškozováním již několikaletou zkušenost, se objevuje fenomén „zautomatizovaného sebepoškozování“. Samy přiznávají, že někdy vlastně ani zřejmý důvod k sebepoškození nemají a ubližují si vlastně spíš jen ze zvyku. Některé z dívek toto svoje jednání připodobňují k závislosti.

Laura: *„Potom už to šlo až do závislosti...“ ... „ono už to nemělo moc jako ani význam třeba někdy“*

Ingrid: *„Občas to bylo i jen tak prostě, protože můžu. Že jsem měla prostě tu potřebu to udělat, i když jsem neměla důvod.“*

Nela: *„Někdy to dělám i jen tak.“ ... „Mám na to chuť prostě. Ono je to divný, ale tak někdo má chuť třeba na cigaretu, já mam chuť na tohle.“*

Specifickou kategorií je motivace k prvnímu sebepoškozujícímu aktu, která je spojena zejména s experimentováním. Obvykle k němu dochází ve chvíli, kdy se dívky se

záměrným sebepoškozováním již dříve přeneseně setkaly např. u vrstevníků, na internetu nebo ve filmu. Chtějí si pak samy vyzkoušet „co na tom ty lidi mají“ a zda by se takto nedaly řešit také jejich problémy.

Uršula: „Bylo to z důvodu toho, že... za prvý jsem to chtěla vyzkoušet, protože měli jsme spolužačku, která se sebepoškozovala.“ ... „začalo mi být čím dál hůř, ale nevěděla jsem, jak to mám prostě zvládat. No tak jsem si řekla, že to zkusím. Jsem si rozmontovala kružítko, párkrát jsem si to... udělala čárku a ono to pomáhalo.“

Laura: „Možná když to bylo úplně poprvý, tak to bylo takový, že jsem to chtěla vyzkoušet, jestli se mi uleví po nějaký hádce.“

Ingrid: „Spíš to bylo spontánní, že jsem někde viděla prostě nějakou fotku, tak jsem si řekla, že to taky zkusím, jestli to pomůže.“

STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ

Výše jsme uvedli, že dívky se musejí často vyrovnávat s náročnými životními situacemi a také s nepříjemnými pocity, které s sebou přináší. Tato kategorie zahrnuje copingové strategie neboli strategie zvládání, které respondentky při řešení nepříjemných životních situací využívají. Copingové strategie můžeme obecně dělit na žádoucí a nežádoucí. Záměrné sebepoškozování lze v našem kontextu samozřejmě považovat za strategii nežádoucí, není však jedinou možností, kterou dívky volí. V rámci této kategorie je naším cílem ukázat, jaké další – více žádoucí – strategie dívky znají a využívají mj. ve chvílích, kdy bojují s chutí ublížit si.

Tabulka č. 4 – Strategie zvládání náročných životních situací a nepříjemných pocitů

Kategorie	Subkategorie	Vlastnosti	Dimenze
STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ	ŽÁDOUCÍ	sdílení	pasivní – aktivní
		zájmy/koníčky	pasivní – aktivní
	(NE)ŽÁDOUCÍ	medikace	užívá – neužívá
	NEŽÁDOUCÍ	sebepoškozování	ano – ne

Za jednoznačně žádoucí strategii lze považovat sdílení. V podání respondentek může mít sdílení formu aktivní a pasivní. Při pasivním sdílení je pro dívky důležité mít někoho na blízku, nebýt sám. Třebaže tato forma nezahrnuje aktivní verbální sdílení, respondentky ji často uváděly jako nejefektivnější formu pomoci.

Nela: „*Že se neotočí zády, že prostě... mě by stačilo, kdyby ten člověk prostě jenom seděl vedle mě a případně mě obejmul, to by mi stačilo. Pro mě nejsou tak důležitá slova jako, jak se ten člověk chová.*“

Laura: „*I klidně kdybychom byli úplně ticho, tak prostě koukat na film, poslouchat písničky. Hlavně nebýt sama.*“

Ingrid: „*Já musím být jakoby ideálně s rodiči, aby mě to jako nenutilo tam jít do toho pokoje, abych nebyla sama.*“ ... „*Hlavně být s někým, kdo prostě... oni o tom ty lidi ani nemusí vědět, že to chci udělat, ale já hlavně potřebuju být s někým v kontaktu, normálně fungovat, abych jako nebrečela někde sama v pokoji.*“

Aktivní formu sdílení představuje hovoření o svých problémech s rodinou, přáteli, odborníky, svěřování se druhým, ale také např. sdílení formou psaní deníku, které dívky ve svých výpovědích často uváděly, a které je také v rámci léčby na dětském oddělení PNvD vše doporučováno.

Izabela: „*Jo tak většinou jsem šla za kamarádkou, ona bydlela o byt níž než já, takže jsem šla vždycky za ní, zapálily jsme si, povídaly jsme si třeba hodinu a půl, dvě hodiny.*“

Laura: „*Jít za mamkou nebo prostě za někým, komu věřím a říct jakože prostě teď třeba mam tu chuť to udělat a být prostě, dokavad' ten pocit neodezní, s někým.*“

Dagmar: „*Bud' zavolam tý tetě a sestřenici nebo jdu za holkama, no nebo píšu deník*“

Odvrácení nepříjemných pocitů či chuti ublížit si je možné dosáhnout také prostřednictvím věnování se svým zájmům a koníčkům. Respondentky si toto dobře uvědomují a často se snaží takto odvést svou pozornost od nepříjemných myšlenek a předejít tak sebepoškozování. Mezi nejčastěji opakovanými možnostmi činností se objevovaly procházky a poslech hudby.

Na pomezí strategií žádoucích a nežádoucích se nachází využití medikace zejména anxiolytik a antidepresiv. Předepsání medikace je v gesci lékaře, některé z dívek mají medikaci předepsanou, jiné ne. Zde si jen dovolíme upozornit na dvě rizika, která

farmakoterapie přináší. Jedním z nich jsou nežádoucí účinky léků, druhým je možné nadužívání léků dívkami v případech, kdy by byly schopné situaci řešit vlastními silami.

DŮSLEDKY

Kategorie důsledky představuje následky a účinky, které sebepoškozování dívkám přináší. Zahrnuje aspekty tělesné, psychické a sociální pohybující se na škále od negativních dopadů po dopady pozitivní, které nám mohou pomoci částečně objasnit motivaci respondentek k sebepoškozujícímu chování.

Tabulka č. 5 – Důsledky sebepoškozování

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
DŮSLEDKY	tělesné	negativní – pozitivní
	psychické	negativní – pozitivní
	sociální	negativní – pozitivní

Jako pozitivní tělesný důsledek sebepoškozování líčí respondentky fyzickou bolest a uspokojení při spatření krve, cítění tepu či pocitu štípání.

Uršula: „*Prostě cítíte tep a cítíte, jak vám příjemně rudne hlava a tak no.*“

Nela: „*trhání nehtů, což je strašně bolestivé a nedoporučuju to nikomu. A ty nehty vám blbě rostou a jsou takový jiný než to. A strašně to bolí. I po tom, když se dotknete třeba trošku vody nebo to. A nejhorší je desinfekce, mně je to to třeba příjemný na rány dostat desinfekci.*“

Izabela: „*cítíla jsem tu bolest, takže jsem na to nemyslela na to ostatní – jenom na tu bolest – a že chci ještě*“

Nepochybným tělesným negativním důsledkem sebepoškozování jsou následné jizvy, které jako nevýhodu zmínila většina dívek. Jizvy respondentky trápí nejen kvůli fyzické neatraktivitě, ale také proto, že jsou častým předmětem rozhovorů a vysvětlování v budoucnu a taktéž upomínkou na nepříjemné životní zážitky.

Ingrid: „*No hlavně ty jizvy, co jsou vidět. Když se potom lidi, kteří mě neznaj, ptají jako, kvůli čemu to mam, tak to vysvětlování.*“

Izabela: „*Takže jakoby prostě ty jizvy, ty vzpomínky jakoby na to.*“

Pozitivní psychické důsledky se obvykle objevují již během sebepoškozujícího aktu a bezprostředně po něm. Jedná se zejména o úlevu a uvolnění, které jsou zpravidla jen chvilkovou záležitostí (dívky popisují dobu trvání pozitivního účinku v řádech několika minut, při větším či vícečetném sebepoškození pak několika hodin). Příjemné důsledky sebepoškozování bývají plynule vystřídány velice nepříjemnými pocity viny, selhání a výčitkami. Respondentky popisují, že jsou na sebe našťvané, smutné, je jim líto, co právě udělaly, někdy se dostavuje také strach z odhalení.

Laura: „*Už prostě jsem si potřebovala ulevit i nějak jinak. Jenže se mi ulevilo vždycky jenom na chvíli. Takže pro úlevu.*“

Nela: „*Jste v takovej euforii vlastně prostě. Já to neumím popsát., to byste musela zažít.*“

Dagmar: „*No jsem na sebe našťvaná, asi pocit viny, jako že jsem to ani dělat neměla, že to byla hloupost*“

Ingrid: „*Občas pocity viny, že bych to neměla dělat, že to normální lidi nedělaj.*“

Záměrné sebepoškozování s sebou přináší rovněž sociální důsledky. Pozitivní sociální dopady dívky příliš často nezmiňovaly. V jednom případě se řešení záměrného sebepoškozování ukázalo jako sjednocující faktor pro jinak rozhádanou rodinu. Příznivě pak na dívky působí především následná pomoc, které se jim dostává od rodiny a přátel.

Ingrid: „*Často mi třeba píšou, jestli jsem v pohodě, nebo mi volají nebo se mnou jako podnikají hodně věci, abych nebyla doma a neměla na to myšlenky. A snaží se mi jako podpořit i slovně. Sice to moc nepomáhá slovně, ale snažej se, to jsem strašně ráda.*“ ... „*To pak nemam pocit, že jsem sama, ale jako že mam kamarády a že na mě prostě myslej.*“

Mnohem častěji dívky vypovídaly o negativních sociálních důsledcích sebepoškozujícího chování, které se týkají zejména rodiny. Respondentky často uváděly, že své rodiče zklamaly, ztratily jejich důvěru a přidělaly jim starosti navíc.

Nela: „*Někdy jsou tam taky pocity jakože... jste na sebe našťvaná, že jste to zase udělala, že všichni budou zklamáný a takhle.*“

Izabela: „*Mamku jsem prostě zklamala, že jo, musí dávat na mě větší pozor. I když teďko mi už věří, že už se nepořežu, už mi věří, což jsem jakoby ráda, protože předtím mi nikdy nevěřila.*“

Laura: „*Ublížení jakoby ve smyslu, že to je další starost navíc – nebo starost prostě – je to starost. Žádný rodič nechce nebo žádná jako rodina nechce mít v rodině někoho, kdo si takhle ubližuje.*“

BLUDNÝ KRUH

Kategorie bludný kruh představuje skupinu cyklických fenoménů, které se v souvislosti se záměrným sebepoškozování v rámci interview vyskytly.

Tabulka č. 6 – Bludný kruh sebepoškozování

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
BLUDNÝ KRUH	sliby	vyslovení – nedodržení
	kolísání pocitů	libost – nelibost

Jednou z vlastností této kategorie jsou sliby. Většina dívek někdy slíbila svým blízkým, že už nebudou sebepoškozující chování opakovat. Někdy byl tento závazek míněn vážně, jindy sloužil spíš jako „uchlácholení“, každopádně ve většině případů nedošlo k jeho vyplnění. U některých dívek se tendence ke slibování vyskytla opakovaně, jiné se příslibům ohledně nepraktikování sebepoškozujících aktů snaží vyhnout, protože samy nejsou přesvědčeni o jejich dodržení a obávají se ze zklamání blízkých osob.

Laura: „*Spíš jsme si mysleli, že to jako zvládneme sami s mamkou, protože jsem jí vždycky slíbila, že už to neudělám.*“

Uršula: „*Podle mě už si asi zvykli, že nedokážu dodržet slovo v tom řezání. Prostě já jim něco slíbim a stejně se pořežu.*“

Zacyklení se v bludném kruhu se týká také pocitů, které dívky během sebepoškozujícího aktu prožívají, ty se pohybují na škále od velmi libých až po velice nelibé. Konkrétně dívky vnímají pocity spokojenosti, úlevy a uvolnění, které se objevují během aktu a těsně po tom, co si ublíží (viz výše). Tyto jsou střídány výčitkami, smutkem, pocitem viny a selhání. Příjemné a nepříjemné pocity významně kolísají, což bývá podle dívek také příčinou toho, proč si během jednoho sebepoškozujícího aktu ublíží hned několikrát.

Laura: „*No potom si to postupně začnu jako vyčítat, že jsem to udělala, takže to není jakoby jenom úleva, ale i to vyčítání a jsem potom smutná z toho, takže... takže jakoby smutek, úleva, ale i výčitky.*“

Ingrid: „*Spíš jakoby mě to mrzí, že jsem to udělala, ale občas to mam i tak, že jsem ráda, že jsem to udělala. To se mi střídá.*“

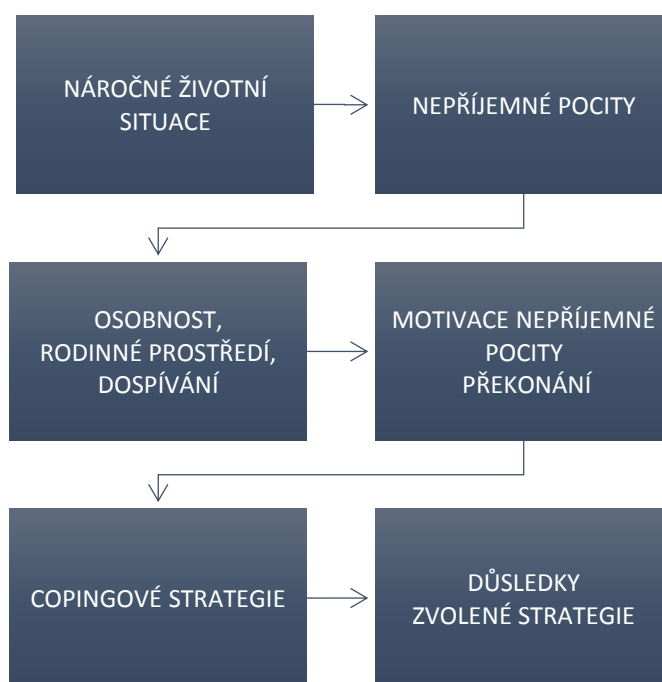
Uršula: „*A pak nastoupí pocit prostě, že si zklamala, takovej ten pocit viny, začneš si to všechno vyčítat. No a pak je takovej ten koloběh, že to prostě uděláš znova, protože si to začneš vyčítat a řekneš si, že si k ničemu, že už vlastně vůbec nebude vadit, když si uděláš další, protože si stejně k ničemu, a stejně už jim nikdy nedokážeš, že s tím dokážeš přestat. Takže tam třeba sedíš takhle dobrou hodinu, vždycky je ta fáze, kdy se pořežeš, je ti dobře, pak je ti k ničemu, tak se znova pořežeš a takhle to jde třeba hodinu, pak máš úplně krvavou ruku, slzy. No a co jinýho ti zbývá, než jít dál.*“

7.1.2 Axiální kódování

Výsledkem axiálního kódování je paradigmatický model (Strauss & Corbinová, 1999), který reflektuje vztahy mezi některými klíčovými i vedlejšími kategoriemi (kategorie tedy nejsou shodné jako při otevřeném kódování).

Ústředním jevem byly zvoleny nepříjemné pocity prožívané dívkami. Jako příčinné podmínky byly určeny náročné životní situace, tedy situace, které nepříjemné pocity nejčastěji vyvolávají např. stres, konflikt, deprivace. Kontextem nepříjemných pocitů je osobnost dívek (u většiny respondentek se objevuje disharmonický vývoj osobnosti), rodinné prostředí (v rodinných anamnézách respondentek se setkáváme s neharmonickým rodinným prostředím či traumatizující událostí) a aktuální vývojová fáze – dospívání, která svým charakterem může s ústředním jevem významně souviset. Intervenující podmínkou je motivace dívek k překonání nepříjemných pocitů. K tomuto překonání dívky obvykle volí určitou strategii jednání, kterou může být buď žádoucí (např. sdílení, praktikování koníčků) nebo nežádoucí (sebepoškozování) copingová strategie (viz výše). Výsledkem vybrané strategie jednání jsou pak důsledky, které s sebou přináší. Ty se projevují v rovině tělesné, psychické i sociální a mohou být jak pozitivní, tak i negativní.

Diagram č. 1 – Paradigmatický model vytvořený na základě axiálního kódování – dívky



7.1.3 Selektivní kódování

Na základě selektivního kódování dat byla zvolena centrální kategorie „nepříjemné pocity“, která se vztahuje k mnoha dalším kategoriím. Výsledná teorie nese název „bludný kruh“, tato teorie, jak se zdá, dobře vystihuje podstatu výsledků našeho zkoumání. Grafické znázornění výsledné teorie můžeme vidět na diagramu č. 2. Bludný kruh je zde vyobrazen jako soukolí složený ze dvou do sebe zapadajících ozubených koleček reprezentujících „nepříjemné pocity“ a „záměrné sebepoškozování“. Pokud se roztočí jedno z těchto dvou koleček, musí se zákonitě roztočit i to druhé, jedno bez druhého se zkrátka nezastaví. Paralelně z analýzy rozhovorů s dívkami vychází, že nepříjemné pocity vedou k sebepoškozování, a že sebepoškozování vede k nepříjemným pocitům.

V životě není možné zcela se vyhnout náročným životním situacím, které mohou nepříjemné pocity způsobovat (viz diagram č. 1). To, co však dívky ovlivnit mohou, je volba žádoucích copingových strategií, které jim pomohou nepříjemné pocity zvládat a díky tomu také zabrzdit sebepoškozování. Diagram č. 3 nám umožní představit si takovou situaci zjednodušeně. Do otáčejícího se soukolí nepříjemných pocitů a sebepoškozování představujícího bludný kruh vpravíme klín v podobě efektivní strategie zvládnutí. Pokud je tato strategie dostatečně silná, je schopná obě ozubená kolečka zastavit a bludný kruh přerušit.

Diagram č. 2 – Paradigmatický model vytvořený na základě selektivního kódování – „Bludný kruh“

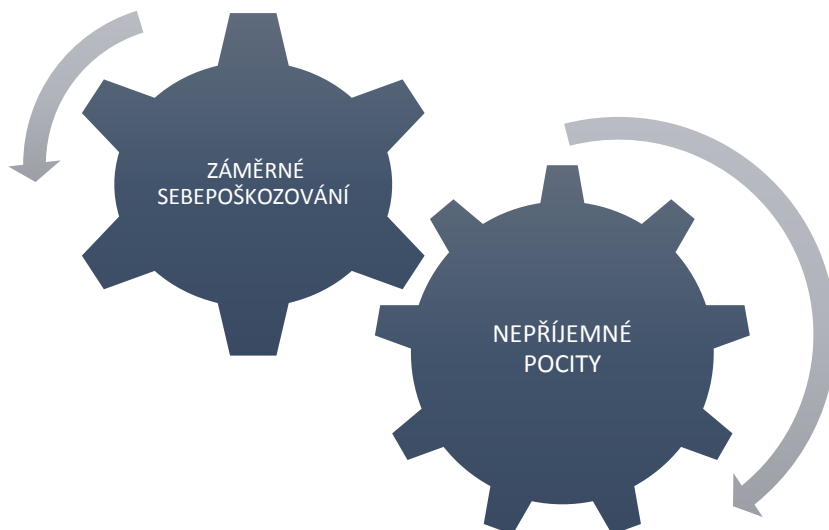
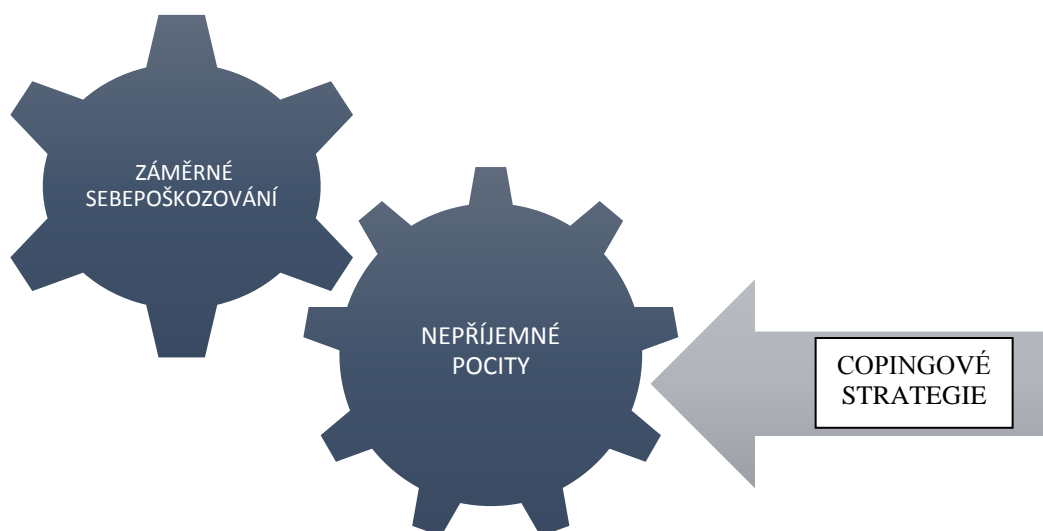


Diagram č. 3 – Paradigmatický model s navrženou strategií pro překonání bludného kruhu



7.2 Interview s ošetřujícím personálem

7.2.1 Otevřené kódování

Z otevřeného kódování interview s ošetřujícím personálem dětského oddělení PNvD vzešly tyto hlavní kategorie: nedůvěra, kontrola, pomoc a atribuce sebepoškozování. Tyto kategorie budou stejně jako v předchozí kapitole nejprve představeny (vč. vlastností a dimenzí), popsány a doplněny o ukázky z interview (respondentky z řad sestřiček jsou uváděny pod označením S1 – S7).

NEDŮVĚRA

Kategorie nedůvěra se v interview se sestřičkami projevila především zklamáním důvěry v minulosti, lhaním a podvody, kterých se dívky během hospitalizace dopouští.

Tabulka č. 7 – Nedůvěra k sebepoškozujícím se dívkám

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
NEDŮVĚRA	zklamání důvěry	ano – ne
	lhaní a podvody	ano – ne

Téma nedůvěry se prolínalo napříč všemi interview. Z výpovědí sestřiček vyplývá, že mají s nejrůznějšími podvody a lhaním dívek bohaté zkušenosti, protože dost často jsou to právě ony, kdo nějaké porušení pravidel odhalí. Tyto zkušenosti pak vedou k tomu, že bývají vůči všem dívkám raději apriori nedůvěřivé. Důvěru některých sestřiček ztratily dívky, když tvrdily, že už si neublíží, a pak v sebepoškozujícím chování pokračovaly.

S1: „A ona pak udělá hovadinu další, no a tím jako zklame a už nemam chuť se s ní bavit o takovýhle věcech, když vidim, jakože to není k ničemu.“

S5: „Je jich tady většina, takže jsou všechny stejný, nemůžeš jim věřit, i když třeba chceš. Se snad nenašla ještě žádná, která by jakoby to co slíbila, aby to splnila, vždycky nějak zklame.“

S1: „Jsou takový lišácký ty děvčata, oni dokážou vymyslet hodně věci.“

KONTROLA

Kategorie kontrola přímo navazuje na kategorii nedůvěry. Kontrolou máme na mysli dohlížení ošetřujícího personálu na sebepoškozující dívky. Charakteristickými znaky kontroly jsou obezřetnost a prohledávání. Obezřetnost se pohybuje v dimenzi opatrnost – dozor, prohledávání pak může být preventivní nebo cílené.

Tabulka č. 8 – Kontrola

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
KONTROLA	obezřetnost	opatrnost – dozor
	prohledávání	preventivní – cílené

U dívek, kde není podezření na sebepoškozování, sestřičky uplatňují běžný dohled, zatímco u dívek, u kterých se v minulosti záměrné sebepoškozování vyskytlo a zároveň je zde důvodné podezření, že by se mohlo opakovat, je třeba dbát zvýšeného dozoru. Podobné je to také s prohledáváním. Úkolem sestřiček je preventivně kontrolovat dívky, když se vrací z vycházek a terapeutických dovolenek, aby u sebe neměly žádné nebezpečné věci a neohrozily tak buď sebe nebo ostatní. Dívkám, které si v minulosti propašovaly na oddělení nebezpečné předměty a je u nich riziko, že by se toto mohlo opakovat, bývají cíleně prohledávány osobní věci.

S1: „*No každopádně, aby neměly žádný ostrý věci, prohlížet je, když přijedou z domova. Je to taková zvýšená opatrnost, prohlížet jim bundy, no tak oni to pronáší různě, asi i v ponožkách nebo já nevím. Chodit nadměrně i do těch sprch, pořád je kontrolovat v těch sprchách, aby opravdu si nic neudělaly, někdy i na těch záchodech.*“

S5: „*Jsou to prostě potvory, který vymyslí kdeco – jak si ublížit, kde co sebrat, co si přivést z domova.*“

Přes všechen dozor a preventivní kontroly, které sestřičky praktikují, přiznávají, že nikdy není možné dívky stoprocentně ohlídat. Sebepoškozujícím se dívkám totiž stačí jakýkoliv nespécifický předmět, aby si s ním dokázali ublížit, pokud to mají v úmyslu.

S2: „*Samozřejmě, že se musí vyvarovat takovýho toho, aby nebyly bez dozoru s nůžkami anebo aby prostě se jim nepůjčovaly žiletky, ostrý předměty, ale zase na druhou stranu sebepoškozovačka se podrápe i střepem, co najde na zemi. Měly by se kontrolovat,*

prohledávat, ale ty si vždycky něco najdou. Sponka ze sešitu, z časopisu, list z knížky, papír – obyčejnej kancelářskej papír a oni se s tím dokážou pořezat.“

POMOC

Kategorie pomoci se dále dělí na akutní a dlouhodobou. Akutní představuje pomoc při řešení některé akutní potřeby v našem případě zpravidla nepříjemné pocity a chuť ublížit si, odráží se ve vlastnostech sdílení, odvedení pozornosti, medikace a kontaktování odborníka. Dlouhodobá pomoc je reprezentována nabízením pomoci i ve chvíli, kdy aktuálně dívky žádné akutní problémy nepociťují.

Tabulka č. 9 – Pomoc

Kategorie	Subkategorie	Vlastnosti	Dimenze
POMOC	AKUTNÍ	sdílení	pasivní – aktivní
		odvedení pozornosti	pasivní – aktivní
		medikace	užívá – neužívá
		kontaktování odborníka	psycholog – psychiatr
	DLOUHODOBÁ	Nabízení pomoci	pasivní – aktivní

Většina sestřiček má zkušenosti s tím, že za nimi dívky chodí pro pomoc, když jim není dobře a případně cítí potřebu si ublížit. Dochází k tomu primárně v odpoledních a večerních hodinách, kdy už přímo na oddělení není k dispozici psycholog ani lékař (k dispozici je žurnální lékař). Vzhledem k tomu, že sestřičky nemají absolvovaný např. kurz krizové intervence nebo alespoň školení, kde by se dozvěděly, jak v těchto případech postupovat, jsou v této situaci odkázány jen na své zkušenosti a intuici.

Pomoc sdílením nabízí sestřičky skrze rozhovory s děvčaty. Někdy jim spíše jen naslouchají, zajímají se, co dívky trápí a jindy zkouší pomoci radou, přispět osobní zkušeností. Mezi další strategie, které v takovýchto situacích sestřičky považují za efektivní, patří snaha odvést pozornost dívky od nepříjemných myšlenek. Buď se dívkám snaží nabízet různé zájmové aktivity jako kreslení, tvoření či skládání puzzlí, případně jim vymýšlí nějakou práci na oddělení (přeskládání oblečení, uklizení skříně), aby se dívky zabavily, a navíc se cítily užitečné.

S2: „Asi v tu chvíli, když není nic důležitýho jinýho vyloženě vyžadujícího nějakou prostě práci, tak se všim seknout a prostě si jí posadit na tu sesternu a začít s ní mluvit – proč, co

se děje, jaký má pocity a snažit se jí odvrátit pozornost třeba tím, že jí dam něco na práci nebo jo prostě: „pojď pujdeš se mnou ted'ko dělat todle nebo to probereme a budem dělat při tom todle“ a jakoby spíš se jí, spíš jí odklonit od toho.“

S4: „No tak začneme o tom povídat, proč to chce udělat, jakej má teda ten problém, že jo. Ale samozřejmě, já jsem jakože laik, že jo, sice jsem jenom zdravotní sestra, ale zkusim se jí zeptat na to, co jako, zkusit to nějak vyřešit, jestli prostě, já nevim, napřed většinou mluvíme o tom jakože proč, pak jako třeba „já ti dam nějakou práci, aby si to neudělala“ a takovýhle věci.“

Někdy se dívky mohou cítit natolik špatně, že je třeba kontaktovat některého z odborníků, zpravidla psychologa či psychiatra, pokud jsou zrovna dostupní. V některých případech se nedá vyhnout ani podání medikace, pokud ji dívky mají předepsanou.

S6: „Když to není jako na to, abychom zavolaly teda lékaře, aby se jako uklidnila nebo má nějakou medikaci danou přímo, tak se s nima snažíme teda hodně mluvit.“

S4: „A pak v nejhorším případě, podle medikace, že jo, když maj nějakou medikaci, kterou jí můžeš podat fakultativně – jednou – aby si nic nevyvedly, tak dostanou prášek, a to je třeba někdy zastaví v tom, aby to neudělaly.“

Při práci se sebepoškozujícími dívkami, sestřičky samy vybízí ke sdílení a povídání si, i když se zrovna nic akutního neděje. Snaží se navázat důvěru, aby se dívky nebály za nimi přijít a svěřit se, pokud by měly nějaké starosti či problémy. Jedna ze sestřiček pak nabízí také specifickou pomoc, kdy učí dívky, jak masírovat a rozvolňovat jizvy způsobené sebepoškozováním tak, aby byly co nejméně viditelné.

S6: „Je pravda, že víc jim říkáme, když maj něco, když chtěj mluvit, tak aby přišly, že si vždycky na ně člověk čas najde, aby si zjistily, že s nima můžeme jako mluvit.“

S2: „Když už sem přijdou s tím, že jsou nějak hodně zjizvený, a mají snahu se jakoby... tak využívám znalostí i z jiných oborů – konkrétně teda z fyzioterapie – a to jsou masáže jizev a rozvolňování keloidní a vazivových jizev. Učim je to, jak je masírovat, aby jim to zmizelo, nebo aby jim aspoň vybledly ty jizvy, aby to neměly tolik.“

ATRIBUCE SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Atribuce znamená přisuzování významu, vlastností nebo příčiny někomu či něčemu. V kontextu tohoto výzkumu se ptáme, jakou motivaci přisuzují sestřičky sebepoškozujícímu

chování dívek. Vlastnosti této kategorie zahrnují poutání pozornosti, experimentaci a starosti.

Tabulka č. 10 – Atribuce sebepoškozování

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
ATRIBUCE SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	poutání pozornosti	mají málo – chtějí víc
	experimentace	zvědavost – nápodoba
	starosti	osobní – rodinné

Dle sestřiček může být sebepoškozování projevem snahy o upoutání pozornosti. Podle jednotlivých výpovědí se dá usuzovat, že některé z dívek se snaží upoutat pozornost proto, že se jim jí obvykle nedostává, jiné ji sice mají, ale chtěly by ještě více.

S5: „...možná i jakoby v rodině, že se jim třeba rodiče nevěnujou nebo chtějí na sebe upoutat pozornost.“

S2: „...pak jsou to holky, který jsou spíš citově deprivovaný...“

S6: „...jestli doopravdy maj nějaký ty sebevražedný sklony, což má málokterá z nich nebo jestli je to potom, protože se chtějí zviditelnit mezi tima v rodině nebo mezi svýma kamarádama nebo vrtsevníkama, na tom hodně záleží no.“

S3: „Myslím, že některý doopravdy důvod nemají a dělají to, aby na sebe upozornily.“

Další možnou příčinu sebepoškozování viděly sestřičky v experimentování. Některé se domnívají, že dívky chtějí sebepoškozování vyzkoušet, protože jsou ovlivněny vrstevníky, sociálními sítěmi a internetem obecně. Sestřičky dále zmiňovaly, že se může jednat také o jistý módní trend, protože si nevybavují, že by se v době jejich dospívání něco podobného praktikovalo.

S1: „Myslím, že si leccos vyčtou na tom internetu a vlastně chtějí to zkusit a začnou to dělat, aby byly zajímavý.“ ... „Dneska je snad moderní chodit pořezaný, že mi to přijde jako módní trend.“

S7: „Přijde mi to i móda z internetu, že sledujou hodně sociální sítě a to si myslím, že je dnešní problém.“

S5: „*Ne, já jsem se s tím setkala až tady, já jsem nic jako nevěděla o nějakým sebepoškození, mně to nic neříkalo. Ať jsem byla na základce, na střední škole, jako dospělá...až tady jsem se s tím setkala.*“

Všechny sestřičky rovněž připouští, že za sebepoškozením dívek mohou stát jejich starosti, problémy ať už osobního či rodinného charakteru. Vůbec nejčastěji byl zmiňován negativní vliv nefunkční rodiny.

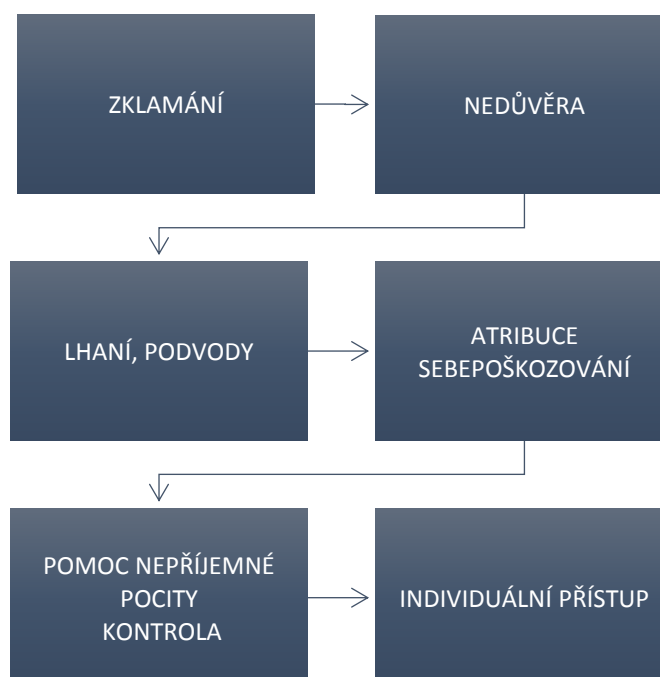
S7: „*Bud' je to, že nemají nějaký sociální zázemí, si myslím, že je nikdo nevyslechne.*“

S4: „*No nejvíc, si myslím, že je to v té rodině, že prostě tam je nějaký problém a oni si to neumí mezi sebou říct.*“

7.2.2 Axiální kódování

Na základě axiálního kódování jsme došli k paradigmatickému modelu, který je znázorněn na diagramu č. 4. Klíčovým jevem je nedůvěra ošetřujícího personálu vůči sebepoškozujícím se dívkám, která je zapříčiněna dřívějším zklamáním. Kontextem nedůvěry je lhaní a podvody, se kterými mají sestřičky při práci s hospitalizovanými dívkami mnoho nepříjemných zkušeností. Intervenující podmínky představuje atribuce sebepoškození, tedy to, jakou příčinu a význam připisují sestřičky sebepoškozujícímu chování dívek. Jako strategie jednání je volena vzájemná kombinace pomoci a kontroly, jejíž výsledkem je individuální přístup sestřiček ke každé z dívek.

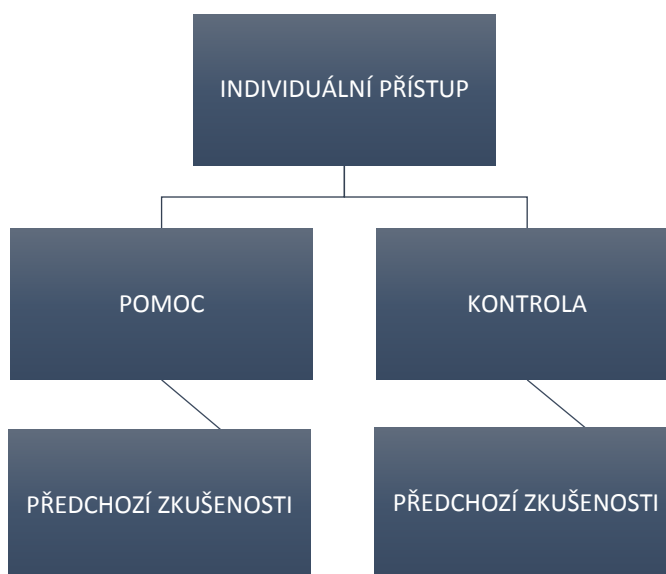
Diagram č. 4 - Paradigmatický model vytvořený na základě axiálního kódování – sestřičky



7.2.3 Selektivní kódování

Výsledkem selektivního kódování je paradigmatický model zobrazený na diagramu č. 5. Centrální kategorií paradigmatického modelu se stal individuální přístup, který sestřičky využívají při práci se sebepoškozujícími se dívkami. Tento individuální přístup vychází zejména z aspektů pomoci a kontroly, které jsou blíže představeny v předchozích kapitolách. Jak při aplikaci pomoci, tak při uplatnění kontroly přitom sestřičky vycházejí ze svých dřívějších zkušeností získaných praxí s cílovou skupinou dospívajících dívek.

Diagram č. 5 - Paradigmatický model vytvořený na základě selektivního kódování – sestřičky



7.3 Shrnutí a interpretace získaných dat

Na základě realizovaného výzkumu a popsaných výsledků je možné říci, že zkušenost dívek se záměrným sebepoškozováním se ze všeho nejvíce podobá bludnému kruhu. V sebepoškozujícím chování dívek se objevují stále stejné vzorce, díky kterým se jim ho nedaří překonat. Nepříjemné pocity vedou k sebepoškozování a sebepoškozování přináší nepříjemné pocity. Zlomit tento zažitý stereotyp se jim může povést za předpokladu, že se naučí a do svého života zapojí dostatečně účinnou copingovou strategii.

Výsledky výzkumu přinesly následující odpovědi na výzkumné otázky:

Jaké jsou typické okolnosti prvního aktu sebepoškozování?

První sebepoškozující akt se u respondentek objevoval mezi 12. a 17. rokem a byl zpravidla motivován experimentováním. Dívky tímto chováním často napodobovaly své vrstevníky, nejedna z nich se sebepoškozováním inspirovala na internetu a sociálních sítích.

Některé dívky jako původní motiv uváděly přání najít způsob řešící jejich problémy, jiné si svou prvotní motivací nebyly ani samy jisté.

Jaký je typický průběh a okolnosti aktu sebepoškozování?

Typický sebepoškozující akt má svoje příčiny, které reprezentují zejména náročné životní situace. Ty v dívkách vyvolávají nepříjemné pocity (stres, napětí), které se snaží odstranit prostřednictvím sebepoškození. V první chvíli se u dívek zpravidla dostavuje příjemný pocit úlevy a uvolnění, který je však brzy poté vystřídán pocitem smutku, selhání, viny a výčitkami. Tyto negativní pocity mohou způsobit, že si dívky následně znovu ublíží a tento koloběh se může během jednoho aktu objevit hned několikrát.

Jaké důvody vedou dívky k sebepoškozování?

Motivací dívek k sebepoškozování je především snaha ustát a vypořádat se s náročnými situacemi ve svém životě jako jsou stres či konflikty a nepříjemnými pocity, které přinášejí. Bezprostředním spouštěčem pak bývá hádka nebo pomyslná poslední kapka do poháru napětí. Některé dívky se sebepoškozují naopak za účelem dosažení příjemných pocitů. Opakovaně se u respondentek vyskytoval také fenomén „zautomatizovaného sebepoškozování“, u nějž dívky často ani samy neviděly smysl, přisuzovaly ho návyku či závislosti.

Jakými způsoby se snaží dívky sebepoškozování překonat?

Z výzkumu vyplývá, že obtíže s překonáním sebepoškozujícího chování netkví ani tolik v neznalosti strategií zvládnání, jako spíš v neschopnosti je aplikovat do vlastního života. Způsoby, jak se sebepoškozováním skončit, si většina respondentek vyhledávala na internetu. Dívky zvládací strategie znají také od svých psychologů či psychiatrů a dozvídají se je rovněž v rámci léčby v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Ne u všech vyzpovídaných dívek se však motivace k překonávání sebepoškozování objevuje. Mezi dívkami nejčastěji užívané strategie patří sdílení svých trápení s přáteli, a to buď mlčky, nebo verbálně. Dalším způsobem, jak se snaží náročné situace zvládat, je věnování se svým koníčkům.

Jak vnímá ošetřující personál dětského oddělení problém sebepoškozování dospívajících dívek?

Ošetřující personál spatřuje příčinu záměrného sebepoškozování především ve snaze zaujmout své okolí, upoutat pozornost a vyzkoušet způsob chování, který je aktuálně

populární v prostředí internetu a mezi vrstevníky. Uvažují o sebepoškozování také jako o problému tkvící v nedostatečné rodinné opoře, na rozdíl od dívek se však nezaměřují na prožívané pocity a možný precipitující faktor přetížení školními povinnostmi, který se v podání dívek jevil jako klíčový.

Sestřičky přiznávají, že problematice sebepoškozování nedokážou tak docela porozumět. Důvodem může být nízká teoretická znalost této tematiky, ale také mezigenerační rozdíly v přístupu k životu. K sebepoškozujícím se dívkám mají, co se důvěry týče, raději rezervovaný přístup, který podpořily zejména předchozí negativní zkušenosti (zklamání, lhaní, podvody). I přes to sestřičky těmto dívkám nabízí proaktivní individuální přístup založený na kontrole a pomoci.

8 DISKUZE

V této kapitole budou diskutovány získané výsledky a jejich srovnání s pracemi jiných autorů, limity práce, přínos práce a doporučení pro další výzkum.

Výsledky práce

Výsledky našeho výzkumu korespondují s dosud známými skutečnostmi z oblasti teorie a výzkumu sebepoškozování

Klíčovým výsledkem našeho bádání bylo objevení bludného kruhu mezi sebepoškozováním a nepříjemnými pocity. Tyto kategorie jsou vzájemně propojené a významně se ovlivňují. Nepříjemné pocity mohou mít za důsledek sebepoškozování a sebepoškozování vyvolává v dívkách nepříjemné pocity. Ke stejným výsledkům dospěli např. Wilkinson a Goodyer (2011). Podle nich je sebepoškozování u adolescentů běžné a často bývá propojeno s intenzivními negativními myšlenkami a pocity. S autory se rovněž shodujeme v oblasti důsledků sebepoškozování, které se promítají jak v rovině tělesné, tak v rovině emocionální a sociální.

Podobně jako ve výzkumu Černé a Šmahela (2009) se také u našich objevil aspekt sociální nakažlivosti sebepoškozování. První sebepoškozující akt byl u dívek obvykle spojen s nápodobou. A to buď vrstevníka, kterého reálně znali, nebo napodobili někoho skrze internet, sociální sítě a média

Výzkum ukázal, že dívky mají v povědomí různé copingové strategie, díky kterými by mohli náročné životní situace zvládat. Dělá jim ovšem problémy aplikovat jejich teoretickou znalost do praxe. Domníváme se, že dobrým řešením by byla nespécifická primární prevence prostřednictvím trénování tzv. soft skills v rámci běžného vyučování ve školách. Děti by už od začátku školní docházky měli možnost osvojit si a posilovat nejrůznější sociální i individuální kompetence např. zvládání zátěže, komunikační dovednosti, asertivní jednání, kooperaci, řešení konfliktů, sebereflexi či samostatnost.

Limity práce

Jedním z limitů předložené práce je nízký počet respondentek, který by mohl negativně ovlivnit teoretickou saturaci, a tím i validitu výzkumu. Při analýze dat z interview

se v našem výzkumu už žádná další významná témata neobjevovala, nemůžeme však vyloučit, že by rozsáhlejší počet respondentek nepřinesl nějaké nové dílčí poznatky.

Dalším limitem může být vysoká specifická vzorku respondentek. Jak jsme již dříve uvedli v teoretické části práce – dívky, které se se sebepoškozováním dostanou do některého ze zdravotnických zařízení, jsou jen špičkou ledovce. Skutečností je, že většina sebepoškozujících (až 90 %) systému unikne (Hawton & James, 2005). Je tedy možné, že naše respondentky, které se léčily v psychiatrické nemocnici, mohou vykazovat specifické charakteristiky, díky nimž není možné naše výsledky. Za všechny je možné jmenovat např. disharmonický vývoj osobnosti, který se objevil u pěti z celkového počtu šesti respondentek nebo opakovanou psychiatrickou hospitalizaci, která se týkala čtyř respondentek.

Omezením práce je také zaměření se na sebepoškozující se adolescenty výlučně ženského pohlaví. Pohlaví může hrát v problematice sebepoškozování adolescentů důležitou roli. Motivace, prožívání i copingové strategie dívek a chlapců se mohou výrazně lišit. Bylo by tedy dobré mít k dispozici srovnání obou pohlaví.

Přínos práce a doporučení pro další výzkum

Zmapování zkušenosti sebepoškozujících se dospívajících dívek přináší autentický vhled pro každého, koho tato problematika zajímá, případně se ji rozhodl zkoumat. Zásadnější přínos však může mít především pro ty, kteří se sebepoškozujícími jedinci přicházejí do kontaktu v rámci svojí profese a mohli by se jakýmkoliv přičiněním podílet na jejich léčbě – psychologové, psychiatři a jiní lékaři, terapeuti, učitelé, zdravotníci a další.

Práce přináší také jedinečné zmapování náhledu a postojů ošetřujícího personálu k problematice adolescentního sebepoškozování. Výsledky v této oblasti by mohly být užitečné zejména pro vedoucí zaměstnance, kteří mají na starosti vzdělávání zdravotníků. Z interview vyplynulo, že přestože sebepoškozující se dívky tvoří významné procento hospitalizovaných na dětském oddělení, ošetřující personál není dostatečně proškolen pro práci s nimi. Samy sestřičky přiznávaly, že by nějaký způsob vzdělávání v této oblasti uvítaly.

Jak jsme již uvedli výše, v rámci našeho výzkumu nebyli mezi respondenty zahrnuti sebepoškozující mužského pohlaví. Pro navazující výzkum bychom tedy doporučili zabývat se vlivem pohlaví na sebepoškozující chování. Pro inspiraci ke kvantitativně zaměřenému výzkumu předkládáme dvě potenciální hypotézy:

H1: Motivace dívek a chlapců k sebepoškozujícímu chování je odlišná.

H2: Copingové strategie chlapců a dívek při zvládnání sebepoškozování jsou odlišné.

Zajímavé by bylo rovněž zkoumání efektivity zavedení soft skills do školní výuky, jak jsme uvažovali výše.

9 ZÁVĚR

Výzkumným problémem bylo zmapovat zkušenost adolescentních dívek se sebepoškozujícím chováním. Jedním z cílů bylo také zmapovat zkušenost a postoje ošetřujícího personálu dětského oddělení psychiatrické nemocnice k sebepoškozování u dospívajících dívek. Na základě získaných údajů jsme došli k těmto nejpodstatnějším výsledkům:

- Sebepoškozující chování adolescentních dívek má charakter bludného kruhu.
- První sebepoškozující akt je spojen s experimentováním a nápodobou.
- Nejčastější motivací adolescentních dívek k sebepoškozování je snaha o vyrovnání se s náročnými životními situacemi a nepříjemnými pocity a snaha o navození libých pocitů.
- Dívky dobře znají copingové strategie, ale dělá jim problém je ve správnou chvíli realizovat.
- Vystoupení z bludného kruhu sebepoškozování závisí na správné motivaci dívek.
- Ošetřující personál přisuzuje sebepoškozování dívek jiné převládající příčiny než dívky samy.
- Ošetřující personál je vůči sebepoškozujícím se dívkám nedůvěřivý a dbá na jejich zvýšenou kontrolu.
- Ošetřující personál poskytuje v rámci svých kompetencí sebepoškozujícím se dívkám pomoc prostřednictvím individuálního přístupu.

10 SOUHRN

Sebepoškozování je definováno jako „dobrovolné poškození vlastního těla bez sebevražedného úmyslu“ (Hartl & Hartlová, 2010, 515). V české populaci s ním má zkušenost přibližně 20 % adolescentů (Hrubá et al., 2012). Stále aktuální je dělení sebepoškozování podle Favazzy (1996), který rozlišuje sebepoškozování závažné, stereotypní a mírné (např. řezání, pálení), které se dále dělí na kompulzivní, epizodické a repetitivní. Sebepoškozování se nejčastěji vyskytuje u jedinců s hraniční poruchou osobnosti, s poruchou příjmu potravy, u úzkostných a panických poruch, jedinců depresivních a při posttraumatické stresové poruše (Platznerová, 2009). Hlavní motivací sebepoškozujících se jedinců bývá snaha vypořádat se s pocity napětí, úzkosti či zlosti (Malá, 2009). Léčba sebepoškozujících se jedinců bývá zaměřena spíše na primární diagnózu, nejčastěji se kombinuje psychoterapie a farmakoterapie.

Adolescence či jinak dospívání, je vývojová fáze mezi dětstvím a dospělostí. zahrnuje v sobě změny tělesné (např. zrání mozku, vývoj primárních i sekundárních pohlavních znaků), psychické (kognitivní schopnosti, emocionalita aj.) i sociální (postupná emancipace od rodiny, navazování intimních vztahů a další) (Vágnerová, 2012).

Dětské oddělení, v rámci kterého byla realizována interview, je součástí Psychiatrické nemocnice v Dobřanech. Léčí se zde nejčastěji děti s hyperkinetickými poruchami, poruchami chování, poruchami příjmu potravy, úzkostnými poruchami či psychotickým onemocněním. Léčebného procesu je dosahováno kombinací režimové terapie, psychoterapie, vedlejších terapeutických aktivit a případné farmakoterapie.

Pro výzkum sebepoškozování jsme zvolili kvalitativní design, výzkumným typem byla zakotvená teorie. Cílem empirické části této práce bylo zmapovat, popsat a interpretovat zkušenosti dospívajících dívek se sebepoškozováním. Druhým cílem bylo zmapování, popis a interpretace zkušeností a postojů ošetřujícího personálu dětského k problematice sebepoškozování. Za tímto účelem byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- 1) Jaké jsou typické okolnosti prvního aktu sebepoškozování?
- 2) Jaký je typický průběh a okolnosti aktu sebepoškozování?

- 3) Jaké důvody vedou dívky k sebepoškozování?
- 4) Jakými způsoby se snaží dívky sebepoškozování překonat?
- 5) Jak vnímá ošetřující personál dětského oddělení problém sebepoškozování dospívajících dívek?

Metodou tvorby dat bylo zvoleno polostrukturované interview (s dívkami a sestřičkami) a analýza dokumentů (zdravotnické dokumentace). Výběrový vzorek tvořilo šest respondentek mající zkušenost se záměrným sebepoškozováním. Získaná data byla podrobena otevřenému, axiálnímu a selektivnímu kódování.

Nejdůležitější kategorie, které vzešly z interview s dívkami jsou: motivace k sebepoškozování, strategie zvládnání, důsledky sebepoškozování a bludný kruh. Ze selektivního kódování vznikla výsledná stěžejní teorie nazvaná bludný kruh, která poukazuje na vzájemný vliv sebepoškozování a nepříjemných pocitů.

Nejpodstatnějšími kategoriemi otevřeného kódování interview s ošetřujícím personálem jsou: nedůvěra, kontrola, pomoc a atribuce sebepoškozování. Výsledkem selektivního kódování se stal paradigmatický model individuálního přístupu personálu k sebepoškozujícím se dívkám vystavěný na principech kontroly a pomoci (vycházejících z předchozích zkušeností).

LITERATURA

130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech. (2010). Dobřany: Psychiatrická léčebna v Dobřanech.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469–480.

Arnett, J. J. (2015). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.

Babáková, L. (2003). Sebepoškozování v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 165–169.

Blatný, M. (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum.

Černá, A., & Šmahel, D. (2009). Sebepoškozování v adolescenci: kontext reálného versus virtuálního prostředí a subkultur Emo a Gothic. *E-psychologie* [online], 3(4), 26-44 [cit. 9.3.2020]. Dostupný z <https://e-psycholog.eu/pdf/cernaetal.pdf>.

Český statistický úřad. (2019). Věkové složení obyvatelstva – 2018. Získáno z <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-g598foxrn#>.

Dolejš, M. & Orel, M. (2017). *Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Emmerová, I. (2018). Sebepoškozovanie u detí a mládeže. *Pediatric pro praxi*, 19 (2), 88–89.

Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (3), 239–250.

Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation in culture and psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Postál.

Flaherty, H. B. (2018). Treating Adolescent Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Psychosocial Interventions to Guide Clinical Practice. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 35, 85–95.

- Garish, J. A., Wilson, M. C., O'Connell, A., & Robinson, K. (2017). Overview of assessment and treatment of non-suicidal self-injury among adolescents. *New Zealand Journal of Psychology*, 46 (3), 98–105.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hawton, K. & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*, 330 (7496), 891–894.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, 325 (7374): 1207–1211.
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 379, 2373–2382.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hrubá, V., Burešová, I., & Klimusová, H. (2012). Výskyt, formy a vybrané souvislosti sebepoškozování u dětí staršího školního věku. *Sociální procesy a osobnost*, 118 – 122.
- Kesek, A. Zelazo, P. D., & Lewis, M. D. (2008). The development of executive cognitive function and emotion regulation in adolescence. In N. B. Allen (Ed.), *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders* (135–155). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kohlberg, L. & Hersh, R. H. (1977). Moral development: A review of theory. *Theory into practice*, 16 (2), 53–59.
- Koutek, J. & Kocourková, J. (2018). Deprese a suicidální jednání v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi*, 19 (1), 12–15.
- Koutek, J. & Kocourková, J. (2003). *Sebevražedné chování*. Praha: Portál.
- Kriegelová, M. (2008). *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing.
- Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2010). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Macek, P., Ježek, S., & Vazsonyi, A. T. (2013). Adolescents during and after times of social change. *The journal of early adolescence*, 33 (8), 1029–1047.

- Malá, E. (2009). Sebeпоškozování – závažný symptom a nebezpečný společenský jev. *Praktický lékař*, 89 (9), 494–498.
- Matoušek, O. & Matoušková, A. (2011). *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Praha: Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Nakonečný, M. (2011). *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton.
- Nielsen Sobotková, V. a kol. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada Publishing.
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
- Orel, M., Obereignerů, R., & Mentel, A. (2016). *Vybrané aspekty sebepojetí dětí a adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Pastor, Z., Weiss, P., & Sigmundová, D. (2017). Trends in sexual behaviour in czech schoolchildren between 2002–2014. *Central European journal of public health*, 25(1), 64–68.
- Piaget, J. & Inhelderová, B. (1997). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.
- Platznerová, A. (2009). *Sebeпоškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén.
- Psychiatrická nemocnice v Dobřanech. (2020). Získáno z <https://www.pldobransy.cz/>.
- Psychiatrická nemocnice v Dobřanech. (2019). Organizační řád Psychiatrické nemocnice v Dobřanech.
- Rozsivalová, E. (2015). Sebeпоškozování v dětství a dospívání. *Pediatric pro praxi*, 16(6), 392–394.
- Rozsivalová, E., Trefilová, A., & Paclt, I. (2010). Sebeпоškozování u dospívajících. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106(4), 239–244.
- Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R., & kol. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Shaffer, D. R. & Kipp, K. (2010). *Developmental psychology: childhood and adolescence*. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.

- Soomro, G. M. & Kakhi, S. (2015). Deliberate self-harm (and attempted suicide). Získáno 9. února 2020 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4451502/>.
- Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce.
- Širůček, J., Macek, P., & Tyrlík, M. (2010). *Sebepojetí a identita v adolescenci: sociální a kulturní kontext*. Brno: Masarykova univerzita.
- Švestková, O. (2015). Ergoterapie. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 22(1), 38–44.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Vybíral, Z. & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- Výrost, J. & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Wilkinson, P. & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 103–108.
- Yurgelun-Todd, D. (2007). Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current opinion in neurobiology*, 17, 251–257.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Informovaný souhlas pro dívky a jejich zákonné zástupce

Příloha č. 1: ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Sebepoškozování u adolescentních dívek

Autor práce: Mgr. Michaela Berková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Počet stran a znaků: 64, 112 908

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 56

Abstrakt: Práce se zabývá problematikou sebepoškozování u adolescentních dívek. Teoretická část vymezuje téma sebepoškozování, adolescence a popisuje fungování dětského oddělení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech, v níž byla realizována praktická část práce. Praktickou část tvoří kvalitativně zaměřený výzkum s využití zakotvené teorie. Výzkumný vzorek byl tvořen šesti respondentkami, které mají zkušenost se sebepoškozováním. Data byla získána prostřednictvím interview a analýzy dat. Výzkumné otázky se zabývaly typickými okolnostmi prvního sebepoškozujícího aktu, typickým průběhem sebepoškozujícího aktu, motivací dívek k sebepoškozování, copingovými strategiemi dívek a postojem ošetřujícího personálu dětského oddělení k sebepoškozování. Výsledky odhalily, že sebepoškozující chování adolescentních dívek má charakter „bludného kruhu“ a že přístup ošetřujícího personálu k dívkám je založen především na principu kontroly a pomoci.

Klíčová slova: sebepoškozování, adolescence, zakotvená teorie

Příloha č. 2: BACHELOR THESIS ABSTRACT

Title: Self-harm in adolescent girls

Author: Mgr. Michaela Berková

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Number of pages and characters: 64, 112 908

Number of appendices: 3

Number of references: 56

Abstract: This bachelor thesis deals with the issue of self-harm in adolescent girls. The theoretical part defines the topic of self-harm, adolescence and describes the working of the children's ward of the Psychiatric Hospital in Dobřany, in which the practical part of the work was realized. The practical part consists of qualitatively oriented research using grounded theory. The research sample consisted of six respondents (girls) who have experienced self-harm. Data was obtained through interview and data analysis. The research questions dealt with the typical circumstances of the first self-harming act, the typical course of the self-harming act, the girls' motivation to self-harm, the coping strategies of the girls and the attitude of the nursing staff attending to the self-harm. The results revealed that the self-harmful behavior of adolescent girls has the character of a “vicious circle” and that the attitude of nursing staff towards girls is based primarily on the principle of control and assistance.

Key words: self-harm, self-injury, adolescence, grounded theory

Příloha č. 3: INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO DÍVKY A JEJICH ZÁKONNÉ ZÁSTUPCE



Filozofická
fakulta

Univerzita Palackého
v Olomouci

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu a zpracováním osobních údajů

Vážená paní/slečno, vážený pane,

byl/a jste osloven/a s nabídkou účasti na výzkumu v rámci diplomové bakalářské práce na téma **Sebepoškozování u adolescentních dívek**

Výzkum realizuje studentka Mgr. Michaela Berková

Cílem studie je prozkoumat problematiku sebepoškozování u českých dospívajících dívek. Úloha účastníka výzkumu spočívá v **poskytnutí rozhovoru na téma sebepoškozování**. Pro účely výzkumu budou využita data z chorobopisu, která budou stejně jako data získaná z rozhovoru anonymizována a nebudou použita jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové bakalářské práce.

Vaše **účast na výzkumu je dobrovolná** a máte plné právo vyjádřit svůj nesouhlas s účastí tím, že nepodepíšete tento dokument. Vaše účast ve výzkumu je založena na principu anonymity

Autorka výzkumu Vaše osobní údaje nepředá jinému subjektu a bude s nimi nakládat v souladu s platnou legislativou.

V případě otázek ohledně výzkumu či Vašich práv můžete rovněž kontaktovat autora:

Mgr. Michaela Berková

E-mail: berk.michaela@seznam.cz

Telefon: + 420 728 * ****

(Text pokračuje na další straně)

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu a zpracováním svých osobních údajů. Řešitel/ka výzkumu mne informoval/a o jeho podstatě a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s jeho výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány či ústně prezentovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na své případné dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit (svůj souhlas odvolat), a to i bez udání důvodu.

Vaše jméno a příjmení (čitelně)

Místo a datum

Váš podpis

V případě, že nejste osobou plně svéprávnou, je pro platné udělení souhlasu zapotřebí souhlasu Vašeho zákonného zástupce (zpravidla rodiče či opatrovníka).

Jméno a příjmení Vašeho zákonného zástupce (čitelně)

Vztah zákonného zástupce k účastníkovi výzkumu

Podpis zákonného zástupce